



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA

---

ESTUDIOS DE DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DEL DEPORTE  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA,  
EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN

TESIS DOCTORAL

LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE  
LA PERSPECTIVA DE LAS POLÍTICAS  
PÚBLICAS DE SALUD Y LA EXPERIENCIA  
DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CATALUÑA Y COSTA RICA

KATTIA ROJAS LORIA

DIRECTORAS  
DRA. TERESA GUTIÉRREZ ROSADO  
DRA. ANA FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

BELLATERRA, JULIO 2014



**TESIS DOCTORAL**

**LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE LA PERSPECTIVA  
DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD Y LA  
EXPERIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.**

**ESTUDIO COMPARATIVO  
ENTRE CATALUÑA Y COSTA RICA**

**KATTIA ROJAS LORÍA**

**Directoras**

---

**Dra. Teresa Gutiérrez Rosado y Dra. Ana Fernández Sánchez**

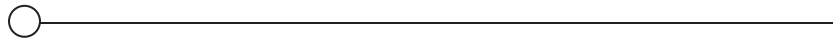
Doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte  
Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación  
Universidad Autònoma de Barcelona

2014

*A Luis Enrique, impulso y apoyo en cada proyecto*

*A mis hijas, Camila y Julia quienes son mi inspiración*

*A mis padres, que siguen siendo una luz*



## **Financiación**

---

Este trabajo ha recibido soporte financiero del Proyecto European LLP E2NHANCE under Grant ECW 2009-1657/ con una beca a Kattia Rojas Loría para estudios del Programa de Doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte de la Universidad Autónoma de Barcelona.

## Agradecimientos

---

*“Cuando buscamos el tesoro, nos damos cuenta de que el camino es el propio tesoro”*

*“Cuando quieres algo, todo el Universo conspira para que realices tu deseo”*

Paulo Coelho

*“El agradecimiento es la memoria del corazón”*

Lao-Tzu

Agradezco a las personas comprometidas con la erradicación de la violencia de género hacia las mujeres en Barcelona y Costa Rica. Su compromiso con el tema permitió que se abrieran puertas para que diferentes profesionales de la salud participaran en esta investigación. Gracias también a los/as profesionales de la salud que colaboraron con las entrevistas, la administración y cumplimentación de los cuestionarios.

En Cataluña, quiero dar las gracias a mis directoras de tesis. La doctora Teresa Gutiérrez Rosado por su capacidad para gestionar, crear redes y mantener la mirada siempre en los retos. A la doctora Ana Fernández Sánchez, quién ha sido un apoyo especial, una excelente guía con sus conocimientos y su trabajo. Gracias por su calidad humana, su humildad y sabiduría. Ambas son profesionales que inspiran a trabajar en el quehacer de la Psicología y de la Educación. En nuestra última etapa trabajamos juntas y formamos un “triángulo”, en palabras de Teresa, desde tres puntos diferentes de la tierra Barcelona, Sidney y Costa Rica.

Estoy muy agradecida con la doctora Leonor Cantera Espinosa del Departamento de Psicología Social de la UAB, con una amplia experiencia y estudio del tema, quien me apoyó de diferentes maneras.

Un especial agradecimiento a las médicas Ana Gómez, del Grupo de Violencia de Género y Atención Primaria de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC), a Enriqueta Pujol, del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Goldi) y a la máster Julia Masip.

En Costa Rica, quiero agradecer a la médica psiquiatra Guiselle Brenes, de Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), quien colaboró con entusiasmo en esta investigación en sus distintas etapas. También, a mi amiga y colega, la doctora Marcela Campabadal quien participó en la elaboración de las entrevistas cualitativas y siempre me animó con su cariño y solidaridad. A mi amigo el doctor Ricardo Alvarado, quien supervisó la parte estadística de esta investigación y compartió parte de las ansiedades y alegrías de este proceso. A la Máster Sileni Chávez por su participación en la recolección de datos en la fase cuantitativa, sus aportes en el plano de la salud pública y siempre sus palabras de ánimo. A la señora Wendy Aguilar por realizar el trabajo de diagramación de este documento de una forma minuciosa y dedicada.

Llegar a concluir este trabajo evoca gratitud para las personas cuyas experiencias compartidas me motivaron desde tiempo atrás para emprender mis estudios en otro país distinto al mío. Mi amiga, Roxana Álvarez, mi querida Roxy, quien compartió conmigo sus historias inspiradoras cuando estudiaba en Madrid. La psicóloga Lorena Vargas Mora, cuya escucha y acompañamiento fueron fundamentales en la búsqueda y realización de este deseo nacido en mi corazón hace mucho tiempo. Mi colega y amiga, la doctora Sylvia Sánchez Oller, quien con la generosidad que la caracteriza fue guía, apoyo, consejo y experiencia,

A Luis Enrique, mi compañero de vida, quien ha compartido conmigo el ejemplo de la fuerza y valentía para emprender el camino del estudio y la superación. También por su compañía y apoyo en Barcelona. Durante el proceso de investigación quiero agradecer a mis hijas, Camila y Julia, que me acompañaron en esta hermosa aventura. Ellos tres han sido mi motor.

Quiero mencionar a mi amiga Lorena Fernández y su familia cuya amistad significó un gran apoyo para mí durante la elaboración de esta investigación. También a los/as amigas que crecieron en Barcelona y fueron una familia alternativa. A las colegas que compartieron conmigo sus estudios de doctorado: Laura Brenes y América Negrete en Barcelona y Priscilla Echeverría desde Madrid. La red humana y la amistad son elementos necesarios en el camino de la constancia y la perseverancia.

Agradezco a mi familia de origen que cultivaron los valores del trabajo, la constancia y la superación. A mi familia política, los Flores Quirós, cuyo cariño ha sido esencial.

En fin, estoy agradecida al finalizar esta etapa por lo que ha supuesto de aprendizaje como investigadora y deseo poder brindar, con este esfuerzo, un grano de arena a la investigación de la violencia de género y la salud de las mujeres.

## Tabla de Contenido

---

Siglas .....	xii
Índice de Tablas .....	xiii
Índice de Figuras.....	xvii
Resumen .....	xviii
Abstract .....	xx
Introducción .....	xxii
<b>Capítulo I</b>	
<b>Marco Teórico Conceptual</b> .....	1
1.1 Contextualización .....	2
1.1.1. Cataluña y sistema de salud .....	2
1.1.1.1. Atención Primaria .....	5
1.1.1.2. Situación de la violencia de género hacia las mujeres .....	8
1.1.2. Costa Rica y sistema de salud .....	9
1.1.2.1. Atención Primaria .....	11
1.1.2.2. Situación de la violencia de género hacia las mujeres .....	12
1.1.3. Resumen comparativo de los contextos estudiados .....	16

---

1.2 La Violencia de Género hacia las mujeres: debates .....	17
1.2.2 Violencia de Género y aportes de nuevos feminismos .....	22
1.2.3 Resumen sobre los debates en Violencia de Género hacia las mujeres.....	25
1.3 Violencia de Género y la Salud de las Mujeres .....	26
1.3.1 Consecuencias de la Violencia en la Salud de las Mujeres .....	26
1.3.2 Violencia de Género como problema de Salud Pública .....	27
1.3.3. Modelo de abordaje en salud de la Violencia de Género hacia las mujeres ..	30
1.3.4. Resumen de VG y la Salud de las mujeres.....	33
1.4. Profesionales de la Salud y Violencia de Género .....	33
1.4.1 La experiencia de los/as profesionales de la salud y la violencia de género hacia las mujeres .....	35
1.4.1.1. Percepciones .....	36
1.4.1.2. Barreras .....	36
1.4.1.3. Necesidades .....	38
1.4.2. Conocimientos y creencias sobre la VG de los profesionales sanitarios: estudios cuantitativos .....	44
1.4.2.1. Percepción .....	44
1.4.2.2. Barreras.....	45
1.4.2.3. Necesidades .....	46
1.4.3. Resumen sobre los profesionales de la salud y la VG .....	51
<b>Capítulo II</b>	
<b>Objetivos e Hipótesis.....</b>	<b>52</b>
2.1. Objetivos .....	53
2.2. Hipótesis.....	53



**Capítulo III**

**Enfoque Teórico- Metodológico** ..... 55

3.1. Enfoque ..... 56

3.2. Selección de los países ..... 57

3.3. Fases del estudio ..... 57

3.4. Consideraciones éticas ..... 60

**Capítulo IV**

**Resultados** ..... 61

4.1 Estudio I Tendencias de las políticas públicas y planes de salud que  
abordan la violencia de género hacia las mujeres en el ámbito sanitario ..... 62

4.1.1 Método ..... 62

    4.1.1.1 Muestra ..... 62

    4.1.1.2 Procedimiento ..... 62

    4.1.1.3 Análisis de los datos ..... 63

4.1.2 Resultados ..... 66

    4.1.2.1. Principios ..... 66

    4.1.2.2. Estrategias ..... 67

    4.1.2.3. Concepción de violencia ..... 68

    4.1.2.4. Tendencias en salud ..... 70

    4.1.2.5. Evaluación ..... 75

4.1.3 Discusión ..... 75

    4.1.3.1. Resumen de los principales hallazgos ..... 75

    4.1.3.2. Comparación con la literatura ..... 77

    4.1.3.3. Limitaciones y fortalezas ..... 80

    4.1.3.4. Conclusiones ..... 81

---

4.2 Estudio II Barreras y facilitadores en el abordaje de la VG desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud en Cataluña y Costa Rica.....	82
4.2.1. Método .....	82
4.2.1.1. Participantes .....	82
4.2.1.2. Medida .....	83
4.2.1.3. Procedimiento .....	83
4.2.1.4. Análisis de la información .....	84
4.2.2 Resultados.....	87
4.2.2.1. Facilitadores comunes en el abordaje de la VG .....	91
4.2.2.2. Barreras Comunes .....	101
4.2.2.3 Cataluña: Facilitadores y barreras específicas.....	106
4.2.2.4. Costa Rica: facilitadores y barreras específicas.....	113
4.2.3 Discusión.....	116
4.2.3.1. Resumen de principales hallazgos.....	116
4.2.3.2. Comparación con la literatura.....	117
4.2.3.3. Limitaciones y fortalezas .....	120
4.2.3.4. Conclusiones .....	120
4.3 Estudio III Actitud hacia la violencia de género de los y las profesionales de la salud en atención primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica.....	122
4.3.1 Método .....	123
4.3.1.1. Muestra .....	123
4.3.1.2 Medida .....	124
4.3.1.3. Procedimiento .....	128
4.3.1.4 Análisis de datos.....	131
4.3.1.5. Estudio piloto.....	131

---

4.3.2 Resultados .....	135
4.3.2.1 Análisis descriptivo .....	138
4.3.2.2 Análisis de relación de variables .....	165
4.3.2.3 Modelo de regresión lineal .....	168
4.3.3 Discusión.....	172
4.3.3.1. Resumen de principales hallazgos .....	172
4.3.3.2. Comparación con la literatura .....	173
4.3.3.3. Limitaciones y fortalezas .....	176
4.3.3.4. Conclusiones .....	177
<b>Capítulo V</b>	
<b>Discusión Integrada .....</b>	<b>179</b>
5.1. Paradigmas de género, violencia y salud .....	181
5.2. El papel de la red de recursos sociales y sanitarios .....	184
5.3. La formación sensible .....	186
5.4. Impacto del trabajo con VG en la vida personal y prácticas de cuidado personal e institucional .....	187
5.5. Contribuciones para la investigación, limitaciones e indicaciones futuras .....	188
5.6. Implicaciones prácticas .....	190
<b>Capítulo VI</b>	
<b>Conclusiones .....</b>	<b>194</b>
Referencias Bibliográficas.....	197

---

<b>Anexos</b> .....	210
Anexo 1. Constancia de aprobación de artículo de Estudio 1 .....	211
Anexo 2. Consentimiento informado de Estudio 2 .....	212
Anexo 3. Códigos de entrevistas semiestructuradas de Estudio 2 .....	213
Anexo 4. Categorías mixtas para análisis de entrevistas. Estudio 2. ....	215
Anexo 5. Consentimiento informado de Estudio 3 .....	217
Anexo 6. Modelo de cuestionario. Factores influyentes del abordaje de la Violencia Machista en Atención Primaria.....	218

## Siglas

---

<b>ABS:</b>	Áreas Básicas de Salud (Cataluña)
<b>APS:</b>	Atención Primaria
<b>AS:</b>	Área de Salud (Costa Rica)
<b>ATAPS:</b>	Técnicos de Atención Primaria
<b>CAP:</b>	Centros de Atención Primaria (Cataluña)
<b>CAP II:</b>	Centro de Atención Primaria de Especialidades Médicas Extra hospitalaria
<b>CAT:</b>	Cataluña
<b>CCSS:</b>	Caja Costarricense de Seguro Social
<b>CC.AA:</b>	Comunidades Autónomas
<b>CR:</b>	Costa Rica
<b>EAP:</b>	Equipos de Atención Primaria
<b>EBAIS:</b>	Equipo Básico de Atención Integral de la Salud
<b>ICS:</b>	Institut Català de la Salut
<b>GAM:</b>	Gran Área Metropolitana
<b>VG:</b>	Violencia de Género

## Índice de Tablas

---

Tabla 1.	Aspectos comparativos de las características poblacionales, de salud y violencia de género entre Cataluña y Costa Rica.....	15
Tabla 2.	Críticas a los términos utilizados para referirse a la violencia de género hacia las mujeres.....	20
Tabla 3.	Estudios cualitativos sobre profesionales de la salud y el abordaje de la violencia de género del 2008 al 2013.....	40
Tabla 4.	Estudios cuantitativos sobre profesionales de la salud y el abordaje de la violencia de género del 2008 al 2013.....	47
Tabla 5.	Políticas, planes y protocolos analizados para el contexto de Cataluña.....	64
Tabla 6.	Políticas, planes y protocolos analizados para el contexto de Costa Rica...	65
Tabla 7.	Definición de categoría del análisis de contenido de políticas y planes en Cataluña y Costa Rica.....	66
Tabla 8.	Términos y definiciones de violencia y población involucrada en los protocolos y normas en el ámbito sanitario de Costa Rica, el Estado Español y la Comunidad Autónoma de Cataluña. ....	69
Tabla 9.	Tendencias en salud para abordar la Violencia contra las mujeres en Cataluña y en España. ....	71
Tabla 10.	Tendencias en salud para abordar la Violencia Género hacia las mujeres en Costa Rica.....	72
Tabla 11.	Acciones del sistema sanitario de Cataluña y Costa Rica para la prevención, detección, atención y recuperación de la violencia de género hacia las mujeres .....	74

Tabla 12.	Guion de Entrevista .....	86
Tabla 13.	Características de los participantes de estudio 2.....	88
Tabla 14.	Facilitadores y barreras en el abordaje de la Violencia de Género hacia las mujeres en Cataluña y Costa Rica.....	94
Tabla 15.	Facilitadores y barreras específicas en el abordaje de la Violencia de Género en Cataluña y Costa Rica .....	107
Tabla 16.	Descripción de datos sociodemográficos de estudio piloto.....	133
Tabla 17.	Descripción de los datos sociodemográficos de los y las profesionales de la salud en Cataluña y Costa Rica .....	137
Tabla 18.	Actitud de los y las profesionales de la salud ante la violencia de género según experiencia en Cataluña.....	139
Tabla 19.	Consideración de la VG como problema en el ámbito social, sanitario, privado o sólo de la pareja en Cataluña.....	141
Tabla 20.	Actitud hacia la violencia de género de los y las profesionales de la salud ante la violencia según experiencia en Costa Rica.....	142
Tabla 21.	Consideración de la VG como problema de ámbito social, sanitario, privado o sólo de la pareja en Costa Rica .....	143
Tabla 22.	Promedio de la uso de los recursos socio-sanitarios por parte de los y las profesionales de la Salud en Cataluña según experiencia en VG...	144
Tabla 23.	Frecuencia con la cual los y las profesionales de la salud derivan a instituciones u otro profesional en Cataluña .....	145
Tabla 24.	Percepción de la eficacia de las instituciones de la red de atención a las mujeres víctimas de violencia de género en Cataluña .....	145
Tabla 25.	Promedio de la Utilización de los Recursos socio-sanitarios por parte de los/as profesionales de la Salud en Costa Rica según experiencia en VG	146
Tabla 26.	Frecuencia con la cual los y las profesionales de la salud derivan a instituciones u otro profesional en Costa Rica .....	147

Tabla 27.	Percepción de la eficacia de las instituciones de la red de atención a las mujeres víctimas de la violencia de género en Costa Rica .....	147
Tabla 28.	Conocimiento de Políticas, Programas y Protocolos en Salud y Violencia de Género en Cataluña.....	148
Tabla 29.	Percepción de los y las profesionales en salud del grado de utilidad de la normativa para su actividad en Cataluña .....	148
Tabla 30.	Conocimientos de los y las profesionales en salud de las situaciones de riesgo y los síntomas de las mujeres víctimas de violencia en Cataluña según experiencia en VG .....	149
Tabla 31.	Situaciones de riesgo para sufrir violencia de género hacia las mujeres en Cataluña.....	150
Tabla 32.	Síntomas posibles en las mujeres que sufren VG en Cataluña.....	150
Tabla 33.	Conocimiento de Políticas, Programas y Protocolos en Salud y Violencia de Género en Costa Rica.....	151
Tabla 34.	Percepción de los y las profesionales en salud del grado de utilidad de la normativa para su actividad en Costa Rica .....	152
Tabla 35.	Conocimientos de los y las profesionales en salud de las situaciones de riesgo y los síntomas de las mujeres víctimas de violencia en Costa Rica según experiencia en VG.....	152
Tabla 36.	Situaciones de riesgo para sufrir violencia de género hacia las mujeres en Costa Rica.....	153
Tabla 37.	Síntomas posibles en las mujeres que sufren VG en Costa Rica .....	154
Tabla 38.	Promedio de cada uno de los ítems del bloque Formación en Cataluña .....	155
Tabla 39.	Promedio de cada uno de los ítems del bloque Formación en Costa Rica...	156
Tabla 40.	Promedios de Satisfacción Profesional, Carga Laboral y Orientación biomédica según experiencia en VG en Cataluña.....	157
Tabla 41.	Promedios de Satisfacción Profesional, Carga Laboral y Orientación biomédica según experiencia en VG en Costa Rica.....	158



Tabla 42.	Frecuencia con que le impacta el trabajo con las mujeres que sufren violencia de género en su vida personal VG según experiencia en VG en Cataluña .....	159
Tabla 43.	Prácticas de autocuidado reportadas por los y las profesionales de salud de Cataluña .....	160
Tabla 44.	Actividades de Cuidado Institucional reportadas por los y las profesionales de la salud en Cataluña.....	161
Tabla 45.	Propuestas de mejora para atender a las mujeres que sufren VG desde los y las profesionales de la salud en Cataluña .....	162
Tabla 46.	Frecuencia con que le impacta el trabajo con las mujeres que sufren violencia de género en su vida personal según experiencia en VG en Costa Rica.....	163
Tabla 47.	Prácticas de autocuidado reportadas por los y las profesionales de la salud en Costa Rica .....	163
Tabla 48.	Actividades de Cuidado Institucional reportadas por los y las profesionales de la salud en Costa Rica .....	164
Tabla 49.	Propuestas de Mejora reportadas por los y las profesionales de la Salud en Costa Rica .....	165
Tabla 50.	Correlaciones entre Actitud Global AG y factores claves en el abordaje de la VG según experiencia de los y las profesionales de la salud en Cataluña .....	167
Tabla 51.	Correlaciones entre Actitud Global AG y factores claves en el abordaje de la VG según experiencia de los y las profesionales de la salud en Costa Rica .....	168
Tabla 52.	Estimación del Modelo de Regresión lineal para la Actitud hacia la VG en atención primaria de los profesionales de la salud.....	170

## Índice de Figuras

---

Figura 1.	Comparación entre los modelos de Ciclo Cerrado y Sistema Abierto .....	32
Figura 2.	Fases de la investigación .....	58
Figura 3.	Principales dimensiones en el abordaje de la VG en Cataluña y Costa Rica.....	89
Figura 4.	Dimensiones de la Escala de Actitud de los y las profesionales de la salud al abordaje de la VG en atención primaria .....	126
Figura 5.	Desarrollo del estudio exploratorio-transversal comparativo sobre la actitud hacia el abordaje de la VG en la consulta de APS del cuestionario “Factores influyentes del abordaje de la Violencia Machista/ Violencia Intrafamiliar en Atención Primaria. Cuestionario para Cataluña y Costa Rica?”. .....	130
Figura 6.	Observaciones de los y las participantes en el estudio piloto al cuestionario en Cataluña y Costa Rica.....	135
Figura 7.	Gráfico de residuales del modelo contra cuantiles normales. ....	171
Figura 8	Gráfico de Residuales del Modelo contra valores ajustados. ....	172

## Resumen

---

La Violencia de Género hacia las mujeres (VG) es un fenómeno universal que ha sido incluido en las políticas públicas y planes de salud de diferentes países y que, consecuentemente, forma parte del quehacer de los/as profesionales de salud. En este estudio, se analiza comparativamente el abordaje de la Violencia de Género hacia las mujeres desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los/as profesionales de la salud en dos contextos, Cataluña y Costa Rica. Se presenta una investigación exploratoria-descriptiva y comparativa, que combina métodos cualitativos y cuantitativos, y que aporta varias formas de evidencia para describir el abordaje del fenómeno en los contextos indicados, las barreras, facilitadores y la actitud de los profesionales sanitarios.

En un primer estudio se analizaron las políticas públicas de ambos países en relación con el papel de los/as profesionales de la salud en el abordaje de la violencia de género. Seguidamente, se realizó un segundo estudio, basado en entrevistas en profundidad con profesionales expertos/as, con la finalidad de identificar los factores que facilitaban o dificultaban el abordaje de la VG hacia las mujeres. Por último, se desarrolló un tercer estudio, mediante la aplicación de un cuestionario auto informado, para analizar si la actitud hacia la VG en profesionales de la salud de atención primaria se relaciona con variables como la experiencia, uso de los recursos sociosanitarios, formación, conocimientos, satisfacción profesional, orientación de práctica profesional y carga laboral.

---

Los principales resultados obtenidos son la identificación de las características del abordaje de la VG en ambos contextos. Se identificaron las diferencias y similitudes en cuanto a principios, estrategias, tendencias en salud, concepto de violencia de género y evaluación. Posteriormente, se encontraron seis dimensiones en el modelo de abordaje, a saber; contexto, el modelo de intervención, concepción, relación con otros actores, rol profesional e impacto del trabajo con VG en la vida personal. En estas dimensiones se pueden encontrar facilitadores y barreras del abordaje de la VG en el ámbito sanitario. En el tercer estudio cuantitativo, se realizan tres tipos de análisis: uno descriptivo de las diferentes variables por país, otro de correlación de variables y un modelo de regresión lineal donde se modeló qué variables se asociaban con la actitud hacia la VG de los/as profesionales de la salud en atención primaria. Las variables que se asociaron a la actitud hacia la VG fueron: Uso de los Recursos Socio sanitarios ( $B= 0,20$ , IC 95%  $-0,14-0,25$ ,  $p=<0,001$ ), Formación ( $B=0,10$ , IC 95%  $0,04-0,17$ ,  $p=<0,001$ ) y país, Costa Rica ( $B=0,16$ , IC 95%  $0,06-0,25$ ,  $p=<0,001$ ). No hubo interacción entre el país y el resto de las variables, lo que sugiere que la asociación entre las variables y la actitud es común en las muestras estudiadas.

Los tres estudios brindan elementos que son necesarios en el abordaje de la VG hacia las mujeres tales como la visión paradigmática sobre género, salud y violencia de género, el papel de la red de los recursos sociosanitarios, la formación sensible y el impacto del trabajo con la VG hacia las mujeres y las prácticas de autocuidado. La información señalada por los expertos en el segundo estudio, fue triangulada con el estudio cuantitativo. Los resultados sugieren que un mayor uso de los recursos socio-sanitarios de la red, la formación, la satisfacción profesional y una orientación biopsicosocial repercute en una actitud adecuada hacia la violencia de género en los/las profesionales de la salud.

## Abstract

---

Violence against Women (VAW) is an universal phenomenon. It has been included in public policies and health plans in different countries, therefore, is part of the work of health professionals. This study shows a comparative analysis addressing VAW from the perspective of public health policies and the experience of health professionals in two contexts, Catalonia and Costa Rica. This research is an exploratory-descriptive study that combines qualitative and quantitative methods.

In the first study, I analysed the public policies in both countries dealing with the role of health professionals when addressing VAW. In the second study, I carried out a qualitative study based on interviews with experts on this topic. The main aim was to identify what factors enable or hinder the management of VAW by health care professionals. Finally, I conducted a quantitative study in order to find the relationship between primary health professionals' attitude towards VAW and variables such as experience, use of social care and community resources, training, knowledge, professional satisfaction, biomedical or biopsychosocial orientation and workload.

With regard the results of the first study; I identified differences and similarities in terms of principles, strategies, and trends in health, gender violence concept and evaluation in the public policies of both contexts. In the second study, I found six dimensions affecting the appropriate management of VAW by the primary health professionals: context, intervention model, design, and relationship with other actors, professional role and the impact of working

with VAW in their personal life. In the quantitative study, I found that professionals' attitudes towards VAW were correlated with: Use of social care and community resources ( $B = 0.20$ , 95% CI  $-0.14-0.25$ ,  $p < 0.001$ ), Training ( $B = 0.10$ , 95% CI  $0.04$  to  $0.17$ ,  $p < 0.001$ ), and country, Costa Rica ( $B = 0.16$ , 95% CI  $0.06$  to  $0.25$ ,  $p < 0.001$ ). There was no interaction between the country and the rest of the variables, suggesting that the association between the variables and the attitude is similar in both countries. The information identified by experts was triangulated with the quantitative study. The three studies provide elements that are necessary in addressing VAW such as the paradigmatic view on gender, health and gender-based violence, the role of integrating the social care and community resources, the need of training and the importance of preventing the impact that working with VAW has on the lives and practice of health professionals.

## Introducción

---

Esta investigación aborda las políticas públicas y de salud en materia de Violencia de Género hacia las mujeres (VG), las perspectivas de profesionales de la salud expertos en el tema y las actitudes de los/os profesionales de la salud en Atención Primaria (APS). Los escenarios son Cataluña y Costa Rica, acotando en Barcelona y la Gran Zona Metropolitana (GAM) respectivamente. En ambos contextos, las políticas públicas y planes de salud han marcado actuaciones sanitarias en relación con la VG en los niveles primarios, secundarios y terciarios de la salud. Además, los sistemas sanitarios tienen amplia cobertura y representan de esta manera una puerta de entrada importante para las mujeres víctimas de VG.

La VG hacia las mujeres es un problema social y sanitario que está presente en las estadísticas de ambos contextos. Como problema de salud, la VG se relaciona con riesgos en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, enfermedades crónicas, consecuencias psicológicas, lesiones y muertes. En España, según una nota de prensa del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013) la tasa de víctimas de violencia de género en el 2012 fue de 142,3 por cada 100 mil mujeres mayores de 14 años. En cuanto a Cataluña, la tasa de víctimas de violencia de género en el 2012 fue de 93,3 por cada 100 mil mujeres mayores de 14 años. Sin embargo, para el 2014, Cataluña tuvo el 25% de las víctimas mortales de toda España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2013) En Costa Rica, en el año 2012, la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar fue de 341,2 por cada 100 mil mujeres (Ministerio de Salud de Costa Rica, [MS], 2012a).

Este proyecto ha sido motivado, desde el punto de vista de la autora, por dos aspectos. El primero ha sido valorizar la experiencia profesional de 15 años en el acompañamiento de niñas y mujeres víctimas de VG (Rojas, 1998; Rojas, 2002). El segundo aspecto, se remite a un estudio previo (Rojas, 2004) realizado como tesina del Máster de Violencia Intrafamiliar y de Género en la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional de Costa Rica. El citado trabajo permitió el contacto con profesionales de la salud y mujeres víctimas de la VG en el nivel de atención primaria y suscitó el interés para desarrollar la investigación que se presenta.

Otra motivación, no menos importante, ha sido la oportunidad coyuntural de hacer viable el trabajo empírico de forma comparativa en dos contextos como Cataluña y Costa Rica. La investigación comparativa permite incrementar el entendimiento de los problemas de la salud y aporta evidencia de más de un contexto, permitiéndonos aprender unos de otros. En este tipo de investigación se incorporan diferentes métodos en un diseño metodológico flexible (Bureau, 2008). Es un enfoque para conocer la realidad social a través del examen de las similitudes y diferencias recogidas entre más de un país (Cacace, Ettelt, Mays, & Nolte, 2013). Un referente importante en esta investigación ha sido el estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2005) donde se compararon distintos entornos culturales. En este estudio se recopiló información sobre mujeres de 10 países diferentes Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania.

Algunos vacíos que se encontraron en la literatura revisada sobre el tema hacen referencia al incipiente papel del sector sanitario en el abordaje de la VG (Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2012), un distanciamiento entre el nivel macro en las políticas, leyes, planes y programas con los niveles operativos ejercidos por profesionales de la salud o tomadores de decisiones locales (Valdez-Santiago & Ruiz, 2009) y los diferentes obstáculos que afectan a los/as profesionales en la ejecución de los programas sociales y sanitarios en VG. Entre estos



obstáculos se encuentran la falta de sensibilización sobre el tema, las competencias técnicas, el entrenamiento (Blanco, 2004; Campbell, Raja, & Grining, 1999), las concepciones culturales, las actitudes sociales negativas, las percepciones (Herrera & Agoff, 2006). Además, el desgaste del trabajo con la violencia donde el personal de la salud se compromete a nivel subjetivo y emocional (Lancman, Ghirardi, de Castro, & Tuacek., 2009).

Por tanto, los resultados de esta investigación tienen interés para el ámbito de la Psicología de la Salud en la medida que aporta información sobre un problema de salud de interés social: la violencia de género hacia las mujeres. Al explorar las fortalezas y debilidades en cada contexto desde niveles de acción macro y micro, podemos encontrar pistas útiles para la planificación y toma de decisiones en la salud que mejoren el abordaje de la VG hacia las mujeres en Cataluña y Costa Rica. Por otra parte, en los/as profesionales de salud en atención primaria recae gran parte del éxito de la detección y atención de la VG, por tanto, conocer las experiencias, actitudes, necesidades y propuestas desde este colectivo en dos contextos distintos pueden aportar propuestas de prácticas exitosas en la implementación de los modelos de atención a la VG. Las personas son las que actualizan, a través de sus prácticas las metas que cada sociedad se propone.

En cuanto a la estructura de esta investigación, el propósito general es analizar el abordaje de la VG desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los/as profesionales de la salud a través de un estudio comparativo entre la República de Costa Rica y la Comunidad Autónoma de Cataluña, España. En el Capítulo I se contextualizan las regiones donde se realizó este estudio en relación con los sistemas de salud, su organización en atención primaria y la situación de la VG hacia las mujeres. Se presenta una discusión actualizada del concepto de VG y su relación con la salud de las mujeres. Por último, se revisan las implicaciones y necesidades para los/las profesionales de la salud en el abordaje de la VG en el ámbito sanitario.

Los capítulos II y III recogen los objetivos e hipótesis así como el enfoque metodológico de la investigación.

En el capítulo IV se describen las características y resultados de los tres estudios realizados y las publicaciones a que han dado lugar. **El primer estudio** es una investigación descriptiva que analiza el contenido de las políticas, planes de salud y protocolos sanitarios en el tema de la VG en cada país. Este trabajo permite determinar las pautas con las cuales los/las profesionales de la salud desarrollan sus prácticas y experiencias. **El segundo estudio** es un acercamiento con metodología cualitativa que analiza las experiencias de aquellos/as profesionales de la salud con un conocimiento experto en el tema de la VG hacia las mujeres. Permite conocer las barreras y facilitadores del abordaje de la VG en cada contexto y reflexionar sobre los aspectos relevantes del modelo de abordaje de la violencia de género en cada región. **El tercer estudio** es un estudio cuantitativo que aborda las actitudes hacia la VG de los/as profesionales de la salud en atención primaria y su relación con factores como experiencia, uso de los recursos sociosanitarios, formación, conocimientos, satisfacción profesional, carga laboral y orientación de la práctica profesional. Por otra parte, se explora el impacto del trabajo con VG hacia las mujeres en la vida personal y las prácticas de cuidado profesional así como propuestas de mejora al modelo de atención de la VG.

En el capítulo V, se presenta una discusión integrada donde se realiza una lectura de los principales resultados de los tres estudios, combinándolos y relacionándolos con las preguntas iniciales. Es aquí también donde se presentan las limitaciones, fortalezas y contribuciones a la investigación futura. Además, se recogen las implicaciones prácticas que esta investigación aporta en el abordaje de la VG hacia las mujeres en estos contextos y en el ámbito sanitario específicamente. Por último, el capítulo VI presenta las principales conclusiones de esta investigación.

# Capítulo I

---

*Marco Teórico Conceptual*

## 1.1 Contextualización

En este punto se caracteriza cada contexto de acuerdo con los siguientes aspectos: identificación del territorio y algunas características socio-demográficas, características del sistema sanitario, estructura y organización del nivel de atención primaria y datos epidemiológicos sobre el estado de la VG hacia las mujeres. La información esquematizada se muestra en la Tabla 1.

### 1.1.1. Cataluña y sistema de salud

Cataluña es una comunidad autónoma del Estado Español, situada al nordeste de la Península Ibérica. Ocupa un territorio de unos 32.000 km<sup>2</sup> que limita al norte con Francia y Andorra, al este con el mar Mediterráneo, al sur con la Comunidad Valenciana, y al oeste con Aragón. Está formada por las provincias de Barcelona, Girona, Lleida y Tarragona. Su capital es la ciudad de Barcelona.

Según los datos disponibles, en el *Institut d'Estadística de Catalunya* (Idescat, 2014) la población total de Cataluña empadronada provisional en el 2014 era de 7.512.982 millones de habitantes, con una población de hombres de 3.699.081 y de mujeres de 3.813.901 millones. Por otra parte, la tasa de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos en el 2011 fue de 2,9 y la tasa de fecundidad femenina fue de 1,42 que es el número medio de hijos tenidos por las mujeres mayores de 16 años residentes en Cataluña.

De acuerdo con el diagnóstico realizado en el Plan de Salud (Generalitat de Catalunya & Departament de Salut [GenCat & DS], 2012) la esperanza de vida al nacer es elevada. La esperanza de vida es de 82,48 años, superior a la media europea y a la media del Estado español. Además, en el caso de los hombres, es de 79,5 años y en el de las mujeres, es de 85,3 años (Idescat, 2014).

Entre los principales retos de Cataluña en materia de salud está el envejecimiento continuado de la población, se estima un incremento de más de 200.000 personas mayores de 65 años en los próximos 10 años, el empeoramiento de los hábitos y estilos de vida y una creciente prevalencia de enfermedades crónicas (GenCat & DS, 2012).

En cuanto al sistema de sanitario de Cataluña, éste está inscrito como parte de la Constitución de 1978 española, la cual estableció el derecho de todos/as los/as españoles/as a la protección de la salud y un nuevo marco de organización de base regional. Según García-Armesto, Abadía-Taira, Durán, Hernández-Quevedo, & Bernal-Delgado (2010) esto permitió la cobertura universal y una significativa descentralización del sistema de atención de salud, que fue implementado de forma incremental. Además, estas reformas abrieron el camino a la Ley General de Atención de Salud (LGS 1986) que dio a luz al Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>1</sup>; desarrollado por el primer partido socialista en el período de 1982-1986. Ahora bien, según García-Armesto et al.(2010) este paso significó la transición formal de un sistema de la seguridad social (Modelo Bismarck) a un servicio nacional de salud (Modelo Beveridge) que implica una transición progresiva de las contribuciones sobre la nómina o salario a los impuestos generales como la principal fuente de financiamiento. En el año 2011, la proporción del PIB dedicada por España a gasto en salud fue de un 9,3%, del cual 6,8% se financió con recursos públicos y 2,5% con recursos privados. En el periodo 2001- 2009 el porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB creció 2,4 puntos y en el 2010-2011 cambió la tendencia decreciendo 0,3 puntos. (Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación, 2013)

---

1 Sistema Nacional de Salud se refiere al conjunto de estructuras y servicios públicos al servicio de la salud con la combinación de la administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), cuyos principios son la cobertura universal con acceso a la atención sanitaria para todos los ciudadanos; la financiación pública a través de los impuestos generales y la integración de las diferentes redes de servicios de salud.

El proceso de descentralización de la salud pública a partir de las transferencias a las diecisiete Comunidades Autónomas (CC.AA) tiene como consecuencia que se encuentren elementos comunes y diversos en la organización de los servicios de salud. Las CC.AA mantuvieron diferentes procesos y velocidades en la experiencia de manejo de las transferencias y tradiciones de sus gobiernos. Esto ha contribuido a la variedad y riqueza en cuanto a la experiencia de descentralización. La diversidad de los modelos organizativos parte de marcos conceptuales distintos, respuestas a necesidades concretas y a equilibrios de fuerzas entre los actores implicados (Manzanera, Navarro, & Armegol, 1996).

En Cataluña, entre 1977-1981 se inicia la gestión autónoma del sistema sanitario por parte de la Generalitat y entre 1983-1989 se crea el *Institut Català de la Salut* (ICS) como entidad gestora de las prestaciones y los servicios sanitarios de la Seguridad Social. Además se crea la Red Hospitalaria de Utilización Pública (*Xarxa Hospitalària d' Utilització Pública – XHUP*), que aglutina al conjunto de centros concertados del sistema. Durante ese mismo período se inicia la reforma de la atención primaria (RAP), el plan de reordenación hospitalaria, así como la descentralización y control de la gestión sanitaria en el sistema. En 1989-1990 se inicia la separación entre la financiación y la provisión de servicios de salud a través de la creación de la Dirección General de Recursos Económicos y de la Seguridad Social. Se establece el nuevo papel del ICS como ente productor de servicios sanitarios y se inicia así una nueva cultura organizativa. En 1990 se aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) (Ley 15/1990 de 9 de julio de ordenación sanitaria de Cataluña) que formaliza definitivamente el modelo sanitario catalán. (Instituto de Información Sanitaria, 2011).

De la Puente & Gomáriz (2010) señalan que los principios de la LOSC declaran la sanidad como un servicio público, financiado públicamente, con asistencia sanitaria universal, a través de un sistema sanitario integrado, que hace énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, basado en principios de equidad y superación de las

desigualdades territoriales y sociales en la prestación de servicios sanitarios. Además, defiende la racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia del sistema sanitario.

El modelo sanitario catalán es un modelo mixto que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y que recogen una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios y centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención sanitaria. Desde la *Xarxa Hospitalària d' Utilització Pública* (XHUP) el modelo se ha extendido a otras líneas de servicio en atención primaria, en el ámbito socio sanitario y de la salud mental y a otros servicios sanitarios como emergencias y transporte sanitario. La planificación se ejerce a través del Departamento de la Salud, que desde 1993 ha elaborado planes de salud de manera sistemática (1993-1995, 1996-1998, 1999-2001, 2002-2005, 2006-2010, 2011-2015) que definen las políticas del Gobierno en materia de salud (De la Puente & Gomáriz, 2010)

En el Plan de Salud del período 2011-2015 se presenta que los principales problemas en el sistema sanitario catalán se encuentran en la saturación, reflejada en las altas listas de espera y en la frecuentación, especialmente en la atención especializada y urgencias. Además, la integración entre niveles asistenciales es limitada, especialmente entre la atención primaria y la especializada. También, la innovación es insuficiente en los modelos de atención para las necesidades de los pacientes crónicos (GenCAAt & DS, 2012)

#### **1.1.1.1. Atención Primaria**

Desde 1984, el sector de la atención primaria de la salud en España ha experimentado un amplio proceso de reforma institucional. Es un sistema integrado compuesto por los centros de atención primaria de la salud y equipos multidisciplinarios que proporciona servicios de salud personal y pública (García-Armesto et al., 2010).

Los servicios ofrecidos por la atención primaria pretenden mejorar la salud de la población, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar la eficacia de los sistemas de salud. Según el *Observatori del Sistema de Salut de Catalunya* (2012) la calidad de los servicios de atención primaria es alta y se considera un elemento primordial del sistema de salud así como una de las claves del estado de la salud de los catalanes

Según Puente & Gomáriz (2010) en Cataluña los servicios sanitarios se caracterizan por una alta accesibilidad, tanto geográfica como de amplitud de prestaciones. El 98% de la población tiene un centro de atención primaria a menos de diez kilómetros. Desde el punto de vista estructural y territorial, en Cataluña existe una sectorialización de la red asistencial basada en Áreas Básicas de Salud (ABS). Las ABS son las unidades territoriales elementales para la prestación de asistencia primaria de acceso directo a la población y la delimitación de estas unidades se determina atendiendo factores geográficos, demográficos, sociales y epidemiológicos homogéneos. De manera que la población residente en la zona que comprende un ABS es asignada a Equipos de Atención Primaria (EAP) que presta atención el Centro de Atención Primaria (CAP) y que se desplaza a los consultorios locales de la ABS.

Los EAP están constituidos por profesionales sanitarios y no sanitarios cuyas actividades se desarrollan para el conjunto de la población de una ABS. Estos profesionales ofrecen una atención integral que incluye atención y prevención de enfermedades, educación en los hábitos saludables y la orientación en la asistencia social. Actualmente todos los EAP disponen de la historia clínica automatizada, lo cual facilita la gestión asistencial y garantiza el seguimiento de los problemas de la salud de los pacientes (*Observatori del Sistema de Salut de Catalunya*, 2012).

Los EAP están integrados por profesionales de las siguientes categorías: medicina de familia, pediatría, odontología, enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal



no sanitario de soporte como auxiliares administrativos y celadores. Según el *Observatori del Sistema de Salut de Catalunya* (2012) para el año 2011, Cataluña contaba con 369 EAP en funcionamiento. Estos equipos pluridisciplinarios de profesionales sanitarios cubren una población entre los 6.000 y 35.000 asegurados registrados. Los EAP con menor población asignada corresponden generalmente a ABS rurales. El 16,0% de todos los asegurados registrados en un EAP son de nacionalidad extranjera.

Puente & Gomáriz (2010) la oferta de servicios en materia de promoción, prevención, atención y rehabilitación prestada por la red sanitaria de utilización pública cubre tanto la referencia individual y comunitaria como servicios territoriales. Los servicios territoriales se realizan desde los Centros de Atención Primaria II (CAP II) que son centros en los que se presta las especialidades médicas extra hospitalarias para brindar soporte y referencia al CAP. En un nivel intermedio, entre las redes de Atención Primaria (AP) y la Atención Especializada (AE), encontramos los equipos de profesionales que llevan a cabo las actividades del programa de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR), así mismo los equipos de que atienden la Salud Mental y las Adicciones (CAP-SM).

La red de atención primaria en Cataluña está constituida por entidades proveedoras de titularidad diversa. El 9,5% de los EAP de provisión alternativa al ICS son gestionados por entidades proveedoras privadas o mixtas: la mayor parte por entidades proveedoras constituidas por entidades públicas, por consorcios públicos (con participación o no de fundaciones privadas sin ánimo de lucro) o por sociedades con una forma jurídica privada que dependen de entidades con capital público al 100% (Instituto de Información Sanitaria, 2011).

### 1.1.1.2. Situación de la violencia de género hacia las mujeres

Cataluña figura como una de las CC.AA. con más femicidios (Valls-Llobet, 2006). En Cataluña se registran las víctimas mortales por causa de violencia machista en la pareja y además se registran las víctimas en otros ámbitos donde se manifiesta la violencia de género hacia las mujeres como el familiar y el social-comunitario; tales como matrimonios forzados, mutilación femenina y la agresión sexual (Generalitat de Catalunya & Departament d'Interior, 2013).

Los resultados de la Encuesta de Violencia Machista de Cataluña EVCM en nota de prensa (Generalitat de Catalunya & Departament d'Interior, 10 de diciembre del 2010) revelaron que 1 de cada 4 mujeres, entre los 17 y 70 años, residentes en Cataluña, había sido objeto de alguna agresión machista a lo largo de su vida. Las agresiones machistas se refieren a violación, intentos de violación, agresiones físicas, agresiones graves como amenazas de muerte o con objetos peligrosos y agresiones psicológicas. Un dato importante es que el 80% de las mujeres que han padecido un hecho de agresión no lo ha denunciado.

En España, la tasa de mujeres asesinadas por millón de mujeres en el 2006 ha estado por debajo de la media europea en relación con el feminicidio<sup>2</sup> en general. La macroencuesta de la *European Union Agency for Fundamental Rights* (FRA, 2014) ha señalado que España se encuentra entre los países con menor porcentaje (entre un 10%-19%) que registra mujeres

---

2 Feminicidio es un neologismo de la palabra inglesa 'femicide'. Según la Real Academia Española es correcto utilizar feminicidio en lugar de femicidio. En países como Costa Rica se utiliza más el término femicidio y se denomina femicidio ampliado a asesinatos por razón de ser mujer. La importancia de acuñarlo como feminicidio radica en dejar constancia de incluir al género, ya que se trata del asesinato de la mujer en razón de su género, por odio hacia las mujeres, por rechazo a su autonomía y su valor como persona o por razones de demostración de poder machista o sexista. El feminicidio incluye una connotación de genocidio contra las mujeres. Por esta razón se prefiere feminicidio a femicidio, un término que hace referencia a todos los homicidios que tienen como víctima a una mujer por razón de su género.

que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja desde los 15 años de edad. Sin embargo, Sanmartín, Iborra, García & Martínez (2010) señalan que los feminicidios en las relaciones de pareja ha tendido al aumento situándolo como el tercer país del área en el que más se ha acentuado entre el 2000-2006

### **1.1.2. Costa Rica y sistema de salud**

Costa Rica es un país de América Central con una extensión de 51.100 km<sup>2</sup> y políticamente está dividida en siete provincias: Alajuela, Heredia, Cartago, Puntarenas, Guanacaste, Limón y San José, ésta última es su capital. Tiene una población de 4.713.000 habitantes, compuesta por 2.069.000 hombres y 2.017.000 mujeres (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2014). Según el INEC (2014), la mortalidad infantil es de 8,67 por cada mil nacidos. Además, la tasa de fecundidad dio lugar a un nuevo mínimo histórico de 1,76 hijos por mujer en el 2013. La esperanza de vida al nacer siguió siendo una de las más elevadas en la historia del país con 79,2 años. Por sexo, la esperanza de vida de los hombres es de 76,7 años y de 81,6 para las mujeres.

El descenso en la tasa de fecundidad de los últimos años (de 7,1 hijos por mujer en 1960 a 1,76 en el 2013) y el aumento de la esperanza de vida, trae el incremento de la población mayor y la disminución de niños y niñas y adolescentes ([MS], 2010). Según el Plan de Salud que rige para Costa Rica (MS, 2010) entre los retos del análisis del contexto de salud se encuentran: la reducción de las brechas en salud, mejorar la equidad y eficiencia de la distribución de los recursos y el manejo adecuado de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Las estrategias están dirigidas a modificar los determinantes sociales y los factores de riesgo relacionados con el sedentarismo, la obesidad, hábitos inadecuados de alimentación, violencia, drogadicción, accidentes y lesiones.

---

En cuanto al Sistema Nacional de Salud incluye la totalidad de componentes del sistema social que se relacionan, en forma directa o indirecta con la salud y el bienestar de la población. Está conformado por las siguientes instituciones: Ministerio de Salud (MS), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Seguros (INS), Acueductos y Alcantarillados (AyA), Universidades e institutos del área de la salud, los servicios de salud privados, las municipalidades y las comunidades. El Ministerio de Salud es el órgano rector de la política sanitaria.

En cuanto a la oferta de servicios sanitarios está constituida por un sector público y uno privado, con un difuso sector mixto. La participación del sector privado se encuentra en la medicina mixta, la medicina de empresa y los servicios por cooperativas de médicos. Las entidades públicas son la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Instituto Nacional de Seguros (INS). En el sector privado se encuentran los servicios de médicos privados financiadas por el mismo usuario. En cuanto al sector mixto, la CCSS, que es la institución que presta los servicios de salud a la población, contrata cooperativas o entidades como las universidades para prestar servicios de salud en áreas donde es deficitaria. Éstas atienden a 15% de la población con base en contratos para el primer nivel de atención. Contrata además servicios diagnósticos y tratamiento de alta complejidad, sobre todo para pacientes con cáncer. Las cooperativas y universidades trabajan con su propio personal. El INS opera tanto en el sector público como en el privado (Sáenz, Acosta, Muiser, & Bermudez, 2011)

Desde el año 1943, Costa Rica tiene un sistema solidario de salud. Se invierte aproximadamente 18,7% del gasto público y garantiza cobertura y calidad en salud. La financiación de los servicios sanitarios se realiza con cotizaciones obligatorias de los empleadores, trabajadores y del Estado (Sáenz et al., 2011). Un estudio comparativo entre la privatización de los sistemas de salud de Costa Rica y Chile (Homedes & Ugalde, 2002) señala que Costa Rica, a pesar de las presiones del Banco Mundial para privatizar, ha mantenido la financiación central pública

de todos los servicios de salud. Según Martínez (1999) las élites costarricenses se apoyaron en los logros sociales previos del país, tales como la segunda mortalidad infantil más baja de la región y una esperanza promedio de vida al nacer similar a los países del primer mundo, para mantener mayores márgenes de negociación que los de otros países de la región.

La CCSS tiene un porcentaje de asegurados que ha oscilado entre 85,6% y 87,6%. Entre los grupos de la población sin acceso a la seguridad social están los refugiados pobres los trabajadores informales, migrantes indocumentados, trabajadores temporales, algunas poblaciones indígenas cuyo acceso geográfico a los servicios es limitado, poblaciones en condición de pobreza no informada de sus derechos y el 28,8% de trabajadores del sector agrícola sin cobertura en salud o pensiones. Desde hace varios años se aprobó una nueva Ley de Migración y Extranjería que obliga a los extranjeros residentes permanentes, residentes temporales y trabajadores transfronterizos a cotizar al seguro social de la CCSS como condición para renovar su estado migratorio (Sáenz et al., 2011).

### **1.1.2.1. Atención Primaria**

En las décadas de los 70 y 80 se dio la primera gran reforma de los servicios de salud en Costa Rica. Se ejecutaron programas de extensión y cobertura, con metodología y personal auxiliar como el asistente de salud rural y el asistente de salud comunitaria urbano. Se fortalecieron los programas nutricionales, se impulsó fuertemente la participación comunitaria en salud y se acrecentó la coordinación interinstitucional para el desarrollo de los programas intersectoriales de desarrollo rural (Vargas, 2006).

En 1974 aparece el primer Plan Nacional de Salud 1974-1978. Otras de las acciones sobresalientes de esos años fueron la regionalización, la articulación entre los distintos niveles, la construcción de establecimientos de salud en las zonas más aisladas y desprotegidas y la coordinación entre el MS y la CCSS. En la década de los 90, se da el Proyecto de Reforma

del Sector Salud donde se incorporan los Programas de Atención Primaria de Salud y de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) desarrollados en las décadas anteriores (Vargas, 2006). En este modelo la atención primaria tiene un papel clave en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La organización de la atención primaria, tiene como elemento importante las Sedes de Áreas donde se ubica la dirección médica y la administración, también los servicios de apoyo como farmacia, laboratorios clínicos, personal administrativo REDES<sup>3</sup>, enfermería, trabajo social, así como un servicio de emergencias. Aquí se pueden albergar uno o más Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que son equipos constituidos por profesionales de medicina general y/o de familia, auxiliar de enfermería, asistente técnico de atención primaria (ATAP), asistente de REDES y técnico de salud de farmacia. (Blandón, 2011).

En la actualidad, la CCSS cuenta con 103 Áreas de Salud, 985 Sectores, 991 EBAIS conformados, 103 Sedes de Área, 514 Sedes de EBAIS y 825 Puestos de Vista Periódica PVP. Por otra parte, según datos suministrados por las Áreas de Salud el 94,46% de la población total del país está adscrita a un sector y cuenta con los servicios de un EBAIS conformado. El promedio de habitantes por EBAIS conformado es de 4.512; en los últimos cinco años se ha mantenido un promedio de 4.500. (Blandón, 2011).

### **1.1.2.2. Situación de la violencia de género hacia las mujeres**

Costa Rica, como parte de los países del área centroamericana presenta mayores tasas de prevalencia de feminicidios generales a nivel internacional, sin embargo, ha presentado una

---

3 REDES se refiere a un recurso humano en el área cuya función administrativa es de registro y estadísticas de salud.

disminución de la prevalencia de feminicidios de pareja entre los años 2000-2006 (Sanmartín et al., 2010).

Durante el 2011 fueron asesinadas en Costa Rica 62 mujeres, de las cuales más de la mitad (64,5%) sucedieron dentro del concepto de femicidio. El restante 35,5% correspondió a homicidios dolosos perpetrados por otros móviles o razones no asociadas con la condición de ser mujer o por el hecho de serlo. Además, el 90% de los femicidios fueron perpetrados por su pareja. Un total de 15 femicidios ampliados<sup>4</sup> fueron perpetrados por atacantes sexuales según estadísticas del Organismo del Poder Judicial (González, 2011).

En el perfil del sistema de salud costarricense realizado por la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2009) se señala que a nivel epidemiológico las muertes por causas violentas representan uno de los principales problemas de salud del país, particularmente aquellas relacionadas con la violencia doméstica, los accidentes de tránsito, los homicidios y los suicidios.

En Costa Rica, la primera y única encuesta nacional de violencia contra las mujeres (Sagot & Guzmán, 2004) señaló que el 58% de las mujeres manifestó haber sido víctima de violencia. Según el Ministerio de Salud de Costa Rica (2012b) la violencia intrafamiliar tiende al aumento año con año y los reportes evidencian que los casos de violencia de todo tipo siguen afectando a la población en general, principalmente a los grupos más vulnerables: mujeres, niños y adultos mayores.

La violencia prevalece en zonas rurales. En el caso de las mujeres, éstas se ubican en edades entre los 25 y 35 años, es decir en edades de reproducción, de estudio y de trabajo.

---

4 El número de homicidios dolosos contra mujeres aumentó en dos casos respecto al año anterior. De ese total, 28 fueron ultimadas por su condición de género o en razón de ser mujer (femicidio ampliado), 22 más perdieron la vida al ser atacadas por razones ajenas al género, y 12 más lo fueron al ser agredidas presuntamente por su esposo o compañero.

Posteriormente, repunta en adultos mayores, en edades de 75 del sexo femenino. Los casos registrados de violencia intrafamiliar por sexo según causa específica se manifiesta en ambos sexos, aunque la mayoría se da en la población femenina, estos datos sugieren que no ha habido avances efectivos en materia de prevención y promoción contra todas las formas de violencia y discriminación. (MS, 2012b)



**Tabla 1.** Aspectos comparativos de las características poblacionales, de salud y violencia de género entre Cataluña y Costa Rica

VARIABLES	CATALUÑA	COSTA RICA
Población	7.512 millones de habitantes	4.713 millones de habitantes
Territorio	32.000 km <sup>2</sup>	51.100km <sup>2</sup>
Tasa mortalidad Infantil	2,9 / mil nacidos	8,67/ mil nacidos
Tasa fecundidad	1,42 por mujer	1,76 por mujer
Esperanza de vida al nacer	81,9 años	79,2 años
Modelo Sanitario	Mixto,	Público, privado y mixto,
Responsabilidad	Autonómica	Estatal
Financiación	Pública Impuestos	Pública. Cotizaciones obligatorias del Estado, Trabajadores y Patronos
Población cubierta	98%	85%,6-87,6%
Atención Primaria		
Equipos Multidisciplinarios	369 en funcionamiento	991 en funcionamiento
Promedio de habitantes/ equipo	6000-3500 hab/EAP	4500 hab/EBAIS
Retos en Salud Pública	Envejecimiento continuado de la población Empeoramiento de los hábitos y estilos de vida Prevalencia de enfermedades crónicas	Mejorar la equidad y financiamiento Enfermedades crónicas no transmisibles. Factores de riesgo relacionados con el sedentarismo, la obesidad, Violencia, drogadicción, accidentes y lesiones.
Limitaciones	Listas de espera Alta frecuentación en atención especializada y urgencias Limitada integración de niveles asistenciales. Modelos de atención para los pacientes crónicos	Listas de espera en consulta especializada y el internamiento Poca articulación de los tres niveles de atención Inequidades en infraestructura Retos en la cultura organizacional
Violencia de Género	Política pública Protocolos en los tres niveles de atención	Política Pública Normas de Atención para los tres niveles

### 1.1.3. Resumen comparativo de los contextos estudiados

- En el caso de Cataluña, como Comunidad Autónoma de España, el sistema sanitario público tiene peculiaridades que le distinguen de otros modelos de salud del resto del Estado Español. El modelo de la sanidad pública en Costa Rica está constituido por una organización única con un marco teórico que es uniforme para todo el país (ver Tabla 1).
- El modelo sanitario catalán es un modelo mixto que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y que recogen una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios y centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención sanitaria. En Costa Rica el modelo sanitario está constituido en la actualidad por un sector público, un sector privado y un difuso sector mixto.
- Ambos sistemas sanitarios incluyen el abordaje de la violencia como problema de salud y se registran estadísticas en relación con el feminicidio.
- La atención primaria es clave en los sistemas sanitarios y tienen una organización similar en Cataluña y Costa Rica. En relación con la VG, en ambos contextos se realiza un registro de datos.

## 1.2 La Violencia de Género hacia las mujeres: debates

Lamentablemente, la violencia de género hacia las mujeres es muy extendida, ocurre en todos los países del mundo aunque su prevalencia varía de país en país (Sanmartín et al., 2010; *European Union Agency for Fundamental Rights FRA*, 2014). Según la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” (1993), se entiende la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino cuyo resultado sea 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 en la vida pública como en la vida privada.

La violencia de género hacia las mujeres abarca actos como la violencia física, sexual y psicológica tanto en el ámbito familiar y comunal, como en aquella que es perpetrada o tolerada por el Estado. La violencia de género toma diferentes formas, de manera que incluye por ejemplo, la violencia de pareja tanto física, sexual y de abuso emocional, violencia sexual, matrimonios forzados a tempranas edades, trata de mujeres, mutilación genital y asesinatos por honor.

De esta forma, entendemos que la violencia hacia las mujeres no es exclusiva al ámbito de las relaciones en las familias y en la pareja. Abarca distintas manifestaciones en espacios culturales y sociales. Sus manifestaciones son explícitas o sutiles en la cultura. Ahora bien, la violencia de pareja es la expresión más frecuente de la violencia de género. La violencia de pareja se ejerce generalmente por maridos, novios o amantes como mecanismo para asegurar, en el ámbito individual, el mandato patriarcal de la sumisión de las mujeres al poder de los hombres. Su expresión puede observarse en forma de golpes, palizas y violaciones pero también en las más sutiles; llamadas micromachismos (Méndez, 2004).

---

El concepto de micromachismos (Ferrer-Pérez, Bosch, Navarro, Ramis, & García, 2008) se refiere a las estrategias de control y microviolencias contra la autonomía de las mujeres, que suelen ser invisibles y legitimadas por el entorno social. La OMS (como citó García Moreno, 2005) señala el comportamiento dominante de la pareja como violencia. Actos tales como impedirle ver a sus amigas, limitar el contacto con su familia, insistir en saber dónde está en todo momento, ignorarla o tratarla con indiferencia, enojarse con ella si habla con otros hombres, acusarla constantemente de serle infiel o controlar su acceso a la atención a la salud, entrarían en esta categoría.

La violencia sexual también afecta principalmente a las mujeres y las niñas. En situaciones de conflicto y post-conflicto la violencia sexual es reconocida cada vez más como una táctica de guerra (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

Otras formas de violencia contra las mujeres incluyen el acoso sexual y el abuso por parte de las figuras de autoridad, la trata con fines de trabajo forzado o el sexo y las prácticas tradicionales como el matrimonio forzado infantil, la violencia relacionadas con la dote y la mutilación genital. La violencia contra las mujeres está a menudo relacionada con el sesgo social y de género. En los casos más extremos puede conducir a la muerte violenta o el infanticidio femenino. A pesar de la magnitud del problema, muchas mujeres no denuncian sus experiencias de violencia y no buscan ayuda. Como resultado, la violencia contra las mujeres sigue siendo un problema oculto con grandes costos humanos y de salud. (OMS, 2009).

La investigación mayoritaria en el tema sobre la VG hacia las mujeres se ha realizado bajo el término de violencia doméstica (Rodríguez, López-Cetero, & Rodríguez, 2009) con el cual se refieren a las relaciones de violencia en parejas adultas. También se ha abordado bajo otros términos como Violencia de pareja (*Couple Violence*) y Violencia del Compañero Íntimo (*Intimate Partner Violence*) los cuales han sido utilizados minoritariamente. Otros

términos utilizados son *Dating Violence*<sup>5</sup> que poseen una tradición en el área de la violencia interpersonal (Rodríguez et al., 2009). Algunos de los términos no describen la magnitud de las formas de violencia que padecen las mujeres en consecuencia de su género, las direcciones en que pueden suceder los actos violentos y los motivos que le subyacen. En la Tabla 2 podemos observar las distintas críticas a los términos.

El mérito de estas primeras formas de nombrar la violencia que sufrían las mujeres se puede valorar en la ruptura del silencio sobre el maltrato a las mujeres. Una propuesta es la que realiza McHugh & Frieze (2007) quienes señalan el término violencia del compañero íntimo para referirse al daño físico de uno de los compañeros en el contexto íntimo (romántico/sexual) relacional; abuso del compañero íntimo para referirse a la coerción física, psicológica y/o sexual perpetrada en el contexto de una relación íntima. Este término flexibiliza el lugar de ocurrencia y permite incluir a otras parejas o ex-parejas que no conviven con el agresor, como en casos de noviazgo, separación y divorcio, en las que también se sufre esta violencia. Con este término se pueden incluir los casos en los que la violencia no es ejercida del hombre a la mujer, cuando la agresión sigue el camino inverso, cuando es mutua, o cuando ambos miembros de la díada son del mismo sexo. Además, señalan la importancia de considerar el contexto de la violencia íntima, incluyendo el tipo de relación en la cual la violencia ocurre, los roles relevantes de género y normas y otros aspectos del contexto sociohistórico en la investigación actual (McHugh & Frieze, 2007).

---

5 Este término ha sido utilizado frecuentemente para referirse a la violencia que reciben las mujeres en la primera cita, donde algunas veces son citas ciegas.

**Tabla 2.** Críticas a los términos utilizados para referirse a la violencia de género hacia las mujeres

CONCEPTO	CRÍTICA
Violencia Doméstica	Encubre al agresor (Valls-Llobet, 2006)
Mujer maltratada	Se generaliza sin tomar en cuenta la raza, clase, nacionalidad, línea religiosa y las propias experiencias (Kanuha,1996)
Violencia de Género	Diluye las motivaciones y objetivos de la agresión a la mujer y del agresor. La palabra género tiene sentido en tanto incluya las relaciones de poder y posesión del género masculino frente al femenino (Valls-Llobet, 2006).
Esposa Abusada	Refleja una concentración teórica en la violencia física experimentada por la mujer casada y heterosexual (Mc Hugh & Frieze, 2007)
Violencia contra las mujeres desde enfoque feminista tradicional o paradigma de género	La crítica se hace a que sólo se señala como causas de la violencia la inequidad genérica construida y apoyada socio-culturalmente (Mc Hugh & Frieze, 2007; Cantera, 2004).

### 1.2.1 La violencia de género desde el enfoque feminista

El enfoque feminista permitió comprender la violencia contra las mujeres como un problema de poder, producto de un sistema estructural de opresión de género y, también, reflexionar sobre el papel de las diferentes instituciones y prácticas sociales como un reflejo de la dominación masculina. La socialización de género se convierte en un justificante y reproductor de las jerarquías entre los sexos, los patrones de dominación y la opresión institucional. De esta forma, la violencia contra las mujeres se ha planteado como un problema de negación de derechos ciudadanos, por tanto, es también un problema público vinculado con la ciudadanía, ligado con los roles asignados a mujeres y hombres y con la distribución de derechos y deberes. La erradicación de la violencia implicaría desde este punto de vista un cambio en las relaciones de poder que inciden tanto en lo personal como en lo colectivo. (Sagot, 2008).

---

La categoría género como constructo cultural determina los significados de ser hombre o mujer en la sociedad y permite examinar la violencia desde múltiples niveles. El significado psicológico de los actos y experiencias por el perpetrador, la víctima y el observador reflejan el contexto situacional, estructural y cultural (Russo & Pirlot, 2006). La definición de género como construcción cultural permite comprender la violencia hacia las mujeres no como un problema de naturaleza sexual de las relaciones entre macho y hembra, sino como fenómeno histórico, producido y reproducido en las estructuras sociales de dominación de género y reforzado por la ideología patriarcal. El entendimiento de la violencia de género hacia las mujeres revela la legitimidad del control y el poder sobre sus cuerpos. Según Alberdi (2010) existen agresiones y formas de violencia que no guardan relación con el hecho de ser hombre o mujer, sin embargo, al referirnos a violencia contra las mujeres nos referimos a la violencia ejercida por los hombres para mantener el control y el dominio sobre las mujeres.

Valls-Llobet (2006) sostiene que las motivaciones y características de la violencia contra las mujeres se distinguen de otras violencias y agresiones. Es una agresión cuyo objetivo no está relacionado con las necesidades instintivas de caza, defensa personal o conquista de territorios sino con el sometimiento del sexo femenino. Las motivaciones están en el deseo de poseer y de las relaciones de poder.

Para Alberdi (2010) la cultura en la construcción de la violencia contra las mujeres es fundamental para entender a una mujer que revela una situación de violencia. La tarea es desnaturalizarla y generar la posibilidad de cambiar esa situación. La violencia se ejerce como mecanismo para asegurar, en el ámbito individual, el mandato patriarcal de la sumisión de las mujeres al poder de los hombres. Esta violencia está relacionada con la desigualdad de género, es el resultado de la idea del dominio masculino y de los valores que reflejan este poder sobre las mujeres. Con esta violencia se reduce la participación de las mujeres en aspectos de la vida social porque les infunde miedo e inhibe sus capacidades, deteriora la confianza en sí mismas, reduce la autoestima física y psicológica y destruye su salud y niega sus derechos como humanas (Alberdi, 2010).

### 1.2.2 Violencia de Género y aportes de nuevos feminismos

El enfoque feminista tradicional constituyó un salto importante de los modelos teóricos que a menudo culpan a la víctima de sus circunstancias o bien, tienden a ver como un problema patológico a las mujeres maltratadas. Sin embargo, académicas, supervivientes, abogadas y activistas, en particular las mujeres de raza negra y las lesbianas han desafiado la visión feminista tradicional de que la desigualdad de género es el factor principal que determina la violencia doméstica. Bograd (1999) sugiere que la violencia doméstica no es un fenómeno monolítico y que la intersectorialidad matiza el significado de la naturaleza de la violencia doméstica. Existimos en contextos sociales creados por intersecciones de los sistemas de poder, tales como raza, clase, género, la orientación sexual y la opresión en forma de prejuicios, estratificación de clases, sesgo heterosexista y desigualdad de género.

Señala Cantera (2004) que entre las víctimas de la violencia existen distintas direcciones y espacios, que no se circunscriben al estereotipo hombre agresor- mujer víctima (Cantera, 2004). Esto lejos de ser una amenaza para quienes han luchado por visibilizar la violencia que sufren las mujeres, es una fuente importante de conocimiento e investigación para dar soporte a las distintas esferas, sutilezas y estrategias del ejercicio del poder.

En este sentido, Beiras, Moraes, Alencar-Rodríguez & Cantera (2012) señalan que las principales críticas al paradigma de género concebido en las primeras olas del Feminismo discuten las categorías género, patriarcado y dominación. De manera que se promueve un cambio epistemológico que rompa con ideas esencialistas en categorías de género, sexualidades y violencia. Se trata de pensar la violencia de- construyendo el discurso dominante de la fragilidad femenina y el mandato de poder, dominación y fuerza masculina.



Para Beiras et al. (2012), el paradigma tradicional de género no contempla diferencias o diversidades entre las categorías y no abarca explicaciones de violencia que ocurren en casos de homosexuales, ni ofrece argumentos para considerar la violencia en la dirección mujer-hombre. Las implicaciones masculinas en los problemas de la violencia de género no significan justificar la violencia ejercida por los hombres pero sí problematizar políticas públicas y modelos de atención, especialmente en salud. Beiras et al. (2012) defienden el trabajo integrado para aquel o aquella que sufre violencia tanto como autor o autora de la violencia, una intervención efectiva y menos simplista. Según estos autores, las teorías de género post-estructuralistas, posmodernos y la Teoría Queer han contribuido a esta discusión.

Además, los conocimientos de la narrativa histórica de un conocimiento objetivo, universal, y la visión de la sociedad moderna como la forma más avanzada de la experiencia humana han cuestionado el carácter binario y dicotómico de distintos saberes. A esta ruptura epistemológica han contribuido vertientes de la crítica feminista, el cuestionamiento de la historia europea como Historia Universal, el aporte de los subalternos de la India, la producción de intelectuales africanos y la perspectiva postcolonial, entre otros (Lander, 2000).

Los estudios realizados por mujeres académicas y activistas, llamadas feministas postcoloniales, en el llamado “Tercer Mundo” en África, América Latina y Asia (Oyěwùmí, 1997; Mohanty, 2008) critican la construcción eurocéntrica del feminismo que piensa y organiza el tiempo y el espacio para todas las mujeres a partir de una única experiencia sin especificar la referencia histórica-cultural. Según, Hernández (2008) las feministas postcoloniales han respondido con trabajos antropológicos, investigaciones históricas y la producción literaria a los discursos que universalizan la experiencia, que promueven concepciones binarias y simplistas del poder donde el dominador es el hombre y la mujer la subordinada, discursos que hegemonizaron las perspectivas feministas de la academia europea y norteamericana.

Por otra parte, Cantera (2004) señala que la variable género es clave para explicar la violencia porque desarticula el sustrato cultural de mitos, prejuicios y estereotipos, sin embargo, puede reforzar un único marco teórico lógico para la investigación, los debates, la intervención y las políticas. Meza de Luna (2010) amplía el concepto de violencia de pareja en la dirección hombre-mujer y cuestiona la teoría de género *–tradicional–* como su explicación. Recomienda repensar los programas preventivos para poder detectar las diferentes direcciones de la violencia.

De igual manera, Gamero (2007) estudia los estereotipos heterosexuales y homofóbicos que dificultan la imaginación de que en tales parejas se pueda dar algún grado significativo de violencia. Señala que si estos estereotipos están anclados en las mentalidades de los/as profesionales implicados en la atención a las víctimas de la violencia en la pareja (hetero/homo) puede afectar la calidad de atención a estas víctimas. Ven con urgencia profundizar en el grado de anclaje de los estereotipos de género en los/as profesionales de la asistencia a las víctimas de la violencia en cualquier tipo de pareja.

Acotando, en esta investigación se entiende por Violencia de Género hacia las mujeres aquel ejercicio de la violencia hacia las mujeres inscritos en un sistema patriarcal, tal como señala Roca Cortés (2011), que coloca a hombres y mujeres en una jerarquía de dominación y sumisión en vez de un sistema de cooperación para la vida. No obstante, si bien se focaliza en la violencia hacia las mujeres, la mirada ha de ser crítica del paradigma de género donde se pueda distinguir desde la intervención psicosocial y en el campo de la salud, las diferentes expresiones de las violencias, con distintos escenarios, actores y condiciones, siguiendo a Cantera (2005). Por otra parte, al ser esta una investigación comparativa, se ha de tener en cuenta la perspectiva contextual y cultural donde se insertan las políticas públicas en materia de violencia de género hacia las mujeres y la salud, así como los/as profesionales de la salud en cada región.

### 1.2.3 Resumen sobre los debates en Violencia de Género hacia las mujeres

- El lenguaje con el cual designamos la violencia hacia las mujeres puede ocultar al agresor, así como otras formas de violencia en las relaciones de pareja y ámbitos de la vida social de las mujeres. También puede homogenizar a las mujeres y sus experiencias.
- El enfoque feminista ha sido clave para entender la violencia como producto de un sistema de opresión de género y por tanto, permitió una visión de transformación. También ha contribuido a entender que la violencia contra las mujeres es un problema público vinculado con los derechos ciudadanos.
- Estudios y marcos teóricos que critican el enfoque feminista tradicional de la violencia señalan que este paradigma carece de un carácter diverso y múltiple de las expresiones de la violencia con el peligro de polarizar y excluir el análisis socio-histórico. La crítica al paradigma tradicional feminista para entender la violencia contra las mujeres nos permite repensar las prácticas de los y las profesionales de la salud.
- En esta investigación entendemos por Violencia de Género hacia las mujeres aquella violencia que se inscribe en un sistema patriarcal, su naturaleza cultural la hace transformable y se manifiesta en distintas formas, con actores y escenarios diversos y en variedad de ámbitos de la vida social de las mujeres. Además, debe ser abordada en las distintas poblaciones que se ven afectadas por esta violencia como hijos e hijas y personas agresoras.

## **1.3 Violencia de Género y la Salud de las Mujeres**

### **1.3.1 Consecuencias de la Violencia en la Salud de las Mujeres**

Las múltiples consecuencias biológicas, neurológicas, psicológicas, conductuales, sociales y económicas que tiene la violencia para las mujeres y sus familias son un factor de riesgo para la salud con una gama amplia de efectos. La relevancia clínica del maltrato a las mujeres radica en las graves secuelas para la salud de las mujeres y para sus hijos e hijas, así como en las cifras de prevalencia (Rovira, 2012).

Según Rovira (2012), los síntomas son la forma de expresión en la consulta del maltrato a las mujeres y son los indicadores que permiten su detección. Existen efectos directos e indirectos de la violencia. Los efectos directos se manifiestan en el ámbito físico, psíquico y social de forma inmediata o diferida. La violencia contra las mujeres puede tener como consecuencia lesiones graves, invalidez o muerte. Los efectos indirectos, persisten durante muchos años después de finalizada la violencia. Estos efectos se relacionan con estrés crónico, mecanismos de somatización, disminución de la autocura, la hiperutilización de los servicios sanitarios y la disminución del soporte social.

La VG es una de las causas más importantes de incapacidad y muerte entre las mujeres (Bott, Guedes, Claramunt, & Guezmes, 2010). Además, se encuentra una variedad de problemas asociados a la salud tales como los cambios inducidos por el estrés fisiológico, uso de sustancias o la falta de control de la fecundidad y de la autonomía personal generada por las relaciones abusivas. Puede relacionarse con trastornos ginecológicos, aborto en condiciones inseguras, complicaciones durante el embarazo, aborto espontáneo, bajo peso al nacer y la enfermedad de inflamación pélvica (Bott et al., 2010).

Según Velzeboer, Ellsberg, Clavel-Arcas & García-Moreno (2009) las mujeres maltratadas tienen mayores tasas de embarazos no deseados, abortos, embarazos adversos, infecciones de transmisión sexual incluido el VIH y trastornos mentales como la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos del sueño y los trastornos de la alimentación, en comparación con su pares no maltratadas. El maltrato recurrente puede erosionar la resistencia de las mujeres y exponerlas al riesgo de sufrir otros problemas psicológicos, como el trastorno de estrés postraumático, el suicidio y el consumo de alcohol y de drogas.

Por otro lado, la identificación de la violencia psicológica no es fácil, la misma víctima no sabe identificar que le está pasando (Valls-Llobet, 2006). La violencia entre sujetos que conviven va deteriorando las defensas y autoestima de la persona víctima de malos tratos, afectando su salud mental.

Se habla de las consecuencias de la salud en los hijos y las hijas de las mujeres que sufren maltrato. Los efectos dependen de la existencia de la violencia directa física, psicológica o sexual como del hecho de ser testigo de la violencia contra la madre. Un riesgo es la utilización de la violencia para resolver conflictos y la reproducción de los roles de víctima o agresor en sus propias relaciones de pareja (Rovira, 2012).

La VG ha sido reconocida como problema de salud asociado a significativos costos para los sistemas de salud, morbilidad y mortalidad (Chang et al., 2009).

### **1.3.2 Violencia de Género como problema de Salud Pública**

La VG aparece como problema de salud en las principales revistas anglosajonas de salud pública en la década de los 70 (Valdez-Santiago & Ruiz-Rodríguez, 2009), no obstante en

España y Costa Rica, la incorporación de la violencia hacia las mujeres en los sistemas de salud se da más tardíamente.

En el año 2013 en nota de prensa, la OMS (20 de marzo 2013) vuelve a manifestar que la violencia contra las mujeres es un problema de salud pública, además una experiencia generalizada en todo el mundo y con graves consecuencias para la salud. En el año 1996 la OMS se había manifestado al respecto<sup>6</sup> y algunos países empezaron a incorporar la VG dentro de sus políticas públicas. En Costa Rica la inclusión se da en 1996 con un plan a nivel intersectorial llamado Planovi (Centro Nacional de la Mujer y la Familia, 1996). En el caso del Estado Español y específicamente, en Cataluña, es hasta casi una década después de Costa Rica que se da directriz en materia de política pública en el año 2008 (MSSI, 2008; Institut Catalá de les dones & Generalitat de Catalunya, 2008). Aunque como señala Coll- Planas, García-Romeral, Mañas, & Navarro-Varas (2008) en el 2004 con el anteproyecto de la Ley Integral sobre Medidas de protección y su aprobación se avivó un debate candente desde el año 1995 en la sociedad española cuando se movilizaron intensamente las organizaciones de mujeres para luchar contra la violencia.

Ahora bien, el principal modelo teórico para introducir la violencia de género en la salud pública fue desde la epidemiología clásica. Las disciplinas como la Sociología, Psicología, Historia, Antropología y Psiquiatría han aportado a la salud pública un avance en el conocimiento del problema para que finalmente haya obtenido un reconocimiento como un

---

6 Además, en la 49a Asamblea Mundial de la Salud del 25 de mayo de 1996 sobre la prevención de la violencia: una prioridad de salud pública, se solicita caracterizar los diferentes tipos de violencia, definir su magnitud y evaluar las causas y sus repercusiones de salud pública. Además incorporar en los análisis una perspectiva basada en las diferencias entre los sexos y evaluar los tipos y la eficacia de las medidas y programas de prevención de la violencia. Por otra parte, se dan líneas en dirección de la investigación en salud pública.

problema de salud pública. Esto sucedió no sólo en lo que se refiere a la VG, sino a la violencia social en general (Valdez-Santiago & Ruiz-Rodríguez, 2009).

Además de ese reconocimiento en la salud y la política, fue la sociedad civil organizada, principalmente los movimientos feministas y de las mujeres (Sagot, 2008) quienes emprendieron acciones para atender a las mujeres y sensibilizar a la opinión pública. El estudio multipaís de la Organización Mundial de la Salud (García-Moreno, 2005) señala que las organizaciones de mujeres, personas expertas y gobiernos comprometidos han supuesto una profunda sensibilización pública con respecto al problema de la Violencia hacia las mujeres y su salud para reconocerla como un problema de Derechos Humanos y de Salud Pública que afecta a todos los sectores de la sociedad.

Desde ese marco internacional y las políticas públicas se ha logrado incluir al sector sanitario en diferentes países, ya que la atención sanitaria es un instrumento fundamental para verificar casos y actuar en la prevención tanto de la violencia misma como de su impacto en el deterioro de la salud y el bienestar de los/las hijos/as testigos de la violencia (Ferrer et al., 2008; Ruiz-Pérez, Blanco, & Vives-Cases, 2004).

Diferentes estudios han identificado la importancia del sector sanitario en la legislación internacional para abordar la VG. Desafortunadamente en la mayoría de los países su implementación es todavía incipiente (Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2012). En distintos contextos existen modelos que integran la prestación de servicios en distintos niveles como el secundario o terciario a través de los servicios de urgencias, atención a accidentados o en salud de la mujer, o en el nivel primario a través de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar (Colombini, Mayhew, & Watts, 2007). Sin embargo, se señala un distanciamiento entre ese reconocimiento a nivel macro con los niveles operativos de quienes

aplican los programas y políticas como es el personal de salud o tomadores de decisiones locales (Valdez-Santiago & Ruiz-Rodríguez, 2009).

Por otro lado, todo parece indicar que los/las profesionales del ámbito sanitario deben hacer frente con bastante frecuencia a este problema para el cual no se no se sienten adecuadamente preparados a pesar de las directrices oficiales que al respecto establece la legislación vigente (Menéndez, Pérez, & Lorence, 2013).

Se plantea la necesidad de aprovechar las potencialidades del sector sanitario para identificar y apoyar a las mujeres maltratadas, ya que las mujeres con frecuencia hacen uso de los servicios sanitarios (Blanco, Ruiz-Jarabo, García de Vinuesa, Martín-García, 2004; Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2012). Las instituciones de salud son un punto clave para la detección y prevención de los daños a la salud de las mujeres maltratadas, ya sea en la consulta regular o en los servicios de urgencias. Así lo han señalado en la guía para clínicos y políticos en materia de violencia de género (World Health Organization [WHO], 2013) y más recientemente, el informe sobre la macroencuesta de la violencia de género en la Unión Europea (FRA, 2014).

### **1.3.3. Modelo de abordaje en salud de la Violencia de Género hacia las mujeres**

No existe un solo factor causal en la violencia contra la mujer en la pareja, sino la interacción de factores que operan en diferentes niveles que pueden favorecer o proteger de la violencia. Conocer estos factores y sus interacciones ayudan en el diseño de diferentes estrategias (Ruiz-Pérez et al., 2004). Se destaca la propuesta de un modelo ecológico integrado donde la interacción de factores socioculturales, individuales, comunitarios y familiares, en distintos niveles, pueden favorecer o proteger a las mujeres. El diseño de estrategias de prevención se basa en el conocimiento de estos factores y sus interacciones. Algunos autores (Sanmartín



et al., 2010) también señalan la importancia de poner atención a la multicausalidad de la violencia y los diferentes blancos que deben ser abordados. Por otra parte, Cantera (1999) plantea que es necesario revisar el modelo descriptivo con mayor consenso sobre la violencia masculina hacia la mujer, éste es el modelo del Ciclo de la Violencia creado por L. Walker en 1980 y sus variantes (Garro, 1992; CEMUJER, 1996; Juana Inés, 1996 citadas en Cantera, 1999). Estos modelos tratan de aportar respuestas a porqué la mujer queda atrapada en el círculo vicioso de la violencia de pareja. En general, las fases se caracterizan por:

1. Acumulación de tensión: se dan incidentes, roces y amenazas donde hay estados de ansiedad y hostilidad.
2. Descarga de la violencia: incluye la explosión de las hostilidades.
3. Luna de miel: se caracteriza por las expresiones de arrepentimiento, las disculpas, los regalos y promesas de cambio.

Posteriormente, en su tesis doctoral, Cantera (2004) señala que este modelo no da cuenta del proceso y tampoco resuelve el diseño de la intervención. Estos modelos clásicos descartan los momentos de resistencia, situando a la mujer como víctima indefensa. El modelo que propone Cantera (2004) es un sistema abierto donde la violencia se da antes en la sociedad que en el individuo y la familia, de forma que la violencia es aprendida en los procesos de socialización (Figura 1). La violencia ejercida contra la mujer es un reflejo entonces de la violencia sociocultural preexistente. Produce un movimiento bidireccional entre la sociedad y la pareja. Este modelo abierto, describe a la persona violentada como un ser que lucha por sobrevivir en un entorno difícil y con un estado de ambivalencia entre lo que desea, cree, necesita y lo que percibe como apropiado socialmente. De esta forma, quien establece una relación profesional con la persona sufriente es un ente facilitador, proactivo, preventivo y comunitario (Cantera, 2004).

En la siguiente sección revisaremos el papel de los profesionales de la Salud en la atención a las mujeres víctimas de VG..

	Modelo Ciclo Cerrado	Modelo Sistema Abierto
Proceso de la Violencia	Endógeno Unidireccional Pareja → Sociedad (Dentro) (Fuera)	Exo y Endógeno Bidireccional Sociedad → Pareja (Fuera) ← (Dentro)
Víctima	Indefensa (Paciente)	Afectada, pero competente (Agente)
Objetivo de la Intervención	Reparación de la Víctima	Fortalecimiento de la Víctima
Modelo de Intervención	Reactivo Asistencial Clínico	Proactivo Preventivo Comunitario
Intervención Profesional	Determinante	Facilitador

**Figura 1.** Comparación entre los modelos de Ciclo Cerrado y Sistema Abierto.  
(tomado de Cantela L.M., 1999. “Te quiero porque te pego. La Violencia en la pareja”.  
Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, p.41. Reproducido con autorización)

#### **1.3.4. Resumen de VG y la Salud de las mujeres**

- Las consecuencias de la violencia de género son directas e indirectas, tanto de índole físicas como psicológicas y son un factor de riesgo en la salud de las mujeres y en las de sus familias.
- La sensibilización pública a través de políticas y planes de salud en diferentes contextos ha permitido la inclusión del sector sanitario como instrumento para actuar en la prevención e impacto de la violencia de género en las mujeres.
- Existe un distanciamiento entre los programas y políticas con respecto a las actuaciones del personal de salud y los tomadores de decisiones.
- La violencia de género es un problema multicausal, por tanto los modelos de abordaje y de prevención han de contemplar factores socioculturales, comunitarios, familiares y personales.
- El modelo de abordaje de la VG hacia las mujeres requiere un sistema proactivo, preventivo y comunitario.

#### **1.4. Profesionales de la Salud y Violencia de Género**

Como ya hemos comentado, en la mayoría de las ocasiones son los/as profesionales de salud, especialmente los de la Atención Primaria, las personas que tratan a las mujeres y pueden ayudarlas a romper el silencio del maltrato, para ello es necesario que las mujeres se sientan seguras.

Diferentes estudios, recogidos en una revisión de investigaciones cualitativas (Feder, Hutson, Ramsay, & Taket, 2006) han señalado que las mujeres expuestas a la violencia de pareja

valoran la escucha cuidadosa, la confidencialidad, el cuidado y el no ser juzgadas por los/las profesionales de la salud. Estas habilidades, pueden ser usadas en los tres niveles de la consulta: antes de la revelación, cuando el problema de violencia doméstica ha sido revelado, en las respuestas inmediatas a la revelación del problema y las respuestas en la interacciones más tardías o de seguimiento (Feder et al., 2006).

De manera que el personal sanitario ha tenido que aprender pautas y tareas de actuación desde tres líneas estratégicas en el abordaje de la VG: detectar, intervenir y prevenir. Algunos destacan la necesidad de formación y del cribaje como estrategia para ampliar las concepciones de la violencia y su repercusión en el abordaje de las mujeres. Sin embargo, el cribaje no posee evidencia para garantizar su efectividad y beneficio (Ramsay, Richardson, Carter, Davidson, & Feder, 2002; Coulthard et al., 2010).

Las barreras para un adecuado abordaje persisten en la atención sanitaria de las mujeres expuestas a la violencia de género. Según Nogueiras-García, Arechederra & Bonino (2005) en la detección del problema tiene un gran peso el papel de los factores socioculturales como los mitos y estereotipos sobre la violencia de género dado que se naturaliza la violencia y se la normaliza en la vida, esto impide identificar a las mujeres y varones que sufren malos tratos. Otros factores, son el contexto de la consulta como la falta de privacidad y la escasez de tiempo. También las propias mujeres maltratadas desarrollan mecanismos de defensa y supervivencia que les dificulta reconocer y asumir ser víctimas de los malos tratos.

En el plano de la intervención, el personal de la salud que ejecuta tiende a desgastarse ya que es un trabajo que compromete a nivel subjetivo y emocional (Lancman et al., 2009). Algunos riesgos en esta fase para el personal de salud es la contaminación psíquica, la sobre identificación, el manejo de la frustración y el quemarse o *burn out*. Las barreras organizacionales se relacionan con la presión asistencial, el desconocimiento de

procedimientos a seguir y la autopercepción de las competencias del profesional (Arredondo-Provecho et al., 2012). En el plano social están las valoraciones sobre el problema de la violencia de género (Coll-Vinent et al., 2008) y el nivel de conocimiento y formación. A nivel individual, la falta de reconocimiento de los y las profesionales de su propia vivencia de violencia (García et al., 2013).

Ahora bien, investigaciones que abordan la relación de los/ las profesionales de la salud con la atención de la violencia contra las mujeres identifican las percepciones, barreras y necesidades que puede tener en el abordaje de la VG hacia las mujeres en diferentes contextos internacionales, abordados tanto con metodologías cualitativas como cuantitativas. Para ello, desarrollamos dos apartados que resumen los principales resultados de los estudios cualitativos y cuantitativos sobre el tema.

#### **1.4.1 La experiencia de los/as profesionales de la salud y la violencia de género hacia las mujeres**

Los/as profesionales de la salud, con una mayor conciencia sobre el problema de la violencia en la familia, puede desempeñar un papel crucial en la identificación de casos de violencia hacia las mujeres, que probablemente, de otra forma quedarían sumergidos entre el silencio de las víctimas y del entorno social (Gracia & Lila, 2008). A continuación se desarrollan los aspectos de percepción, barreras y necesidades en la actuación del personal sanitario con datos provenientes de diferentes estudios cualitativos en distintas latitudes que se señalan en la Tabla 3.

#### **1.4.1.1. Percepciones**

Algunos estudios cualitativos proveen información de la experiencia que tienen los/las profesionales de la salud con respecto al problema. En su mayoría, la violencia hacia las mujeres se percibe como un acto injustificable (Djikanovic, Celik, Simic, Matejic, & Cucic, 2010). Además, los/las profesionales de la salud opinan que las situaciones que influyen en las situaciones de violencia doméstica son el machismo, las bajas condiciones económicas, el alcoholismo y las experiencias anteriores de violencia en el ámbito familiar (Moreira, Galvão, Melo, & Azevedo, 2008). En el estudio de Diez (2012) realizado en el nivel de atención primaria, se indica que los/las profesionales de la salud perciben que la violencia hacia las mujeres es un tema difícil de abordar, se encuentra una disparidad de percepciones por tipo de profesionales y no así por sexo. Además, la violencia económica y la violación en la relación de pareja no son percibidas en la consulta.

#### **1.4.1.2. Barreras**

A pesar de la frecuencia con que los profesionales de la salud “ven” casos de violencia familiar, en algunas ocasiones ignoran o minimizan los abusos, no creen a la víctima o, simplemente, se inhiben. En el estudio de Gomes et al. (2013) los resultados señalan que la identificación de la violencia conyugal se da durante la atención profesional, no obstante, cuando no se identifica el problema se relaciona con la carencia en el currículo que aún no contempla la violencia familiar como objeto de salud. Algunas de las barreras para la detección de la violencia de pareja se han encontrado a nivel individual, organizacional y social (Lawoko et al., 2013; Djikanovic et al., 2010), las cuales pueden variar en grado dependiendo del contexto.

En el estudio de Lawoko et al. (2013) realizado en Uganda, se señala como barreras individuales la escasa competencia en la detección de la violencia por los trabajadores de salud y la falta de voluntad de revelar el abuso de los pacientes. En el nivel organizacional, se indica la escasez de personal y la falta de protocolos para la detección de violencia de pareja. Y por último, en el nivel social, la falta de aceptación social de abuso de las mujeres y la mala política de gestión sobre la violencia de pareja. En el caso de un estudio de Djikanovic et al. (2010), realizado en Serbia, las barreras que aparecen son la falta de formación y la educación, una red de apoyo débil y la inseguridad social global. Además una brecha entre la voluntad de los profesionales de la salud para ayudar y la disposición de los recursos necesarios. Esta dificultad en la atención intersectorial y la poca utilización del uso de tecnologías también la apunta Guedes, Fonseca & Egry (2013) en Brasil.

Se ha señalado también como barrera que el hecho de no usar instrumentos específicos para registrar y preguntar por la violencia está relacionado con la limitación que implica la medicalización (Guedes et al., 2013). En ese mismo sentido, se encontró en profesionales de la atención primaria preceptos biologizantes, centrándose en lesiones físicas y la medicalización, lo cual no contribuyen a la actuación ante el problema (Signorelli et al., 2013).

Entre las razones por las cuales los/as profesionales de la medicina y otras disciplinas de la salud no preguntan con regularidad acerca de los malos tratos, se han mencionado el encontrarse saturados o abrumados, el olvido, tener miedo de abrir la “caja de Pandora” (Sugg et al. 1999). Este aspecto conlleva al plano de las necesidades de los/as profesionales de la salud cuando trabaja con el tema de la VG hacia las mujeres.

### **1.4.1.3. Necesidades**

Se ha resaltado la importancia de la relación de confianza y de escucha en el proceso de identificación del agravio, lo cual hace necesario una mejor preparación profesional (Gomes et al., 2013). Se ha indicado que existe un consenso sobre las actitudes de escucha, acogida, contención y desculpabilizadoras de la mujer como claves en la atención del problema. De igual manera, Signorelli et al. (2013), en un estudio etnográfico, indica que el diálogo, la escucha activa, la percepción del problema psicosocialmente y el establecimiento de vínculos con los agentes comunitarios de salud son claves en la actuación profesional en atención primaria a la salud.

La falta de educación y conocimientos acerca de la violencia de género en los/as profesionales de la salud son una necesidad. La capacitación es importante para discutir la temática con la población y que los servicios de salud puedan desarrollar actividades educativas con esa finalidad (Moreira et al., 2008). Si bien, los/as profesionales de la salud que atienden a las mujeres reconocen sus responsabilidades y roles, es necesario un sistema de salud de apoyo a través de los equipos interdisciplinarios, de información sobre los recursos, el tiempo de protección y la capacitación adecuada (Chang et al., 2009).

Otra necesidad que se plantea, son las importantes amenazas que conlleva tanto para la salud física como mental de los/as profesionales de la salud como consecuencia del trabajo con la VG hacia las mujeres. El estudio de Goldblatt, Buchbinder, Eisikovits, & Arizon-Mesinger (2009) muestra que en trabajadoras sociales los límites entre la vida personal y profesional son borrosos y que las experiencias influyen sus relaciones y su identidad de género, cuestionando sus relaciones de pareja.



---

En otro estudio, con profesionales en enfermería (Goldblatt, 2009) se señala que el encuentro de estas profesionales con mujeres abusadas induce a la empatía y compasión aunque también al enojo y al criticismo, creando una carga emocional para las enfermeras, de manera que se crea una disonancia entre los valores personales, actitudes y emociones y la intervención deseable. Lacman et al. (2009) abordaron situaciones que experimentan diferentes trabajadores de la salud, tales como sentimiento de impotencia ante las situaciones precarias y la falta de conocimientos de los esfuerzos realizados. Además, la falta de límites entre los aspectos profesionales y personales y el miedo a represalias por el agresor. Entre las estrategias que se desarrollan para vencer la afectación con la cual tienen que mediar los/as profesionales de la salud han sido la creación de redes solidaridad y protección con la población para reducir la vulnerabilidad, además del aprendizaje para detectar los riesgos.

**Tabla 3.** Estudios cualitativos sobre profesionales de la salud y el abordaje de la violencia de género del 2008 al 2013

Estudio	Lugar	Objetivos	Método	Resultados
Physical violence against women from the perspective of health professionals. (Moreira et al., 2008).	Municipio de Natal, Brasil	Comprender la percepción de profesionales de la salud sobre la violencia física cometida contra la mujer por la pareja íntima.	Estudio cualitativo  Entrevistas semi-estructuradas en tres núcleos temáticos: ideas asociadas a la violencia física sufrida por la mujer, actuación de los profesionales de la salud y papel de los servicios de salud	30 profesionales de tres unidades de salud  Se detecta falta de capacitación y la necesidad de desarrollar actividades educativas con la población.
Repercussions of violence on the mental health of workers of the Family Health Program (Lacman et al., 2009).	São Paulo, Ribeirão Preto. Brasil	Describir las formas externas e indirectas de la violencia que afecta a los trabajadores en salud mental así como las estrategias desarrolladas para realizar su trabajo y como protección psicológica.	Grupos de reflexión con los trabajadores de la salud para identificar aspectos subjetivos del trabajo, situaciones de sufrimiento y estrategias para continuar el trabajo	Los/las profesionales experimentan sentimiento de impotencia ante las situaciones precarias y falta de conocimientos de los esfuerzos realizados
Between the professional and the private: The meaning of working with intimate partner violence in social workers' private lives. (Goldblatt et al., 2009).	Israel	Estudiar el impacto del trabajo con la violencia de pareja en las relaciones de pareja e identidad de género de terapeutas.	Entrevistas a profundidad semi-estructuradas a trabajadoras sociales con experiencia en el tratamiento de la violencia doméstica hacia las mujeres.	14 entrevistas  Se reformula el significado de la pareja al trabajar con la violencia doméstica

*Continúa...*

Estudio	Lugar	Objetivos	Método	Resultados
Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences (Goldblat, 2009)	Israel	Estudiar el impacto del cuidado de las mujeres abusadas en las vidas privadas de enfermeras	Entrevistas a profundidad	Entrevistas a 22 mujeres enfermeras en hospitales y clínicas comunitarias de salud.
Helping women victims of intimate partner violence: comparing the approaches of two health care settings (Chang et al., 2009)	Pennsylvania EE.UU	Explorar perspectivas y experiencias de profesionales de la salud sobre la asistencia a las mujeres que viven violencia.  Explorar similitudes y diferencias de dos áreas de consulta: ginecología y medicina general.	Entrevistas semi-estructuradas y grupos Focales.	Disonancia entre los valores y la intervención deseable  24 entrevistas a profesionales de la salud  Necesidad de los equipos interdisciplinarios, información sobre los recursos, el tiempo de protección y la capacitación adecuada.
Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement. (Djikanovic et al., 2010).	Belgrado, Serbia	Determinar las percepciones y actitudes de los profesionales de la salud a la violencia contra la mujer en las relaciones íntimas  Discutir oportunidades y barreras para mejorar la respuesta de los profesionales de salud.	Análisis de contenido  Grupos focales.	6 grupos focales, 71 profesionales en atención primaria de centros públicos  Identificación de barreras individuales, organizacionales y sociales en la actuación sanitaria.

Continúa...

Estudio	Lugar	Objetivos	Método	Resultados
<p>Relatos de los equipos de salud mental de atención primaria (APS) acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja. (Diez, 2012)</p>	<p>Valparaíso, Chile</p>	<p>Analizar si los discursos de profesionales de Equipos de Salud Mental de APS en el abordaje de la Violencia de Género en la pareja presentan perspectiva de género.</p>	<p>Estudio exploratorio cualitativo Entrevistas semi-estructuradas a profesionales de Psicología, Medicina y Trabajo Social.</p>	<p>11 entrevistas</p>
<p>Healthcare providers' perceptions on screening for Intimate Partner Violence in healthcare: A qualitative study of four health centres in Uganda (Lawoko et al., 2013).</p>	<p>Uganda, África</p>	<p>Entender los puntos de vista de los proveedores de atención de salud sobre la detección de violencia de pareja para desarrollar un marco conceptual de los factores que podrían obstaculizar.</p>	<p>Grupos focales.</p>	<p>54 profesionales de la salud de 4 hospitales</p> <p>Identificación de barreras individuales, organizacionales y sociales.</p>
<p>The evaluative limits and possibilities in the family health strategy for gender-based violence (Guedes et al., 2013).</p>	<p>Sao Paulo, Brasil</p>	<p>Destacar los cambios que se están produciendo en las prácticas profesionales dentro de las necesidades de salud de las mujeres.</p>	<p>Estudio de caso. Entrevistas en profundidad</p>	<p>22 profesionales de la salud multidisciplinarios y 13 profesionales de los equipos de la violencia de género.</p> <p>Los/as profesionales carecen de instrumentos para registrar y preguntar por la violencia.</p> <p>La medicalización y la falta de la intersectorialidad como barreras.</p>

Continúa...

Estudio	Lugar	Objetivos	Método	Resultados
Violencia doméstica contra mujeres y la actuación profesional en la atención primaria a la salud: un estudio etnográfico en Matinhos, Paraná (Signorelli et al., 2013)	Matinhos, Paraná Brasil	Analizar cómo atienden los profesionales de salud a las mujeres, problematizando la noción de acogida en salud.	Estudio cualitativo con una aproximación etnográfica en una unidad básica de salud con profesionales de una unidad básica de salud.	Profesionales se centran en lesiones físicas y medicalización
Identification of violence in the conjugal relationship based on the Family Health Strategy (Gomes et al., 2013)	São Francisco do Conde/ Salvador, Bahia	Analizar el proceso de identificación de la violencia conyugal por los profesionales que trabajan en la Estrategia de la Salud Familiar.	Entrevistas a profundidad.	22 profesionales: médicos, enfermeros, trabajadores sociales y dentistas.
				Necesidad de mejor preparación profesional en el tema.

#### **1.4.2. Conocimientos y creencias sobre la VG de los profesionales sanitarios: estudios cuantitativos**

A continuación se desarrollan los aspectos de percepción, barreras y necesidades en la actuación del personal sanitario con datos provenientes de diferentes estudios cuantitativos en distintas latitudes que se señalan en la Tabla 4.

##### **1.4.2.1. Percepción**

Un estudio (Coll-Vinent, et al., 2008) realizado en la ciudad de Barcelona, encontró que el 87,1% de los/as profesionales de la salud entrevistados consideraba la violencia doméstica como un problema social importante, sin embargo no lo consideraban un problema de salud. Sólo un 60% consideró que podía tener un papel relevante en la detección de esta situación. En esa misma dirección, el estudio de Arredondo-Provecho et al. (2008) en la ciudad de Madrid, señaló que el 97,7% de los profesionales cree que la violencia contra la mujer es un problema importante y que habitualmente pasa desapercibido, sin embargo el 66,7% no lo plantea como diagnóstico diferencial ante una paciente con lesiones físicas. Además, un 58,2% respondió que los malos tratos a mujeres se asocian a clases sociales bajas; un 72,8% cree que la violencia la sufren mujeres sin estudios, amas de casa o extranjeras. Por otra parte, en Nigeria, Fawole, Yusuf, Dairo & Fatiregun (2010) señalan que el 66,1% de los/as profesionales de la salud creen que es una intrusión en la vida privada del paciente preguntar sobre la violencia. En Malasia, Othman & Adenan (2008) concluyen de su estudio que los valores personales negativos afectan negativamente en la detección y gestión de los proveedores de salud.

La investigación de Machado et al. (2009) en Portugal, provee resultados sobre un cambio actitudinal en su muestra, ya que identifica una baja tolerancia a la violencia entre los grupos

de profesionales que entrevistaron, entre ellos profesionales de la salud. Sin embargo, algunas creencias de todos los grupos de sujetos siguen siendo legitimadoras de la conducta abusiva e interfiere en las prácticas adoptadas con las víctimas, tales como: mitos relacionados con la privacidad y extrañeza del problema, además la atribución a causas externas como pobreza y alcoholismo. Los sujetos masculinos mostraron mayor legitimación de la violencia mientras las profesionales médicas así como los más jóvenes tienden a rechazar ideas legitimadoras de la violencia de género hacia las mujeres.

Estudios más recientes en el nivel de atención primaria, uno en el Reino Unido (Ramsay et al., 2012) señalan que las actitudes de los clínicos de atención primaria hacia las mujeres que sufren violencia doméstica son en general positivas pero sólo tienen el conocimiento básico de la zona. De igual forma, el otro estudio (Arredondo-Provecho et al., 2012) realizado en Madrid muestra que el 70,7% profesionales creen que este es un problema importante aunque un 91,7% todavía lo pasa desapercibido.

#### **1.4.2.2. Barreras**

Una de las principales barreras que se identifican en estos estudios es la escasa preparación para atender a las mujeres (Coll-Vinnent et al. 2008; Arredondo-Provecho et al. 2008; Fawole et al., 2010). Las barreras organizativas señaladas son la presión asistencial y la falta de un protocolo (Arredondo-Provecho et al., 2008). En atención primaria (Arredondo-Provecho et al., 2012), se identificaron barreras como la falta de formación específica (23,5%), el desconocimiento del procedimiento a seguir (11,8%) y las competencias de cada profesional (7%). Por otra parte, en atención primaria en el Reino Unido se determinó que un 40% de profesionales en medicina nunca o rara vez preguntó sobre el abuso cuando

---

una mujer presentaba lesiones, el 80% señaló que no tienen un conocimiento adecuado de los recursos locales para derivar

### **1.4.2.3. Necesidades**

De los estudios cuantitativos se concluye que los profesionales con mejor preparación y conocimientos identifican mayor número de casos en la consulta. Ramsay et al. (2012) determinó que profesionales en medicina, que tenían mejor preparación que en enfermería, identificaban mayor número de casos. En contraste, Coll-Vinnent et al. (2008) plantea que el personal de enfermería era más sensible al problema y se consideraba más preparado que el personal médico.

No obstante, Ramsay et al. (2012) plantea que el conocimiento que tienen los/as profesionales de medicina es básico. De manera tal que tanto los/as médicos/as de familia y los/as enfermeros/as de práctica necesitan una formación más integral sobre la evaluación e intervención, incluyendo la disponibilidad de un servicio local de violencia doméstica



**Tabla 4.** Estudios cuantitativos sobre profesionales de la salud y el abordaje de la violencia de género del 2008 al 2013

Estudio	Lugar	Objetivos	Métodos	Resultados
El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud (Coll-Vinent et al., 2008).	Hospital Clinic, Barcelona	Evaluar la opinión del personal sanitario de nuestro hospital frente al fenómeno de la violencia doméstica.	Estudio descriptivo de prevalencia Se utiliza un cuestionario diseñado ad hoc acerca de la violencia doméstica y su relación con la salud a 321 profesionales, seleccionados aleatoriamente.	Respondieron 287 profesionales. Valoración muy baja de preparación profesional..
Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género (Arredondo-Provecho et al., 2008)	Madrid, España	Evaluar el nivel de conocimientos y las opiniones del personal sanitario acerca de la violencia de género y conocer las barreras organizativas que aprecian, sus propuestas para mejorar la detección precoz y la atención a las víctimas.	Estudio transversal, observacional, descriptivo. Se empleó un cuestionario anónimo administrado a profesionales sanitarios de las unidades obstétricas, pediátricas y de urgencias de los 2 hospitales. del área 8 de Madrid.	En la prueba de conocimientos las respuestas correctas alcanzaron, globalmente, un nivel medio. Identificación de problemas organizativos.

*Continúa...*

Estudio	Lugar	Objetivos	Métodos	Resultados
<p>Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers . (Othman &amp; Adenan, 2008).</p>	<p>Centro Médico de la Universidad de Malaya, Malasya</p>	<p>Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de los proveedores de atención primaria de la salud con respecto a la identificación y el manejo de la violencia doméstica en un entorno de atención primaria de la salud en hospital.</p>	<p>Se utilizó el cuestionario adaptado de Sugg et al. (1999) con 6 dimensiones: frecuencia del cribaje, autoeficacia, seguridad, culpabilización, preocupaciones por ofender al paciente y percepción de apoyo del sistema.</p>	<p>61 médicos participaron con una tasa de respuesta del 72,6%. El resto de los participantes eran parte del personal de enfermería y constaba de 42 enfermeras y cinco auxiliares médicos, con una tasa de respuesta (45%) 68% de los participantes eran mujeres y casi todos (98,7%) de los participantes habían estado en servicio durante cinco años o más.  Tres de los médicos (5%) y dos miembros del personal de enfermería (4%) tenían experiencia personal de violencia doméstica en algún momento de sus vidas.</p>
<p>Crenças e atitudes dos profissionais face à violência conjugal: estudos com profissionais de saúde, polícias e professores (Machado et al., 2009).</p>	<p>Braga, Portugal</p>	<p>Caracterizar las creencias de profesionales más implicados en la respuesta y prevención de la violencia conyugal</p>	<p>Se aplicó un cuestionario de 25 ítems que mide el grado de concordancia o discordancia con la ECVC Escala de Creencias sobre la Violencia Conyugal:</p> <p>226 profesionales de salud enfermería y medicina 85 agentes de seguridad 280 profesores</p>	<p>La puntuación puede variar entre 25 y 125 en ECVC, la respuesta media fue 43.5 de profesionales de la salud (SD = 10,99), 55,0 en la muestra oficiales de seguridad (SD = 13,65) y 39,4 profesores en (SD = 9,84). Esto parece indicar una baja tolerancia a la violencia entre los grupos.</p>

Continúa...

Estudio	Lugar	Objetivos	Métodos	Resultados
Intimate partner violence and primary health care workers: screening and management (Fawole et al., 2010).	Estado de Oyo, Nigeria	Seguimiento a los conocimientos, actitudes y prácticas de manejo de la violencia de pareja y las barreras determinantes del cribaje, situaciones de seguridad y entrenamiento de trabajadores de la salud.	Cuestionario autoadministrado a 298 trabajadores de la salud	El 80% estimaron que menos del 10% de mujeres atendidas experimentan violencia. Sólo un 35% realiza el cribaje de rutina, mientras el 43% ha identificado a las víctimas. El 66.1% creen que es una intrusión en la vida privada del paciente preguntar sobre la violencia. El 90% expresa preocupación por su vida personal si ellos discuten con los agresores. El 74.8% cree que ellos podrían asistir al agresor mientras que el 92.3% creen poder asistir a las mujeres abusadas.
Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012 (Arredondo-Provecho et al., 2012).	Madrid, España	Analizar el nivel de conocimientos, opiniones, barreras organizativas percibidas y propuestas de mejora de los profesionales de AP.	Estudio transversal descriptivo. Instrumento: Encuesta anónima y autoadministrada dirigida a todos/as profesionales de AP del área 8 de Madrid. Se realizó un análisis descriptivo de variables y la chi <sup>2</sup> para comparar las respuestas obtenidas.	Sólo un 18.8% ha recibido formación en el tema. Tasa de respuesta 170 (21,4%). 55,2% conocen las obligaciones legales que tienen cuando la detectan. 51,8% piensan que existen barreras organizativas 29% piensa que falta de formación específica 23,5% plantea desconocimiento del procedimiento a seguir 11,8% plantea falta de las competencias de cada profesional

Continúa...

Estudio	Lugar	Objetivos	Métodos	Resultados
<p>Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians (Ramsay et al., 2012). .</p>	<p>London y Bristol. Reino Unido</p>	<p>Medir los niveles actuales de conocimientos y actitudes hacia la violencia doméstica contra las mujeres incluyendo las habilidades clínicas de los clínicos de atención primaria</p>	<p>Estudio transversal se llevó a cabo como parte de un ensayo controlado aleatorio para investigar si un programa de formación y apoyo dirigido a los equipos de medicina general aumentó la identificación de las mujeres que sufren violencia doméstica y la posterior derivación.</p>	<p>59 % los médicos respondieron 40% de médicos nunca o rara vez preguntó sobre el abuso cuando una mujer presenta lesiones. 80% señaló que no tienen un conocimiento adecuado de los recursos locales para derivar</p>
			<p>N= 183 médicos generales 89 enfermeras</p>	
			<p>Instrumento: Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS)</p>	

### **1.4.3. Resumen sobre los profesionales de la salud y la VG**

- Los profesionales de la salud tienen un papel crucial en la identificación de las mujeres que sufren violencia de género en los tres niveles de atención de la salud, a través de las actividades de promoción y prevención, la identificación y detección, la intervención y el seguimiento.
- El abordaje del ciclo de la violencia requiere un profesional que fortalezca a la persona afectada, sea proactiva, prevenga y trabaje con las redes comunitarias.
- Se han estudiado los obstáculos que dificultan la detección y el abordaje del problema. Algunos obstáculos detectados están relacionado con la falta de percepción de la violencia de género como problema de salud o el temor de abordarlo. En el plano organizacional se marcan la falta de tiempo de las visitas para atender a las mujeres.
- Se destaca tanto en los estudios cualitativos como en los cuantitativos la percepción de la falta de formación y capacitación en los/as profesionales de la salud, la necesidad de interactuar en red y el entrenamiento en este aspecto.
- El trabajo con la violencia de género tiene consecuencias en la vida personal de los/las profesionales de la salud en aspectos como la hipersensibilidad al tema, el desgaste emocional y temores a la integridad.

# Capítulo II

---

## *Objetivos e Hipótesis*

## 2.1. Objetivos

El **objetivo general** de esta tesis es analizar comparativamente el abordaje de la Violencia de Género (VG) desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los/as profesionales de la salud entre Costa Rica y Cataluña

Los **objetivos específicos** son los siguientes:

**Primero:** Analizar el contenido de las políticas, planes y protocolos que proponen acciones para el abordaje de la violencia de género en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Cataluña y Costa Rica desde el 2005 al 2011 (**Estudio 1**).

**Segundo:** Identificar las barreras y facilitadores en el abordaje de la VG en el ámbito sanitario desde la perspectiva de los profesionales de la salud (**Estudio 2**).

**Tercero:** Estudiar la relación entre la actitud hacia la VG y otras variables como la experiencia, el uso de los recursos sociosanitarios, la formación, los conocimientos, la satisfacción profesional, la carga laboral y la orientación de práctica profesional. (**Estudio 3**).

**Cuarto:** Explorar el impacto del trabajo con VG en la vida personal y en las prácticas de autocuidado de los/as profesionales (**Estudio 3**).

## 2.2. Hipótesis

Las preguntas de este estudio en general se plantean para conocer comparativamente cuáles son las características de los modelos de abordaje de la VG en dos contextos, tanto desde sus políticas como desde las prácticas de los y las profesionales de la salud. Nos preguntamos por cuáles son las principales barreras y facilitadores del abordaje de la VG en ambos contextos.

Por tanto, buscamos que al comparar la respuesta sanitaria ante este problema de salud se pueda contribuir a mejorar el abordaje de la VG hacia las mujeres.

A continuación planteamos una hipótesis general para el estudio 1 y 2, dado que los estudios cualitativos son flexibles, abiertos y cambiantes y no parte de hipótesis cerradas (Vásquez et al., 2006). Posteriormente, se señalan varias hipótesis específicas para el estudio 3.

### **Hipótesis general (Estudio 1 y Estudio 2)**

Las diferencias y similitudes en las políticas públicas y planes de salud, así como las experiencias de los/las profesionales expertos/as en materia de la violencia de género puede contribuir a detectar barreras y facilitadores que ayuden a mejorar el abordaje de la VG hacia las mujeres en el ámbito sanitario.

### **Hipótesis específicas (Estudio 3):**

Las hipótesis fueron planteadas de esta manera:

**Hipótesis 1:** La actitud favorable en el abordaje de la VG de los profesionales de la salud se relacionan con experiencia, satisfacción profesional, formación y un estilo biopsicosocial de práctica profesional.

**Hipótesis 2:** La actitud favorable en el abordaje de la VG de los profesionales de la salud se relaciona con un adecuado conocimiento y el uso de recursos sociosanitarios y poca carga laboral.



# Capítulo III

---

*Enfoque Teórico - Metodológico*

### 3.1. Enfoque

Esta investigación es un estudio exploratorio-descriptivo comparativo entre dos contextos de países diferentes, con varias formas de evidencia que combina métodos cualitativos y cuantitativos. La comparación de diferentes perspectivas incrementa significativamente el entendimiento de los problemas en salud. El mismo fenómeno visto desde dos realidades amplía las evidencias, se identifica lo que es similar y lo que es diferente, evitando el falso particularismo donde todo es único y el falso universalismo donde todo es lo mismo (Burau, 2007). Ahora bien, los retos de los estudios comparativos están en la selección de los casos, la equivalencia o comparabilidad, el procesamiento e interpretación de los datos (Burau, 2007). Más adelante se justifica la selección de estos dos países.

En cuanto al diseño con metodología mixta, éste conlleva la co-presencia de paradigmas a lo cual le subyace la necesidad de emplear distintos métodos para captar la compleja y múltiple naturaleza de la realidad (Vasilachis de Gialdiano, 2006). Se adopta un paradigma integrativo que reconoce la complementariedad y las fortalezas de cada método. Son acercamientos a la realidad desde diferentes epistemologías, sin embargo, no podemos afirmar que se excluyan como herramientas para el análisis de la misma (Vázquez et al., 2006). Los utilizamos como forma de generar un producto útil, comprensivo y que amplíe los espectros de esas experiencias (Bartholomew, Guy, & Gerjo, 2000).

La planeación de la combinación de métodos se realiza con el objetivo de dar valor y claridad a la siguiente fase (Tritter, 2012). Los métodos obedecen al tipo de preguntas que cada fase nos plantea. La metodología mixta aporta diferentes tipos de datos desde perspectivas que pueden ser trianguladas y construyen una comprensión holística de nuestro objeto de estudio (Tritter, 2012). Según Cacace et al. (2013) la descripción contextual y la comprensión es condición básica para una exitosa comparación entre países. Además, los estudios

comparativos orientados a casos o variables concretas suelen diseñar métodos y datos de una variedad de fuentes cualitativas y cuantitativas. Puede ser usado secuencialmente o simultáneamente. Una consideración clave para evaluar la calidad de este tipo de estudios es si la secuencia y/o interrelación entre las fuentes de los métodos y de datos está claramente relacionada con las preguntas de investigación para lograr producir elementos conectados. De forma que el rigor en la calidad de la investigación significa una coherencia interna entre los objetivos de investigación con las preguntas declaradas y los métodos aplicados para poder llegar a éstos.

### **3.2. Selección de los países**

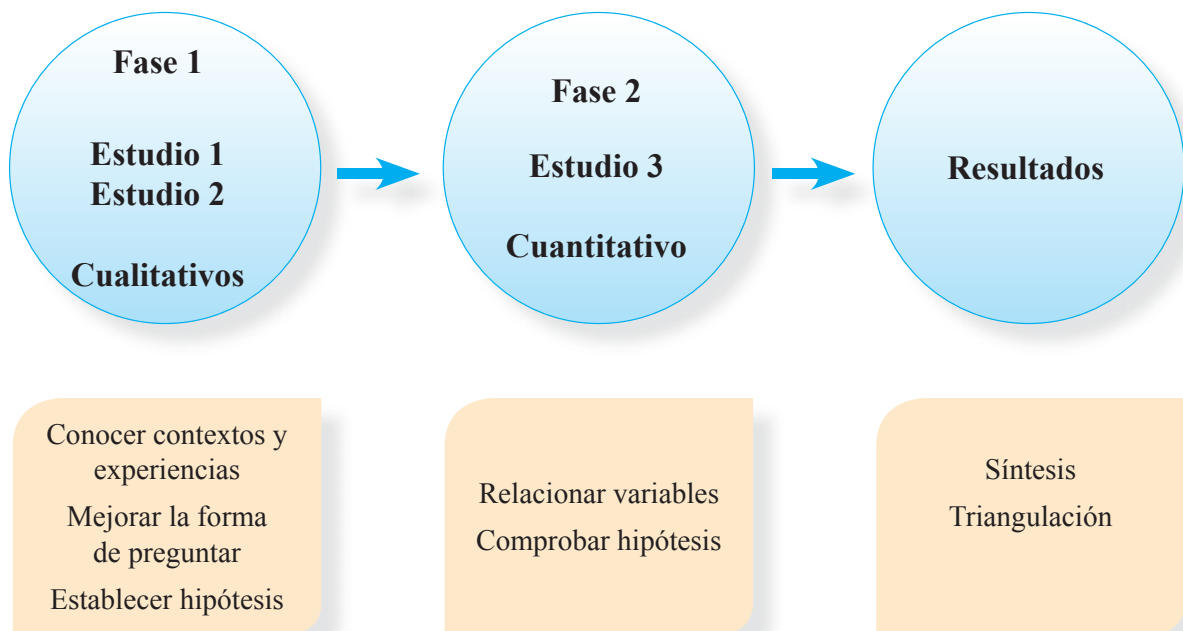
Hemos seleccionado Cataluña-España y Costa Rica basándonos en varios aspectos. Ambos contextos han mantenido políticas públicas en relación con el abordaje de la VG hacia las mujeres con pautas para el sector salud y presentan similitudes en relación con la organización de sus sistemas sanitarios en cuanto al financiamiento público, la cobertura y la organización de la atención primaria, tal como se ha explicado en el Capítulo I. Además, se parte de que la VG es una situación compartida que afecta ambos contextos y que es un fenómeno universal que ocurre en países de todo el mundo, independientemente de su situación económica, su nivel de desarrollo, su situación geográfica y su régimen político (Sanmartín et al., 2010; Bosch-Fiol & Ferrer-Pérez, 2012; Gracia & Lila, 2008; FRA, 2014).

### **3.3. Fases del estudio**

La investigación está constituida por dos fases en las cuales se generaron estudios de tipo cualitativo y cuantitativo (Figura 2). La primera fase tiene dos estudios cualitativos.

Ambos estudios cualitativos tienen validez por sí mismos. Los resultados no pretenden ser generalizaciones sino sugerir y brindar claridad conceptual y contextual en lo que respecta a las dimensiones y situaciones claves de los modelos de abordaje de la VG. Este primer ingreso mejora la forma de preguntar pertinente e inteligiblemente durante la siguiente fase (Muphy, Dingwall, Greatbatch, Parker, & Watson, 1998) el cual consiste en un estudio cuantitativo.

### Estudio comparativo-exploratorio



**Figura 2.** Fases de la investigación

Los estudios cualitativos que se han realizado son de naturaleza exploratoria y buscan responder preguntas que brinden una comprensión de los contextos, los modelos de abordaje, los roles profesionales y el impacto del trabajo con la violencia de género en su vida personal. También se identifican aspectos claves en el abordaje de la VG desde el ámbito sanitario. En el capítulo IV, apartados 4.1 y 4.2 se explica la metodología seguida en detalle para estos estudios.

Nuestro enfoque es “realista-crítico” (Robert Wood Johnson Foundation [RWJF], 2008; Vázquez et al., 2006). Nos acercamos a la realidad a través del diálogo y del método riguroso cuyos criterios son la valoración de la confiabilidad en términos de credibilidad, transferibilidad, consistencia, reflexividad y relevancia (Vázquez, et al., 2006). El aporte de este primer ingreso es doble. Por un lado, permite mejorar el conocimiento del campo de estudio (estudio 1), de hecho, la descripción contextual y la comprensión es condición básica para una exitosa comparación entre países (Cacace et al., 2013) y por otro lado, se identifican facilitadores y barreras del abordaje de la violencia de género comunes y específicos en cada contexto desde las experiencias de los/as profesionales de la salud (estudio 2). Además, permite dar cuenta de los procesos vividos, con sus dificultades, aciertos y necesidades surgidos de la experiencia y la reflexión de las personas protagonistas.

Por otra parte, la fase cuantitativa responde a preguntas sobre las actitudes de los/las profesionales de la salud y su relación con variables que se presentan como claves en el abordaje de la VG, tales como satisfacción profesional, carga laboral, orientación de la práctica profesional, formación, conocimientos y uso de recursos socio-sanitarios. Estas variables han surgido de la revisión de la literatura y de los estudios cualitativos preliminares. Además, se explora el impacto del trabajo con la violencia de género en la vida personal y las prácticas de autocuidado. En el capítulo IV, apartado 4.3, se explica la metodología seguida en detalle para este estudio.

### **3.4. Consideraciones éticas**

Esta investigación fue enviada para la revisión del equipo de la *Comissió d'Ètica en l'experimentació Animal i Humana* CEEAH de la Universidad Autónoma de Barcelona, bajo el código CEEAH 1939. Fue aprobada el día 22 de marzo del 2013. Cada estudio cumple consideraciones éticas que se especifican en los resultados.

Los resultados preliminares de los tres estudios fueron validados en Costa Rica con profesionales de la salud que laboran en la CCSS en el tema de violencia intrafamiliar en fecha 26 de febrero del 2014.

# Capítulo IV

---

*Resultados*

## **4.1 Estudio I Tendencias de las políticas públicas y planes de salud que abordan la violencia de género hacia las mujeres en el ámbito sanitario**

Con el propósito de analizar las políticas, planes de salud y protocolos que proponen actuaciones en salud para el abordaje de la violencia contra las mujeres se llevó a cabo un estudio comparativo cualitativo con un análisis de contenido. La información proveniente de este primer estudio ha sido elaborada como artículo el cual fue publicado. La referencia a continuación.

Rojas K., Gutiérrez-Rosado, T., Fernández-Sánchez, A. Cantera, L.M., & Marengo, L. Tendencias en salud de políticas y planes en violencia contra las mujeres. Estudio comparativo. Rev. Saude Saúde Pública Aprobado en fecha del 14 de marzo del 2014. Ver Anexo 1

### **4.1.1 Método**

#### **4.1.1.1 Muestra**

En este estudio se analizaron documentos oficiales de las políticas públicas así como documentos del ámbito de la salud (planes de salud y protocolos de actuación sanitaria) en los contextos de Cataluña y Costa Rica que señalen actuaciones para los/las profesionales de la salud en materia de violencia de género hacia las mujeres (ver Tabla 5 y Tabla 6).

#### **4.1.1.2 Procedimiento**

La búsqueda de documentos se realizó de la siguiente manera:

- i. Búsqueda de documentos oficiales en literatura gris.



- ii. Revisión de la bibliografía: páginas oficiales de ministerios e instituciones estatales, bases de datos de Google Académico, PsycInfo, Medline, ISOC-Humanidades Ciencias Sociales (CSIC). Se han utilizado identificadores: políticas y planes/violencia de género/planes nacionales/protocolos de atención/leyes/informes sombra/violencia contra la mujer/.

Posteriormente, se seleccionaron 13 documentos. Se revisó el plan y el protocolo común a nivel estatal en España, los cuales son referentes para la Comunidad Autónoma de Cataluña. Los documentos que se descartaron fueron: la Ley Orgánica 1/2004, 28 diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia dado ya que está contenida como acciones de los planes en Cataluña. En el caso de Costa Rica, se ha utilizado sólo el Plan Nacional Operativo para la prevención de la Violencia Intrafamiliar y de Género PLANOVI (Centro Nacional para la Mujer y la Familia, 1996) publicado a la fecha de este estudio. Se descarta el Plan Nacional de Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres y Violencia Intrafamiliar Nacional PLANOVI MUJER (Instituto Nacional de las Mujeres [INAMU], 2007), dado que no había sido publicado a la fecha. Se han utilizado los protocolos y/o normas publicados en cada contexto.

#### **4.1.1.3 Análisis de los datos**

Las categorías utilizadas fueron los objetivos y los referentes, los conceptos de violencia, las tendencias en salud y los procesos de evaluación (Tabla 7). Posteriormente, de acuerdo con los resultados se realizan comparaciones entre los principios, estrategias, concepción de la violencia, tendencias en salud y evaluación entre ambos contextos. El análisis de contenido se efectuó a través de un análisis manual de los documentos clasificando, describiendo e interpretando sistemáticamente. Se realiza desde dos vías, se buscan los señalamientos de la política pública y posteriormente se determinan las acciones que responde a esas políticas en

los planes de salud y protocolos y/o normas en las actuaciones sanitarias de cada contexto. Para asegurar la calidad de los datos participaron tres analistas, y posteriormente, el contenido fue revisado en cada contexto por una experta en el tema de VG hacia las mujeres.

**Tabla 5.** Políticas, planes y protocolos analizados para el contexto de Cataluña

Tipo de Documentos	Cataluña	España
<b>Políticas</b>	Plan de Políticas de Mujeres del Gobierno de la Generalitat de Cataluña  (Instituto Catalán de las Dones & Generalitat de Cataluña, 2008)	
<b>Planes</b>	Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010. Informe de Salud de Cataluña I y II.  (Departament de Salut & Generalitat de Catalunya, 2010).	Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género  (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009)
<b>Protocolos</b>	Protocolo para el abordaje de la Violencia Machista en el ámbito de la salud en Cataluña.  (Departamento de Salud & Generalitat de Cataluña, 2009).	Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de Género.  (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

**Tabla 6.** Políticas, planes y protocolos analizados para el contexto de Costa Rica

Tipo de Documentos	Costa Rica
<b>Políticas</b>	Política de Igualdad y Equidad de Género PIEG 2007 (Flores & Montero, 2007)
<b>Planes</b>	<p>Plan de Acción 2008-2012: Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017 (INAMU, 2008)</p> <p>Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Plan Operativo 1996-1998 PLANOFI. (Centro Nacional de la Mujer y la Familia, 1996)</p> <p>Plan Nacional de Salud 2010-2021 Costa Rica. (Ministerio de Salud, 2010)</p>
<b>Protocolos</b>	<p>Acciones Rectoras en Violencia Intrafamiliar (Ministerio de Salud, 2001)</p> <p>Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la Violencia Intrafamiliar. (Ministerio de Salud &amp; Caja Costarricense de Seguro Social, 2000)</p> <p>Protocolo de atención de personas víctimas de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual extrafamiliar en las áreas de salud del Programa Atención Integral de Salud. (Universidad de Costa Rica &amp; Programa de Atención Integral de Salud PAIS, 2008)</p> <p>Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Víctimas de Violación sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el evento. (Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de las Mujeres &amp; Poder Judicial, 2011)</p>

**Tabla 7.** Definición de categoría del análisis de contenido de políticas y planes en Cataluña y Costa Rica

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>
Orígenes	Ideas rectoras que fundamentan la inserción del ámbito sanitario en la temática de violencia de género
Estrategias	Formas de alcanzar los objetivos en materia de desigualdades entre hombres y mujeres y los ámbitos de acción trazados desde las necesidades propias de cada contexto
Concepto de Violencia contra las mujeres	Términos utilizados para referirse a la situación de violencia que viven las mujeres
Tendencias en Salud	Acciones estipuladas el ámbito sanitario para contribuir a la erradicación de la violencia de género hacia las mujeres
Evaluación	Estrategias para obtener información sobre los procesos y resultados de las acciones

#### **4.1.2 Resultados**

Los resultados señalan que las acciones sanitarias dirigidas para abordar la VG hacia las mujeres se definen en las políticas y planes de equidad de género de manera general, mientras que en los planes y protocolos de la salud se encuentran actuaciones específicas que responden a esas políticas, mostrando consistencia o inconsistencia. Las siguientes categorías nos van determinando las tendencias de ambos contextos.

##### **4.1.2.1 Principios**

Tanto en Cataluña como en Costa Rica un referente importante son los movimientos de las mujeres y el feminismo como generador social de las políticas en materia de mujeres. Existe

---

similitud en los compromisos internacionales suscritos. En Cataluña se hace referencia a los Tratados de la Comunidad Europea mientras que en Costa Rica, un referente es la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (Convención Belén do Pará). En Costa Rica, es importante destacar el papel del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud en la financiación y soporte técnico inicial para construir un modelo de atención en salud a la violencia contra las mujeres.

En cuanto a referentes internos se han conseguido leyes que permiten la consecución de planes estratégicos. Las políticas que se han analizado tienen en común los principios de desarrollo humano, igualdad y derechos humanos. En cuanto a los planes de salud en ambos contextos se contemplan las desigualdades en salud entre mujeres y hombres.

#### **4.1.2.2. Estrategias**

En las políticas, coinciden en ámbitos de acción como: la violencia, la participación política y los aspectos laborales que favorecen la autonomía económica. Las estrategias de intervención son el cambio cultural de los valores y costumbres androcéntricos y una respuesta integral e intersectorial. Otras acciones registradas en los planes operativos de las políticas son la sensibilización y capacitación, la investigación y la formación a proveedores de servicios.

En Cataluña, el sexto eje de las políticas de las mujeres detalla objetivos generales, específicos, indicadores e instituciones responsables para desarrollar estrategias de prevención y de sensibilización para todas las formas y ámbitos de la violencia contra las mujeres. Se buscan estructuras de coordinación y cooperación que permitan una intervención integral y facilitar acceso a los derechos y los servicios.

---

En Costa Rica, en el plan operativo específico de atención de la violencia intrafamiliar PLANNOVI se propone un sistema de atención integral que detecte, atienda, detenga e intervenga en la violencia intrafamiliar y permita la recuperación de un nuevo proyecto de vida. Además, establece como objetivo acciones que incidan y cambien los patrones socioculturales. En el PLANNOVI MUJER se establece proporcionar una atención oportuna, integral y de calidad a las mujeres en situaciones de violencia de pareja, familiar, hostigamiento sexual y violación, con respuestas simultáneas y articuladas con un enfoque interinstitucional.

#### **4.1.2.3. Concepción de violencia**

En las políticas de Cataluña la violencia contra las mujeres aparece específica y como ámbito de acción del primer eje de intervención. Se determina como una vulneración de los derechos humanos, de naturaleza multicausal y multidimensional, por lo cual las respuestas deben ser globales e involucrar todos los sistemas. En las políticas costarricenses también se especifica como la violencia que se ejerce contra las mujeres por su condición de subordinación social. En los planes de salud, el término utilizado para la violencia contra las mujeres se diferencia entre Costa Rica y Cataluña.

En Cataluña, el término es específico en relación con la violencia que sufren las mujeres como otras poblaciones que atiende los adultos mayores y los infantes. En cuanto a los protocolos y normas, la concepción de violencia en ambos contextos señala diferentes tipos de violencias psicológica, física, sexual. El protocolo catalán señala la violencia económica y las normas costarricenses introducen conceptos como la violencia patrimonial y por negligencia. En el protocolo de actuación de Cataluña el término utilizado es violencia machista, sin seguir término utilizado en el protocolo común de España como violencia de género.

En Costa Rica, la violencia es tratada en sentido amplio como factor de riesgo y determinante social en las defunciones prematuras. La diferencia se encuentra en el término utilizado para especificar la violencia contra las mujeres (Tabla 8) utilizada en la actuación sanitaria, ya que la concibe dentro de la violencia intrafamiliar que abarca mujeres, ancianos e infantes. Introduce la visión de género sensitiva para identificar los factores que harían más vulnerables de tratos desiguales y discriminaciones a estas poblaciones.

**Tabla 8.** Términos y definiciones de violencia y población involucrada en los protocolos y normas en el ámbito sanitario de Costa Rica, el Estado Español y la Comunidad Autónoma de Cataluña.

	<b>Término</b>	<b>Definición</b>	<b>Población involucrada</b>
Estado Español	Violencia de Género	El origen de la violencia se encuentra en las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres y en la cultura de la violencia como medio para resolver conflictos  Es estructural e instrumental  El Agresor aprende la violencia como método de control y dominio de las mujeres	Mujeres
Cataluña	Violencia Machista	Es expresión de poder de los hombres sobre las mujeres, se manifiesta a través de medios sutiles y con tolerancia social  Es Estructural y multicausal  Es instrumento para asegurar el dominio y la sumisión	Mujeres que sufren violencia en ámbitos familiar, laboral, de la pareja, social y comunitario
Costa Rica	Violencia Intrafamiliar*	La violencia prevalece en relaciones en las que existe diferencia de poder y en la familia están dados por los desequilibrios por edad y género	Niños, niñas y adolescentes, adultos mayores y mujeres

#### 4.1.2.4. Tendencias en salud

En Cataluña en las políticas de mujeres (Tabla 9), el Departamento de Salud (SLT) figura en acciones de formación relacionados con la violencia machista en los servicios de atención, grupos y asociaciones de mujeres que trabajen en el tema, en la implementación y evaluación de protocolos en el ámbito sanitario, en la formación para el tratamiento de agresiones sexuales, de atención y prevención de la mutilación genital femenina y en la elaboración de materiales para el trabajo comunitario. Las políticas de mujeres de Cataluña mencionan el abordaje de síndrome de agotamiento profesional, sin embargo no está especificado en el protocolo.

En Costa Rica la política señala diferentes acciones para el sistema de salud como uso de protocolos, atención especializada para el agresor, atención y prevención comunal, formación sobre los estereotipos de crianza (Tabla 10). En el plan de acción de la política, en el eje Vida sin Violencia, el sistema sanitario representada por la Caja Costarricense de Seguro Social C.C.S.S figura en pocas actividades como institución responsable, básicamente en la acción para la creación de servicios de atención a ofensores sexuales juveniles y en la participación del Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. En las políticas de Costa Rica este punto no se ha enunciado en los planes disponibles alguna directriz sobre el agotamiento profesional, sólo como las necesidades de formación y capacitación en la temática.



**Tabla 9.** Tendencias en salud para abordar la Violencia contra las mujeres en Cataluña y en España.

Documentos	Tendencias
Plan de Políticas de Mujeres de la Generalitat de Cataluña	<p>Implementación y seguimiento del protocolo</p> <p>Protocolo especial en caso de agresiones sexuales.</p> <p>Formación para el tratamiento de agresiones sexuales</p> <p>Formación en atención y prevención de la mutilación genital femenina.</p> <p>Criterios para el acompañamiento de las mujeres</p> <p>Materiales para el trabajo comunitario</p> <p>Mediación comunitaria en la mutilación femenina</p> <p>Seguimiento de la inclusión de la profilaxis</p> <p>Minimizar el síndrome de agotamiento profesional.</p>
Plan de Sensibilización y Prevención de la VG del Estado Español	<p>Indicadores epidemiológicos y sanitarios en el SNS</p> <p>Coordinación y seguimiento</p> <p>Asesoramiento, intervención y coordinación de servicios de salud</p> <p>Formación, criterios comunes</p> <p>Coordinación de Servicios de Salud</p>
Plan de Salud de Cataluña en el Horizonte 2010 I	<p>Implementación territorial de protocolos</p> <p>Evaluación de protocolos</p> <p>Implantación de un circuito de actuación</p>
Plan de Salud de Cataluña en el Horizonte 2010 II	<p>Respuesta rápida y coordinada</p>
Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de Género	<p>Pauta de actuación normalizada y homogénea</p> <p>Orientación en atención integral al personal sanitario</p> <p>Sensibilizar al personal sanitario del SNS</p> <p>Promover la capacitación de las mujeres</p> <p>Sensibilización de la población general</p>
Protocolo para el abordaje de la Violencia Machista en el ámbito de la salud en Cataluña	<p>Facilitar la intervención de los y las profesionales</p> <p>Pautas de actuación con hijos e hijas o personas testigos</p> <p>Circuitos para la correcta actuación</p> <p>Unificar los criterios de los ámbitos sanitarios implicados</p>

\*SNS Sistema Nacional de Salud.

**Tabla 10.** Tendencias en salud para abordar la Violencia Género hacia las mujeres en Costa Rica

Documentos	Tendencia
Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género PIEG	Atención para agresor Prevención y atención en comunidades Uso de protocolos de atención Formación en estereotipos de crianza
Plan Operativo Nacional la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar Plan Operativo de Atención y Prevención PLANOVI	Prevención y Sensibilización comunal Detección y Registro Referencia y Coordinación Autocuidado al Personal y reflexión
Plan de Acción del PIEG	Atención ofensores sexuales juveniles Participar en el Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.
Plan Nacional de Salud 2010-2021	Promoción prácticas saludables en temas como VI y sexual Contenidos de igualdad y equidad de género y vida sin violencia en planes la educación pública Desarrollar competencias sobre equidad y género en el recurso humano de los servicios de salud
Acciones Rectoras del Ministerio de Salud en Violencia Intrafamiliar	Promoción y prevención Detección y registro Contención Orientación, especializada Seguimiento Atención a ofensores
Normas de Atención en Salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar	Promoción de la Salud Vigilancia epidemiológica Servicios de Salud
Protocolo de Atención de Personas Víctimas de VIF Y/o Abuso Sexual Extrafamiliar en las áreas de salud del PAIS	Fomentar el trabajo en equipo Brindar herramientas al personal de salud Atención interdisciplinaria, integral y oportuna Actuación en las primeras 72 horas Disminuir probabilidad de infección por VIH e ITS Evitar la revictimización Obtener evidencias legales Intervención en crisis Primeros auxilios

VI=violencia intrafamiliar. APS=Atención Primaria en Salud

En Cataluña, el análisis de situación de la salud expone nueve resultados donde el penúltimo aspecto especifica las diferencias de acuerdo a ser hombre o mujer en diferentes dimensiones. El eje 1 de Compromisos intersectoriales en salud, señala acciones en la violencia contra las mujeres, adultos mayores e infantes. Los protocolos de actuación tienen un papel primordial así como las respuestas en los circuitos interinstitucionales.

En los planes de salud, en Costa Rica, se aborda la violencia desde dos objetivos estratégicos a nivel de promoción y prevención. En el análisis de situación de la salud se presentan quince aspectos donde no se menciona específicamente las diferencias entre hombres y mujeres en salud.

En los protocolos y/o normas de atención en ambos contextos se formulan actuaciones en los tres niveles de atención (Tabla 11). La derivación a las redes de atención y la coordinación de los diferentes servicios de salud y sociales también son parte de las directrices. Los protocolos de Cataluña y de España especifican las pautas a seguir según el estado de la mujer y sus condiciones de consciencia y de amenaza de peligro. Las normas costarricenses tienen indicaciones generales al personal de salud para detectar violencia intrafamiliar en los distintos grupos poblacionales. Además, se plantean estrategias preventivas y defensivas para proteger la integridad física debido a la violencia de las zonas donde se ubican los centros de atención primaria. Las acciones rectoras del Ministerio de Salud de Costa Rica señalan la retroalimentación y contención individual y grupal para las personas responsables de la atención. En las normas y el protocolo de atención primaria se encuentra una propuesta institucional para el autocuidado.

En cuanto al tema de las actuaciones con agresores en Cataluña no se hace mención. El referente que es el Protocolo Común Español donde se señala que el Ministerio del Interior y las organizaciones y recursos de las comunidades autonómicas tienen la pauta de intervención y reinserción de estas personas. En Costa Rica se hace alusión a la intervención legal y se

dan pautas específicas de orientación y contención para atenderles en el sistema de salud pública. Se recomienda evitar el abordaje conjunto del ofensor con la persona afectada y que el mismo profesional atienda a ambos.

**Tabla 11.** Acciones del sistema sanitario de Cataluña y Costa Rica para la prevención, detección, atención y recuperación de la violencia de género hacia las mujeres

	Promoción	Prevención	Detección	Atención	Recuperación
Cataluña		Reducir incidencia  Actividades de Formación  Capacitación de docentes  Metodología de prevención/ sensibilización ciudadana	Identificación desde diferentes medios de acceso  Indicadores de sospecha	Valoración: Urgente – No urgente  Información Orientación Recursos Seguridad Plan de Intervención en Peligro Extremo  Incluye hijos e hijas y personas dependientes de la Mujer	Atención Primaria Atención hospitalaria Salud Mental Atención socio sanitaria Recursos Sociales Otros Recursos
Costa Rica	Educación para la Salud Cambio en actitudes y formas de convivencia	Identificación de signos de alerta  Estrategias y recursos para evitar episodios	Reconocer Registrar Referir a instituciones y servicios	Atención Básica (captación, contención y orientación)  Atención Especializada (acciones asistenciales individual, grupal o terapéutico)	

Información tomada del Protocolo de actuación sanitaria de Cataluña y Normas de Atención de Costa Rica.

#### **4.1.2.5. Evaluación**

En Cataluña, las propuestas de evaluación y seguimiento establecen la conformación de la comisión de seguimiento del Plan, se definen indicadores y un informe anual para identificar obstáculos y propuestas de actuación. En cuanto a la forma de evaluar el PLANNOVI Mujer se busca obtener entradas y salidas de información, una memoria anual, foros o congresos nacionales a mitad en el 2012 y final del período en el 2017. Se trabaja con indicadores de resultado y de proceso. Se cuenta con un Sistema Modificado de Medición Estadística de la Violencia de Género y un Sistema de Monitoreo de las respuestas de las Instituciones Públicas.

#### **4.1.3 Discusión**

##### **4.1.3.1. Resumen de los principales hallazgos**

Las estrategias para el abordaje de la VG hacia las mujeres en ambos contextos tienen propuestas comunes a nivel de cambio cultural y una respuesta integral e intersectorial. Tanto en Cataluña como en Costa Rica se ha logrado consensuar la VG hacia las mujeres como aquella que se ejerce contra ellas en una forma específica y no como sujetos difusos entre una gama de formas de violencia en las políticas.

En el caso de Cataluña, se esclarece que ese sujeto es la mujer tanto en las políticas como en el plan de salud y los protocolos de actuación. Además, se utiliza con mayor precisión el término violencia machista en las políticas y protocolos sanitarios, se incorpora la violencia de pareja y otros tipos de violencia contra las mujeres así como ámbitos más allá del familiar. Es importante destacar que Cataluña realiza esta modificación en el término dado la descentralización y la autonomía de su gobierno local con respecto al Estado Español.

En Costa Rica podemos observar que el término utilizado en la política de género PIEG (Flores & Montero, 2007) no coincide con el que se utiliza en el Planovi y con el Plan de Salud (MS, 2010). Si bien el Planovi Mujer (INAMU, 2007), señala el concepto de violencia como aquel dirigido hacia la mujer a partir de los 15 años y las violencias específicas que por su género sufre, aún no estaba publicado en la realización de este estudio y el concepto no ha sido trasladado al plan de salud ni a las normas vigentes mostrando así inconsistencia.

En cuanto a los planes de salud, se identificaron diferencias entre Cataluña y Costa Rica en cuanto al nivel de priorización de la violencia contra las mujeres en el ámbito sanitario. En Cataluña el ámbito sanitario cumple un papel clave como lugar de actuación. En Costa Rica, el énfasis está en el sistema de administración de justicia y la exigencia de derechos, lo cual hace difuso el papel del sistema sanitario con consecuencias negativas para dar una respuesta integral e interinstitucional.

El uso de protocolos y normas de atención son un punto común en ambos contextos como tendencias para el ámbito sanitario. En Cataluña se ha validado el protocolo macro por profesionales de la salud con metodología cualitativa y a la fecha está actualizado. En Costa Rica se generaron protocolos desde el año 2000 que a la fecha de este estudio no se había publicado su actualización. La actualización y seguimiento de estos procesos marca el grado de seguimiento y consolidación en el tiempo de las políticas y el nivel de prioridad del tema en el ámbito de la salud. El trabajo con agresores es escasamente tratado en la política pública y planes de salud de ambos contextos. En Costa Rica, existe un mandato al sistema sanitario para atenderles, sin embargo hay una carencia de prácticas más específicas para detectar e intervenir en otras áreas de prevención y responde a un modelo dicotómico de la violencia.

En relación con los procesos de evaluación de las políticas en Cataluña, se ha sistematizado la información en sanidad, son descriptivas y carecen de reflexiones en cuanto a debilidades y

---

cuestionamiento de los modelos. El Informe de Violencia de Género 2008 del Departamento de Salud (2010) recoge las actividades realizadas en diferentes ámbitos del sector. Se describe el funcionamiento y organización de las regiones sanitarias de Cataluña, las capacitaciones, reuniones, sesiones clínicas e investigaciones producidas en el período 2008. Se señalan carencias de servicios, de evidencia de formas y ámbitos donde puede producirse la violencia machista y en la falta de medidas penales y judiciales acompañadas de medidas preventivas educativas y de intervención social.

En Costa Rica la evaluación del Planovi Mujer tendría que estar realizada a mitad del 2012, no obstante, no estaba disponible. Sin embargo previamente para formular el PLANNOVI Mujer se realizó una evaluación (Estado de la Nación & Instituto Nacional de las Mujeres [INAMU], 2007) la cual evidenció debilidades del Planovi. Dichas debilidades fueron la falta de claridad conceptual y la capacidad de trabajar con un enfoque de derechos, además la carencia de una visión estratégica sin priorización de acciones.

#### **4.1.3.2. Comparación con la literatura**

Las agendas públicas de ambos contextos tienen como referentes externos e internos el movimiento de mujeres y el feminismo. El papel de estos movimientos generaron fuerza con acciones colectivas progresistas, de manera que las políticas públicas en relación con la VG hacia las mujeres son el resultado de un efecto histórico (Sagot, 2008). Las políticas públicas, según Bulcourf & Cardoso (2012), se constituyen en un espejo del Estado, sus acciones y omisiones para intentar solucionar los diferentes y complejos problemas que los actores sociales le demandan. Cuando las políticas públicas han sido construidas con una lógica ascendente, es decir, de las bases de la sociedad al aparato estatal se ha logrado

plasmar una determinada visión de la cuestión al interior del Estado, lo cual nos pone en el terreno de las relaciones de poder (Bulcourf & Cardoso, 2012).

Ahora bien, este juego de relaciones de poder ha sido expuesto por Roggeband (2012) en un estudio comparativo entre España y los Países Bajos con respecto a la evolución de sus políticas públicas en el combate a la violencia contra las mujeres. En el caso de los Países Bajos, quienes fueron pioneros en este tema, las acciones estatales en el combate a la violencia hacia las mujeres se han ido marginalizando, mientras que en España, después de un largo período de respuestas moderada a la violencia de género, han logrado desarrollar políticas innovadoras. Roggeband (2012) plantea que una movilización continua de los movimientos sociales es necesaria para evitar un estancamiento o declive en la capacidad de respuesta de las políticas. Su estudio, muestra como en el caso de los Países Bajos lograron obtener el apoyo del Estado, sin embargo, esto dio lugar a una disminución de la movilización feminista. En el caso español, la falta de respuesta tuvo un efecto positivo, ya que reforzó y unió a las organizaciones de mujeres que estaban activas en el campo de forma conjunta para presionar por el cambio de las políticas. Las organizaciones de mujeres no sólo son cruciales para obtener y mantener el tema en la agenda política, sino también juegan un papel importante en la formulación del problema.

De igual manera, en el caso de América Latina, Sagot (2008) llama la atención el movimiento feminista con el argumento que si bien los logros de la política pública ha sido abrir opciones para las mujeres maltratadas con la ampliación de sus derechos, salvando vidas y contribuyendo a no falsificar la realidad social de la violencia contra las mujeres, es importante que los planteamientos transformadores del movimiento feminista al ser “reciclados” por el Estado y sus instituciones no pierdan su carácter transformador.



---

En nuestros hallazgos se ha podido mostrar que las políticas públicas sobre género mantienen una visión de la violencia de género hacia las mujeres construidas a partir de un paradigma tradicional de género. Es necesario, propiciar la crítica que los avances teóricos nos muestran. En este sentido, diferentes corrientes (Lander, 2000) nos alertan sobre la necesidad de romper con modelos dicotómicos de la violencia de género y la deconstrucción del modelo de fragilidad femenina y el mandato de poder de la dominación masculina (Mohanty, 2008). Si bien, el paradigma tradicional de género ha sido clave en la visibilización y la desnaturalización de la violencia de género hacia las mujeres desarticulando los mitos y prejuicios en la cultura que la promueven, también se puede correr el peligro de reforzar un único modelo teórico (Cantera, 2010). Si se plantea la desigualdad de género como único factor que determina la violencia, puede dejar de lado la naturaleza intersectorial de ésta (Beiras et al., 2012). Esta visión puede colaborar a desechar prácticas preventivas como el tratamiento con agresores hombres, la violencia que sucede entre personas del mismo sexo y el trabajo con los testigos de la violencia, generalmente las hijas e hijos de las mujeres afectadas (Beiras et al., 2012). En nuestros resultados se encontró que son temas escasamente tratados en la política pública y planes de salud de ambos contextos. En Costa Rica, existe un mandato al sistema sanitario para atenderles, sin embargo hay una carencia de prácticas más específicas para detectar e intervenir en otras áreas de prevención.

Otro aspecto que ha sido importante, es la claridad de los conceptos y la consistencia en los documentos. Diferentes estudios (Coll-Planas et al., 2008; Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2012) han señalado la importancia de la claridad conceptual de lo que se entiende por violencia, por sexo y género y los paradigmas (Cantera, 2002) desde los cuales se interviene profesionalmente. En algunos estudios (Vives-Cases, Ortiz-Barreda, & Gil-González, 2010; Ortiz-Barreda, Vives-Case, & Gil-González, 2011) se ha señalado la carencia de un enfoque integral que incorpore el ámbito sanitario en las leyes internacionales sobre el abordaje de la

VG hacia las mujeres. En este sentido, en Costa Rica, se encuentra que el PLANNOVI como plan de acciones mantenía en 1996 planteamientos innovadores en la actuación sanitaria no obstante, en la política de género actual la prioridad está delegada en Justicia, y los nuevos planes de salud establecen pocos roles y responsabilidades a los proveedores de la salud en esa materia.

En las propuestas de las políticas públicas y planes de salud, así como los protocolos de actuación priva la visión de un modelo ecológico integral para el abordaje de la VG hacia las mujeres, de acuerdo con la literatura responde con un modelo de abordaje ecológico de la violencia (Blanco et al., 2004) y no desde una epidemiología clásica. El uso de protocolos y normas que integran las tendencias en salud para ambos contextos, es una forma de aumentar la eficacia de este modelo es la participación del personal de salud en los protocolos (Ortiz-Barreda et al., 2011) para capacitarse, consensuar conceptos y recursos.

En ambos contextos se contempla la importancia del autocuidado profesional del que han hablado diferentes estudios (Claramunt, 1999; Lacman et al., 2009) cuando se trabaja con la violencia, sin embargo hay carencia para especificar acciones.

#### **4.1.3.3. Limitaciones y fortalezas**

En este primer estudio se realizó una aproximación a un componente contextual, donde no se integraron informes no oficiales y de las organizaciones civiles que pueden generar otra perspectiva evaluativa de las políticas y planes. Por otra parte, no se incluyó un trazado temporal que permitiera comprender el proceso histórico, la transformación de las políticas y planes a través del tiempo en cada contexto, por el carácter transversal de esta investigación. Las dificultades para disponer de las publicaciones actualizadas en el contexto costarricense fueron una limitación importante. Como fortaleza, permitió un conocimiento a la situación

---

de cada contexto fundamental en los estudios comparativos. Y además, el estudio de los documentos oficiales son prioritarios para conocer las tendencias de actuación para los/as profesionales de la salud.

#### **4.1.3.4. Conclusiones**

Se han encontrado puntos comunes en relación con los principios y estrategias de las políticas públicas para abordar la violencia contra las mujeres en ambos contextos. Las diferencias se encuentran en los planes de salud y las actuaciones sanitarias específicas. Las políticas públicas en relación con la V.G están basadas en un paradigma de género y con una lógica ascendente. El análisis de las políticas públicas permite la crítica que incorpore en las políticas públicas avances teóricos-críticos. La VG es un problema de salud que necesita el acuerdo entre distintos actores en una búsqueda de construir un abordaje ecológico de la violencia y la salud. En Cataluña, es necesario desarrollar acciones sanitarias con quienes trabajan con la violencia contra las mujeres, enfatizar las tareas de promoción y prevención de la salud. En Costa Rica, las acciones sanitarias necesitan actualizar los conceptos de las políticas públicas con los planes de salud y sus normativas, de manera que se revierta en las prácticas sanitarias. La eficacia del abordaje de la VG hacia las mujeres requiere participación del personal de salud y de diferentes instituciones sociales. Una forma de implementar esta tendencia es la continuidad y actualización de los protocolos sanitarios. El trabajo con agresores es escasamente tratado en la política pública y planes de salud de Cataluña y Costa Rica. La carencia de prácticas específicas con los agresores en áreas de prevención puede responder a un modelo dicotómico de la violencia. Las políticas públicas de Cataluña y Costa Rica contemplan la necesidad del autocuidado profesional cuando se trabaja con VG, sin embargo, no se desarrollan acciones sanitarias específicas al respecto.

## **4.2 Estudio II Barreras y facilitadores en el abordaje de la VG desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud en Cataluña y Costa Rica**

Los hallazgos del estudio 1 identificaron vacíos entre lo que se propone en los planes a nivel macro y las directrices en la actuación sanitaria, en específico, en el contexto de Costa Rica. En tanto Cataluña, se encuentran vacíos a nivel de evaluación y de actividades en el ámbito de la prevención de la VG. Por tanto, el estudio que a continuación presentamos nos permite conocer las barreras y facilitadores en el abordaje de la VG desde la perspectiva de quienes ejecutan y tienen la experiencia de aplicación de estas políticas y planes. Planteamos así un estudio cualitativo, descriptivo comparativo con un acercamiento fenomenológico. Los resultados del estudio se presentan en el artículo titulado *“Barriers and facilitators in addressing Violence Against Women: Perspectives of Health Professionals in Catalonia and Costa Rica”*. Fue enviado con las correcciones sugeridas para considerar su publicación en Health Care for Women International en fecha del 2 de marzo del 2014. Actualmente se encuentra en proceso de revisión.

### **4.2.1. Método**

#### **4.2.1.1. Participantes**

Se diseñó una muestra teórica de acuerdo con los criterios de variación máxima que incluye los perfiles de expertos en diferentes profesiones de la salud: medicina, enfermería, psicología y trabajo social. De esta forma se documenta una variedad de discursos y un conocimiento intensivo de las personas participantes por su experiencia. Las categorías teóricas fueron divididas por grupo profesional, profesionales de la salud expertos en el tema de la violencia de género, de áreas como Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Psicología,

---

quienes participan de la red interinstitucional de atención a las mujeres en cada contexto, con dos años de experiencia mínima en el tema. Las personas participantes podían estar laborando en planeamiento estratégico, atención directa a las mujeres y/o entrenamiento de otros profesionales de la salud. Los y las informantes fueron contactados vía electrónica o telefónica. Utilizamos la técnica “bola de nieve” que en la cual la primera persona entrevistada refería adicionalmente a otras expertas en el tema de diferentes áreas de la salud y que cumplieran los criterios de selección de la muestra.

#### **4.2.1.2. Medida**

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas. El guion de la entrevista fue desarrollado por el equipo de investigación con temas y subtemas (Tabla 12). Se realiza una entrevista piloto, con una profesional de la salud en Barcelona, lo cual permitió incluir el tema de las relaciones que se establecen entre las instituciones de la red que provee servicios a las mujeres con los servicios de sanidad. También se incluyó al final de la entrevista la realización de un resumen que realizaba la persona informante para ampliar la información. Las entrevistas tenían una duración entre 60 y 90 minutos y fueron transcritas textualmente y complementadas con notas de la entrevistadora.

#### **4.2.1.3. Procedimiento**

Se recogió la información simultáneamente en Cataluña (Barcelona) y Costa Rica (Área Metropolitana), entre los meses de enero y mayo del año 2012. Las entrevistas fueron conducidas en un lugar de conveniencia para los y las participantes. Las entrevistadoras fueron dos psicólogas con postgrados en Violencia Intrafamiliar y de Género de la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional. Los y las participantes dieron su

consentimiento informado tanto oral como escrito (Anexo 2), el cual incluía un permiso que quedó grabado. Se inició llevando a cabo dos entrevistas que fueron analizadas, una tercera que fue analizada y así sucesivamente hasta que se entrevistó a los perfiles profesionales teóricamente predeterminados para conseguir la saturación de los datos y asegurar la transferibilidad.

#### **4.2.1.4. Análisis de la información**

Las transcripciones son consideradas la principal unidad de análisis de este estudio y las notas que las complementaban. Las transcripciones fueron revisadas y verificadas por la investigadora. El análisis se realizó de una manera secuencial. Cada entrevista fue codificada para asegurar la confidencialidad. Se utilizan las siglas CR01, CR02 en el caso de Costa Rica para indicar a quién pertenecía cada entrevista. Para las entrevistas de Cataluña los códigos asignados son Cat01, Cat02 sucesivamente (Anexo 3). El proceso de generación de las categorías usadas fue mixto (Anexo 4), es decir tanto emergía de la información como de los temas que estaban en el guion. En el procedimiento de análisis se utiliza el análisis narrativo de contenido. Se recurre a la codificación abierta, axial y selectiva (Strauss & Corbin, 2002; Vázquez et al., 2006). Se realiza la familiarización con las entrevistas escuchando, leyendo y re-leyendo el material. Cada analista identificaba los temas y codificaba los contenidos que interesaban para cumplir los objetivos de investigación. Se crean las categorías de una forma mixta combinando los temas del guion de entrevista con los temas emergentes. Luego, se determinaron subcategorías para identificar patrones comunes y diferenciales. Las analistas comparaban y discutían las diferencias y similitudes del análisis. Posteriormente, se relacionan las categorías a través de mapas y tablas conceptuales. Para asegurar los criterios de calidad de este estudio, en el análisis de la información participaron tres analistas psicólogas: (con experiencia en violencia intrafamiliar y género, con experiencia

en metodología cualitativa y por último, la tercera con experiencia en psicología de la salud) quienes independientemente analizaron las entrevistas y establecieron consenso de las categorías. En cuanto a la credibilidad de los datos, se envió un resumen preliminar del análisis a todas las personas que participaron en el estudio a través de vía electrónica. De esta forma se obtuvo retroalimentación de seis de las personas participantes, quienes realizaron observaciones y establecieron conformidad con los resultados. Los cambios sugeridos fueron incorporados en la descripción final de los resultados.

**Tabla 12.** Guion de Entrevista

Tema	Subtemas
Contexto de la trayectoria	Trayectoria en el tema
	Relación con el ámbito sanitario
Concepción de Violencia	Definición de violencia de género
	Características modelo de intervención
Roles en la implementación de políticas y planes	Capacitación recibida
	Cambios en la experiencia profesional
	Habilidades desarrolladas en este trabajo
Relación con otros actores de la red	Conocimiento de la red
	- a quién refiere
	- de dónde le refieren o derivan
	Problemas más frecuentes
	Coordinaciones exitosas
Impacto Personal del Trabajo	Principales motivaciones y satisfacciones
	Aspectos Negativos
	Afectación en tu vida personal
Autocuidado	Propuestas de cuidado profesional personales
	Propuestas de cuidado profesional institucionales
Resumen	Alguna cosa que desea agregar
Datos sociodemográficos	Nombre
	Edad
	Sexo
	Profesión
	Años de Experiencia en VG
	Lugar donde trabaja
	Funciones y proyectos en los cuales ha trabajado en relación con VG

VG=Violencia de Género hacia las mujeres



### **4.2.2 Resultados**

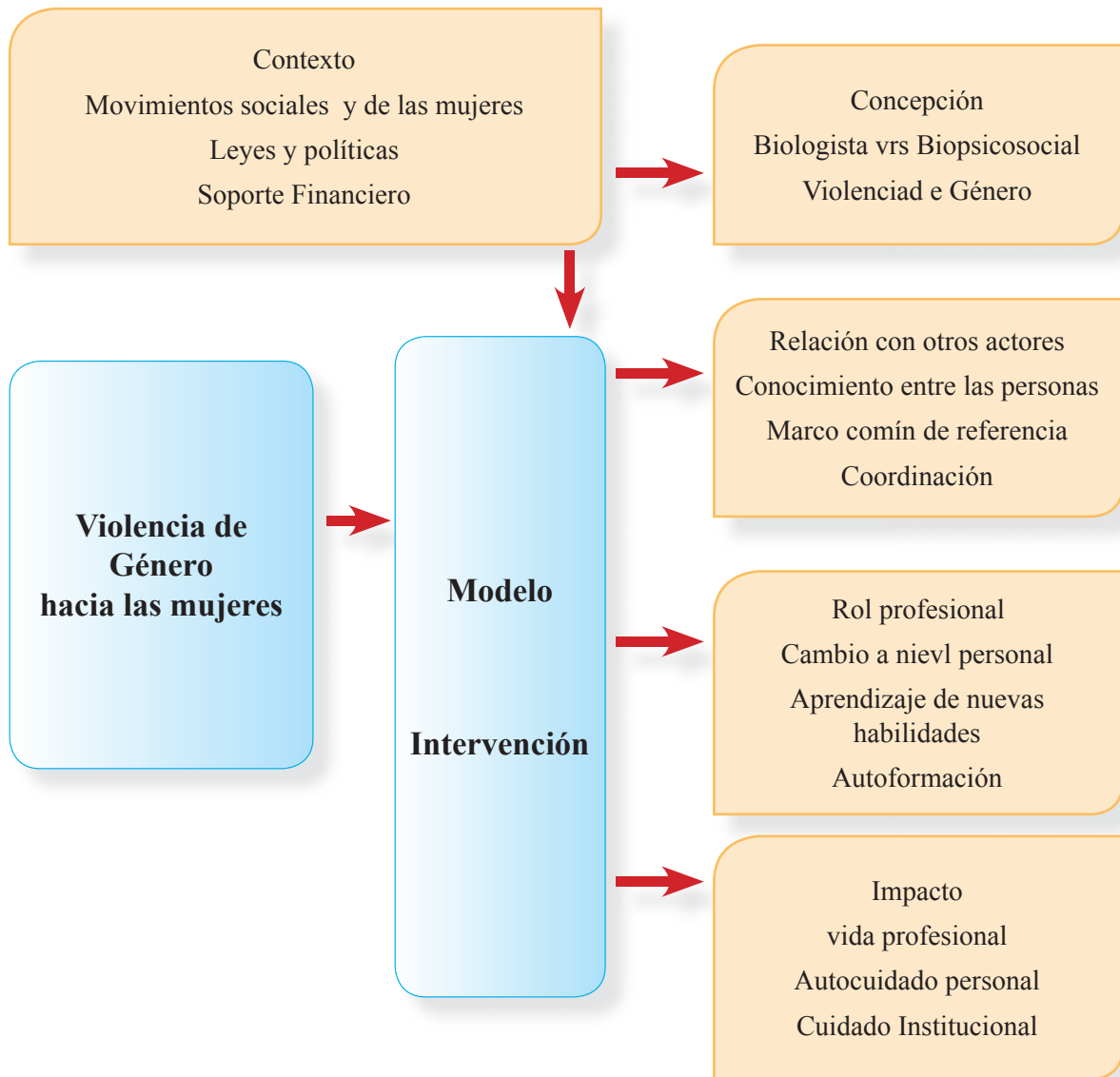
El tamaño final de la muestra fue de 16 participantes. Dos invitados declinaron en participar con el criterio que no tenían la suficiente experiencia en el tema. De las personas que participaron 15 son mujeres y 1 hombre. Los participantes ejercían funciones tanto asistenciales como de formación y planificación. Además, todos mantenían una relación con el modelo de abordaje de la violencia de género y se relacionaban con el sistema de sanidad pública. Los datos en general se exponen en la Tabla 13.

**Tabla 13.** Características de los participantes de estudio 2

Características de participantes (N=16)	Cataluña	Costa Rica
Profesionales de la Salud Expertos	8	8
Sexo, n		
Mujeres	8	7
Hombres	0	1
Promedio de edad (rango), años	48,8 (33-56)	44,7 (31-58)
Promedio de Experiencia en VG (rango), años	16,3 (7-31)	15 (2-23)
Profesiones		
Psiquiatría	0	1
Medicina General	0	1
Medicina Familiar	1	0
Trabajo Social	2	2
Psicología	4	2
Enfermería	1	1
Técnico de Atención Primaria	0	1
Ámbito de relación con Sistema Sanitario		
Servicios Sociales		
Sanitario	1	0
Ayuntamientos	4	3
ONG	1	1
Justicia	1	0
Instituto de las Mujeres	-	1
Consultora Externa	1	1
Educación	-	1
-	-	1
Rol Actual*		
Planificación	2	4
Asistencial	6	3
Formación	-	1

\*Dos profesionales de Cataluña ejercen funciones tanto asistenciales como de formación, tres profesionales de Costa Rica funciones asistenciales como de planificación, un profesional de Costa Rica tanto asistencial como formación.

Con respecto al análisis de contenido, se detectaron seis dimensiones claves (Figura 3) que incluyeron aspectos que pueden funcionar como barreras y facilitadores para el abordaje de la VG desde la perspectiva de las personas expertas y profesionales de la salud.



**Figura 3.** Principales dimensiones en el abordaje de la VG en Cataluña y Costa Rica

VG=violencia de género

---

En cada una de esas dimensiones se han establecido facilitadores y barreras en el abordaje de la violencia de género que son comunes y específicos en ambos contextos (Tabla 14 y Tabla 15). En relación con los **facilitadores comunes** se establecieron los siguientes:

1. Experiencias pioneras
2. El paradigma biopsicosocial,
3. La construcción de un marco común,
4. Reconocimiento de las personas que trabajan en la red de atención
5. El interés y compromiso profesional con el tema
6. El aprendizaje de nuevas habilidades y
7. Las estrategias personales

En cuanto a las **barreras comunes** se determinaron

1. Falta de sensibilidad ciudadana,
2. Formas de evaluación del trabajo con la VG en el sistema sanitario,
3. La carencia de formación en VG en el currículo de algunas profesiones y
4. Las dificultades para el cuidado personal tanto individual como institucionalmente.

#### 4.2.2.1. Facilitadores comunes en el abordaje de la VG

##### 4.2.2.1.1. Experiencias pioneras

En ambos contextos, la mayoría de las organizaciones civiles, el movimiento feminista y de mujeres han sido protagonistas en visibilizar la VG como problema de salud en las agendas políticas.

En Costa Rica, las clínicas como la de Puriscal y Goicochea, así como organizaciones no gubernamentales como CEFEMINA dieron los primeros pasos para atender a las mujeres que sufrían violencia. Los cursos básicos de formación a pequeños grupos se convirtieron en multiplicadores de profesionales interesados en el tema. Se crearon experiencias locales en el ámbito de la salud que conformaron un modelo interinstitucional de atención a las mujeres y establecieron las bases para el modelo actual.

*Yo no entro a salud directamente digamos, yo empezaba...empiezo en los años... finales de los años 80 a trabajar con lo que era el Comité Nacional contra la Violencia, de Violencia contra las mujeres que en ese momento lo había de alguna manera conducido especialmente CEFEMINA yo empecé a trabajar con ellos lo que era los grupos de apoyo, cuando empezó a hablarse de la Violencia contra las mujeres como un asunto público no privado. (CR02)*

La creación del Plan Operativo Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (PLANOVI) constituyó una experiencia de impulso para trabajar el tema desde distintas instituciones gubernamentales, entre ellas el área de la salud. Se convierte en la década de los 90 en un foro de discusión y consensos, una de las participantes comenta

*“el PLANOVI fue una construcción colectiva interinstitucional y esa fue una gran riqueza, una gran discusión” (CR02).*

En Cataluña, la transición del franquismo a la democracia, movilizó el trabajo comunitario a partir de los ayuntamientos y las propuestas de trabajo desde las necesidades de las mujeres, una participante señala:

*Pertenezco a una generación que acababa justamente cuando moría el franquismo y por tanto hubo una consciencia muy viva de que estaban construyendo un sistema de servicios sociales democrático por primera vez en el Estado y muy conscientes de la responsabilidad. (CAT06).*

La atención de la VG en Cataluña tiene sus primeras aproximaciones en los barrios, con la ayuda de ayuntamientos y las organizaciones sociales, así es expuesto por una participante cuando plantea

*Nou Barris fue pionero, un equipo que luego se fue transformando para toda la ciudad y fue un equipamiento de ciudad. (CAT05).*

Las experiencias de los barrios fueron concretando prácticas sociales y de salud en el abordaje de la VG. Las organizaciones no gubernamentales feministas son referentes importantes en la formación de los profesionales. Las leyes a nivel de España y en concreto de la Comunidad Autónoma de Cataluña se visualizan como un apoyo a las mujeres y a los profesionales de la salud. Se consideran como un logro de procesos sociales. De esta forma lo señala una de las profesionales de salud que dice:

*El hecho de visibilizar, de mostrar el hecho de que la constitución nos reconoce a ambos con los mismos derechos y como la tradición nos viene situando en planos distintos a hombres y mujeres, pues creo que esto ha contribuido a que el legislador se vea obligado a generar una serie de leyes de protección y a legislar unos delitos que hasta hace veinte años no funcionaban como tales, se consideraban privados, se consideraba delito agredir o lesionar a un vecino pero no era delito agredir o lesionar a tu esposa (CAT07).*

#### 4.2.2.1.2. Paradigma biopsicosocial en salud

La mayoría de expertas, señalan que el modelo de intervención para abordar la VG hacia las mujeres requiere partir de una concepción de violencia que comprenda sus orígenes en la cultura y en las estructuras sociales. Además, señalan que es necesario romper con los paradigmas biologists de la salud que contempla sólo el síntoma físico. De ahí que se deba reflexionar en los conceptos de salud y desde cuál paradigma se incorpora el abordaje de la VG en las prácticas sanitarias. Este señalamiento expresan tal idea.

*Porque si tú abordas este tema que es un tema complejo, que es un tema que afecta a la persona de una forma integral, que afecta su salud física, psíquica, social, pues es una manera de hacer...de hacer aplicable a cualquier problema de salud que afectan a la persona de esta forma integral, bueno todos los problemas de salud afectan a la persona en forma integral, es como un ejemplo paradigmático de atención biopsicosocial con perspectiva de género, que es lo que está por añadir. (CAT02)*

Cuando se entiende y logra realizar esa ruptura paradigmática se puede deducir que la atención en salud necesita de distintos actores y depende de diferentes niveles, además que los síntomas físicos pueden tener un trasfondo psicosocial. Una de las participantes costarricenses refuerza este aspecto cuando señala que en principio

*Los médicos todos estaban en contra, que eso no era un problema de salud pública, que la violencia intrafamiliar no nos tocaba a nosotros, que le tocaba a justicia, que le tocaba a la policía (CR03)*

Y posteriormente señala que estas dificultades representaban un reto para cambiar la mentalidad

*Lo interesante era, bueno, cómo hacerlo de tal manera que no se vea unicausal, verdad, entonces era como muy difícil, entonces sus luchas tuvimos, porque no todo ha sido amor y paz, porque al principio cuando yo hablé del sistema de vigilancia, yo incluso hablo de un sistema de vigilancia de la salud no de la enfermedad, entonces es un concepto que desde ahí vos arrojás, es una epidemiología más crítica, una*

*epidemiología más preventiva, era romper el paradigma de la epidemiología clásica por una de construcción social (CR03)*

**Tabla 14.** Facilitadores y barreras en el abordaje de la Violencia de Género hacia las mujeres en Cataluña y Costa Rica

<b>Dimensión</b>	<b>Facilitadores</b>	<b>Barreras</b>
Contexto	Experiencias pioneras Movimiento de mujeres Leyes y políticas	Desensibilización ciudadana
Intervención	Modelo ecológico integrado Mujeres como sujetas activas	
Conceptualización	Paradigma biopsicosocial de la salud Perspectiva de género Violencia estructural	Paradigma biomédico
Relación con otros actores	Conocimiento de profesionales de redes Trabajo en equipo	
Rol profesional	Interés y compromiso Aprendizaje nuevas habilidades	Carencia del tema de VG en currículo universitario Desinterés y/prejuicios
Impacto en la vida personal	Cambios personales Autocuidado Separación de roles Diversificar actividades	Ausencia de cuidado institucional Barreras internas



#### 4.2.2.1.3 Construcción de un marco común

Las expertas coinciden que para abordar la VG desde el ámbito sanitario, este debe integrarse con diferentes instituciones, disciplinas y recursos comunitarios, lo cual requiere un marco común de referencia. De manera que así lo señalan en ambos contextos dos participantes. En Cataluña señala una de las participantes:

*El protocolo marco lo que establece es el modelo de intervención, tanto el modelo conceptual que es el mismo del que habla la ley, es el modelo ecológico, ¿vale?, y dice que se ha de trabajar desde este modelo, por tanto desde el análisis individual, social y el cultural, se promueve un trabajo coordinado integral (CAT04).*

Siguiendo la misma idea, en Costa Rica se hace el siguiente planteamiento

*El problema de la violencia es un problema multifactorial y multicausal y por lo tanto, es imprescindible la coordinación interinstitucional e intersectorial porque nada hago yo con tener un servicio de atención especializado con un buen equipo de psicólogas, de trabajadoras sociales y de abogadas si lo que se refiere a accesos a recursos de apoyo para las mujeres no hay nada (CR04).*

En Cataluña, el funcionamiento de diferentes circuitos integra instituciones y recursos de las comunidades, tiene representados todos los ámbitos de la intervención con las mujeres. El Circuito de Barcelona por ejemplo es liderado por el Ayuntamiento de Barcelona y el Consorcio Sanitario de Barcelona. Esto ha permitido el intercambio interinstitucional y el funcionamiento de redes locales. Se han establecido como mecanismos los protocolos de actuación con la participación de distintos profesionales de la salud e instituciones, donde pueden conocerse, reconocerse, discutir y acompañarse.

*Este protocolo promueve la derivación acompañada, es decir que a la mujer no solamente se le deriva a la Dona, sino que se le acompaña en esa derivación. Siempre habla del conocimiento y reconocimiento de todos los profesionales de la red para poder realmente garantizar al mínimo las victimizaciones secundarias, el peregrinaje de la mujer de un servicio a otro y la duplicidad de servicios, y ves que aquí queda las*

*denuncias, una de las cosas importantes cuando se trabajó este modelo de intervención, es que es un modelo de intervención que pone por primera vez a la mujer en el centro de la atención (CAT04).*

En Costa Rica, durante los inicios de la puesta en marcha de la atención a las mujeres, se realizaron módulos de inter aprendizaje y la construcción de normas y guías que permitían reunir a diferentes personas para lograr la sensibilización, el conocimiento y reconocimiento de quienes trabajaban con las mujeres en las redes. Actualmente se han realizado capacitaciones donde participan diferentes instituciones de la red de atención y concentra a diferentes profesionales incluidos los de Salud.

*Este año tuvimos la experiencia de hacer una capacitación interinstitucional, logramos solicitar permiso en cada región para los funcionarios y coordinamos con el Ministerio de Justicia, sobre todo con la Fiscal Nacional de Delitos Sexuales que es muy colaboradora, nos ayudó mucho para que les diera a ellos todas las armas desde el punto de vista legal, de cómo hacer la denuncia, qué cosas le corresponde al funcionario de salud desde lo legal y cuáles cosas no le corresponden, fue muy tranquilizador, les dio los elementos para que no nos hagamos tantos enredos como nos los hacemos verdad cuando hacemos una denuncia, que sigue siendo un problema. Coordinamos con el PANI para trabajar lo de explotación sexual comercial, entonces la Secretaría Técnica (CONACOES) que es la Coalición Nacional contra la Explotación Sexual de niños y niñas, éste les dio una capacitación sobre detección, se creó un manual de atención para los servicios de salud, donde viene como muy claro que le corresponde desde la enfermera que hace la preconsulta, que toma los signos y que pesa, qué le corresponde a ella, qué debería preguntar y estar atenta (CR01).*

#### **4.2.2.1.4. Reconocimiento de las personas que trabajan en red**

La mayoría de las personas expertas señalan que el nivel de conocimiento entre las personas facilita la coordinación de los servicios, permite resolver conflictos entre instituciones y mejora la atención a las mujeres. Una participante señala:

*Creo que todos son beneficios al trabajar en red porque se potencia, nos potenciamos, el hecho que un profesional y otro, lo que te decía de la coordinación de todos los profesionales, genera una “xarxa”, una red de soporte a las mujeres, que es lo que les falta y caracteriza a las víctimas, la falta de red, entonces a nivel institucional podemos generar esa red que le falta y creo que es lo más válido que les podemos ofrecer (CAT07).*

En ambos contextos, las expertas coinciden en la importancia de conocerse, de tener vías para disentir y espacios consensuados. Una de las participantes que señala:

*Cuando uno conoce a la gente personalmente es más fácil tomar un teléfono y llamarla y decirle, mirá tengo una situación así, me podés ayudar o qué me recomendás, entonces más fácil, igual hacían ellos me llamaban igual y coordinábamos de una vez (CR01).*

#### **4.2.2.1.5. Interés y compromiso de los y las profesionales de la salud que trabajan con el tema**

En ambos contextos, se ha encontrado que el rol profesional para trabajar en VG tiene relación con los intereses personales, el autoestudio, las experiencias de vida, los referentes profesionales y con la vocación; así lo comenta una de las participantes

*Cuando yo me pongo a ver qué hizo que yo esté trabajando aquí, yo veo que fue más que una necesidad de empleo, verdad, usted sabe que yo trabajé con el Ministerio de Educación Pública y que me hubiera orientado más por una cuestión de problemas de aprendizaje o necesidades educativas, pero no, en realidad había algo que me inquietaba, a veces me pongo a pensar de que desde niña yo sentía que había algo que no era justo, no sabía yo cómo ponerle nombre a esto, o cómo decirlo en ese momento, ahora yo lo veo y yo sentía la injusticia (CR05).*

Tanto las expertas de Cataluña como de Costa Rica señalaron que el transcurrir profesional por el tema de la VG permite también un cambio de mirada del contexto personal. En palabras de una participante:

*Yo pienso que te cambia la mirada porque yo a pesar de que llevaba más de 24 años trabajando en servicios sociales, sí que es verdad que cuando llegué aquí, cuando empecé ya a llevar el tema con cierto tiempo empecé a ver cosas que no veía antes,*

*incluso dentro de mi círculo próximo, te das cuentas que tú vas reproduciendo modelo en tu propia vida, en la crianza de tus hijos o con tu pareja, de tú misma, de lo que asumes o del espacio que dejas y el que no dejas entre la pareja (CAT06).*

Durante el proceso de formación en el tema es necesario el trabajo a nivel personal, encontrar en la propia historia de vida y familiar los nexos con la violencia. Las metodologías utilizadas para formarse contemplan la participación y la vivencia, se reflexiona sobre los propios mitos y prejuicios, así lo señalan dos participantes en cada contexto. En Cataluña, una experta señala que:

*En la formación que doy siempre les digo que para meterse en este tema tienen que haber revisado su vida personal y si han pasado por algún episodio de maltrato tienen que haberlo trabajado, ya sea como terapeuta, ya sea a nivel grupal pero no pueden meterse en este tema teniendo pendientes, es muy importante porque si no te lo llevas a casa o formas parte del grupo y no puede ser, tienes que diferenciarte como profesional sino no las ayudas (CAT01).*

En Costa Rica, también se hace el señalamiento sobre la formación con una revisión de las propias experiencias.

*Hacemos algún tipo de herramienta y metodología de tal forma que se propicie la reacción personal, entonces pasamos un auto cuestionario de diferentes tipos de violencia, entonces allí los hacemos, preguntas como ¿tu novio te revisa el celular? Para ir haciendo esta reflexión (CR08).*

#### **4.2.2.1.6 Aprendizaje de nuevas habilidades**

Principalmente las expertas han tenido que aprender distintas habilidades que su currículo de base no les ha proporcionado; entre ellas negociación, comunicación, planificación, política y gestión de proyectos. Una de las participantes indica que:

---

*Ha tocado hacer de todo, desde ser las gestoras, sentarse a escribir un proyecto, a negociar, que es muy importante porque tiene que ver con nuestros presupuestos y proyectos (CR05).*

Otro facilitador importante es en la ejecución del trabajo con las mujeres que sufren la VG, es la posibilidad de desarrollar la creatividad en proyectos con el apoyo de la institución donde se trabaja.

*Yo creo que saber que tienes una parte donde puedes crear cosas te permite escuchar de otro modo, te permite escuchar que a lo mejor lo que podrías ofrecer es otro servicio, podrías ofrecer otra cosa que estaría bien o hubiera ido mejor con la que este caso se hubiera detectado, yo creo que es lo que te mantiene más, más unida a esa parte creativa y fuerte y buena del asunto (CAT03).*

Algunas expertas indican que el tipo de acercamiento a las mujeres necesita un profesional de la salud que desarrolle capacidades de escucha, respeto de los ritmos y el ciclo de vida de las mujeres. El rol se enfoca en facilitar y acompañar a las mujeres, y debe abandonar su rol de solución y cura. El abordaje de la VG incorpora una reflexión sobre el cómo se ha formado el profesional de la salud para resolver y solucionar la enfermedad, así se señala en el siguiente párrafo:

*Yo creo que he tenido que aprender el tema de la distancia terapéutica, del rol profesional, el cambio de un rol más paternalista, más directivo, más técnico a un rol, a una posición bueno que yo había oído, a uno más de ayuda, de counseling, bueno de acompañar y no tan directivo (CAT02).*

La intervención propiamente busca el empoderamiento de las mujeres a través de estrategias como la escucha, el potenciar la participación y la autogestión, una de las participantes comenta

*La atención está enfocada hacia el empoderamiento de las mujeres, ese es el modelo de atención, y no es que resolvemos la vida y las mujeres vienen aquí esperando que yo les dé la respuesta (CR05).*

#### 4.2.2.1.7. Estrategias personales en el trabajo con la VG

Las expertas en su mayoría, señalan que el trabajo con la violencia tiene un componente de toxicidad, se necesita el autocuidado porque las constantes situaciones que se viven con las mujeres afectan la vida personal y, además, pone a prueba emociones y decisiones.

*Y que podía decirte, a nivel personal, pues si me afectaban los grupos, los relatos que yo escuchaba a veces los pagaba mi marido, te lo digo con todo reconocimiento. Él me decía, a ver cuándo acaba este proyecto (se ríe), yo le decía no es que este proyecto no se acaba... porque estaba cansado de oír aquellos relatos desagradables. Ahora lo veo distinto, no, ahora pienso, que bien que tengo un marido que me quiere y me cuida, pero en aquellos momentos cualquier tema que sacábamos en donde había cierto punto más masculino, pues yo me enojaba (CAT01).*

Las estrategias personales que destacan son actividades de ocio, el apoyo familiar y la desconexión con la temática en períodos fuera del trabajo. También diversificar el trabajo con otros temas y poblaciones. La psicoterapia y la separación de roles son dos estrategias también señaladas.

*Mucho, bastante porque tampoco hay que negarlo, yo hay momentos en los que llego perdida, veme que yo ando con velas, ando con esto, o sea, yo me hago masajes todas las semanas, o sea, yo trato de tener una vida, digamos donde pueda separar, pero hay casos en que vos te los llevás, o sea, por más que vos no querás te los llevás a tu casa, entonces vos pasás y decís, “mirá yo debí haberle dicho a la secretaria esto y esto y esto” Y como que le das vuelta al asunto, entonces sería mentira decir que esto no afecta, sí, tiene su desgaste. Yo trato de hacerlo, como te digo, como autocuidado voy muchísimo a la montaña, voy mucho a las aguas termales, a la playa, masajes todas las semanas, todas las semanas me hago masajes, me hago limpiezas, como para botar todo lo que tengo, y creo que eso es lo que me ha sostenido verdad pero en sí es muy cargado, verdad, es una problemática bastante fuerte (CR03).*

Algunas señalan como recurso importante el equipo de trabajo, ya que permite la coordinación, aprendizaje, seguimiento de casos y el apoyo de los pares. Por ello es fundamental invertir en desarrollar un equipo de trabajo, que reflexione sobre su quehacer tal como lo expresan dos participantes cuando mencionan que

*Se debe saber trabajar con tu equipo, tiene que haber un espacio específico porque es así, todos los equipos profesionales reproducen lo que trabajan (CAT03).*

Esta idea también se refuerza con la necesidad expresada de mantener equipos interdisciplinarios donde se analice y se mantenga como un espacio permanente tal como lo señala un participante cuando dice

*Quizás un día por la semana o una vez cada quince días donde se dé este espacio de catarsis, el cual considero muy importante plantearlo, esto y buscar asesorías también externas, considero que las hay, de muy buena capacitación (CR07).*

#### **4.2.2.2. Barreras Comunes**

##### **4.2.2.2.1 Falta sensibilización de la ciudadanía**

La mayoría de expertas señalan que es importante como mecanismo de promoción y prevención de la VG trabajar con la ciudadanía, de manera que se establezca desde niveles educativos tempranos la comprensión de las desigualdades entre hombres y mujeres y el re-aprendizaje de los roles masculinos y los femeninos. Una de las personas participantes expresa que

*Todavía nos falta mucho en educación, divulgación y sobre todo a nivel de sistema educativo, del MEP<sup>7</sup>, que yo creo que hemos fallado mucho en promoción y prevención (CR01).*

Por otra parte, es necesario tomar en cuenta que las personas que trabajan como profesionales con el tema son parte de esa ciudadanía, por tanto en su quehacer personal y profesional se pueden presentar mitos y prejuicios que influye en la valoración de las mujeres y en consecuencia, en la atención que se les brinda. Así señala una de las participantes:

---

7 MEP se refiere al Ministerio de Educación Pública de Costa Rica

*Yo creo que tendría que naturalizar mucho el tema, lo cual no quiere decir superficializar, sino en el sentido de asimilar que existe y no percibirlo como una cosa rara o que le pasa al otro, que es un problema estructural y reconocer absolutamente todos de que esa estructura y esa desigualdad de relación es el problema y no porque la mujer es así o el hombre es así, sino que se utiliza la violencia para imponer y domesticar a la mujer (CAT08).*

#### **4.2.2.2.2. Formas de evaluación del trabajo en VG en los sistemas sanitarios**

Las personas expertas, en ambos contextos, señalan la necesidad de valorar los sistemas de evaluación de resultados de los sistemas sanitarios que está circunscrita a la cuantificación de casos y no contemplan los procesos y multiplicadores de una atención de calidad. Una de las participantes indica:

*Cuando a mí sólo me piden resultados en base al número de personas atendidas y no puedo explicar de otro modo qué hago, entonces qué sentido tiene mi intervención (CAT03).*

Otra participante, también hace referencia al tipo de evaluación aplicada en el sistema de salud de Costa Rica donde se excluye los logros cualitativos de la atención. Señala lo siguiente:

*Lo que finalmente en compromisos de gestión no se resuelve como diabetes, si vos tenés un paciente compensado ese fue un logro, que yo siempre discuto porque quién dice que el medicamento fue el que produjo el cambio sino la historia de vida de esos hombres y mujeres con diabetes, qué es lo que compensas, es que la parte psicológica en este país está ausente, todo lo que es Salud Mental desde una visión integral para los médicos, no se puede demostrar que los servicios de salud mental hagan una diferencia, entonces no se invierte (CR02).*

#### **4.2.2.2.3. Carencia de formación curricular de base en algunas profesiones**

Algunos profesionales manifiestan que en su formación como profesionales carecieron de conocimientos a nivel de VG. Han señalado la necesidad de superar los vacíos curriculares



en los casos de la Medicina y la Psicología, no así en el caso de Trabajo Social quienes en su formación de base contemplan temas de las violencias. Algunas de los señalamientos en este sentido se pueden observar en los siguientes párrafos de las entrevistas:

*Lamentablemente en la formación como psiquiatra nunca había tenido mucha información (CR01)*

*Empecé a formarme por aquel entonces era un tema del que no había prácticamente libros y bueno, yo los desconocía (CAT08).*

*Durante la especialización de Medicina de Familia realmente mi conocimiento del tema era cero y la percepción era que era algo raro, infrecuente, ni pensaba en la salud, para mí era un problema de noticiario, ni me lo planteaba (CAT02).*

*La carrera, al menos cuando yo la cursé no había asignaturas específicas ni cuestiones de género, que me parece bastante grave porque no entiendo que la Psicología no pueda visibilizar al menos algunas cuestiones que te colocan en lugares distintos en la vida, no había nada de perspectiva de género ni tampoco de violencia (CAT03).*

En Costa Rica actualmente en el gremio de médicos de familia y enfermería se han propuesto cursos dentro de la especialización, a nivel de posgrados. Incluso en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, se tiene incorporado el eje de género a nivel de licenciatura. A nivel de posgrado tienen un curso específico de género, sin embargo, esto contrasta con las demás escuelas de Enfermería del país, por lo cual no hay uniformidad en la formación de este campo en lo que respecta a VG.

#### **4.2.2.2.4. Dificultades personales e institucionales con el autocuidado**

Todas las personas entrevistadas mencionan que el trabajo con la VG indudablemente ha repercutido en sus vidas de distintas formas. Con respecto a este impacto en la vida personal, una participante de Cataluña menciona que los relatos de las mujeres víctimas de la violencia tienen una huella que marca la salud mental del profesional de salud, de manera que señala:

*La huella que todos estos relatos marcan en el profesional o la profesional que lleva años escuchando todos estos relatos, pues ya sabes tú que, yo hay muchas temporadas que necesito...mi salud mental, ya te digo, mi salud mental hay temporadas que está muy bien y hay temporadas que honradamente lo reconozco que, que no me apetecen (CAT08).*

Otra de las participantes en Costa Rica señala al respecto:

*A mí me han pasado varias cosas aquí, yo he necesitado muchas veces dentro de un relato decirle a la persona, ¿me permite un momento? E ir a buscar un vaso de agua, no para ella, sino para mí, verdad, lo he necesitado. En una oportunidad yo estaba embarazada ya de mi segundo hijo y estaba en atención, y apenas salió la persona yo solté a llorar y a llorar y a llorar y no podía parar porque eran cosas muy duras; me ha pasado hasta en capacitaciones, no solo en atención, nos han dejado perplejos; digamos estamos en una capacitación siempre es propenso que una persona haga una revelación, pero hay momentos que en a una la dejan fría de esa revelación, entonces no sabes si salir corriendo a llorar (CR05).*

Ahora bien, entre las barreras que se destacan en el autocuidado, es la propia socialización, donde cuidarse a sí misma no es una prioridad, lo cual hace que se sobrecarguen de trabajo.

*Qué vamos fatal de si, realmente en cuanto más das, aquí yo creo que tenemos un problema y es que cuando estas implicada a veces es difícil poner los límites y llega un momento que te perjudicas y no es un tema mío, es un tema de mi compañera, es un tema de la otra y que yo pienso que no es sano. Estamos hablando de compaginar los usos del tiempo y resulta que nosotras..., te llevas el trabajo a casa, te lees un montón de libros y un montón de historias, generalmente no tienes tiempo aquí y todo lo haces fuera, llega un momento que resulta a veces agobiante, a veces agobiante en temas que tú has luchado y que se juntan varias cosas en una misma época que teóricamente no tocaba y bueno, y todo se tiene que hacer y eso pasa con demasiada frecuencia, con demasiada frecuencia (CAT06).*

En ambos contextos, los sistemas de sanidad no han establecido espacios de autocuidado. En Cataluña, se tienen experiencias de supervisión de casos. En Cataluña, las participantes desconocen una propuesta institucional de autocuidado. Se cuenta con proyectos de trabajo desde lo gremial, en el caso del Colegio de Enfermería. O bien en el ámbito sanitario, sólo

una experta menciona las sesiones clínicas y la supervisión de casos con ayuda de un externo. Por otra parte, algunas organizaciones tratan de mantener espacios de supervisión como espacios de definición de rol que promuevan el autocuidado profesional.

*Para nosotras lo básico es el modelo de intervención, que tengas muy claro los objetivos de la intervención y el modelo que marca tu intervención, es decir si pretendes salvar a todo el mundo, si pretendes, es decir, si te angustias porque esa mujer ha decidido regresar con su pareja y no duermes esa noche porque piensas que puede matarla, es que no tienes claros los objetivos de tu intervención. Esa no es una cuestión de humanidad o no humanidad, es una cuestión de que estás en un rol de Super Woman o algo, no sé, pero no estás en tu rol profesional. Entonces es modelo, modelo en cuanto a contexto, en cuanto a marco, marco de mi intervención y objetivo de mi intervención, eso es lo básico; después los espacios, los espacios de cuidado, es decir la supervisión de proyecto, la supervisión de casos( CAT03).*

En Costa Rica, se han logrado también algunas experiencias como sesiones de supervisión de casos y la existencia de un manual de autocuidado adaptado a las condiciones de los y las profesionales de la salud. Sin embargo, la implementación de estas estrategias se da sólo si las jefaturas lo autorizan. Tal como señala una de las participantes

*Lo que se ha hecho que en cada unidad, que cada centro se organice, y trate de sacar su espacio, pero no está normado, al no estar normado depende del jefe que tenga, si el jefe se lo permite excelente, si no se los permite no se puede hacer nada porque no está normado ni protocolizado (CR01).*

Y agrega:

*Se hizo un manual de autocuidado, que tiene desde capacitación hasta estarse actualizando, capacitándose, técnicas de relajación, revisar casos y también revisar la dinámica del equipo, porque a veces la dinámica se recarga en una sola persona, una persona es la que más asume, o alguien está mal en ese momento, entonces incide en los otros. Yo siento que esos espacios de autocuidado son valiosísimos (CR01).*

En otras instituciones que se relacionan con el ámbito sanitario se encontraron experiencias de autocuidado formalizadas a través de talleres lúdicos y recreativos, tales son los casos

---

del Poder Judicial y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. En el caso del Área de Violencia del Instituto Nacional de las Mujeres existen vacaciones psicoprofilácticas.

*Nosotros insistimos en hacer un módulo de psiquiatría, de autocuidado, y se comenzó a incursionar en el campo del autocuidado con nosotros, Nosotros aquí sí tenemos un espacio de autocuidado, yo no te puedo hablar de la Caja. Nosotros en Justicia programamos varias sesiones, pero esto de parte nuestra...(CR03).*

#### **4.2.2.3 Cataluña: Facilitadores y barreras específicas**

En relación con los facilitadores y barreras para el abordaje de la VG que son específicos a cada uno de los contextos, en el caso de Cataluña, funciona como facilitador el apoyo de los grupos gremiales y se encuentran barreras a nivel macro tal como la amenaza al Estado de Bienestar, la falta de un modelo más preventivo y las diferencias de funcionamiento de los circuitos. En el caso de Costa Rica, como facilitador se destaca el apoyo internacional para planificar y sustentar presupuestariamente un modelo de abordaje y como barreras figura la inconsistencia para apoyar y priorizar en acciones de abordaje de la VG, la dificultad en los consensos institucionales en el tema y la fractura entre los niveles operativos y de planificación del concepto de la VG.

**Tabla 15.** Facilitadores y barreras específicas en el abordaje de la Violencia de Género en Cataluña y Costa Rica

Dimensión	Cataluña		Costa Rica	
	Facilitador	Barrera	Facilitador	Barrera
Contexto	Políticas en protocolos de actuación	Amenaza a Estado de Bienestar	Apoyo financiero internacional	Falta continuidad en política de salud
Intervención	Funcionamiento de circuitos	Falta promoción y prevención  Diferencias entre circuitos		Falta recursos  Falta marco común entre las instituciones
Conceptualización	Claridad y discusión conceptual en validación de protocolos	Falta reconocer otras formas y ámbitos de la violencia de género		Fractura de concepto violencia entre planificadores e implementadores
Relación con otros actores	Sensibilización comunitaria		Experiencias de inter-aprendizaje	
Rol profesional	Apoyo de gremios profesionales	Saturación de trabajo  Falta seguimiento  Prejuicios de algunos profesionales		
Impacto en la vida personal	Metodología en formación  Apoyo de familia, pareja y pares	Carencia de programas de cuidado institucional	Experiencias pioneras de cuidado institucional	

#### **4.2.2.3.1 Facilitador: Apoyo de grupos gremiales, grupos de estudio y organizaciones no gubernamentales**

Algunas expertas sostienen que los grupos de referencia profesionales interesados en el tema, han sido espacios importantes para su formación y realizar sus tareas. Existen subgrupos en los gremios que trabajan el tema, en la Asociación de Médicos de Familia de Cataluña (CAMFIC), en el Colegio de Psicólogos de Cataluña y un proyecto por iniciar de autocuidado para enfermeras en el colegio de este gremio. Una de las participantes señala su experiencia de formación en el tema de la VG cuando dice

*Yo tenía interés de hacer algo más sistematizado, claro todo era en plan osmosis, con otras personas, lecturas, jornadas...porque sí que participaba en jornadas, recuerdo la jornada que hubo, participe por primera vez que hacen en el Vall Hebron, que hacían una jornada de...después una jornada que hubo de formación que la organizó el IES, que vino gente de Madrid, que para mí también son como un referente (CAT02).*

#### **4.2.2.3.2 Barrera: Amenaza al Estado de Bienestar**

Algunas expertas expresan en forma de temor los cambios políticos y presupuestarios por los que atraviesa España en la actualidad. El Estado de Bienestar puede verse afectado y con ello el financiamiento a las organizaciones civiles respaldadas por los ayuntamientos, quienes brindan servicios diversos a las mujeres. Por otro lado el retorno al conservadurismo también es una amenaza que dificulta la comunicación entre ministerios. Los cambios políticos implican devolverse a niveles de comunicación superados con negociaciones más complicadas. En el párrafo que acontece, se señalan los retos:

*Los obstáculos, yo veo ahora mismo que uno de los más importantes es lo económico porque parece que no pero la crisis sesga, lo que son recortes para dónde van, y las prioridades cambian mucho; tenemos una sociedad muy patriarcal, muy machista porque esto es así y las políticas también lo son, y por tanto el tema relacionado con la igualdad de oportunidades entre mujeres que impacta directamente en la*

*violencia, pero directamente porque es la base para su erradicación yo creo que se va a sentir muchísimo todo el trabajo de políticas que apoderen a las mujeres y las sitúen en situaciones más igualitarias con respecto a los hombres, ahí eso va a caer en picada. Eso a nivel general. Temas de co-educación hay que darle un valor y una importancia que ahora no tiene en la escala de prioridades ahora mismo por el tema de los recortes y de que no hay dinero y esto es un problema fundamental porque si no dotamos el despliegue de la ley con dinero, de presupuestos, poca cosas podemos hacer. Segundo obstáculo, pues es trabajar no solamente con la formación sino a trabajar con la información y con la sensibilización de la ciudadanía, yo creo de entrada que hay todavía un gran desconocimiento de lo que es la violencia, identificas las cosas más extremas pero no identificas las cosas más sutiles, o la violencia simbólica, todo aquellos que legitima que todo esto ocurra después (CAT04).*

*Comentaban el otro día las psicólogas del PASSIR<sup>8</sup>, pues que van a ver a la gente en veinte minutos, pues claro hay un punto donde ¿qué haces en veinte minutos? ¿Qué atención das? ¿Cuál es tu función profesional cuando puedes ver a alguien en veinte minutos, ¿no? y en principio debes hacer una atención psicológica porque igual para un... algún otro tipo de chequeo es fácil, no entonces, bueno, uno de los retos está en que este tema entró en las estructuras del estado del bienestar cuando éste ya se estaba despedazando y ha creado una serie de servicios, pero si estos servicios, van mermando o bien quedándose en menos espacio, en menos (CAT03).*

#### **4.2.2.3.3 Barrera: Falta consolidar un modelo de promoción y prevención**

Algunas expertas, señalan que a nivel de las generaciones más jóvenes, tanto en hombres como en mujeres, se observan interacciones de desigualdad y de violencia, que refleja falta de promoción y prevención. El trabajo en la promoción y prevención se expone en la mayoría de expertas como una tarea prioritaria y necesaria. Si bien se dan diferencias entre las expertas respecto a la ley catalana y su papel en la prevención, hay consenso sobre la necesidad de concentrarse en la prevención como un facilitador.

---

8 PASSIR hace referencia a los programas que cuentan con equipos de profesionales que llevan a cabo las actividades en atención a la salud sexual y reproductiva llamados ASSIR.

*Me desmotiva ver que la gente joven está repitiendo el modelo, eso, algo estamos haciendo mal porque con toda esta movilización de recursos, de profesionales, de leyes de... Y que la gente joven que estás en el autobús, que estás oyendo cómo se relacionan, parejas muy jóvenes, y que se relacionan con la violencia, que se relacionan con esos estereotipos de violencia machista eso a mí, no es que me desmotive es que me enfada muchísimo, pienso que estamos haciendo alguna cosa mal, porque se están haciendo talleres, se están haciendo muchísimas cosas en el ámbito también educativo y no acabamos de llegar a, a cambiar eso, a cambiar esa visión de desigualdad ¿no? (CAT05).*

Sin embargo, cabe señalar que algunas expertas, la ley catalana se concentra en la prevención

*porque establece un modelo de intervención, focalizado no sólo en los casos urgentes sino en los no urgentes (CAT04).*

Para otras expertas en cambio, la legislación necesita contemplar no sólo la penalización sino también la prevención y por tanto, es mejorable y debe abordar la violencia machista como un fenómeno donde se requiere tanto la atención de los hombres como la de las mujeres. También, se señala la necesidad de la integración de programas para atender a los hijos e hijas testigos de las violencias. Estas experiencias se han realizado en Barcelona a través de programas específicos como el programa TE VI en Cornellá.

Una frase de una participante experta sugiere la necesidad de re-pensar los modelos de atención desde otro lugar de manera que se pueda ver con mayor claridad y con ideas frescas; así lo comenta:

*Quisiera estar fuera, con la mente limpia en cuanto a este tema para que me ocurran más cosas, no sé si me explico, la tengo un poco llena, me gustaría conocer un poco menos para decir más tonterías que me incitaran a crear...me gustaría borrarle un poco la cabeza de mucho contenido de información...creo que hemos llegado a un punto que damos muchas vueltas, circular, tendríamos que desenfocar el tema y abrirlo al hombre y considero que todo curso que se haga tendría que hablarse de hombre y de mujer, ya estamos en otro momento...y yo aunque sea una vieja idea feminista creo que tenemos que saber integrar al hombre para que nos ayude a solucionar este problema (CAT08).*



#### 4.2.2.3.4 Barrera: Diferencias en el funcionamiento de circuitos

El funcionamiento difiere de un distrito a otro. Algunos funcionan con una adecuada coordinación comunitaria y cercanía pero otros no. Se encuentran otras barreras como la valoración negativa que se hace de las reuniones, la complejidad de los diagnósticos que dificulta en ocasiones dónde debe ser atendida la mujer o que se pueda perder la ubicación de la mujer en los sistemas de información.

*Aquí en Barcelona se originó el Circuito, cuando cambié de centro de atención, dejé de estar en Barcelona para pasar a estar en otro circuito, con lo cual ya no participé o no estaba ubicada dentro del circuito este, y fui viendo cómo se iba estableciendo todo este sistema de la red, de la coordinación en red, de los recursos que trabajaban en primaria, servicios sociales y salud y demás. Y bueno pues en este otro lugar (ríe) llegué a un desierto un poco en este tema pero bueno y ahí dijéramos que se empezó a desinflar a partir de aquel momento por cuestiones más personales pues todo el tema éste de trabajar en coordinación con otros compañeros y demás (CAT01).*

Sin embargo, la mayoría de expertas apuntaron que las diferencias y conflictos son parte de las interacciones entre instituciones pero esto no tiene que influir en la fluidez de los servicios y la coordinación de los circuitos, a través de la puesta en marcha de la experiencia con los protocolos y la actualización se permite que se establezca una adecuada coordinación.

*La vinculación con salud, yo diría que a ver, gracias a este circuito que hace diez años; en el 2011 hizo diez años que se constituyó, se ha creado un clima de complicidad, que ha permitido avanzar en muchas cosas, por ejemplo, la propuesta de servicios sociales, la propuesta de... justo uno de estos grupos de trabajo que hizo la protocolización de atención individualizada, consensuó un protocolo para valoración de lo que en aquella época del peligro hacia las mujeres ¿no? pero este grupo ya hizo una propuesta que yo cómo porta voz llevé al circuito al ámbito de ciudad en el cual se decía que tenemos que ir más allá y construir un instrumento de valoración del riesgo, ahora ya no hablamos de peligro, hablamos de riesgo hacia la mujer por parte de su pareja o ex pareja, que podíamos elaborar conjuntamente con Salud, con Justicia, con Mossos y que sirviera para diferentes ámbitos y que además tuviera una parte actuarial (CAT06)*

#### 4.2.2.3.5 Barrera: Visualizar diferentes formas de violencia en la atención sanitaria

Algunas expertas plantean que es necesario determinar en la clínica aquellas violencias sutiles, que se manifiesta a través de micromachismos. Así lo señalan dos expertas participante cuando dicen:

*El hombre ha aprendido que como está mal visto el pegarle a las mujeres utiliza violencias más sutiles o violencias más suaves pero aún persiste la desigualdad (CAT08).*

*Esta ley ayudo muchísimo a empoderar a la mujer, aún y así, tú no sabes lo que le cuesta a las mujeres poner una denuncia. Ellos son más rápidos, las leyes avanzan para ellas y para ellos, hay que tenerlo en cuenta. Los hombres también aprenden, aprenden de las dos maneras: para bien, para frenarse y darse cuenta que es un delito y que no se puede pegar a su mujer, y también aprenden que si ellos denuncian antes lo tienen mejor a nivel legal y ellas no se dan cuenta de esto. Hay que decirles, oye, vete a denunciar tú porque si no te puede denunciar él, esto por ejemplo en el maltrato psicológico que muchas se piensan que no las van a escuchar o que no las van a entender o que los mossos, los policías (CAT01)*

La totalidad de las participantes de Cataluña conceptualizan la VG desde una base estructural, como producto de la desigualdad entre hombres y mujeres. Se destaca que la violencia atañe a todas las mujeres y algunas señalan la necesidad de incluir la violencia que acontece en las parejas transexuales y lésbicas. También, algunas indican la necesidad de diferenciar los protocolos que se utilizan en atención primaria con respecto a los de urgencias, ya que en la primera se encuentra la cronicidad y sutilidad, mientras que en urgencias aparecen más las violencias físicas y evidentes.

*Lo que sucede es que en la atención a las mujeres en la consulta, que los protocolos, bueno lo que había más, bueno lo que yo conocía hasta entonces, era casi todo de situaciones más urgentes o más agudas y sin embargo eso no es la atención habitual en atención primaria o en la consulta de la médica de familia. Y ahí fue*

*con las compañeras del grupo de trabajo de la CAMFI<sup>9</sup> hablábamos del diferente escenario, de hecho hicimos un grupo de escenarios donde trabajábamos casos que nos encontrábamos en la consulta que diferiría no, o sea, donde era difícil de aplicar los protocolos que conocíamos (CAT02).*

Y agrega,

*Claro porque eran procesos a muy largo plazo, eran situaciones donde era la violencia psicológica predominante y entonces, bueno pues dijéramos que esos protocolos que a mi me entusiasmaron al principio eran bastante poco... de una aplicabilidad bastante escasa (CAT02).*

#### **4.2.2.4. Costa Rica: facilitadores y barreras específicas**

##### **4.2.2.4.1 Facilitador: Apoyo Internacional**

El apoyo internacional de la OPS significó un gran facilitador financiero para integrar la VG al sector sanitario en los años 90. Apoyaron la construcción del PLANNOVI, las capacitaciones y las publicaciones, aunque como ya se ha mencionado, a nivel local existía una base pragmática de experiencia y conocimiento. Actualmente, el apoyo internacional de diferentes organizaciones siguen siendo facilitadores para trabajar la temática en el país. Así es señalado por una de las expertas costarricenses.

*Nosotras aprovechamos la coyuntura que estuvo el proyecto municipal de descentralización, un vínculo con la Unión Europea en donde hay mucho apoyo económico para el tema de descentralización de las municipalidades y el fortalecimiento del tema de género; entonces en ese contexto entramos fuerte a trabajar con Hábitat y con otras instancias y nos dieron un apoyo increíble...entonces de repente hemos encontrado que si aquí en el país no tenemos ese soporte con alianzas (CR05).*

---

9 CAMFI se refiere a la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria

#### **4.2.2.4.2. Barrera: Falta de continuidad y consistencia política**

El impulso con el cual se inició el trabajo en el tema de la VG se ha visto disminuido por la falta de priorización del problema a nivel político y en el sistema de sanidad. También disminuyó el financiamiento de las organizaciones internacionales. En el caso del sistema de salud pública, se cerró un programa destinado especialmente a la violencia intrafamiliar y se integra el tema a los planes de salud con menor fuerza. El registro de la violencia intrafamiliar antes era medido en los compromisos de gestión del sistema sanitario público pero se anula esta directriz restándoles priorización a los servicios de atención a las mujeres víctimas de VG. Una de las participantes dice

*el apropiamiento de la problemática era más de personas, no institucionalizado, siendo esto un problema a nivel político, hay un interés en ese período, termina el período y no se retoma (CR03).*

También algunas expertas apuntan que el peso de la respuesta en la intervención de la VG está en este momento puesto en la parte legal y se ha abandonado una respuesta que integre el ámbito de la salud al problema.

#### **4.2.2.4.3. Barrera: Dificultad con los consensos y recursos institucionales**

La claridad de conceptos permite la detección, de otra manera ni se prioriza ni se ve como un problema de salud que llega a los servicios de salud en diferentes expresiones. Si no hay unos mínimos consensos se convierte en una barrera en la detección y atención a las mujeres que depende de la sensibilidad del profesional y hace que las pacientes recorran diferentes especialistas. Las experiencias más negativas para la coordinación institucional tienen relación con los distintos criterios de protección y el trato a las mujeres; algunas instituciones juzgan a las mujeres, en otras se da la ausencia de respuesta o la burocracia

de la respuesta. Ante estas respuestas, los y las profesionales de la salud resuelven con otros recursos sociales como la iglesia o empresa privada. Se destacan también barreras relacionadas con los faltantes de recursos en capacitación. Otras barreras son la mentalidad de algunas instituciones, la ausencia en el área de capacitación del INAMU que anteriormente fue estratégica y algunas directrices de salud en cuanto a referencia o derivación. Una de las expertas comenta

*Una cosa negativa es que lamentablemente no tenemos todos los recursos para poder darle la protección a las mujeres que lo necesitan, en el momento que lo necesitan (CR04).*

#### **4.2.2.4.4. Barrera: Fractura en el concepto de Violencia de Género hacia las mujeres**

Para la mayoría de las personas informantes hay especificidad en la violencia que viven las mujeres sin descartar que el hombre también la sufra, sobre todo en las informantes que han ejercido o ejercen roles en materia de planificación y coordinación. Especifican que la historia de las mujeres permite ver la violencia que sufren desde un contexto patriarcal donde se dan diferentes discriminaciones y se ha legitimado formas de sujetarlas. Algunas participantes señalan que:

*La violencia de género se remite a la experiencia de las mujeres principalmente... los estudios de masculinidad hablan de que esa construcción de la masculinidad es riesgosa para la salud mental que también viven violencia pero no se puede igualar... para mí la violencia de género es esa experiencia que viven las mujeres de todas las edades, en todos los estratos sociales, en todas las latitudes (CR08).*

Si bien todas las personas expertas sostienen que la violencia incide en la salud de las mujeres, para quienes están como clínicos la violencia que sufren las mujeres no tiene particularidades, forma parte de la violencia familiar marcando una diferencia con quienes han planteado estrategias de planificación. Por ejemplo, una de las personas de atención clínica señalaba:

*La violencia no se debe limitar sólo a la mujer sino que hay violencia en hombres, en adultos mayores, niños, entonces qué difícil encasillarlo (CR07)*

Por otro lado, las personas expertas en el nivel de la planificación y la formación en el tema señalan que la violencia que sufren las mujeres tiene su especificidad.

*Y que si bien ahora los estudios de la masculinidad hablan de que también esta construcción de la masculinidad es riesgosa para su salud mental y que también viven violencia los hombre, este siempre creo que no se puede como igualar. Sin embargo hay una corriente pensamiento como de igualar la cosas...nosotros también sufrimos, bueno nosotros sabemos tal cosa....pero realmente no es lo mismo, se quiere como olvidar toda la historia... todo los milenios de violencia hacia las mujeres, entonces para mí la violencia de género es esa experiencia de violencia que viven las mujeres principalmente, de todas las edades, en todos los estratos sociales, en todas las latitudes CR08*

### **4.2.3 Discusión**

#### **4.2.3.1. Resumen de principales hallazgos**

En este estudio se identifican los facilitadores y las barreras en el abordaje de la VG en dimensiones contextuales e individuales. Se han encontrado facilitadores comunes relacionados con la organización civil y comunitaria. Además, se encuentra que el abordaje integral de la VG requiere de un marco común inter-institucional donde los conceptos de violencia, salud y género son esenciales. De esta puesta en común se establecen las pautas a seguir y se facilita el reconocimiento de la red de profesionales para constituir una red de soporte para las mujeres. Otro aspecto que puede funcionar como facilitador es la formación aunado al interés y motivación personal de cada profesional.

Por último, se identifica como un elemento importante el autocuidado de las personas profesionales de la salud que trabajan con el tema dado que trabajar con la VG hacia las mujeres está cargado de experiencias muy dolorosas e impactantes, además de sobrecarga laboral.

Entre las barreras más importantes que se han destacado tienen relación con los contextos. En Cataluña, la amenaza al Estado de Bienestar es un reto para la estabilidad de las acciones que provean servicios en salud a la VG. En Costa Rica, el contexto señala que ha habido insuficiente consistencia política en las acciones sanitarias. Igualmente, en ambos contextos el tema de los modelos de promoción y prevención de la VG ha sido señalado como una tarea pendiente.

En cuanto a diferencias, se encuentra que en Cataluña las políticas públicas en VG en el ámbito sanitario se han sostenido a través de la puesta en práctica de protocolos. En Costa Rica, el impacto del trabajo con VG en la vida personal del profesional de la salud ha sido trabajado con mayor grado en ámbitos ajenos al sanitario a diferencia de Cataluña.

#### **4.2.3.2. Comparación con la literatura**

Nuestros hallazgos coinciden con la literatura sobre la importancia de la priorización del tema en la política de Estado e institucional. La idea de que para reducir la violencia se requiere de compromiso y visión de la comunidad, los gobiernos locales y la sociedad civil (Abramsky et al., 2011) coincide con lo señalado en nuestro estudio sobre el papel de los movimientos sociales en la construcción de procesos de salud para abordar la VG.

Por otra parte, los resultados destacan la importancia del funcionamiento de los circuitos en el caso de Cataluña y de la red interinstitucional y comunitaria en Costa Rica. Este hallazgo concuerda con los planteamientos de Small, Taft & Brown (2011) y Cantera & Cabezas, 2000 quienes han destacado la importancia de las conexiones sociales y la red de soporte para poder derivar a las mujeres. En esa misma dirección, Cantera (2000) indica que el trabajo conjunto de los servicios asistenciales comporta efectos positivos para las mujeres y para el personal técnico implicado.

Se ha mostrado el papel que juegan los protocolos y la coordinación en red para fortalecer los servicios que se brindan a las mujeres en ambos contextos. Algunos estudios (Colombini et al., 2008; Ortiz-Barreda & Vives-Cases, 2012) han señalado esta herramienta como integradora que puede ayudar a institucionalizar los servicios en VG y mejorar su implementación.

Algunas de las barreras más importantes destacadas en diferentes estudios dan importancia a los factores socioculturales (Nogueira-García, et al., 2005; Arredondo-Provecho et al., 2008; Djikanovi et al., 2010). Nuestros hallazgos añaden que un elemento de la cultura organizacional a tomar en cuenta es el paradigma de salud desde el cual se actúa. De manera que las personas expertas sugieren que el paradigma biopsicosocial en salud resulta un facilitador para el abordaje de las mujeres víctimas de la VG y además, es importante la ruptura con un paradigma biomédico para mejorar el modelo de atención. Por otra parte, la concepción de violencia de género hacia las mujeres también necesita ser aclarada ya que puede estar teñida de prejuicios y mitos.

En este sentido, los resultados muestran que los profesionales de la salud requieren formación en tempranas fases de su carrera profesional y no sólo como especialización, aspecto que también ha sido señalado por Ferrer-Pérez et al. (2008). Para Othman & Adenan (2008) hay una relación entre un inadecuado conocimiento y valores personales en relación con la violencia doméstica con la falta de actitudes y práctica positivas en los clínicos de su estudio.

Otro hallazgo es la falta de conocimientos en los currículos de la carrera profesional sobre el tema de la violencia de género hacia las mujeres. Además, las participantes señalaron que esta formación debe ir de la mano de una sensibilización. Esto coincide con Hamberger (2007) quien señala que el entrenamiento en VG para el personal médico debe contener tres elementos: el conocimiento médico, actitudes profesionales y habilidades clínicas. Por otra parte, un elemento importante que se muestra en los hallazgos es el papel de los



intereses y motivaciones en la formación, el desarrollo de habilidades y competencias en la ejecución del rol profesional con la VG. Los participantes en nuestro estudio, igual que otros (Street, Makoulc, Arora, & Epstein, 2009; Feder et al., 2006) plantean como clave un rol de escucha y de comunicación con las mujeres, el cual es aprendido en la práctica y conforme se desarrollan nuevos conocimientos en el tema.

A nivel del impacto en la vida personal, nuestros resultados muestran que algunos efectos son la frustración, la hipersensibilidad y el desgaste, además aparecen situaciones donde se trabaja más allá de las propias capacidades. Esto coincide con lo que se ha destacado en la literatura sobre la contaminación psíquica, la sobre identificación, el manejo de la frustración y el quemarse o burn out como consecuencias del trabajo con la violencia (Lancman et al. 2009; Goldblatt et al., 2009). Además, la necesidad de los mecanismos de autocuidado (Claramunt, 1999), llamados mecanismos de higienización por Cantera (2004), ya que los profesionales de la salud que absorben diariamente la violencia, ésta puede derrumbar sus perspectivas de vida, de pareja y de relación con las mismas mujeres (Goldblatt et al., 2009). Se plantea también que los equipos de trabajo pueden ser un facilitador del cuidado institucional, hallazgo que coincide con los resultados de Chang et al. (2009).

Por último, los resultados sugieren que se requiere mejorar el acceso a la educación para transformar las normas de género y actitudes en ambos contextos. Además, la necesidad de trabajar con diferentes poblaciones que se ven afectadas por la violencia de género hacia las mujeres como jóvenes, niños y niñas, hombres agresores. Este aspecto coincide con Abramsky et al. (2011) quienes señalan la necesidad de brindar un soporte a los niños y niñas expuestos a la VG en el hogar como parte de las acciones de promoción y prevención indispensables y urgentes en el abordaje de la VG.

#### **4.2.3.3. Limitaciones y fortalezas**

En este estudio, las limitaciones se relacionan con la metodología cualitativa. Los hallazgos señalaron facilitadores y barreras en contextos específicos que no son generalizables. Además, se careció de información para explorar las estrategias que permitan superar las barreras principales al abordaje de la VG. Futuras investigaciones pueden abordar el tema de las estrategias y procesos de mejora desde la perspectivas de los/as profesionales expertos y no expertos. En cuanto a fortalezas, la participación de expertos/as de distintas profesiones y desde diferentes localizaciones de la red de atención a las mujeres ha dado información que permite entender la salud desde un enfoque integral. Los participantes mostraron interés y apertura a esta investigación, además contribuyeron en la retroalimentación de los resultados.

#### **4.2.3.4. Conclusiones**

En este estudio se identificaron diferentes dimensiones en el abordaje de la VG hacia las mujeres en los contextos de Cataluña y Costa Rica tales como: contexto, modelo de intervención, concepción de VG hacia las mujeres, relación del ámbito sanitario con otros actores, rol profesional e impacto en la vida personal. En estas dimensiones se pueden encontrar barreras y facilitadores para el abordaje de la VG hacia las mujeres. Los principales resultados señalan que los facilitadores comunes son: la red interinstitucional con un marco común y la red profesional, una concepción biopsicosocial de la salud, claridad sobre lo que se entiende por violencia y del paradigma de género en el modelo de intervención. También, tiene un importante papel en el rol de los/as profesionales de la salud, su motivación e interés

y la satisfacción con lo que se hace. Ante el impacto que tiene trabajar con la violencia para los/as profesionales de la salud el trabajo en equipo puede significar un espacio de soporte, por tanto, el trabajo en equipo así como en red de servicios comunales e interinstitucionales funciona como un facilitador. Se encontró como barreras la falta de mayor promoción y prevención en ambos contextos y la carencia de formación en los currículos profesionales.

### **4.3 Estudio III Actitud hacia la violencia de género de los y las profesionales de la salud en atención primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica**

A partir del análisis de las barreras y facilitadores en el abordaje de la VG desde la perspectiva de los/as profesionales de la salud en Cataluña y Costa Rica (Estudio 2), se señalaron diferentes factores que influían en el abordaje de la VG. Para los/as profesionales los facilitadores o barreras comunes estaban asociadas con el paradigma de salud desde el cual se interviene, la motivación e interés en el tema, los conocimientos sobre VG y el modelo de intervención en red.

En la tercera fase de esta investigación se analiza la relación existente entre la actitud hacia la VG de los profesionales de atención primaria con diferentes variables como: Satisfacción Profesional, Carga Laboral, Orientación de Práctica Profesional, Conocimientos, Formación y Uso de los Recursos Sociosanitarios. Así mismo, se explora el impacto en la vida profesional del trabajo con VG, las prácticas de autocuidado, el cuidado institucional del profesional de la salud y por último, las propuestas de mejora en la atención de las mujeres.

Este estudio es de carácter exploratorio, transversal y comparativo con metodología cuantitativa. Está centrada en los profesionales de APS porque son un recurso humano que se ubica en la puerta de entrada al sistema sanitario en ambos contextos.

Las hipótesis fueron planteadas de esta manera:

**Hipótesis 1:** La actitud favorable en el abordaje de la VG de los profesionales de la salud se relacionan con experiencia, satisfacción profesional, formación y un estilo biopsicosocial de práctica profesional.

**Hipótesis 2:** La actitud favorable en el abordaje de la VG de los profesionales de la salud se relaciona con un adecuado conocimiento y el uso de recursos sociosanitarios y poca carga laboral.

### 4.3.1 Método

#### 4.3.1.1. Muestra

La población de este estudio fueron profesionales de la salud de áreas como Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Medicina General y Medicina de Familia con desempeño en atención primaria de la Sanidad Pública. Los criterios de inclusión fueron: profesionales de la salud, hombres y mujeres, que laboren en atención primaria en Barcelona y Zona Metropolitana de Costa Rica, con experiencia o sin experiencia en VG. Los criterios de exclusión fueron: profesionales de la salud que laboren en niveles secundarios y terciarios de la sanidad pública.

La determinación del tamaño de la muestra se realizó tomando como referencia las correlaciones entre las principales variables dado que el objetivo primordial del estudio es determinar la fuerza de asociación entre los constructos. Se calcularon las correlaciones entre los 4 principales constructos calculados a partir del cuestionario utilizado que se indica en la próxima sección 4.3.1.2 (Actitud Global, Satisfacción Profesional, Percepción de Carga laboral y Orientación de práctica profesional) con los datos del estudio piloto. Las correlaciones oscilaron entre 0,10 y 0,20. Teniendo en cuenta estas correlaciones y un intervalo de confianza del 95% (Bonett & Wright, 2000), el tamaño de la muestra fue de 160 sujetos para cada región, 320 en total. La muestra final estuvo formada por 235 profesionales de la salud, 141 profesionales de la salud en Cataluña de diferentes CAP y 94 profesionales de la salud de AS en Costa Rica.

#### **4.3.1.2 Medida**

Se utiliza un cuestionario elaborado por el equipo de investigación titulado “Factores influyentes del abordaje de la Violencia Machista/ Violencia Intrafamiliar en Atención Primaria. Cuestionario para Cataluña y Costa Rica”. Este instrumento está basado en un cuestionario validado denominado “Conocimientos y actitudes de los médicos/as de familia de Castilla y León respecto a la Violencia Doméstica” (Herrero, 2011). Además, se utiliza una escala del instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de atención primaria (Mira et al., 1998). Por otra parte, el equipo de investigación elaboró ítems nuevos basados en datos de la fase previa a este estudio. Se contemplan aspectos como impacto en la vida personal del trabajo con la VG y propuestas de mejora en la atención de VG hacia las mujeres. Se realizaron adaptaciones de lenguaje de acuerdo a los dos contextos. Junto al cuestionario, se adjuntó información sobre los objetivos del proyecto, la constitución del cuestionario, la importancia de la participación, las instrucciones para cumplimentar el cuestionario y el carácter confidencial y anónimo. Además se entregó una fórmula de consentimiento informado (Anexo 5).

El modelo del cuestionario utilizado se puede ver en el Anexo 6. Para Costa Rica se realizó el mismo cuestionario salvo por algunos cambios en el término de Violencia Machista que se usa en Cataluña por Violencia Intrafamiliar que se utiliza en Costa Rica y algunas otros cambios de lenguaje que se detallan en en apartado 4.3.1.5 . El cuestionario está constituido por bloques que se detallan a continuación.

#### **Bloque A: Datos sociodemográficos**

Agrupar ítems de identificación como edad, sexo, profesión, experiencia profesional en VG y años laborados en atención primaria.

**Bloque B: Escala de Actitudes de los y las profesionales de la salud hacia la VG en atención primaria**

Está constituido por una escala de Herrero (2011) que valora la actitud del profesional frente a la VG, la cual contiene 30 preguntas agrupadas en seis dimensiones. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta valorada mediante escala Likert donde 1 expresa la actitud más negativa y 5 expresa la más positiva en el manejo de situaciones de VG. La Actitud Global (AG) se define como la media de las puntuaciones otorgadas a las 30 preguntas de la escala. Por otro lado, la actitud por cada dimensión (AD) se calcula mediante la media de las puntuaciones a las preguntas integrantes de cada dimensión (Figura 4). Se considera una actitud positiva en la consulta del abordaje de la VG si se obtiene una puntuación global mayor de 3 puntos. Se descarta en esta escala la pregunta abierta que recogía razones por las cuales los/as profesionales de la salud no preguntan a las mujeres acerca de la VG. Además se agrega una pregunta, que no es contabilizada en la escala de referencia, que mide la consideración de diferentes expresiones de la VG además de la violencia de pareja (Item 15), la cual será analizada individualmente.

Dimensión	Tema a medir
D1	Consideración de la VG
D2	Barreras para preguntar sobre VG en la consulta
D3	Actitud de profesional de la salud ante situaciones de VG
D4	Actitud de profesional de la salud ante actuaciones con el agresor
D5	Actitud de profesional de la salud ante actuaciones con los hijos y las hijas
D6	Actuación concreta ante un caso de VG

**Figura 4.** Dimensiones de la Escala de Actitud de los y las profesionales de la salud al abordaje de la VG en atención primaria

### **Bloque C: Recursos Socio-sanitarios. Derivación y valoración de Respuesta**

En este apartado se explora el uso de los diferentes recursos de la red interinstitucional en el abordaje de la VG y se basa en una escala de Herrero (2011). Se realizan dos preguntas con 5 opciones de respuesta que se valora mediante escala Likert. Se solicita la frecuencia y la eficacia de las derivaciones a trabajo social, hospital, policía, juzgados, servicios de salud mental, organizaciones y municipalidades o ayuntamientos. Esta pregunta se amplía en relación con el cuestionario original marcando individualmente la eficacia de cada una de las instituciones a las que se deriva. Además se obtiene una medida de la utilización de los recursos socio sanitarios, que consiste en el promedio de los puntajes reportados por el profesional de la salud para cada servicio con valores de 1 a 5, donde 1 significa que nunca lo utiliza y 5 significa que siempre lo utiliza, por lo tanto, puntajes bajos corresponden a un menor uso de los recursos.



**Bloque D: Conocimientos de los profesionales**

En este apartado se han incorporado ítems que valoran conocimientos en relación con la VG. La primera parte, mide los conocimientos en relación con la normativa expresada en políticas, programas y protocolos de actuación sanitarios. Son preguntas que valoran el conocimiento de éstas y la percepción de su eficacia en la práctica profesional. La segunda parte utiliza ítems del cuestionario de Herrero (2011). Se utilizan las dos preguntas del cuestionario que plantean 6 situaciones de riesgo y 6 situaciones de sospecha, teniendo que decidir los encuestados si están o no relacionados con el maltrato. El grado de conocimiento se calcula mediante el porcentaje de preguntas correctamente contestadas. Además se incluye una pregunta que valora el conocimiento del protocolo de atención de la violencia sexual a través de la actuación frente a una posible agresión sexual y se debe elegir entre tres posibles actuaciones definidas.

**Bloque E: Formación**

Se explora la percepción de la formación para el abordaje de la VG en la consulta, la formación recibida y la necesidad de información. Hemos incorporado una pregunta que hace referencia a la actualización de la formación en el lugar de trabajo. Todas las preguntas tienen cinco opciones de respuesta valoradas mediante escala Likert donde 5 es Mucho y 1 es Nada. Además, se calcula una medida a partir de la media del puntaje de los cuatro ítems para cada profesional.

**Bloque F: Escala de Estilos de Práctica Profesional**

Esta escala de estilos de práctica profesional está inspirada en el cuestionario Mira et al. (1998). Está compuesta por 12 ítems, con tres bloques que miden la satisfacción profesional (ítems 80, 83,86, 89), la percepción de la carga laboral (ítems 81,84,87,90) y la orientación

biomédica (ítems 82,85, 88, 91). Las preguntas 83 y 86 se han recodificado en el análisis estadístico para que todos los ítems tengan la misma dirección.

### **Bloque G: Impacto en la vida personal y prácticas de autocuidado**

Este bloque explora el impacto del trabajo con la VG en la vida personal a través de tres preguntas que exploran la frecuencia con la cual el o la profesional de la salud se siente afectado por su trabajo con la VG, la existencia de prácticas de autocuidado individuales y la existencia de prácticas institucionales de cuidado a los y las profesionales de la salud.

### **Bloque H: Propuestas de Mejora**

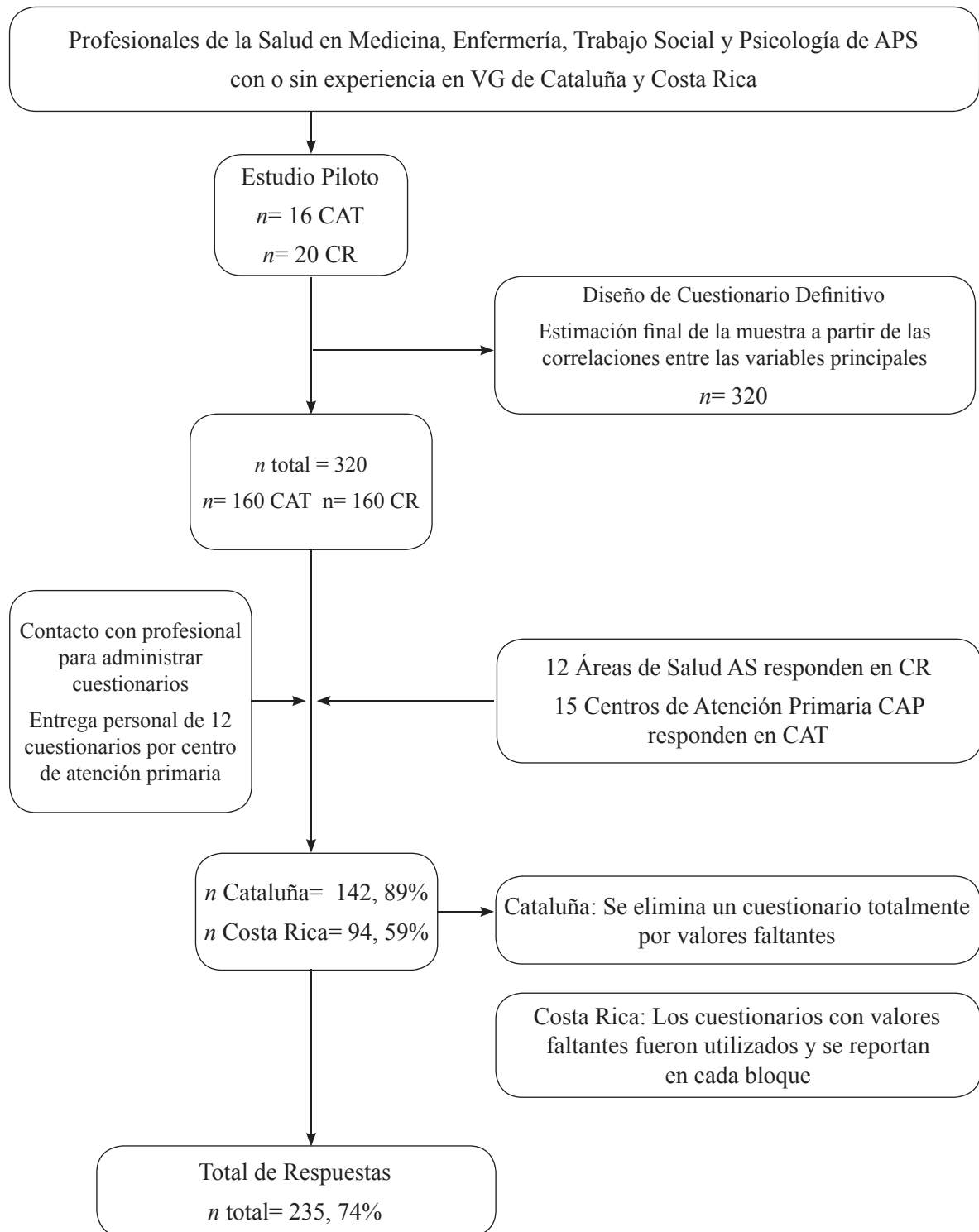
Este ítem explora las sugerencias de los y las profesionales de la salud acerca de propuestas para mejorar los servicios de atención a las mujeres que sufren violencia de género

#### **4.3.1.3. Procedimiento**

El estudio se realizó desde diciembre del 2012 hasta enero del 2014. En la Figura 5 se pueden observar las diferentes fases de la investigación.

- Diciembre 2012- Febrero del 2013: finalización del diseño y pilotaje del cuestionario. Aprobación por los Comités de Ética de Experimentación Animal y Humana de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Febrero- Marzo 2013: Evaluación del Pilotaje. Diseño definitivo del cuestionario y estimación de la muestra final, Cronograma de Estrategia de Recolección de Datos.

- 
- Abril-Mayo-Junio 2013: Distribución y recolección de cuestionarios en Cataluña
  - Julio-Agosto-Septiembre: Distribución y recolección de cuestionarios en Costa Rica.  
Estrategia de Recolección de Datos.
  - Identificación con las personas contacto en ambos contextos de áreas de salud de atención primaria que participen en el estudio.
    - Preparación de material.
    - Presentación de objetivos, instrucciones de cumplimentación e importancia de la participación.
    - Contactar en reuniones a los y las profesionales de la salud que participar en el estudio y rellenen el cuestionario.
    - Recoger cuestionarios en el sitio.
  - Agosto-Septiembre-Octubre: introducción y procesamiento de datos de Cataluña y Costa Rica
  - Enero-Marzo 2014: tratamiento estadístico y análisis de datos



**Figura 5.** Desarrollo del estudio exploratorio-transversal comparativo sobre la actitud hacia el abordaje de la VG en la consulta de APS del cuestionario “Factores influyentes del abordaje de la Violencia Machista/ Violencia Intrafamiliar en Atención Primaria. Cuestionario para Cataluña y Costa Rica”.

#### 4.3.1.4 Análisis de datos

El análisis estadístico se efectuó con el programa R versión 3,01. El nivel de significación asumido en todos los contrastes fue de 0,05. El análisis de los datos se dividió en tres partes. La primera describe los diferentes bloques del cuestionario donde se calcula la media, la desviación típica de las variables cuantitativas y los porcentajes de las variables cualitativas. La segunda parte analiza la correlación entre la variable Actitud con las variables de satisfacción profesional, carga laboral, orientación de práctica profesional, formación, conocimientos y uso de los recursos sociosanitarios para cada región. Un tercer análisis planteó un modelo de regresión lineal donde la variable dependiente es la Actitud global hacia la VG, la cual se ajusta con variables como experiencia, sexo, país y las variables anteriormente señaladas. Para la selección de las variables que expliquen la Actitud global hacia la VG en atención primaria hemos utilizado el Criterio de información de Akaike (AIC, por sus siglas en inglés), que busca un modelo que maximice la verosimilitud y a la vez, contenga el menor número de variables. En el cálculo del AIC se suma a la desviación (-2 veces el logaritmo de la verosimilitud) una cantidad igual a dos veces el número de parámetros que funciona como un castigo para aquellos modelos con más variables. El modelo que produzca el menor valor del AIC se considera el modelo idóneo. Se verificaron los supuestos de normalidad de los errores, igualdad de variancia en la distribución condicional de los errores e independencia lineal de los predictores.

#### 4.3.1.5. Estudio piloto

La finalidad del estudio piloto fue identificar dificultades de lenguaje, formato y comprensión, establecer las modificaciones a los cuestionarios de acuerdo con las recomendaciones de los/as participantes y por último, realizar una estimación de la muestra a partir de las correlaciones

entre las variables a investigar. La prueba piloto se llevó a cabo con profesionales de la salud en Medicina General y Familia, Enfermería, Trabajo Social y Psicología. En Costa Rica, también participan los técnicos de atención primaria (ATAPS) quienes cumplen una función de visita a los domicilios de las usuarias.

El estudio piloto fue realizado entre los meses de diciembre 2012 a febrero del 2013, la muestra total fue de 36 profesionales de la salud en total, 16 en Cataluña y 20 en Costa Rica. En la Tabla 16 se pueden observar las características de la muestra. Las variables de estudio en este cuestionario preliminar han sido: datos sociodemográficos, actitudes hacia el abordaje de la VG en Atención Primaria, manejo de los recursos sociosanitarios, conocimientos profesionales y normativos, formación, estilos de orientación profesional, calidad de vida laboral, prácticas de autocuidado, propuestas de mejora y evaluación de la prueba. Se han aplicado los cuestionarios a diferentes profesionales de la salud que voluntariamente quisieron participar. Las instituciones de contacto que colaboraron en la administración de los cuestionarios fueron *Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària* (IDIAP Jordi Gol) en Cataluña y la Coordinación del Área de Violencia Intrafamiliar en Medicina Preventiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Se les solicitaba a los/as profesionales de la salud completar el cuestionario, firmar el consentimiento informado, indicar el tiempo invertido, asimismo las sugerencias sobre la comprensión de las preguntas, el formato del cuestionario y el lenguaje. Algunas personas se detuvieron a realizar un análisis exhaustivo del cuestionario. Al final del cuestionario se formuló un bloque para poder señalar estas observaciones. Los/as participantes realizaron observaciones en aspectos como lenguaje, temas, formato, tiempo y otros que pueden observarse en la Figura 6. Los señalamientos comunes en ambos contextos se referían al tiempo invertido para llenar el cuestionario dado que les tomaba entre 20-35 minutos aproximadamente. Además, señalaron dificultades en la comprensión del Bloque G, sobre la escala de Calidad de Vida Profesional (CV35), ya que

algunos consideraban que se repetían preguntas en la escala de estilos de práctica profesional (Mirás et al., 1998). Por último, algunas preguntas no fueron contestadas tales como centro de servicio, años de experiencia en VG aun cuando respondían que sí tenían experiencia.

**Tabla 16.** Descripción de datos sociodemográficos de estudio piloto

Características	Cataluña	Costa Rica	Total
Profesionales de la Salud	16	20	36
Sexo	11	19	30
Mujeres	5	1	6
Hombres			
Categoría Profesional			
Medicina	7	8	15
Enfermería	6	4	10
Trabajo Social	2	3	5
Psicología	1	3	4
Otros:			
Técnico de Atención Primaria ATAPS	0	2	2
Experiencia en VG			
Con experiencia	6	15	21
Sin experiencia	8	3	11
No responden	2	2	4
Promedio Edad	48,55	36,71	41,42
Rango	(23,5-60,4)	(27,4-49,6)	
No responden	1	6	7
Promedio de años trabajados en APS	15,4	8,7	12,06
Rango	2-36	1-25	1-36
No responden	1	2	3

---

Finalmente, las modificaciones realizadas en el cuestionario final fueron las siguientes:

1. Se eliminó el Bloque Q por tratarse de una escala con dificultades para comprenderla (CV35) y además, algunos ítems de la escala de estilos de práctica profesional miden calidad de vida profesional.
2. Se realizaron modificaciones de redacción propuestas en algunas preguntas, sin embargo, no se realizó en todos los ítems señalados dado que éstos corresponden a escalas validadas. Se utiliza Violencia Machista para el cuestionario de Cataluña dado que así figura en los Protocolos de Actuación Sanitaria. En el caso de Costa Rica se utiliza el término Violencia Intrafamiliar, dado que así se conceptualiza en las Normas y Guías de Actuación del sistema de salud pública.
3. Se acorta el título de “Factores que favorecen y dificultan la actividad de los profesionales de la salud en el abordaje de la Violencia Machista en Atención Primaria” como “Factores influyentes en el abordaje de la Violencia Machista/Violencia Intrafamiliar en Atención Primaria”.
4. Los/as participantes sugirieron temas sobre aspectos en relación con la persona agresora, el seguimiento a las víctimas y la incorporación de violencia de género en parejas del mismo sexo. Estos temas no fueron incorporados en el cuestionario por considerarse que eran temas no abarcados en los objetivos de este estudio. No obstante, en los estudios cualitativos previos a esta fase se ha corroborado las inquietudes de los/as profesionales de la salud sobre la necesidad de abordar en los sistemas sanitarios a diferentes manifestaciones de la violencia en hombres, hijos e hijas de las mujeres, en parejas del mismo sexo. Asimismo, el tema del seguimiento a las víctimas.



Observaciones	Cataluña	Costa Rica
Lenguaje	El lenguaje técnico del cuestionario se relaciona con el utilizado por profesionales de la medicina y no con el de otras profesiones como Trabajo Social  Redacción  Definir Autocuidado	Lenguaje técnico dirigido a profesionales de la medicina.  Incorporar lenguaje inclusivo
Temas	Incluir aspectos de la persona agresora, el seguimiento a las víctimas, faltantes de preguntas sobre VG en parejas lesbianas y gays.	Incluir temas de mitos en los profesionales, manejo de procesos judiciales, vivencias personales que influyen en la atención de las mujeres
Formato y tiempo	Es extenso Repetición de preguntas	
Otros	Diferenciar entre profesionales que tienen y no tiene experiencia	Diferenciar profesionales que se involucran más que otros por sus roles

**Figura 6.** Observaciones de los y las participantes en el estudio piloto al cuestionario en Cataluña y Costa Rica

#### 4.3.2 Resultados

Se distribuyeron 320 cuestionarios, 160 para Cataluña, en Barcelona y alrededores y 160 para Costa Rica en el Gran Área Metropolitana (GAM). En Cataluña, los cuestionarios fueron administrados en 15 diferentes Centros de Atención Primaria (CAP). Se recolectaron 142 cuestionarios cumplimentados, lo que supone una tasa de respuesta de 89%. Fue eliminado un cuestionario totalmente debido a los muchos ítems sin responder. En Costa Rica, los cuestionarios fueron administrados en 12 diferentes Áreas de Salud AS. Se recolectaron

---

94 cuestionarios cumplimentados, lo que supone una tasa de respuesta de 59%. Los cuestionarios que tenían valores faltantes fueron utilizados y en cada apartado se reporta el tamaño de muestra utilizado en cada bloque.

La muestra total de ambos contextos fue de 235 profesionales de la salud. La tasa de respuesta total fue de 74%. Las características demográficas y aquellas relacionadas con la profesión de los y las participantes se muestran en la Tabla 16. En Cataluña, el porcentaje de mujeres (81,6%) es mayor que el de hombres (18,4%). Asimismo, el mayor porcentaje de profesionales de la salud son del área de la Medicina Familiar (51,1%), seguido de profesionales en Enfermería (34,8%) y Trabajo social (10,6%). En la muestra de Cataluña, se encuentra mayor porcentaje de profesionales de la salud sin experiencia (52,1%) en el abordaje de la VG frente a un quienes tienen experiencia (47,9%). En Costa Rica, el porcentaje de mujeres profesionales (77,7%) es mayor que el de profesionales hombres (22,3%). El mayor porcentaje de profesionales de la salud son del área de Medicina General (36,2%), seguido de profesionales de Enfermería (24,5%) y Trabajo Social (23,4%). En cuanto a la experiencia en el abordaje de la VG los profesionales con experiencia se encuentran en un mayor porcentaje (63%) que aquellos que no la tienen (37%).

**Tabla 17.** Descripción de los datos sociodemográficos de los y las profesionales de la salud en Cataluña y Costa Rica

Características		Cataluña %		Costa Rica %
<b>Profesionales de la Salud N=235 74%</b>	141	89%	94	59%
<b>Sexo</b>				
Hombres	26	18,4%	21	22,3%
Mujeres	115	81,6%	73	77,7%
<b>Categoría Profesional</b>				
Medicina	72	51,1%		
Enfermería	49	34,8%	34	36,2%
Trabajo Social	15	10,6%	23	24,5%
Psicología	3	2,1%	22	3,4%
Otros	2	1,4% *	14	14,9%
No responden	0	0%	1	1,1%**
			0	0%
<b>Experiencia en VG</b>				
Con experiencia	67	47,9%		
Sin experiencia	73	52,1%	58	63,0%
No responden	1	0,7%		
			34	37,0%
			2	2,1%
<b>Promedio de Edad</b>				
		44,4	39,8	
Rango		(24-64)		
No responden 6	6	4,3%	(21-60)	
			2.	2,1%
<b>Promedio de años trabajados en APS</b>				
		16,1	12	
Rango		(2-38)	(1-35)	
No responden	7	5%		
			15	16%
<b>Promedio de años trabajados en VG</b>				
	11.8 años		12,3%	
Rango	(1-35)			
No responden	14	20,9%	(1-35)	
			14	24,1%

VG=Violencia de Género APS= Atención Primaria \*Esta categoría corresponde a profesionales Técnicos de Rayos X y Auxiliar de Enfermería. \*\*Esta categoría corresponde a un profesional de Psiquiatría

### **4.3.2.1 Análisis descriptivo**

En Cataluña, el análisis se realizó sobre 141 cuestionarios. En Costa Rica, el análisis se realizó sobre 94 cuestionarios. Se presentan los porcentajes sobre las respuestas contestadas y se establece para cada apartado el valor de los valores faltantes. Los valores faltantes se especifican en las tablas que analizan los resultados en cada bloque. Se realiza un análisis descriptivo de cada una de las variables y luego, un análisis de relación de los grupos de variables.

#### **4.3.2.1.1 Actitud global hacia la VG en atención primaria**

##### **Cataluña**

Los resultados obtenidos en el análisis de las actitudes en los y las profesionales de salud se presentan en forma global y desagregada para cada una de las dimensiones. En este bloque 123 personas contestaron todas las 30 preguntas. En Cataluña, la Actitud Global hacia la VG de los y las profesionales de la salud tiene puntajes que se ubican entre 2,80 y 4,83. La media de la Actitud Global general es 3,90 IC del 95% (3,84-3,96) lo cual indica que esta población de profesionales de la salud se sitúan en un nivel de Actitud Global que puede calificarse de favorable al abordaje en la consulta de problemas de VG (ver Tabla 18)

**Tabla 18.** Actitud de los y las profesionales de la salud ante la violencia de género según experiencia en Cataluña

Dimensión	Media Total (IC 95%)	Con exp. (IC 95%)	Sin exp. (IC 95%)	<i>p</i>	NR
Consideración de VG	4,46 (4,38-4,55)	4,62 (4,51-4,73)	4,34 (4,22-4,46)	<b>&lt;0,01*</b>	0,0%
Barreras para preguntar consulta	3,83 (3,72-3,94)	4,05 (3,90-4,19)	3,64 (3,49-3,79)	<b>&lt;0,01*</b>	7,1%
Ante situaciones VG	3,90 (3,81-3,99)	4,06 (3,93-4,20)	3,76 (3,64-3,88)	<b>&lt;0,01*</b>	0,0%
Ante el agresor	2,85 (2,74- 2,96)	2,88 (2,72-3,04)	2,82 (2,67-2,97)	0,61	1,4%
Ante hijos e hijas	4,22 (4,10-4,35)	4,24 (4,09-4,39)	4,22 (4,02-4,43)	0,92	7,1%
Ante caso concreto	4,09 (3,97- 4,21)	4,16 (3,99-4,32)	4,03 (3,5-4,20)	0,27	7,1%
Actitud Global AG	3,90 (3,84-3,96)	4,02 (3,94-4,10)	3,79 (3,71-3,88)	<b>&lt;0,01*</b>	0,0%

\* = diferencias significativas entre las medias de los dos grupos con y sin experiencia.

En relación con las dimensiones, en Cataluña la actitud de los/as profesionales obtuvo una media mayor a 3 en casi todas las dimensiones excepto en la D4 (Actitud del profesional de la salud ante actuaciones con el agresor) donde se ubica con una media menor a 3 que los ubica con actitudes levemente desfavorables. En el caso de las dimensiones D1 (Consideración de la VG), D2 (Barreras para preguntar sobre VG en la consulta), la D3 (Actitud de profesional de la salud ante situaciones de VG), D5 (Actitud del profesional de la salud ante actuaciones con los hijos y las hijas) y D6 (Actuación concreta ante un caso de VG) se obtuvo una media mayor a 3 que ubica a los y las profesionales con una actitud favorable. Al comparar Actitud Global (AG) entre las personas que tienen experiencia profesional en VG y las que no tienen experiencia profesional se encontró una diferencia levemente significativa ( $p=<0,01$ ) a favor de quienes tienen experiencia profesional en VG. La media de la Actitud Global (AG) de los

---

y las profesionales de la salud con experiencia es de 4,02 IC 95% ((3,94-4,10) y de los que no tienen experiencia es de 3,79 IC95% (3,71-3,88).

En relación con la Actitud Global por dimensión según experiencia en VG se observan en Cataluña diferencias significativas entre los que tienen y no tienen experiencia para las dimensiones D1 (Consideración de la VG), D2 (Barreras para preguntar sobre VG en la consulta) y D3 (Actitud de profesional de la salud ante situaciones de VG). En las dimensiones, aunque las diferencias son significativas, la magnitud de las mismas es relativamente baja (0,28 para D1 Consideración de la VG; 0,41 para D2 Barreras para preguntar sobre VG en la consulta y 0,30 para D3 Actitud de profesional de la salud ante situaciones de VG. Quienes tienen experiencia en VG tienen puntajes promedio mayores en las tres dimensiones señaladas.

Con respecto a la Dimensión 1 Sobre la Consideración de la VG (Tabla 19) se encuentra que el 97,8% lo considera como un problema que sucede sólo en la pareja, 97,9% considera que la VG es un problema social, un 85,8% como problema privado y un 81,6% lo considera como problema sanitario. Sólo un 10,7% está en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con que la VG sea un problema sanitario.

**Tabla 19.** Consideración de la VG como problema en el ámbito social, sanitario, privado o sólo de la pareja en Cataluña

Consideración de la VG	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total	NR
Problema Social	79,4%	18,5%	0,7%	0,0%	1,4%	100%	0,0%
Problema Sanitario	44,7%	36,9%	7,8%	6,4%	4,3%	100%	0,0%
Problema privado	57,4%	28,4%	9,9%	4,3%	0,0%	100%	0,0%
Problema sólo en Pareja	63,8%	34,0%	1,4%	0,7%	0,0%	100%	0,0%

Por último, en relación con la frecuencia con la cual los/as profesionales de la salud reportan si preguntan a sus pacientes si son víctimas de VG. En Cataluña un 10,7% señala que siempre o casi siempre pregunta mientras un 81,6% señala que casi nunca y nunca preguntan. En Cataluña la distribución de frecuencias para los dos grupos por experiencia en VG no es significativamente diferente ( $p=0,08$  CAT).

### Costa Rica

En Costa Rica, en este bloque 72 personas contestaron todas las 30 preguntas correspondientes a la escala de Actitud Global hacia la VG. En su mayoría contestaron al menos 25 ítems.

La Actitud Global hacia la VG de los/as profesionales de la salud tiene puntajes que se ubican entre 2,96 y 4,78. La media de la Actitud Global es 4.03 IC del 95% (3,94 – 4,13) lo cual indica que esta población de profesionales de la salud se sitúan en un nivel de Actitud Global puede calificarse de favorable al abordaje en la consulta de problemas de VG (Tabla 20).

**Tabla 20.** Actitud hacia la violencia de género de los y las profesionales de la salud ante la violencia según experiencia en Costa Rica

Dimensión	Media IC 95%	Con exp. IC 95%	Sin exp. IC 95%	<i>p</i>	NR
Consideración de VG	4,68 (4,58-4,77)	4,67 (4,53-4,81)	4,67 (4,53-4,82)	0,96	0,00%
Barreras para preguntar consulta	4,02 (3,86-4,19)	4,09 (3,86- 4,31)	3,96 (3,68-4,24)	0,47	1,06%
Ante situaciones VG	4,07 (3,94-4,19)	4,02 (3,7-4,17)	4,16 (3,95-4,37)	0,26	0,00%
Ante el agresor	3,00 (2,84-3,16)	2,86 (2,63-3,09)	3,25 (3,04-3,45)	<b>0,01*</b>	4,26%
Ante hijos e hijas	4,31 (4,15-4,48)	4,25 (4,08-4,42)	4,39 (4,04-4,74)	0,46	0,00%
Ante caso concreto	4,08 (3,90-4,27)	4,16 (3,95-4,37)	4,01(3,66-4,37)	0,48	0,00%
Actitud Global AG	4,03 (3,94-4,13)	4,03 (3,93-4,14)	4,06 3,88-4,24)	0,84	0,00%

\* = diferencia significativa entre las medias de los dos grupos con y sin experiencia. Con exp.= con experiencia profesional en violencia de género. Sin exp.=sin experiencia profesional en violencia de género

En Costa Rica, la actitud de los/as profesionales obtuvo una media mayor a 4 en casi todas las dimensiones excepto en la D4 (Actitud del profesional de la salud ante actuaciones con el agresor) donde se ubica en una media igual a 3 que los ubica en una actitud favorable. Se observa que el porcentaje de no respuesta en la D4 (Actitud del profesional de la salud ante actuaciones con el agresor) fue mayor con respecto a otras dimensiones. En Costa Rica, entre las personas que tiene experiencia profesional en VG y las que no tienen experiencia profesional no hay diferencias significativas en la Actitud global ( $p=0,84$ ) y tampoco en cada una de las dimensiones.



En Costa Rica, con respecto a la Dimensión 1 Sobre la Consideración de la VG (Tabla 21), un 95,6%% lo considera como problema sanitario, 94,7% considera que la VG es un problema social, un 92,3% como problema privado y un 76,3%% lo considera como un problema que sucede sólo en la pareja. Sólo un 3,3% está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo que la VG sea un problema sanitario.

**Tabla 21.** Consideración de la VG como problema de ámbito social, sanitario, privado o sólo de la pareja en Costa Rica

Consideración de la VG	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Total	NR
Problema Social	83,9%	10,8%	1,1%	0,0%	4,3%	100%	1,1%
Problema Sanitario	78,0%	17,6%	1,1%	2,2%	1,1%	100%	3,2%
Problema privado	68,1%	24,2%	4,4%	2,2%	1,1%	100%	3,2%
Problema sólo en pareja	76,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	100%	1,1%

Por último, en relación con la frecuencia con la cual los/as profesionales de la salud reportan si preguntan a sus pacientes si son víctimas de VG, sólo un 3,3% de los y las profesionales de la salud reportan que si preguntan siempre o casi siempre a sus pacientes si son víctimas de VG mientras un 95,6% señala que casi nunca y nunca preguntan. La distribución de frecuencias para los dos grupos por experiencia en VG no es significativamente diferente ( $p=0,08$  CR)

#### 4.3.2.1.2. Uso de Recursos Sociosanitarios

##### Cataluña

En este bloque se han eliminado dos sujetos que no contestaron ninguna de las preguntas (Tabla 22). El promedio de la utilización obtenido fue 3,58 IC del 95% (3,46-3,70) lo cual expresa que se utilizan los recursos socio-sanitarios con una frecuencia de a veces y casi siempre. No hay diferencias significativas en el grupo de profesionales con y sin experiencia.

**Tabla 22.** Promedio de la uso de los recursos socio-sanitarios por parte de los y las profesionales de la Salud en Cataluña según experiencia en VG

	Media Total IC 95%	Con exp. IC 95%	Sin exp. IC 95%	<i>p</i>	NR
Cataluña	3,58 (3,46-3,70)	3.64 (3,46-3,81)	3,53 (3,36-3,70)	0,40	1,42%

Con exp.= con experiencia profesional en violencia de género. Sin exp.=sin experiencia profesional en violencia de género

En relación con la derivación a los diferentes recursos sociosanitarios (Tabla 23), en Cataluña cuando se detecta VG en la consulta de atención primaria, el 90,4% de los y las profesionales de la salud derivan Siempre o Casi Siempre a Trabajo Social, seguido a la derivación a la Policía en un 50% y al Juzgado en un 47,4%.

**Tabla 23.** Frecuencia con la cual los y las profesionales de la salud derivan a instituciones u otro profesional en Cataluña

Recurso	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca	NR
TS	71,3%	19,1%	8,1%	0,7%	0,7%	3,5%
Hospital	16,1%	13,9%	45,3%	19,7%	5,1%	2,8%
Policía	28,7%	21,3%	33,8%	10,3%	5,9%	3,5%
Juzgado	28,9%	18,5%	30,4%	15,6%	6,7%	4,3%
Salud Mental	17,0%	19,3%	49,6%	9,6%	4,4%	4,3%
Organizaciones	47,8%	20,6%	19,9%	8,1%	3,7%	3,5%
Ayuntamientos	16,4%	13,4%	29,1%	20,1%	20,9%	5,0%

Sobre la percepción de la eficacia de la respuesta en todos los recursos sociosanitarios se percibe una siempre y casi siempre efectiva por encima del 50% en Cataluña (Tabla 24). Las Instituciones de las Mujeres (84,2%) y en la Atención telefónica a las víctimas (84%) son las que se perciben con mayor porcentaje de eficacia en su respuesta.

**Tabla 24.** Percepción de la eficacia de las instituciones de la red de atención a las mujeres víctimas de violencia de género en Cataluña

Recurso Sociosanitario	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca	NR
Policía	32,0%	37,7%	22,1%	4,9%	3,3%	13,5%
Teléfono	42,0%	42,0%	10,7%	1,8%	3,6%	20,6%
Instituciones	47,4%	36,8%	11,4%	0,0%	4,4%	19,1%
Protección de Infancia	45,9%	33,9%	11,0%	4,6%	4,6%	22,7%
Ayuntamientos	21,3%	35,2%	29,6%	6,5%	7,4%	23,4%

## Costa Rica

En Costa Rica, se han eliminado 12 cuestionarios con valores faltantes (Tabla 25). El promedio de la utilización de los recursos socio-sanitarios 3,32 (IC del 95%, 3,13-3,51) esto muestra que se utilizan los recursos socio-sanitarios con una frecuencia de a veces y casi siempre. No hay diferencias significativas en el grupo de profesionales con y sin experiencia.

**Tabla 25.** Promedio de la Utilización de los Recursos socio-sanitarios por parte de los/as profesionales de la Salud en Costa Rica según experiencia en VG

	Media Total IC 95%	Con exp. IC 95%	Sin exp. IC 95%	<i>p</i>	NR
Costa Rica	3,32 (3,13-3,51)	3,30 (3,13-3,48)	3,31 (2,87-3,75)	0,98	1,06%

Con exp.= con experiencia profesional en violencia de género. Sin exp.=sin experiencia profesional en violencia de género

En relación con la derivación a los diferentes recursos sociosanitarios (Tabla 26), en Costa Rica, tras la detección de la VG, el 82,7% de los/as profesionales de la salud derivan Siempre o Casi Siempre a Trabajo Social, seguido a Salud Mental de un 59,8%, a las organizaciones civiles en un 58,3% y al Juzgado en un 54,3%. La derivación a las Municipalidades presenta el menor porcentaje en un 14,3%.

**Tabla 26.** Frecuencia con la cual los y las profesionales de la salud derivan a instituciones u otro profesional en Costa Rica

Recurso	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca	NR
TS	70,1%	12,6%	9,2%	5,7%	2,3%	7,4%
Hospital	10,0%	11,1%	45,6%	20,0%	13,3%	4,3%
Policía	22,2%	8,9%	26,7%	26,7%	15,6%	4,3%
Juzgado	38,0%	16,3%	18,5%	10,9%	16,3%	2,1%
Salud Mental	37,0%	22,8%	19,6%	10,9%	9,8%	2,1%
Organizaciones	39,6%	18,7%	15,4%	14,3%	12,1%	3,2%
Municipalidades	8,8%	5,5%	18,7%	27,5%	39,6%	3,2%

Sobre la percepción de la eficacia de la respuesta (Tabla 27) en todos los recursos sociosanitarios, en Costa Rica los/as profesionales de la salud perciben una respuesta efectiva por debajo del 50%. La respuesta con mayor eficacia es percibida en la ayuda telefónica (46,9%) y en la Protección a la Infancia (45, 2%).

**Tabla 27.** Percepción de la eficacia de las instituciones de la red de atención a las mujeres víctimas de la violencia de género en Costa Rica

Recurso Sociosanitario	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca	NR
Policía	14,6%	24,4%	31,7%	13,4%	15,9%	12,8%
Teléfono	25,9%	21,0%	27,2%	9,9%	16,0%	13,8%
Instituciones	18,8%	27,1%	27,1%	12,9%	14,1%	9,6%
Protección de Infancia	20,2%	25,0%	26,2%	15,5%	13,1%	10,6%
Ayuntamientos	13,6%	12,3%	19,8%	23,5%	30,9%	13,8%

### 4.3.2.1.3 Conocimientos

#### Cataluña

En cuanto a los conocimientos normativos sobre VG (Tabla 28), el 77,4% de los/as profesionales de la salud señalan que conocen las normas y Protocolos y el 74,8% los programas, ambos rubros en mayor porcentaje que con respecto al conocimiento de las políticas (52,2%).

**Tabla 28.** Conocimiento de Políticas, Programas y Protocolos en Salud y Violencia de Género en Cataluña

	Sí	No	NR
Políticas	52,2%	47,8%	5,0%
Programas	74,8%	25,2%	4,3%
Protocolos	77,4%	22,6%	2,8%

En Cataluña, la percepción del grado de utilidad de las normativas (Tabla 29) se expresa con un 65,9% de los/as profesionales de la salud que señalan a los protocolos de actuación como muy útil y bastante útil, un 56,8% a los programas en salud. Las políticas son percibidas por 40% como muy útil y bastante útil mientras un 24,6% las percibe como poco útiles y nada útiles.

**Tabla 29.** Percepción de los y las profesionales en salud del grado de utilidad de la normativa para su actividad en Cataluña

	Muy útil	Bastante útil	Útil	Poco útil	Nada útil	NR
Políticas	15,7%	24,3%	35,7%	21,7%	2,6%	18,4%
Programas	27,2%	29,6%	36,0%	6,4%	0,8%	11,3%
Protocolos	31,8%	34,1%	27,9%	6,2%	0,0%	8,5%

Ahora bien, con respecto a los conocimientos profesionales sobre VG, en Cataluña (Tabla 30) se observa una puntuación media de 4,36 IC del 95% (4,16-4,55) en una escala de 0-10. La frecuencia de participantes que supera los 5 puntos en los conocimientos globales es de 43%, ninguno de los participantes supera los 8 puntos. En el análisis por nivel de experiencia en VG se encuentra una diferencia significativa a nivel de conocimiento global, en situaciones de riesgo y síntomas entre los grupos de profesionales con y sin experiencia ( $p=<0,01$ ). Se detecta un mayor conocimiento en relación con los síntomas 5,45 IC95% (5,14-5,76) que con respecto a las situaciones de riesgo 3,29 IC 95% (3,11-3,46). De igual manera existe una diferencia significativa entre los profesionales con y sin experiencia en los conocimientos de situaciones de riesgo ( $p=<0,01$ ) y síntomas ( $p=<0,001$ ).

**Tabla 30.** Conocimientos de los y las profesionales en salud de las situaciones de riesgo y los síntomas de las mujeres víctimas de violencia en Cataluña según experiencia en VG

	MediaTotal IC 95%	Con exp. IC 95%	Sin exp. IC 95%	p	NR
Conocimientos puntuación global	4,36 (4,16-4,55)	4,80 (4,57-5,03)	3,94 (3,65-4,23)	<0,01*	8,51%
Situaciones de riesgo	3,29 (3,11-3,46)	3,60 (3,36-3,85)	3,00 (2,76-3,23)	<0,01*	5,67%
Presencia de Síntomas	5,45 (5,14-5,76)	6,02 (5,68-6,36)	4,89 (4,40-5,38)	<0,01*	7,09%

\*diferencia significativas entre los grupos con y sin experiencia

En Cataluña los conocimientos de las situaciones que se consideran de riesgo (Tabla 31) superan el 50% en todos los ítems. En Cataluña, se consideran con mayor riesgo las siguientes situaciones: tener una pareja alcohólica (97,8%), los antecedentes de familiares en la familia

de origen del agresor (94,2%) y el desempleo (83,8%). El embarazo es la a situación de riesgo con menor porcentaje (53,7%).

**Tabla 31.** Situaciones de riesgo para sufrir violencia de género hacia las mujeres en Cataluña

Situación de riesgo	Si	No	NR
Pareja alcohólica	97,8%	2,2%	2,1%
Antecedentes familia de origen de la víctima	83,7%	16,3%	3,5%
Antecedentes familia de origen del agresor	94,2%	5,8%	2,1%
Depresión	57,0%	43,0%	3,5%
Desempleo	83,8%	16,2%	2,8%
Embarazo	53,7%	46,3%	5,0%

En cuanto a los síntomas (Tabla 32) que se mencionan con mayor frecuencia para la detección de la VG son la hiperfrecuentación (92%), las crisis de ansiedad (89%), la depresión (85,2%) y los abortos de repetición (81,5%).

**Tabla 32.** Síntomas posibles en las mujeres que sufren VG en Cataluña

Síntoma	Si	No	NR
Crisis ansiedad	89,1%	10,9%	2,8%
Hiperfrecuentación	92,0%	8,0%	2,8%
Depresión	85,2%	14,8%	4,3%
Dolores torácicos	69,7%	30,3%	6,4%
Abdominalgias	75,8%	24,2%	4,3%
Abortos de repetición	81,5%	18,5%	3,5%



Por último, sobre la actuación ante una situación de abuso, el 87,9% de los/as profesionales de la salud en Cataluña contestaron correctamente. La distribución de frecuencias para los dos grupos de profesionales con experiencia y sin experiencia en VG no es significativamente diferente ( $p=0,10$  CAT).

**Costa Rica**

En cuanto a conocimientos normativos sobre VG, en Costa Rica (Tabla 33), el 78,9% de los/as profesionales de la salud señalan que conocen los programas, seguido de un 77,8% de las normas y protocolos, ambos rubros en mayor porcentaje que con respecto el conocimiento de las políticas (68,9%).

**Tabla 33.** Conocimiento de Políticas, Programas y Protocolos en Salud y Violencia de Género en Costa Rica

	Sí	No	NR
Políticas	68,9%	31,1%	4,3%
Programas	78,9%	21,1%	4,3%
Protocolos	77,8%	22,2%	4,3%

Sobre la percepción de la utilidad de las políticas, programas y protocolos (Tabla 34), en Costa Rica, un 67,4% señala a los programas en salud, seguido de un 60,0% que indican a los protocolos de actuación como muy útil y bastante útil. Las políticas son percibidas por un 55,0% de profesionales como muy útiles y útiles, mientras sólo un 15,3% las percibe como poco útiles y nada útiles.

**Tabla 34.** Percepción de los y las profesionales en salud del grado de utilidad de la normativa para su actividad en Costa Rica

	Muy Útil	Bastante útil	Útil	Poco útil	Nada útil	NR
Políticas	36,5%	18,8%	29,4%	10,6%	4,7%	9,6%
Programas	42,7%	24,7%	24,7%	5,6%	2,2%	5,3%
Protocolos	45,9%	14,1%	27,1%	10,6%	2,4,0%	9,6%

Con respecto a los conocimientos profesionales en Costa Rica (Tabla 35), los/as profesionales obtienen una puntuación media de 4,48 IC del 95% (4,31 – 4,66) en una escala de 0-10. La frecuencia de participantes que supera los 5 puntos en los conocimientos globales es de 39,5%, ninguno de los participantes supera los 8 puntos. Se detecta un mayor conocimiento en relación con los síntomas 5,58 (IC 95%, 5,26-5,89) que con respecto a las situaciones de riesgo 3,42 (IC 95%, 3,22-3,62). No hay diferencias significativas por grupo de profesionales con y sin experiencia en VG.

**Tabla 35.** Conocimientos de los y las profesionales en salud de las situaciones de riesgo y los síntomas de las mujeres víctimas de violencia en Costa Rica según experiencia en VG

	Media Total IC 95%	Con exp. IC 95%	Sin exp. IC 95%	p	NR
Conocimientos puntuación global	4,48 (4,31-4,66)	4,59 (4,39-4,79)	4,26 (3,92-4,59)	0,09	8,51%
Situaciones de riesgo	3,42 (3,22-3,62)	3,50 (3,23-3,77)	3,23 (2,90-3,56)	0,20	3,19%
Presencia de Síntomas	5,58 (5,26-5,89)	5,72 (5,33-6,10)	5,29 (4,69-5,89)	0,23	6,38%

En Costa Rica los conocimientos de las situaciones que se consideran de riesgo (Tabla 36) superan el 50% en todos los ítems. Las situaciones que se consideran con mayor riesgo son antecedentes de familiares en la familia de origen del agresor (97,9%), antecedentes de familiares en la familia de origen del agresor (94,7%) y tener una pareja alcohólica (97,8%), el desempleo (87,1%). El embarazo es la a situación de riesgo con menor porcentaje (60,2%) y la depresión (71%).

**Tabla 36.** Situaciones de riesgo para sufrir violencia de género hacia las mujeres en Costa Rica

Situación de riesgo	Si	No	NR
Pareja alcohólica	92,6%	7,4%	0%
Antecedentes familia de origen de la víctima	94,7%	5,3%	0%
Antecedentes familia de origen del agresor	97,9%	2,1%	0%
Depresión	71,0%	29,0%	1,1%
Desempleo	87,1%	12,9%	1,1%
Embarazo	60,2%	39,8%	1,1%

En cuanto a los síntomas (Tabla 37) que se mencionan con mayor frecuencia para la detección de la VG, en Costa Rica, se consideran la hiperfrecuentación (93,3%), las crisis de ansiedad (91,5.0%), la depresión (93,6%) y los abortos de repetición (80,4%).

**Tabla 37.** Síntomas posibles en las mujeres que sufren VG en Costa Rica

Síntoma	Si	No	NR
Crisis ansiedad	91,5%	8,5%	0%
Hiperfrecuentación	93,3%	6,7%	4,3%
Depresión	93,6%	6,4%	0%
Dolores torácicos	69,6%	30,4%	2,1%
Abdominalgias	78,9%	21,1%	4,3%
Abortos de repetición	80,4%	19,6%	2,1%

En cuanto a la actuación ante una situación de abuso, el 87,8% de los profesionales de la salud contestaron correctamente. La distribución de frecuencias para los dos grupos de profesionales con experiencia y sin experiencia en VG no es significativamente diferente ( $p=0,33$ ).

#### 4.3.2.1.4 Formación

##### Cataluña

En Cataluña, en este bloque 5 personas tienen valores faltantes, se utilizan 136 cuestionarios. En la Tabla 38, se puede observar que los/as profesionales de la salud con una percepción de su formación en VG como moderadamente desfavorable, con una media de 2,60 IC 95% (2,48 – 2,72). Se observa una diferencia significativa entre quienes tienen experiencia y no la tienen según formación global ( $p=<0,01$ ). Cuando se realiza un análisis de los promedios en cada uno de los ítems del bloque de Formación entre los y las profesionales que tienen y no tienen experiencia, en el caso de Cataluña, los y las profesionales de la salud con experiencia en VG expresan una mayor capacitación en diagnóstico, tratamiento y orientación ( $p=<0,0001$ ), así mismo mayor formación recibida ( $p=<0,0001$ ) y actualización en el lugar de trabajo ( $p=<0,0001$ ) con respecto a quienes no tienen experiencia.

**Tabla 38.** Promedio de cada uno de los ítems del bloque Formación en Cataluña

	<b>MediaTotal</b> <b>IC 95%</b>	<b>Con exp.</b> <b>IC 95%</b>	<b>Sin exp.</b> <b>IC 95%</b>	<b>p</b>	<b>NR</b>
Diagnóstico, tratamiento y orientación	3,10 (2,95 -3,25)	3,59 (3,40-3,79)	2,66 (2,49-2,84)	<b>&lt;0,01*</b>	3,5%
Necesidad de capacitación	1,89 (1,74-2,04)	1,89 (1,67-2,11)	1,89 (1,67-2,10)	0,98	3,5%
Formación Recibida	2,82 (2,64-3,01)	3,41 (3,18-3,64)	2,30 (2,06-2,53)	<b>&lt;0,01*</b>	3,5%
Actualización en el lugar de trabajo	2,59 (2,40-2,78)	2,98 (2,71-3,26)	2,23 (1,99-2,46)	<b>&lt;0,01*</b>	3,5%
Formación Total	2,60 (2,48 - 2,72)	2,97 (2,81-3,13)	2,27 (2,12-2,41)	<b>&lt;0,01*</b>	3,5%

\*Diferencia significativa entre los y las profesionales de la salud con experiencia y si experiencia

## Costa Rica

En Costa Rica, en este bloque 4 personas tienen valores faltantes y se utilizan 90 cuestionarios. En la Tabla 39, se encuentra que los/as profesionales de la salud con una percepción de su formación en VG como moderadamente desfavorable, con una media de 2,88 IC 95% (2,72-3,04). Se observa una diferencia significativa entre quienes tienen experiencia y no la tienen según formación global ( $p=<0,01$ ). Cuando se realiza un análisis de los promedios en cada uno de los ítems del bloque de Formación entre los y las profesionales que tienen y no tienen experiencia, en el caso de Costa Rica, también se encuentra una diferencia significativa en cada uno de los ítems. A mayor experiencia perciben que tienen mayor formación en el diagnóstico, tratamiento y orientación ( $p=<0,001$ ), formación recibida ( $p=<0,01$ ) y en necesidad de formación ( $p=<0,001$ ).

**Tabla 39.** Promedio de cada uno de los ítems del bloque Formación en Costa Rica

	Total	Con exp.	Sin exp.	p	NR
Diagnóstico, tratamiento y orientación	3,49 (3,30 -3,69)	3,74 (3,49-3,989)	3,06 (2,76-3,36)	<0,01*	1,06%
Necesidad de capacitación	1,90 (1,71-2,10)	2,07 (1,81-2,33)	1,58 (1,28-1,87)	<0,01*	1,06%
Formación Recibida	3,27 (3,06-3,48)	3,48 (3,21-3,76)	2,85 (2,53-3,17)	<0,01**	1,06%
Actualización en el lugar de trabajo	2,85 (2,62-3,07)	3,02 (2,74-3,30)	2,59 (2,19-2,98)	0,08	1,06%
Total de Formación	2,88 (2,72-3,04)	3,07 (2,87-3,27)	2,53 (2,27-2,80)	<0,01*	0%

\*diferencia significativa entre los y las profesionales de la salud con experiencia y sin experiencia en VG

#### 4.3.2.1.5. Satisfacción profesional, carga laboral y orientación de práctica profesional

##### Cataluña

En Cataluña, 6 personas mantienen valores faltantes y se utilizan 135 cuestionarios en total. En el grupo de ítems que miden Satisfacción Profesional 7 cuestionarios mantienen valores faltantes, en cuanto a la percepción de la Carga laboral 7 cuestionarios mantienen valores faltantes y en relación con la Orientación de Práctica profesional se utilizan 133 cuestionarios ya que 8 tienen valores faltantes.

En cuanto a las variables de Satisfacción profesional, Carga Laboral y Orientación de Práctica Profesional) se observa en la Tabla 40 que en Cataluña, la Satisfacción profesional de los/as profesionales de la salud presentan una media de 4,04 (IC del 95%, 3,95-4,12) que puede calificarse como moderadamente satisfecho y satisfecho. En cuanto a Carga laboral, la

media es de 3,42 (IC del 95%, 3,29-3,55) que los sitúa en un intervalo de moderadamente favorable y favorable. Sobre la Orientación de Práctica Profesional la media es 2,65 (IC del 95%, 2,53 – 2,77) que puede situarse en un intervalo de moderadamente desfavorable y desfavorable a un estilo de práctica biomédica, que los sitúa más próximos a una orientación biopsicosocial. Por otra parte, se encuentra una diferencia significativa según experiencia y orientación de práctica profesional, los y las profesionales de la salud que tienen experiencia en VG tienen a situarse levemente más desfavorable a una orientación biomédica ( $p<0,01$ ).

**Tabla 40.** Promedios de Satisfacción Profesional, Carga Laboral y Orientación biomédica según experiencia en VG en Cataluña

	Media Total IC95%	Con exp. IC95%	Sin exp. IC95%	p	NR
Satisfacción Profesional	4,04 (3,96- 4,13)	4,04 (3,92-4,17)	4,04 (3,92-4,16)	0,95	4,26%
Carga Laboral	3,42 (3,29-3,55)	3,44 (3,25-3,64)	3,39 (3,21-3,47)	0,70	4,26%
Orientación Biomédica	2,65 (2,53-2,77)	2,43 (2,24-2,63)	2,86 (2,73-3,00)	<b>&lt;0,001*</b>	4,26%

\*diferencia significativa

### Costa Rica

En Costa Rica, en el grupo de ítems que miden Satisfacción Profesional se utilizan 83 cuestionarios pues 11 cuestionarios mantienen valores faltantes, la percepción de la Carga Laboral se utilizan 89 cuestionarios con 5 cuestionarios mantienen valores faltantes y en relación con la Orientación de Práctica Profesional ) se utilizan 85 cuestionarios con 9 cuestionarios con valores faltantes.

En la Tabla 41, se encuentra que en Costa Rica, la Satisfacción Profesional puede situarse en moderadamente satisfecho y satisfecho, ya que presenta una media de 4,12 IC del 95% (3,99- 4,25). En cuanto a la percepción de la carga laboral la media es de 3,19 IC 95%, (2,97- 3,40) que los sitúa en un intervalo de moderadamente favorable a la percepción de carga laboral. Sobre la Orientación de práctica profesional la media es 2,52 IC del 95% (2,37- 2,67) que puede situarse en un intervalo de moderadamente desfavorable a un estilo de práctica biomédica, más próximos a una práctica de estilo biopsicosocial. Se encuentra una diferencia significativa según experiencia y carga laboral ( $p=0,01$ ).

**Tabla 41.** Promedios de Satisfacción Profesional, Carga Laboral y Orientación biomédica según experiencia en VG en Costa Rica

	Media Total IC95%	Con exp. IC95%	Sin exp. IC95%	<i>p</i>	NR
Satisfacción Profesional	4,12 (3,99- 4,25)	4,21 (4,05-4,37)	3,96 (3,73-4,19)	0,07	0%
Carga Laboral	3,19 (2,97-3,40)	3,43 (3,18-3,68)	2,78 (2,39-3,16)	<b>&lt;0,01*</b>	0%
Orientación Biomédica	2,52 (2,37-2,67)	2,57 (2,37-2,78)	2,45(2,20-2,70)	0,44	0%

\* Diferencia significativa

#### 4.3.2.1.6. Impacto en la vida personal, prácticas de cuidado y propuestas de mejora

En este apartado se exponen los resultados sobre el objetivo cuarto de esta investigación, tal es la exploración del impacto en la vida personal del trabajo con la VG, las actividades de autocuidado tanto personal como institucional. Además, las propuestas de mejora en ambos contextos.



## Cataluña

Respecto con la frecuencia que los/as profesionales de la salud reportan si el trabajo con la violencia de género les afecta en su vida personal (Tabla 42), un 57,3% señala que siempre o casi siempre les afecta mientras un 18,3% señala que casi nunca y nunca les afecta. Más del 50% de los/as profesionales de la salud que tienen experiencia en VG y quienes no tienen experiencias expresan ser afectados. Ahora bien, la distribución de frecuencias según el grupo de profesionales con y sin experiencia tiene una diferencia significativa ( $p=0,02$ ).

**Tabla 42.** Frecuencia con que le impacta el trabajo con las mujeres que sufren violencia de género en su vida personal VG según experiencia en VG en Cataluña

	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	Total	NR
Profesionales con Experiencia VG	24,6%	32,3%	32,3%	10,8%	0,0%	100%	2,1%
Profesionales sin experiencia en VG	35,7%	21,4%	17,1%	20,0%	5,7%	100%	2,8%
Total	30,1%	27,2%	24,3%	15,4%	2,9%	100%	3,5%

Sobre las prácticas que autocuidado que se reportan con mayor frecuencia en la Tabla 43 se puede observar que el apoyo de Familia, amistades y pareja (82,2%) y Caminatas y Paseos (68,9%) mientras tanto las prácticas utilizadas con menos frecuencia se utilizan son el apoyo emocional y terapéutico (82,2%) y los masajes (64,4%). Llama la atención al menos un 88,9% reporta alguna práctica de autocuidado.

**Tabla 43.** Prácticas de autocuidado reportadas por los y las profesionales de salud de Cataluña

Actividad	%	
	Si	No
Ninguna	11,1%	88,9%
Apoyo emocional y terapéutico	17,8%	82,2%
Caminatas y paseos	68,9%	31,1%
Familia, amistades y pareja	82,2 %	17,8%
Masajes	35,6%	64,4%
Otros: Acupuntura, danza, mind-fullnes, relajación, viajes, yoga, lectura, deporte	16,3%	83,7%
NR	4,2%	

Sobre las prácticas de cuidado institucional que se utilizan con mayor frecuencia, en la Tabla 44 se encuentra que las sesiones de casos (26,2%), seguida de talleres para el síndrome de estrés (17,7%). Llama la atención que se reporta en un 59,2% la ausencia de prácticas de autocuidado.

**Tabla 44.** Actividades de Cuidado Institucional reportadas por los y las profesionales de la salud en Cataluña

Actividad	%	
	Si	No
Ninguna	59,2%	40,8%
Sensibilización de propias vivencias en relación con la VG	5,4%	94,6%
Talleres de Síndrome de Estrés	17,7%	82,3%
Apoyo externo con formación grupal	11,5%	88,5%
Sesiones pro mejora del servicio a las mujeres	12,3%	87,7%
Vacaciones profilácticas	2,3%	9,7%
Actividades de ocio y recreación en el ámbito laboral	4,6%	95,4%
Rotación de roles	3,8%	96,2%
Sesiones de Casos	26,2%	73,8%
Otros: Buen ambiente entre compañeros, terapia educativa, yoga, reuniones de trabajo	3,8%	96,2%
NR	7,8%	

En relación con las propuestas de mejora, en la Tabla 45 se observa que los/as profesionales de la salud reportan con mayor frecuencia el seguimiento de normas y protocolos (77,4%), las sesiones clínicas (72,3%), los grupos de apoyo para las mujeres (66,4%) y la priorización de la VG en el ámbito sanitario (65,0%).

**Tabla 45.** Propuestas de mejora para atender a las mujeres que sufren VG desde los y las profesionales de la salud en Cataluña

Propuesta de Mejora	%	
	Sí	No
Ninguna	0,0%	100%
Grupos de apoyo para las mujeres	66,4%	33,6%
Equipo de Trabajo	54,7%	45,3%
Sesiones clínicas	72,3%	27,7%
Conocimiento de personas que forman la red	62,8%	37,2%
Asistencia a actividades de autocuidado	55,5%	44,5%
Actividades de formación	77,4%	22,6%
Seguimiento de normas y protocolos	65,0%	35,0%
Priorizar tema de Violencia en ámbito sanitario	51,1%	48,9%
Otros: Trabajo en equipo, recursos para gestionar desde ámbito sanitario, incrementar crecimiento social, acelerar el crecimiento judicial	2,2%	97,8%
NR	2,8%	

## Costa Rica

Respecto a la frecuencia con la cual los/as profesionales de la salud reportan si el trabajo con la violencia de género les afecta en su vida personal (Tabla 46), un 52,2% señala que siempre o casi siempre mientras un 5,3% señala que casi nunca y nunca. Ahora bien, según la experiencia, no hay una diferencia significativa ( $p=0,30$ ).

**Tabla 46.** Frecuencia con que le impacta el trabajo con las mujeres que sufren violencia de género en su vida personal según experiencia en VG en Costa Rica

	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	Total	NR
Profesionales con Experiencia VG	17,2%	32,8%	46,6%	1,7%	1,7%	100%	0,0%
Profesionales sin experiencia en VG	32,4%	20,6%	38,2%	5,9%	2,9%	100%	0,0%
Total	24,5%	27,7%	42,6%	3,2%	2,1%	100%	0,0%

Con respecto a las prácticas de autocuidado (Tabla 47) que se reportan con mayor frecuencia son el apoyo de la familia, amistades y pareja (83,7%) y Caminatas y Paseos (76,1%) mientras tanto las prácticas utilizadas que se practican con menor frecuencia son el apoyo emocional y terapéutico (27,2%). Llama la atención al menos un 88,0% reporta que practica el autocuidado.

**Tabla 47.** Prácticas de autocuidado reportadas por los y las profesionales de la salud en Costa Rica

Actividad	%	
	Sí	No
Ninguna	12,0%	88,0%
Apoyo emocional y terapéutico	27,2%	72,8%
Caminatas y paseos	76,1%	23,9%
Familia, amistades y pareja	83,7%	16,3%
Masajes	0,0%	0,0%
Otros: Meditación, Descanso, Ejercicio físico, estético y belleza, Música, Espiritualidad, Lectura, Deporte, Relajación	10,9%	89,1%
NR	2,1%	

Sobre las prácticas de cuidado institucional que se utilizan con mayor frecuencia, en la Tabla 48 se encuentra que los talleres de síndrome de estrés (31,0%) y las actividades de ocio y recreación en el ámbito laboral (26,4%) son las más frecuentes. Llama la atención que se reporta en un 59,2% la ausencia de prácticas de autocuidado.

**Tabla 48.** Actividades de Cuidado Institucional reportadas por los y las profesionales de la salud en Costa Rica

Actividad	%	
	Sí	No
Ninguna	50,6%	49,4%
Sensibilización de propias vivencias en relación con la VG	13,8%	86,2%
Talleres de Síndrome de Estrés	31,0%	69,0%
Apoyo externo con formación grupal	18,4%	81,6%
Sesiones pro mejora del servicio a las mujeres	16,1%	83,9%
Vacaciones profilácticas	8,0%	92,0%
Actividades de ocio y recreación en el ámbito laboral	26,4%	73,6%
Rotación de roles	14,9%	85,1%
Sesiones de Casos	19,5%	80,5%
Otros: Salud Laboral, capacitación sobre estilos de vida saludable	2,3%	97,7%
NR	7,4%	

En relación con las propuestas de mejora, en la Tabla 49, los/as profesionales de la salud proponen con mayor frecuencia las actividades de formación (79,5%), los grupos de apoyo para las mujeres (77,1%), la asistencia a actividades de autocuidado (74,7%) y apoyo a seguimiento de normas y protocolos (71,1%).

**Tabla 49.** Propuestas de Mejora reportadas por los y las profesionales de la Salud en Costa Rica

Propuesta de Mejora	%	
	Sí	No
Ninguna	8,4%	91,6%
Grupos de apoyo para las mujeres	77,1%	22,9%
Equipo de Trabajo	57,8%	42,2%
Sesiones clínicas	59,0%	41,0%
Conocimiento de personas que forman la red	67,5%	32,5%
Asistencia a actividades de autocuidado en el centro de salud	74,7%	25,3%
Actividades de Formación	79,5%	20,5%
Apoyo de seguimiento de Normas y protocolos	71,1%	28,9%
Priorizar el tema de Violencia en ámbito sanitario	65,1%	34,9%
Otros: Sensibilización de personal, vacaciones profilácticas, sesiones para abordaje de casos, atención psicológica a personas agresoras, capacitación, mejor comunicación	7,2%	92,8%
NR	11,7%	

### 4.3.2.2 Análisis de relación de variables

#### 4.3.2.2.1. Cataluña

Para la muestra de Cataluña, en la Tabla 50 se presentan las correlaciones de Actitud hacia la VG en la consulta de atención primaria con las variables de satisfacción profesional, carga laboral, orientación de práctica profesional, uso de los recursos sociosanitarios, formación y conocimientos. Con respecto a la Actitud Global y la Satisfacción profesional se encuentra una correlación significativa, baja y positiva ( $r=0,19$   $p=0,02$ ), es decir, entre más Satisfacción profesional la tendencia será a una mejor Actitud Global.

Con respecto a Actitud Global y la Orientación de Práctica Profesional la correlación es significativa, negativa e intermedia, es decir, entre mayor sea la tendencia a un estilo de práctica profesional biomédica, menor será la Actitud Global hacia la VG ( $r = -0,28$   $p < 0,01$ ). Es una relación significativa para aquellos profesionales con experiencia de ( $r = 0,27$   $p = 0,03$ ).

En cuanto a la relación entre Actitud Global con Uso de los recursos socio sanitarios se encuentra una relación significativa, positiva y alta ( $r = 0,37$   $p < 0,01$ ), siendo significativa para profesionales con experiencia en VG ( $r = 0,33$   $p < 0,01$ ) y sin experiencia en VG ( $r = 0,40$   $p < 0,01$ ).

Por otro lado, la correlación entre Actitud Global y Formación es significativa, positiva e intermedia, entre mayor formación se encuentra una mejor AG ( $r = 0,33$   $p < 0,01$ ), siendo significativa para quienes tienen experiencia en VG ( $r = 0,32$   $p < 0,01$ ).

Por último en cuanto a e Actitud Global y Conocimientos se encuentra una correlación significativa, positiva e intermedia ( $r = 0,23$ ,  $p < 0,01$ ), siendo también significativa, positiva e intermedia en el caso de los y las profesionales de la salud con experiencia en VG ( $r = 0,23$ ,  $p < 0,01$ ).



**Tabla 50.** Correlaciones entre Actitud Global **AG** y factores claves en el abordaje de la VG según experiencia de los y las profesionales de la salud en Cataluña

Factor Clave	Total	<i>p</i>	Con exp.	<i>p</i>	Sin exp.	<i>p</i>
Satisfacción Profesional	0,9	<b>0,02*</b>	0,22	0,08	0,19	0,12
Carga Laboral	-0,03	0,77	-0,14	0,26	0,06	0,62
Orientación Biomédica	-0,28	<b>&lt;0,01*</b>	-0,27	<b>0,03*</b>	-0,16	0,19
Uso Recursos Sociosanitarios	0,37	<b>&lt;0,01*</b>	0,33	<b>&lt;0,01*</b>	0,40	<b>&lt;0,01*</b>
Formación	0,33	<b>&lt;0,01*</b>	0,32	<b>&lt;0,01*</b>	0,12	0,30
Conocimientos	0,23	<b>&lt;0,01*</b>	0,27	<b>0,04*</b>	0,05	0,69

\*correlación significativa. Con exp.= con experiencia profesional en violencia de género  
Sin exp.= sin experiencia profesional en violencia de género

#### 4.3.2.2.3 Costa Rica

Con respecto a Costa Rica, en la Tabla 51, se presentan las correlaciones de Actitud hacia la VG en la consulta de atención primaria con las variables de satisfacción profesional, carga laboral, orientación de práctica profesional, uso de los recursos sociosanitarios, formación y conocimientos. Se encuentra que la Actitud Global y la Orientación del Estilo de Práctica Profesional una a correlación no significativa ( $r=-0,06$   $p=0,54$ ). Además, la relación entre Actitud Global y Uso de los Recursos sociosanitarios es significativa, positiva y alta ( $r=0,50$ ,  $p<0,01$ ), es decir, a mayor Actitud Global favorable a la consulta sobre VG mayor el uso de recursos sociosanitarios. Esta correlación es también significativa para los y las profesionales con experiencia en VG ( $r=0,56$   $p<0,01$ ), sin experiencia ( $r=0,53$   $p<0,01$ ).

En cuanto a Actitud Global y Formación se encuentra una correlación significativa, positiva e intermedia, entre mayor Actitud Global mejor formación ( $r=0,30$   $p=<0,01$ ). Esta correlación entre Actitud Global y Formación es significativa en aquellos profesionales con experiencia ( $r=0,49$   $p=<0,01$ ).

**Tabla 51.** Correlaciones entre Actitud Global AG y factores claves en el abordaje de la VG según experiencia de los y las profesionales de la salud en Costa Rica

Factor Claves	Total	$p$	Con exp.	$p$	Sin exp.	$p$
Satisfacción Profesional	0,15	0,16	0,23	0,08	0,07	0,70
Carga Laboral	0,07	0,51	0,04	0,74	0,12	0,50
Orientación Biomédica	-0,06	0,54	-0,15	0,26	0,05	0,79
Uso Recursos Sociosanitarios	0,50	<b>&gt;0,01*</b>	0,56	<b>&lt;0,01*</b>	0,52	<b>&lt;0,01*</b>
Formación	0,30	<b>&gt;0,01*</b>	0,49	<b>&lt;0,01*</b>	0,12	0,49
Conocimiento	0,10	0,35	0,10	0,47	0,20	0,29

\*correlación significativa. Con exp.= con experiencia profesional en violencia de género Sin exp.= sin experiencia profesional en violencia de género

### 4.3.2.3 Modelo de regresión lineal

#### 4.3.2.3.1. Selección de Variables

En el proceso de selección de las variables que pueden incluirse en el modelo para explicar la Actitud Global hacia la VG en la consulta de atención primaria se utilizó el Criterio de información de Akaike (AIC, por sus siglas en inglés). En una primera etapa se probó un modelo que incluía las variables Satisfacción Profesional, Percepción de la carga

laboral, Orientación de práctica profesional, Formación, Conocimientos, Uso de Recursos Sociosanitarios, sexo, experiencia y el país (Costa Rica o Cataluña) para explicar la variable Actitud Global hacia la VG en atención primaria. Las primeras variables que el método sugiere eliminar son el sexo y la experiencia, de modo que se prosigue a ejecutar un modelo sin estas dos variables y se encuentra que dos de las variables independientes Conocimientos y Carga Laboral también son candidatas a ser eliminadas.

De esta etapa resulta un modelo con los efectos principales de Satisfacción Profesional, Orientación de Práctica Profesional, Formación, Usos de los Recursos Sociosanitarios y país. Posteriormente, se incluyeron las interacciones que permitieran analizar si el efecto que produce cada una de estas variables es diferente para cada uno de los países. Se evaluaron las interacciones entre cada una de estas variables y el país. Ninguna de las interacciones resultó significativa. Esto sugiere que el impacto de las variables es el mismo independientemente del país de origen. El hecho que el país Costa Rica sea significativo revela que para profesionales que tengan los mismos puntajes en satisfacción profesional, orientación de práctica profesional, formación y uso de los recursos sociosanitarios se esperaría que el promedio de la Actitud sea mayor en Costa Rica con respecto a Cataluña, y esa diferencia se estima en 0,16 puntos en la escala Actitud hacia la VG en la consulta de atención primaria. Si bien, no existe un patrón diferenciado entre los dos países en la asociación entre el resto de variables y la Actitud hacia la VG Esto se deriva del hecho de que las interacciones no sean significativas.

Entonces, tras ajustar el modelo de regresión lineal (Tabla 52), los coeficientes de regresión para las variables predictoras fueron Satisfacción profesional ( $B=0,08$  IC 95%,  $-0,01-0,17$ ;  $p=0,079$ ), la Orientación de práctica profesional ( $B=-0,06$  IC 95%  $-0,12-0,01$ ;  $p=0,108$ ), la Formación ( $B=0,10$  IC 95%  $0,04-0,17$ ;  $p=0,002$ ), el Uso de recursos sociosanitarios ( $B=0,20$  IC 95%  $0,14-0,25$ ;  $p=0,001$ ) y el país Costa Rica ( $B=0,16$  IC 95%  $0,06-0,25$ ;  $p<0,001$ ). Esto

indica que la Actitud global de los/las profesionales de la salud hacia la VG en la consulta de atención primaria se incrementa en 0,08 por cada unidad que aumente la Satisfacción Profesional, no obstante esta asociación no llega a la significación estadística; en 0,10 por cada unidad que aumente la Formación con significación por cada unidad que aumente el Uso de los recursos sociosanitarios, aumentaría 0,20 puntos. La variable Orientación Biomédica tiene un coeficiente negativo, indicando que a mayor orientación de práctica profesional biomédica se disminuiría en 0,06 puntos la actitud hacia la VG. A pesar de que esta variable es importante para el modelo, no llega a la significación estadística.

El valor del coeficiente de determinación  $R^2=0,294$  y la significación del contraste F global de la regresión ( $p<0,001$ ) sugieren que casi el 30% la variabilidad de la respuesta viene explicada por el modelo ajustado.

**Tabla 52.** Estimación del Modelo de Regresión lineal para la Actitud hacia la VG en atención primaria de los profesionales de la salud

Variable	Coficiente (B)	E.T	IC 95%	t	p
Intersección	2,75	0,25	(2,25-3,25)	10,9	<0,001*
Satisfacción Profesional	0,08	0,04	(-0,01-0,17)	1,8	0,079
Orientación práctica profesional	-0,06	0,03	(-0,12-0,01)	-1,6	0,108
Formación	0,10	0,03	(0,04-0,17)	3,2	<0,001*
Uso de Recursos Sociosanitarios	0,20	0,03	(0,14-0,25)	6,7	<0,001*
País Costa Rica	0,16	0,05	(0,06-0,25)	3,3	<0,001*

\*es significativa. Las interacciones no están porque ninguna fue significativa

#### 4.3.2.3.1. Verificación de Supuestos

Desde el punto de vista estadístico, el modelo de regresión lineal planteado es un modelo adecuado dado que cumple con los supuestos de normalidad de los errores, igualdad de variancia en la distribución condicional de los errores y hay independencia lineal de los predictores. Estos supuestos fueron verificados con los gráficos apropiados que muestra la conformidad. Para la normalidad se usó un gráfico de cuantiles normales (Figura 7) el cual muestra un comportamiento muy lineal como se esperaría cuando el supuesto se cumple.

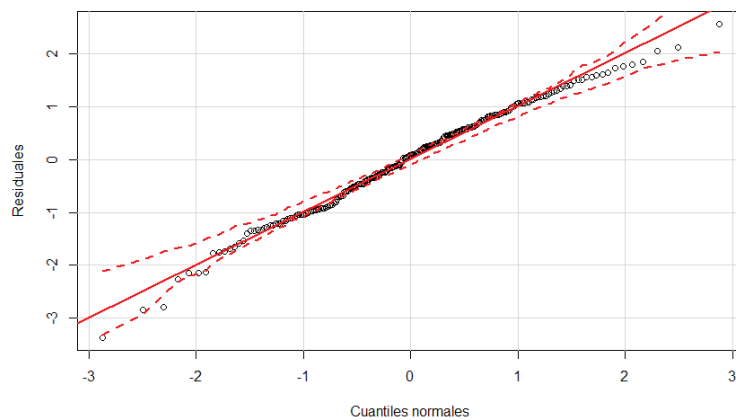


Figura 7. Gráfico de residuales del modelo contra cuantiles normales.

Para la variancia constante se graficaron los residuales contra los valores predichos (Figura 8) y no se observó ninguna tendencia que diera sospecha de incumplimiento de este supuesto.

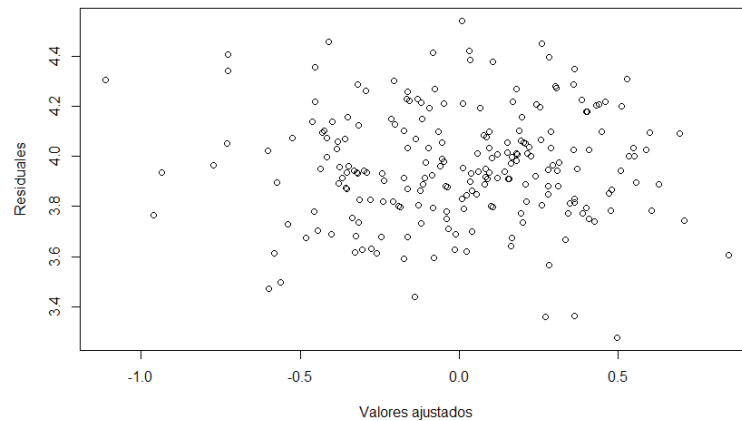


Figura 8. Gráfico de Residuales del Modelo contra valores ajustados.

Finalmente, se calculó el factor de inflación de la variancia para detectar multicolinealidad y para todas las variables estos factores resultaron menores a 1,2 (se debe prestar atención cuando este factor es superior a 10).

### 4.3.3 Discusión

#### 4.3.3.1. Resumen de principales hallazgos

Los resultados de este estudio cuantitativo plantean que existe una actitud más favorable hacia el abordaje de la VG en Costa Rica que en Cataluña. Si bien, hay que tener en cuenta que la tasa de respuesta en Costa Rica es menor y que es posible que la muestra de Costa Rica este formada por los profesionales más motivados. A pesar de esto en ambos países la actitud es favorable. Entre los factores que explican esta actitud están: la formación en el tema y el uso de los recursos sociosanitarios. La orientación en la práctica profesional y la satisfacción profesional también aparecen como variables importantes para explicar la

actitud, aunque no llegan a la significación estadística. Todos estos factores se relacionan con el abordaje de la VG hacia las mujeres en la atención primaria en ambos contextos, sugiriendo que no hay diferencias entre Cataluña y Costa Rica en cuanto a los factores relacionados con el abordaje de la VG.

Ahora bien, a pesar de lo que sugerían los análisis bivariados, la experiencia en VG no explica la actitud hacia el abordaje de la misma.

En cuanto al impacto que tiene la VG en los/as profesionales de la salud se encuentra que perciben que les afecta en su vida personal. La mayoría de los/as profesionales de la salud reportaron alguna práctica de autocuidado en ambos contextos, tales como el apoyo de la familia, amistades y pareja. Por otra parte, las prácticas de cuidado del profesional de la salud a nivel institucional están en un 50% ausentes, sin embargo las que se reportan con mayor frecuencia son las sesiones de caso y los talleres de síndrome de estrés.

Por último, en cuanto a las propuestas de mejora los/as profesionales de la salud tanto en Cataluña como en Costa Rica coinciden con indicar la formación, el conocimiento de las personas que integran la red, el seguimiento de normas y protocolos y los grupos de apoyo para las mujeres.

#### **4.3.3.2. Comparación con la literatura**

La tasa de respuesta de 74% es similar a otros estudios que han trabajado el tema de actitudes y conocimientos en VG con profesionales sanitarios de distintos niveles de atención en salud a través de cuestionarios autoadministrados (Coll-Vinent et al., 2008; Machado et al., 2010, Arredondo-Provecho et al., 2008; Othman & Adenan, 2008). La tasa de respuesta ha sido

mayor que la tasa del estudio donde fue validado el instrumento (Herrera, 2011) y de otro estudio realizado en atención primaria (Ramsay et al., 2012).

En relación con la actitud de los/as profesionales de APS hacia la VG se encuentra una tendencia a una actitud favorable en ambos contextos, similar a otros estudios (Ramsay et al., 2012; Arredondo-Provecho et al., 2012) en los cuales las actitudes de los clínicos hacia las mujeres que sufren VG en atención primaria son en general positivas, sin embargo señalan que sólo tienen el conocimiento básico. En cuanto a la consideración de la VG hacia las mujeres, se encuentra una alta percepción de ésta como problema social y problema sanitario en ambos contextos, lo cual es importante, ya que como señala Herrero (2011) desde el punto de vista sanitario si la VG no se le reconoce como problema, difícilmente el profesional podrá detectarlo en la consulta (Herrero, 2011).

El modelo de regresión lineal permite observar variables que tienen influencia sobre la actitud hacia la VG en la consulta de APS para ambos contextos. Se sugiere que la utilización de los recursos sociosanitarios mejora la actitud hacia el abordaje de la VG en atención primaria. Este resultado coincide con el señalamiento de abordar la VG desde un modelo ecológico ya que no existe un factor causal de ésta, sino que es el resultado de la interacción de factores socioculturales, individuales, comunitarios y familiares que pueden favorecer o proteger a las mujeres (Ruiz-Pérez et al., 2004). De nuestros resultados, se ha de esperar que entre mayor uso de los recursos sociosanitarios de la red, los/as profesionales de salud cuenten con un soporte adecuado para brindar el servicio a las mujeres, repercutiendo en una actitud adecuada para abordar la VG hacia las mujeres en la atención primaria. Una de las barreras identificadas en estudios cualitativos ha sido la falta de consciencia de parte de enfermeras sobre los recursos comunitarios (Yeung, Chowdhury, Malpass, & Feder, 2012). Asimismo se ha detectado que la consciencia y acceso a los apoyos y recursos son un factor protector y un punto de inflexión para que las mujeres cambien su situación de violencia (Chang et al., 2010).



Por otra parte, la formación se presenta como otra variable predictora de la Actitud hacia la VG. Este hallazgo coincide con estudios (Arredondo-Provecho et al., 2012; García et al., 2013; Menéndez et al., 2013) que plantean la formación en VG con un efecto sensibilizador y de reconocimiento de situaciones de maltrato. La variable Conocimiento fue descartada del modelo, de manera que la Formación se refiere no sólo al conocimiento técnico sino a la autopercepción de una adecuada preparación, a las necesidades de conocer y actualizarse constantemente. El estudio de Arredondo-Provecho et al. (2012) señala que si bien existe un conocimiento general de la importancia de la VG en la salud, los/as profesionales no han adquirido todavía herramientas suficientes como para responder con solvencia ante los casos concretos. De ahí, la desmotivación, la falta de confianza en la propia competencia profesional y en la de otros/as profesionales implicados en la atención de las mujeres que sufren VG. En el mismo sentido Ramsay et al. (2012) identificó que la mala preparación persiste en las prácticas generales de médicos en atención primaria del Reino Unido para responder a las necesidades de las mujeres que sufren VG y por consiguiente, se requiere una formación más completa en los niveles de pregrado y postgrado y en las vías de derivación explícitas a los servicios de VG especializados para las mujeres. Los hallazgos en el modelo de regresión lineal plantea variables que han sido reportadas por los mismos profesionales de la salud como propuestas de mejora de mayor frecuencia en este estudio, tales como: la formación y el uso de los recursos sociosanitarios.

La influencia de la satisfacción profesional sobre la Actitud hacia la VG es positiva, algunos estudios han abordado las implicaciones personales en el trabajo con la violencia a nivel de desgaste, contaminación psíquica, sobreidentificación (Lacman et al., 2009; Golbat, 2009) sin embargo, no se encuentran estudios que profundicen en la satisfacción profesional como variable facilitadora. Es importante resaltar que el modelo de regresión lineal ha descartado la variable Carga Laboral como predictor de la AG, este resultado difiere de otros estudios

(Nogueiras-García et al., 2005; Arredondo et al., 2008) que señalaron como barrera la falta de tiempo y recursos en los sistemas sanitarios para la ejecución efectiva de la atención, por lo tanto, esta asociación de variables puede ser tema de investigación en posteriores estudios.

#### **4.3.3.3. Limitaciones y fortalezas**

Las limitaciones en este estudio se encuentran en las diferencias de las tasas de respuestas entre Cataluña (84%) y Costa Rica (59%). Si bien este estudio mantiene una tasa de respuesta similar con respecto a otros estudios con cuestionarios autocomplimentados (Arredondo et al., 2012, Ramsay et al., 2012) siguen siendo resultados de una muestra reducida. Un sesgo posible puede ser el perfil de los/as profesionales de la salud. En Costa Rica quienes participaron tienen una actitud más favorable hacia el abordaje de la VG en atención primaria con respecto a Cataluña, ya que la muestra de Costa Rica concentra a profesionales con mayor experiencia profesional, lo cual puede generar mayor sensibilización en la respuesta. Además, el cuestionario autoadministrado obstaculiza conocer las reacciones de los participantes, sus dudas y consultas, así como el nivel subjetivo, de valores, creencias y emociones de las actitudes (Herrero, 2010). Se adiciona a ello, las dificultades propias de la investigación en atención primaria (Pita & Pértega, 2005) como la falta de tiempo, dispersión en el trabajo, desmotivación en el tema y presión asistencial. Se desconoce el motivo de las no respuestas. Por otra parte, en el estudio piloto se trató de asegurar las equivalencias del lenguaje en los distintos contextos, sin embargo, esto siempre es un sesgo posible.

Ahora bien, este estudio permitió observar la fuerza y dirección de las relaciones entre actitud hacia la VG en la atención primaria y diferentes variables, aunque sin determinar causalidad como parte de las limitaciones de los estudios correlacionales. Su contribución es como punto de partida desde una visión multidimensional para contribuir con la planificación

sanitaria en lo que respecta al abordaje de la VG. Un punto fuerte ha sido el uso de escalas de un cuestionario validado para medir las actitudes y conocimientos en el abordaje de la VG de profesionales en medicina de atención primaria.

#### 4.3.3.4. Conclusiones

Las hipótesis que se plantearon en este tercer estudio tienen como precedente la literatura y la fase previa de los estudios cualitativos donde se identificaron los factores claves para entender la actitud de los profesionales hacia este problema. Ahora bien, este estudio revela que la actitud hacia la violencia de género en la consulta de atención primaria fue similar en ambos contextos (Cataluña: 3,90 IC 95% 3,84-3,96; Costa Rica: 4,03 IC 95% 3,94-4,13).

Además, se muestra que los/as profesionales de la salud perciben que el trabajo con la VG repercute en su vida personal. En Cataluña se encuentra una diferencia significativa entre quienes tienen o no experiencia en el tema en este aspecto. En ambos contextos, las prácticas de autocuidado implementadas señalan el papel de la familia, amigos y pareja es el más frecuente. Sobre el cuidado institucional, en ambos contextos el 50% señala no tener ninguna actividad.

En el análisis de regresión lineal, los factores que se asociaron a la actitud con significancia estadística fueron (i) formación ( $B=0,10$  IC 95% 0,04-0,17) (ii) uso de recursos sociosanitarios ( $B=0,20$ ; IC 95% 0,14-0,25); (iii) Costa Rica ( $B=0,16$  IC 95% 0,06-0,25). La orientación en la práctica profesional y la satisfacción profesional también aparecen como variables importantes para explicar la actitud, aunque no llegan a la significación estadística. Las interacciones entre las variables independientes y el país no fueron significativas.

Por tanto, en este estudio podemos establecer que es necesario fomentar en los/as profesionales de la salud la interacción con otras organizaciones de apoyo al ámbito sanitario y además, una formación actualizada y sensibilizadora hacia el problema, que se apoye en una visión biopsicosocial de la salud a fin de incrementar una actitud favorable para el abordaje de la VG hacia las mujeres en atención primaria.

# Capítulo V

---

*Discusión Integrada*

Este proyecto fue diseñado para realizar un análisis de la violencia de género desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los profesionales de la salud y se llevó a cabo de forma comparativa en Cataluña y Costa Rica. De ese modo fueron desarrollados tres estudios con finalidades complementarias. **Se trató de conocer las características del abordaje de la VG desde las políticas públicas de salud en ambos contextos (estudio 1), las barreras y facilitadores con que se encuentran los/as profesionales de la salud (estudio 2) y la relación entre la actitud del profesional hacia la VG y diversas variables (estudio 3). Los resultados para cada estudio fueron presentados en el Capítulo IV.** En este apartado se lleva a cabo una discusión integrada de los resultados. Además, se reflexiona sobre las limitaciones de los estudios desarrollados y sus principales aportes para el abordaje de la VG hacia las mujeres desde el ámbito de la salud y especialmente desde la atención primaria.

A partir del desarrollo de esta tesis se puede dar respuesta a las preguntas iniciales, de manera que se pueden señalar algunas prácticas exitosas de los servicios de salud como también los vacíos en el abordaje de la VG. Esto permite indicar áreas que pueden mejorar y que pueden ser previstas como campos de inversión de los recursos económicos, sociales y sanitarios en la planificación social en salud.

En esta investigación se exploraron las diferencias y similitudes del abordaje de la VG en dos realidades sociales. Los estudios comparativos se agrupan según su finalidad (Cacace et al., 2010) de manera que hemos realizado el primer estudio con el objetivo de comparar para “aprender sobre”, se permaneció en un nivel descripto del contenido de las políticas, planes de salud y protocolos de actuación sanitaria. Posteriormente, en el Estudio 2 se logró identificar factores cuya finalidad comparativa fue “aprender de”. Los/as profesionales de la salud expertos en el tema y desde lugares distintos de interacción con el ámbito sanitario describieron sus experiencias, lo cual permitió clarificar los eventos con respecto a la

implementación de la políticas públicas en cada contexto e identificar las barreras comunes y específicas, asimismo, situaciones que funcionan como facilitadores en el abordaje de la VG hacia las mujeres. El Estudio 3 permitió a través de la asociación de las variables surgidas de los estudios cualitativos, entender qué aspectos son prioritarios en el abordaje de la VG hacia las mujeres en ambas realidades.

A continuación se discute bajo cuatro aspectos la información de los diferentes estudios que conforman esta investigación.

### **5.1. Paradigmas de género, violencia y salud**

Un elemento que aparece desde el Estudio 1 donde se analizan las políticas, planes y protocolos es considerar la concepción de la violencia desde el cual se parte para plantear estrategias y acciones. En primer lugar, se hace visible que la promulgación de las políticas en ambos contextos surge desde las luchas de los movimientos sociales para cambiar situaciones socioculturales e históricas de la violencia hacia las mujeres a través de acciones en el nivel macro. Estas políticas públicas es el reflejo de la lucha de movimientos sociales y de las mujeres tanto a nivel local como internacional. Monhanty (2008) señala que las preocupaciones locales tienen conexión con las preocupaciones universales de las mujeres, aún con la diversidad interna en cada contexto, el lugar geopolítico y los tiempos.

Por otro lado, el contenido de la política pública es lo que llama Boulcourf & Cardoso (2008) el espejo del Estado en acción, son acciones de hacer y no hacer, el conjunto de acciones y omisiones. De manera que el progreso sostenido para alcanzar la lucha contra la violencia de género hacia las mujeres depende de cambios profundos. En este sentido, Sagot (2008) sostiene que es necesario mantener el esfuerzo histórico que dieron su promulgación.

---

Asimismo, es importante el análisis crítico de los paradigmas que sostienen estas políticas y planes a fin de renovarlas con nuevos conocimientos y aportes (Beiras et al., 2010).

De ahí pasamos a la identificación de la importancia del marco paradigmático al que corresponde el término violencia en cada contexto. En el estudio 1, se encontró que en Cataluña, los términos son consistentes tanto en la política como en los planes y protocolos de actuación en el plano sanitario. No obstante, es diferente con respecto al Estado Español por su carácter autonómico. En este sentido, Coll-Planas et al. (2008) realizó un análisis de las bases paradigmáticas de conceptos como sexo-género y violencia en las leyes del Estado Español y la ley catalana en materia de VG hacia las mujeres. Señalan que si bien la ley catalana con el término violencia machista apela a definir quién sufre el problema y las medidas que rige por sexo de los agresores y las víctimas, se deja de lado que el problema está en el género, es decir, en la construcción de las identidades femeninas y masculinas en relaciones de desigualdad. Mientras que la ley en el Estado Español, al hablar de violencia de género podría pensarse en un acercamiento más integral al problema pero es en la definición y en las medidas que propone para resolverlo que se rige por el sexo de los agresores y las víctimas.

En Costa Rica, se encontró el término violencia intrafamiliar tanto en la política (PLANOVI) que se estudió como en los planes y normas de salud. Actualmente, sabemos que la nueva política PLANOVI Mujer (2007) muestra mayor inconsistencia con los planes que rigen el ámbito sanitario, ya que el primero utiliza el término violencia contra las mujeres mientras en salud se sigue utilizando el término violencia intrafamiliar. Desde la perspectiva de esta investigación cuando no se incorpora el género se abandona la oportunidad para entender el carácter transformador y el contexto de las desigualdades. Sin embargo, entre las ventajas del término “violencia contra las mujeres” es que amplía los ámbitos donde la mujer puede ser víctima de violencia, más allá del ámbito familiar, y además, el sujeto que sufre la violencia está claramente definido. En cuanto al término de violencia intrafamiliar y abuso



---

extrafamiliar, es un término con sesgos a nivel de la constitución de la familia heterosexual y como único ámbito de exposición de la violencia. Deja de lado ámbitos donde las mujeres son víctimas de violencia que también repercuten en su salud.

Estos conceptos que permean las estrategias del abordaje de la violencia de género hacia las mujeres en la planificación pública son revertidas en las acciones que los/as profesionales de salud ejecutan. Si la especificidad de lo que se está hablando no está clara, probablemente se actúa desde el prejuicio y el mito, vigentes como creencias estereotípicas o neomitos, ya sea negando la violencia como hecho aislado o privado de las parejas o incorporando como novedad justificaciones actualizadas que situarían a los hombres en el papel de víctimas (Bosch-Fiol & Ferrer, 2012). Más adelante, el Estudio 2 también reveló la necesidad de entender de qué se está hablando cuando las mujeres sufren violencia como una dimensión importante en el abordaje de la VG y además que éste no aparezca fracturado entre quienes planifican y quienes ejecutan como en el caso de Costa Rica. El Estudio 3 revela que los/las profesionales de la salud tienen una consideración de la VG bastante favorable como problema sanitario en ambos contextos, sin embargo, se confunde sus particularidades y se contradice con posturas que lo ubican como problema privado. En Cataluña un 85.8% y en Costa Rica un 92.3% lo consideran problema privado. De esta forma, se ocultan ámbitos donde se da la VG hacia las mujeres como el comunitario y como problema público, y es probable que los/as profesionales de la salud no logren detectarlo.

Por otra parte, un elemento que también se revela en esta investigación es la importancia del paradigma de salud desde el cual se ejecuta la política pública y el quehacer en la salud. Desde la política pública y la planificación en salud (Estudio 1) se viene planteando que el abordaje de VG tiene que contemplar una serie de relaciones interinstitucionales donde el sistema sanitario es un eslabón importante, de forma que solo no podría hacer frente al problema. De esta forma, en el estudio 2 encontramos que la visión biomédica se confirma

como barrera en el abordaje de la VG, ya que entiende el rol del clínico como curativo más que de facilitador y de acompañamiento a las mujeres, pero además, no indaga en el síntoma y no se trabaja en el riesgo. Sin embargo, se encuentra en el estudio 3 que los/las profesionales de la salud tienen un alto porcentaje de consideración de la VG como un problema social y sanitario, lo cual concuerda con una inclinación más cercana a una orientación de práctica profesional biopsicosocial. La medición entre Orientación de Práctica Profesional y Actitud hacia el abordaje de la VG es escasa. Estudios cualitativos (Guedes et al., 2013; Signorelli et al., 2013) encontraron que la medicalización es una barrera importante en la detección de la VG. Según Saucedo (2004) los/as profesionales de la salud, en diferentes momentos, ven el problema de la violencia tan grande que sólo pueden dar una respuesta medicalizada para aliviar las consecuencias: psicofármacos para síntomas de tristeza, depresión, trastornos del sueño, gastrointestinales, angustia.

Por otra parte, Ruiz-Pérez et al. (2004) señalaron en un estudio sobre la salud de las mujeres que la VG tiene consecuencias que trascienden el modelo biomédico, por tanto no puede ser valorada como lesiones o enfermedad no transmisible, sino que es un factor de riesgo con consecuencias para la salud de las mujeres. En el modelo de regresión lineal resulta que la orientación biomédica de la práctica profesional tiende a disminuir la Actitud al abordaje hacia la VG en atención primaria, por tanto, una orientación de práctica profesional biopsicosocial puede afectar favorablemente la AG hacia el abordaje de la VG en atención primaria.

## **5.2. El papel de la red de recursos sociales y sanitarios**

Desde la política pública en ambos contextos (Estudio 1) se plantea que la erradicación de la VG hacia las mujeres tiene su base en el cambio cultural y educativo, de ahí la necesidad de un modelo de promoción y prevención que abarque diferentes instituciones sociales públicas

y a las organizaciones civiles tal como señalan Abramsky et al. (2011). Por otra parte en el Estudio 2 se revela la importancia del conocimiento de los recursos comunales como un soporte y facilitador en el abordaje de la VG hacia las mujeres que acuden al ámbito sanitario y también para los/as profesionales de la salud. En el Estudio 3, se observa que la derivación realizada con mayor frecuencia es a Trabajo Social, lo cual vuelve a plantear que los/las profesionales en esta área son un puente importante en el ámbito sanitario. Este resultado coincide con el estudio de Herrero (2011) donde se plantea que el área de Trabajo Social es de rápida accesibilidad y consistente con una visión del problema de la VG como social. Un dato interesante es que en ambos contextos las organizaciones civiles de ayuda a las mujeres tienen un papel relevante en comparación con los recursos de las municipalidades y ayuntamientos.

Otro hallazgo importante sobre este elemento (Estudio 3) fue la asociación de la Actitud favorable hacia la VG en atención primaria con el uso de los recursos sociosanitarios. En Cataluña, una de las formas que han generado una práctica exitosa, planteada en el Estudio 2, es la validación de los protocolos de actuación donde se convoca a distintas personas de la red de recursos, y puede ser una forma de favorecer una actitud favorable entre los/as profesionales de la salud tal como señala Ortiz-Barreda & Vives-Cases (2012), además permite reunir a distintas disciplinas para abordar el problema y los recursos con los cuales se puede contar y dar un adecuado funcionamiento a los circuitos. En Costa Rica la implementación de los módulos de interaprendizaje que generaron intercambio interinstitucional e interdisciplinario representó un facilitador importante, de manera que se formaba al personal de salud junto a otros profesionales de diferentes instituciones, propiciando la sensibilización y el reconocimiento entre ellos. El papel de los protocolos de actuación es importante (Ortiz-Barrera et al., 2011) como posibilidad para articular distintos recursos sociosanitarios. En Cataluña llama la atención que éstos son percibidos en un porcentaje mayor de utilidad que las políticas y programas, mientras en Costa Rica la percepción de la utilidad de los protocolos

es menor que la de las políticas y programas. Esto se corrobora en el Estudio 2 sobre la falta de entrenamiento, seguimiento y ejecución de los protocolos en el nivel sanitario planteado por profesionales expertos en Costa Rica. Además se había detectado con anterioridad en el Estudio 1 con la falta de actualización de las normas rectoras y de actuación.

### **5.3. La formación sensible**

Los tres estudios de esta investigación plantean la formación como un tema necesario para abordar la VG. Desde la planificación política (Estudio 1) se encuentra que los planes de abordaje de la VG proponen esa sensibilización. En el Estudio 2, los/as profesionales expertos mostraron que un elemento que marcó su carrera profesional fue el interés por autoformarse, lo que “cambió su mirada” y colaboró para reaprender habilidades. El Estudio 3 señaló la necesidad que tienen los/as profesionales de la formación, la percepción de saber poco y de no estar preparados para la tarea. Además, se encuentra la asociación de la Actitud favorable hacia la VG en atención primaria con Formación.

Lo que se viene planteando con este elemento es que aunado a los conocimientos se pueda realizar una sensibilización. Arredondo et al. (2012) plantearon que los/las profesionales sienten que tienen pocas herramientas para abordar el problema de la VG. Por otro lado, la formación aparece en diferentes estudios (Coll-Vinent et al., 2008; Arredondo et al., 2008; Arredondo et al., 2012, Ramsay et al., 2012) como una necesidad de los profesionales de la salud dada su percepción como faltante en su currículo. Asimismo, se encontró una asociación con otros estudios donde entre más formación la detección del maltrato se incrementa (García et al. 2013; Gomes et al., 2013).

Este hallazgo revela la necesidad de crear actitudes sensibles en los centros de formación en todas las disciplinas de la salud, no sólo como especialización tal cual lo han planteado las

personas expertas de este estudio, sino como parte del currículo académico de las distintas profesiones de la salud. Ferrer-Pérez et al. (2008) señala la importancia de la introducción de materias específicas sobre el tema en los planes de estudios, de manera que, no sólo formen sobre la violencia y sus consecuencias, sino que los lleve a interiorizar este problema como de su incumbencia profesional.

#### **5.4. Impacto del trabajo con VG en la vida personal y prácticas de cuidado personal e institucional**

La política pública en relación con el abordaje de la violencia de género menciona la necesidad de prácticas de autocuidado para los/as profesionales de la salud a través de la formación (Estudio 1), sin embargo, los/as profesionales de la salud expertos han señalado con mayor detalle y riqueza de significado en el Estudio 2 en que consiste el impacto en la vida personal de este tipo de trabajo. Ha quedado claro que la violencia y sus relatos llegan a constituirse en un tema que vulnera la salud mental, tal como ha sido planteado por Lancman et al. 2008 y en la vida personal (Goldblatt et al., 2009 y Golblatt, 2009). Por otra parte, en el Estudio 3, más del 50% de profesionales de la salud en los contextos de Cataluña y Costa Rica reportaron que el trabajo con la violencia de género les afecta en su vida personal y más del 80% reporta mantener alguna práctica de autocuidado. El estudio de Sugg et al. (1992) fue uno de los primeros estudios que evidenció las necesidades de los/las profesionales de la medicina tenían en relación al abordaje de la violencia hacia las mujeres. Su título “Detrás de la caja de pandora” hacía referencia a los problemas como la falta de confort con el tema, miedo a perder el control y presión con el tiempo. Si bien nuestro estudio cuantitativo no exploró las formas en las cuales se manifiesta este impacto, si se cuantificaron las formas en cómo los/as profesionales hacen frente a esta situación. Se corrobora que las prácticas de autocuidado más frecuentes en ambos contextos coinciden con los hallazgos planteados en

el estudio 2 tales como el tiempo en familia, amigos y pareja así como caminatas o ejercicio. No obstante, la terapia psicológica individual se utiliza en menor medida en ambos contextos.

Ahora bien, en el Estudio 2, los resultados plantearon la falta de propuestas normativizadas para el cuidado institucional de los/as profesionales. Se hizo referencia al papel que el trabajo en equipo puede brindar en este sentido, la claridad de los objetivos de la intervención y la necesidad de espacios de discusión clínica y supervisión. Aunque también se hizo notar que esto dependía de la voluntad del equipo y de sus jefaturas. En el Estudio 3, el 50% reporta ausencia de prácticas de cuidado institucional tanto en Cataluña como Costa Rica. Entre las prácticas que con mayor frecuencia se implementan en ambos contextos son las sesiones de casos seguida de talleres para el síndrome de estrés y las actividades de ocio y recreación en el ámbito laboral. En cuanto a las sesiones de casos, son actividades que involucran situaciones de discusión y aclaración de la intervención con las mujeres, entre tanto los talleres y actividades de ocio fomentan la interacción y el encuentro entre colegas. Este aspecto sobre la importancia del soporte y acompañamiento del equipo de trabajo como facilitador fue expuesto en los resultados del estudio 2.

### **5.5. Contribuciones para la investigación, limitaciones e indicaciones futuras**

En esta investigación las dimensiones macros en términos de políticas y planificación se han podido articular con dimensiones micro, tal como las experiencias y las actitudes de los/as profesionales de la salud. A través de la evidencia, se trató de mostrar la consistencia entre política y práctica. Para la Psicología de la Salud esta articulación tiene como objetivo aportar elementos en el mejoramiento de los sistemas de salud, en este caso, el mejoramiento del abordaje de la violencia de género en el ámbito de los servicios sanitarios.

Por otra parte, una gran fortaleza ha sido encontrar que el tema atrae a un grupo de profesionales que con su voluntad y compromiso han aportado en ambas latitudes, entre Europa y América. Han constituido una red espontánea de ayuda e interés voluntario de personas con una variedad de disciplinas: salud pública, docencia en salud, estadística, científicos sociales y clínicos. Sin esa ayuda el reto de un estudio comparativo hubiera sido difícil.

En general, esta investigación como estudio transversal brinda elementos útiles para la planificación sanitaria en el abordaje de la VG, sin embargo, sus limitaciones están en su carácter exploratorio y descriptivo, donde podemos señalar asociaciones de variables sin encontrar causalidad.

La comparación es una oportunidad para abrir el horizonte y la perspectiva sobre los problemas en salud. En la devolución de resultados preliminares de esta investigación en la Caja Costarricense de Seguro Social realizada en el mes de febrero del 2014, una de las participantes del auditorio señaló la importancia de la comparación como un elemento valioso para aprender sobre “ver cómo estamos y como hemos avanzado, el estudio nos permite observar avances y retrocesos, reconocer las prácticas que pueden ayudar”.

Entre las ventajas de esta investigación comparativa están la selección de ambos contextos desde un diseño teórico para garantizar la calidad del estudio, de manera que se escogieron los contextos basados en las características similares del abordaje de la VG en cada región tal como se expuso en el Capítulo III. Además, se realizó una contextualización que aporta un conocimiento sobre los factores principales de cada lugar en el abordaje de la VG. El diseño muestral se realizó con base a categorías teóricas en los tres estudios.

En cuanto a las desventajas se encuentran en los tiempos distintos de la recolección de la información en las distintas fases del estudio.

Por otra parte, el paradigma integrativo que incluye métodos cualitativos y cuantitativos tiene distintas herramientas para comprender los aspectos que intervienen en el abordaje de la VG en ambos contextos. La triangulación de los datos brinda un panorama amplio con la riqueza y profundidad de la información cualitativa y la magnitud de los datos y su correlación que se analiza con los datos cuantitativos. Salgado (2007) señala que los enfoques mixtos es una vía para incluir, extender, revisar y reinventar las formas de conocimiento; por tal motivo es una posición en la investigación que promueve la innovación en las ciencias. La complementariedad de los métodos cualitativos y cuantitativos muestra fortaleza por la capacidad de estudiar los contextos (Estudio 1) y los significados de la conducta a través de las experiencias de profesionales expertos en la materia (Estudio 2). Esto permitió una flexibilidad en el diseño metodológico para plantear hipótesis que pudimos contrastar en el estudio 3. El conocimiento que se ha generado es pertinente para la toma de decisiones en planificadores y profesionales de la salud, ya que permitió señalar diferentes implicaciones prácticas cuyo objetivo es la mejora del abordaje de la VG hacia las mujeres.

Sobre la investigación futura, se señala la necesidad de estudiar la perspectiva de las mujeres usuarias de los servicios en la atención de la VG. Sin duda es una fuente de información clave para el mejoramiento del abordaje de la VG en el ámbito sanitario. También, otro aspecto que es importante profundizar en futuras investigaciones es un modelo que permita explicar los factores influyentes en el impacto que tiene el trabajo con la VG hacia las mujeres y otros tipos de violencia en los/as profesionales de la salud, así como las estrategias de autocuidado.

## **5.6. Implicaciones prácticas**

En este proyecto se identificaron algunas sugerencias que permiten mejorar el abordaje de la VG en los contextos de Cataluña y Costa Rica desde el ámbito sanitario. A través de los



tres estudios se han podido identificar diferentes formas de mejorar el abordaje de la VG hacia las mujeres en el ámbito sanitario en diferentes niveles como el de la planificación política, la relación del ámbito de la sanidad con otros recursos sociales, el rol profesional y el autocuidado de los/as profesionales.

Si bien esta investigación ha abordado la especificidad de dos casos, Cataluña y Costa Rica, se ha podido encontrar que algunas de nuestros resultados coinciden con la *Guidelines for Health Care Providers for Victims of Physical and Sexual Abuse* (WHO, 2013) que provee información sobre las necesidades de mejorar las habilidades de los/as profesionales de la salud. Por ejemplo, la importancia de los equipos multidisciplinarios que abordan el problema y la sugerencia de incluir en el currículo de disciplinas como la Medicina, Enfermería y demás profesiones de la Salud Pública un entrenamiento específico sobre cómo prevenir, detectar y tratar a las víctimas de la violencia. También es importante que los/as profesionales de la salud sean conscientes de la existencia de los servicios que tiene la comunidad para contribuir con las mujeres y donde ellos/as puedan referirlas y apoyarse. Por último, en la misma línea de nuestros resultados, esta guía señala la importancia de las actitudes y el impacto de las propias experiencias en el abordaje de la VG hacia las mujeres. A continuación las diferentes implicaciones prácticas.

### **1. En el nivel de las Políticas Públicas y la Planificación Social**

- i. Evaluar y monitorear la implementación de las políticas públicas, planes de salud y protocolos en relación con el tema.
- ii. Para la planificación social en los dos contextos estudiados, es importante desarrollar y/o enfatizar acciones en cuanto al uso de los recursos sociosanitarios y la formación en VG hacia las mujeres.
- iii. Evaluar los resultados en el sistema de salud con indicadores cualitativos además de los cuantitativos.

- 
- iv. Incorporar en los planes de salud y protocolos de actuación sanitaria en Costa Rica los distintos ámbitos y formas de la VG tales como aquellas formas de violencia que se generan en el ámbito comunitario, laboral y social que pueden tener consecuencias para la salud de las mujeres.
2. **En el nivel de la promoción y prevención**
    - i. Informar a la población sobre la importancia de prevenir la VG
    - ii. Informar a la población qué puede esperar del sistema de salud en su país cuando sufre violencia de género.
    - iii. Proyectos de intervención que integren niños/as y jóvenes testigos de la violencia de género en el ámbito de la atención primaria y la salud mental.
    - iv. Investigación, conocimiento y proyectos con agresores
3. **En el nivel de la relación de los/las profesionales con la red de recursos socio-sanitarios**
    - i. Coordinar y facilitar el conocimiento de los/las profesionales en salud de los recursos disponibles en la comunidad, aquellos formales e informales.
    - ii. Proveer un marco común de referencia con respecto a la VG a través del entrenamiento de los/as profesionales que trabajan en la red (Justicia, Salud, Educación, Organizaciones, Policía). En Costa Rica una práctica exitosa fueron los módulos de interaprendizaje y en Cataluña, a través de los protocolos de actuación.
    - iii. Actualizar, implementar y evaluar los protocolos de actuación con la participación de profesionales de diferentes instituciones.
4. **Sobre el rol de los/as profesionales**
    - i. Incluir la visión biopsicosocial en el currículo de Medicina, así mismo la perspectiva de género en disciplinas como la Psicología, Trabajo Social y Enfermería.

- ii. Entrenamiento continuo a través de talleres en el lugar de trabajo de los/las profesionales de la salud con contenidos específicos en sensibilización, habilidades clínicas y conocimientos.

**5. Sobre el impacto en la vida personal y el cuidado de los/as profesionales**

- i. Organización de sesiones clínicas
- ii. Promoveer desde las instituciones sanitarias recursos apropiados cuando sus colaboradores necesiten ayuda o soporte en las tareas de atención a la VG.
- iii. Promover el trabajo en equipos interdisciplinarios.

# Capítulo VI

---

*Conclusiones*

1. Un elemento importante en la planificación social es la concepción de la violencia de género y de la salud, así como de las mujeres como víctimas pasivas o como sobrevivientes activas de su recuperación.
2. Es necesario seguir fomentando, desde la planificación social, un modelo ecológico integrado para el abordaje de la VG hacia las mujeres. De manera que se implemente en los/as profesionales de la salud a través del conocimiento de la red social-comunal e institucional. Los protocolos de actuación es un mecanismo clave para fomentar el conocimiento entre profesionales de la red de instituciones y de recursos comunales que participan en el abordaje de la VG.
3. En cuanto a diferencias en el ámbito de las políticas públicas entre ambos contextos se encontró que:
  - i. En Cataluña es necesario enfatizar las tareas de promoción y prevención de la VG hacia las mujeres en salud. En Costa Rica, es importante actualizar las acciones sanitarias en el abordaje de la VG.
  - ii. En Costa Rica, una barrera importante para desarrollar un adecuado abordaje de la VG en la atención sanitaria ha sido la falta de continuidad en los planes de salud, a pesar de haber estado a la vanguardia en el tema desde el año 1996.
4. Es necesario fomentar la interacción de los/as profesionales con las organizaciones sociales y una formación actualizada y sensibilizadora hacia el problema, que se apoye en una visión biopsicosocial de la salud a fin de incrementar una actitud favorable para el abordaje de la VG hacia las mujeres en atención primaria.

- 
5. Se han cumplido las siguientes hipótesis:
    - i. Un mayor uso de los recursos socio-sanitarios de la red, la formación y la satisfacción profesional repercute en una actitud adecuada hacia la VG en APS.
    - ii. La orientación biopsicosocial en las prácticas de salud tiene una influencia en una actitud adecuada hacia la VG en APS.
    - iii. No se encontró asociación entre la carga laboral y los conocimientos con la actitud hacia la VG en atención primaria.
  
  6. En cuando al impacto en la vida personal del trabajo con la violencia podemos decir que se detectó que los/as profesionales de la salud perciben que sus vidas personales se ven afectadas, por lo tanto, implementan prácticas de autocuidado. No obstante, a nivel institucional aún se carece de propuestas que brinden soporte al quehacer de los/as profesionales de la salud en este tema.
  
  7. Las propuestas de mejora del abordaje de la VG en el ámbito sanitario que reportaron con los/as profesionales de la salud, tanto expertos (Estudio 2) como aquellos que trabajan en la atención primaria (Estudio 3) coinciden con las variables de formación y el mayor uso de recursos sociosanitarios seleccionados en el modelo de regresión lineal.

## Referencias Bibliográficas

---

- Abramsky, T., Watts, C., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, & Heise, L. (2011) What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11:109 Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/109>
- Alberdi, I. (2010). Cómo reconocer y cómo erradicar la violencia contra las mujeres. En I. Alberdi & L. Rojas Marcos (Eds.), *Violencia: Tolerancia Cero. Programa de prevención de la Obra Social "la Caixa"* (pp. 10-82). Barcelona: Obra Social Fundación "la Caixa".
- Arredondo-Provecho, A. B., del Pliego-Pilo, G., Nadal-Rubio, M., & Roy-Rodríguez, R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*, 18(4). doi: 10.1016/S1130-8621(08)72192-2.
- Arredondo-Provecho, A. B., Broco-Barredo, M., Alcalá-Ponce de León, T., Rivera-Álvarez, A., Jiménez Trujillo, I., & Gallardo-Pino, C. (2012). Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. *Revista Española de Salud Pública*, 86(1), 85-99.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., & Gottlieb, N.H. (2000). *Intervention Mapping Designing Theory-and evidence-based Health Promotion Programs*. New York, N.: McGraw-Hill.
- Beiras, A., Moraes, M., Alencar-Rodríguez, R., & Cantera, L.M. (2012). Políticas e Leis sobre Violência de Género-Reflexões Críticas. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 36-35.
- Blanco, P. (2004). Consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres. la detección precoz en la consulta. En C. Ruiz-Jarabo & P. Blanco (Eds.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección, cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp.103-120). España: Díaz de Santos.
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L., & Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(1),182-188.
- Blandón, T. (2011). *Inventario de Áreas de Salud, Sectores, Ebais, Sedes y Puestos de Visita Periódica en el Ámbito Nacional al 31 de Diciembre del 2010*. San José, Costa Rica: CCSS, Gerencia Médica, DPSS, Área Análisis y Proyección de Servicios de Salud.

- Bograd, M. (1999). Strengthening domestic violence theories: Intersections of race, class, sexual orientation, and gender. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(3), 275-289.
- Bonett, D. G., & Wright, T. A. (2000). Sample size requirements for estimating Pearson, Kendall and Spearman correlations. *Psychometrika*, 65(1), 23-28.
- Bosch-Fiol, E., & Ferrer-Pérez, V. A. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24(4), 548-554.
- Bott, S., Guedes, A., Claramunt, M.C. & Guezmes, A. (2010). *Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo*. IPPF/RHO. Recuperado de <http://www.bitlib.net/r/respuesta+del+sector+salud+violencia.html>
- Bulcourn, P.A., & Cardoso, N.D. (2008). ¿Por qué comparar políticas públicas? *Política Comparada.com.ar* Recuperado de [http://www.politicacomparada.com.ar/material/09/documentos/doc-trabajo\\_n3.pdf](http://www.politicacomparada.com.ar/material/09/documentos/doc-trabajo_n3.pdf)
- Burau, V. (2008). Comparative Health Research. En M. Saks, & J. Allsop (Eds.), *Researching health: qualitative, quantitative and mixed methods* (pp.368-384). London:Sage.
- Cacace, M., Ettel, S., Mays, N., & Nolte, E. (2013). Assessing quality in cross-country comparisons of health systems and policies: towards a set of generic quality criteria. *Health Policy*, 112(1). doi.org/10.1016/j.healthpol..2013.03.020
- Caja Costarricense de Seguro Social, INAMU & Poder Judicial. (2011). Protocolo Interinstitucional de Atención Integral a Víctimas de Violación Sexual en las primeras 72 horas de ocurrido el evento (edad joven y adulta). San José, Costa Rica.
- Cantera, L.M. (1999). Te pego porque te quiero. La violencia en la pareja. Documents. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Cantera, L (2000). La relación asistencial como interacción social. En M.T López, M.J. Jiménez & E. Gil (Eds.), *Violencia y Género. Acta del Congreso Interdisciplinar sobre Violencia y Género* (pp.395-397). España: Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.
- Cantera, L.M. (2002) La violencia doméstica. Lectora. *Revista de dones i textualitat*, 8,71-77.
- Cantera, L.M. (2004). *Más allá del Género. Nuevos enfoques de "nuevas" dimensiones y direcciones de la Violencia de pareja* (Tesis doctoral Universidad Autónoma de Barcelona) Recuperada de [http://ddd.uab.cat/search?ln=es&cc=tesis&sc=1&p=cantera+leonor&f=&action\\_search=Buscar](http://ddd.uab.cat/search?ln=es&cc=tesis&sc=1&p=cantera+leonor&f=&action_search=Buscar)
- Cantera, L.M. (2005). La violencia a la pareja. Qu se'n pensa, que s'hi fa i que queda per pensar i per a fer sobre la problemática. En M.C. Gete-Alonso (Ed.), *Dona i violencia* (p.p.19-36). Barcelona: Cálamo.



- Cantera, L.M., & Cabezas, C. (2000). La red interprofesional como fundamento para una intervención eficaz en el campo de la violencia de género. En M.T. López, M. J. Jiménez & E. Gil (Eds.), *Violencia y Género. Acta del Congreso Interdisciplinar sobre Violencia y Género* (pp. 565-573). España: Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.
- Campbell R., Raja S., & Grining P. L.(1999). Training mental health professionals on violence against women. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(10), 1003-1013.
- Centro Nacional para la Mujer y la Familia. (1996). *Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Plan Operativo 1996-1998 PLANOFI*. San José, Costa Rica.
- Claramunt, M.C. (1999). *Ayudándonos para ayudar a otros: guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar*. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud.
- Colombini, M., Mayhew. S., & Watts, C. (2008). Health-sector responses to intimate partner violence in low and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Bulletin of the World Health Organization*. (86), 635-642
- Coll-Planas, G., García-Romeral, G., Mañas, C & Navarra-Varas N. (2008). Cuestiones sin resolver en la Ley integral de medidas contra la violencia de género: las distinciones entre sexo y género, y entre violencia y agresión. *Papers*, 187-204.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farràs, Ú., Rodríguez, D., Millá, J., & Santiñà, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 7-10.
- Coulthard, P., Yong, S. L., Adamson, L., Warburton, A., Worthington, H. V., Esposito, M., & Sharif, M. O. (2010). Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury. *Cochrane Database Syst Rev*, 8. doi: 10.1002/14651858.CD004486.pub3
- Chang, J., Buranosky, R., Dado, D., Cluss, P., Hawker, L., Rothe, E. McNeil, M., & Scholle, S.H. (2009). Helping women victims of intimate partner violence: comparing the approaches of two health care settings. *Violence and Victims* 24(2),193-203. doi:10.1891/0886-6708.24.2.193
- Chang, J. C., Dado, D., Hawker, L., Cluss, P. A., Buranosky, R., Slagel, L., ... & Scholle, S. H. (2010). Understanding turning points in intimate partner violence: factors and circumstances leading women victims toward change. *Journal of Women's Health*, 19(2), 251-259. doi: 10.1089=jwh.2009.1568

- De la Puente, M.L. & Gomáriz, R. (2010). *El sistema de atención a la salud en Cataluña: evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud*. Catalunya: Departament de Salut & Servei Català de la Salut.
- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 85ª sesión plenaria (20 de diciembre de 1993). Ginebra.
- Departament de Salut & Generalitat de Catalunya. (2010). *Plan de salud de Cataluña en el horizonte Informe de Salud de Cataluña. Evaluación de los Objetivos de Salud*. Recuperado de <http://www20.gencat.cat/docs/pla-salut>
- Departament de Salut & Generalitat de Catalunya. (2010). *Plan de Salud de Cataluña en el horizonte 2010*. Los 5 ejes estratégicos que articulan las políticas de salud. Recuperado de [http://www20.gencat.cat/docs/pla-salut/Eixos\\_estrategiscs/doc\\_castella\\_angles/static/PlanSalud\\_Cataluya\\_2.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/pla-salut/Eixos_estrategiscs/doc_castella_angles/static/PlanSalud_Cataluya_2.pdf)
- Departament de Salut. (2010). *Informe Violencia de Género. Cataluña*. Recuperado de <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2007/Catalunya.pdf> 2008 187-204
- Diez, B. (2012). Relatos de los equipos de salud mental de atención primaria acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12), 3301-3310. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001200015&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200015&lng=en&tlng=es). 10.1590/S1413-81232012001200015.
- Djikanovic, B., Celik, H., Simic, S., Matejic, B., & Cucic, V. (2010). Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement. *Patient education and counseling*, 80(1), 88-93.
- Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, INAMU. (2007). *Evaluación del Impacto del Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar. El sector Salud en el PLANNOVI*. Costa Rica.
- European Union Agency for Fundamental Rights FRA. (2014). *Violencia de Género contra las mujeres: una encuesta a escala de la UE*. Recuperado de <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey->
- Fawole, O., Yusuf, D., Dairo, M., & Fatiregun, A. (2010). Intimate partner violence and primary health care workers: screening and management. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 17(2), 38-46.
- Feder, G. 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(1), 22. Recuperado de [www.archinternmed.com](http://www.archinternmed.com)
- Ferrer-Pérez, V. A., Fiol, E. B., Palmer, M., & Ramis, 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.
- Flores, L., & Montero, S. (2007). *Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género PIEG*. Costa Rica . Instituto Nacional de las Mujeres y Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.inamu.go.cr/documentos/libro-pol.pdf+&cd=1&h1=es&ct=clnk>
- Gamero,V. (2007). *Estereotipos de género y violencia en la pareja*. (Tesis de maestría) Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.
- García, V. Fernández, A., Rodríguez, F.J., López,M.L., Mosteiro,M.D.P., Lana, A.(2013). Violencia de género en estudiantes de enfermería durante sus relaciones de noviazgo. *Atención Primaria*, 45:290-296.
- Garcia-Armesto, S., Abadía-Taira, M. B., Durán, A., Hernández-Quevedo, C., & Bernal-Delgado, E. (2010). Spain: health system review. *Health System in Transit*, 12(4), 1-295.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts C. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Generalitat de Catalunya, & Departament de Salut. (2012). *Plan de Salud de Cataluña 2011-2015*. Recuperado de [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Pla\\_de\\_Salut\\_2011\\_2015/documents/arxius/plan%20de%20salud%20Catalunya\\_es.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Pla_de_Salut_2011_2015/documents/arxius/plan%20de%20salud%20Catalunya_es.pdf)
- Generalitat de Catalunya, & Departament d'Interior. (2013). *Datos sobre Violencia Machista*. Catalunya: Unitat de Suport a l'atenció de Victimes. Recuperado de <http://www20.gencat.cat/portal/site/interior/menuitem.ae4fcfd4376d159dca86da5bb0c0e1a0/?vgnextoid=84db-7da2bccb0310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=84db7da2bccb0310VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
- Generalitat de Catalunya, & Departament d'Interior. (10 de diciembre del 2010) *Enquesta de violencia machista en Catalunya*. Nota de prensa. Recuperado de <http://www10.gencat.cat/gencat/AppJava/es/actualitat2/2010/01210enquestadeviolnciamasclistaacatalunya.jsp>
- Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1645-1654.

- Goldblatt, H., Buchbinder, E., Eisikovits, Z., & Arizon-Mesinger, I. (2009). Between the Professional and the Private The Meaning of Working With Intimate Partner Violence in Social Workers' Private Lives. *Violence against women*, 15(3), 362-384.
- Gomes, N. P., Silveira, Y. M., Diniz, N. M. F., Paixão, G. P. D. N., Camargo, C. L., & Gomes, N. R. (2013). Identification of violence in the conjugal relationship based on the Family Health Strategy. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(3), 789-796.
- González Morales, F. (2011). *Mujeres Fallecidas en Costa Rica por Femicidio, Bajo el Ámbito de la Ley de Penalización de la Violencia Contra las Mujeres y la Aplicación de Convención Internacional Belém Do Pará y CEDAW* (Informe N° 40-EST-2012 de la Sección de Estadística). Poder Judicial. Costa Rica. Recuperado de [http://www.poder-judicial.go.cr/planificacion/Informes\\_Relevantes/164-PLA-2012.rtf](http://www.poder-judicial.go.cr/planificacion/Informes_Relevantes/164-PLA-2012.rtf).
- Gracia, E., & 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: 10.4067/S0034-98872008000300017.
- Guedes, R. N., Fonseca, R. M. G. S. D., & Egry, E. Y. (2013). The evaluative limits and possibilities in the family health strategy for gender-based violence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 304-311.
- Hamberger, L. K. (2007). Preparing the Next Generation of Physicians Medical School and Residency-Based Intimate Partner Violence Curriculum and Evaluation. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2), 214-225.
- Herrera, C., & Agoff, C.. (2006). Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. *Cuadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2349-2357.
- 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 actuación*. (Tesis doctoral Universidad de Valladolid). Recuperada de TESEO <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=947973>
- Hernández, R. (2008). De feminismos y postcolonialismos: reflexiones desde el sur del Río Bravo. En Suárez Navaz, L. & Hernández, A. (Eds.). *Descolonizando el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes* (pp.68-112). Recuperado de <http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/varios/descolonizando.pdf>
- Hígar, M., & Valdez Santiago, R. (2008). *Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores. Experiencia internacional y mexicana*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión de equidad y género.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2002). Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria*, 16(1), 54-62.

- Instituto Nacional de Estadística INE. (5 de Diciembre de 2013). Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género 2012. *Nota de Prensa*. Madrid, España. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np820.pdf>
- Institut Català de las Dones & Generalitat de Catalunya. (2008). *Plan de Políticas de Mujeres del Gobierno de la Generalitat de Catalunya*. Recuperado de [http://www20.gencat.cat/docs/icdones/serveis/docs/publicacions\\_eines12cast.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/icdones/serveis/docs/publicacions_eines12cast.pdf)
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2007). *Plan Nacional de Atención y Prevención de la Violencia contra las mujeres en las Relaciones de Pareja y Familiares PLANNOVI MUJER*. Recuperado de [http://www.inamu.go.cr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1288&Itemid=1805](http://www.inamu.go.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=1288&Itemid=1805)
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2008). *Plan de Acción 2008-2012: Política Nacional para la Igualdad y Equidad de Género 2007-2017*. Costa Rica. Colección Políticas Públicas para la igualdad y equidad de género.
- Institut d'Estadística de Catalunya Idescat. (2014). *Societat i Salut*. Barcelona. Recuperado de <http://www.idescat.cat/cat/societat/socsalut.html>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. (2014). *Boletín de indicadores demográficos 2013*. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>
- Instituto de Información Sanitaria, & Sistema de Información de Atención Primaria SIAP. (2011). *Organización General de la Atención Primaria en las Comunidades Autónomas. Año 2010* [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
- Kanuha, V. K. (2000). Being native versus going native: Conducting social work research as an insider. *Social Work, 45*(5), 43.
- Lancman, S., Ghirardi, M. I. G., de Castro, E., & Tuacek, T. (2009). Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública, 43*(4), 682-688.
- Lander, E. (2000). Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntricos. En E. Lander (Ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp.3-40). Caracas: Ediciones FACES/UCV UNESCO.
- Lawoko, S., Seruwagi, G. K., Marunga, I., Mutto, M., Ochola, E., Oloya, G., ... & Lubega, M. (2013). Healthcare providers' perceptions on screening for Intimate Partner Violence in healthcare: A qualitative study of four health centres in Uganda. *Open Journal of Preventive Medicine, 3*(1):1-11.

- Machado, C., Matos, M., Saavedra, R., Cruz, O., Antunes, C., Pereira, M., ... & Capitão, L. (2009). Crenças e atitudes dos profissionais face à violência conjugal: estudos com profissionais de saúde, policías e profesores. *Acta Médica Portuguesa*, 22(6), 735-42.
- Manzanera, R., Villalbí, J. R., Navarro, A., & Armengol, R. (1996). La salud pública ante las reformas del sistema sanitario. *Gaceta Sanitaria*, 10(57), 299-310.
- Martínez, J. (1999). Poder y alternativas: las agendas internacionales en las reformas del sector salud en Costa Rica, 1988-1998. *Anuario de Estudios Centroamericanos* 25(1), 159-181.
- Menéndez, S., Pérez, J., & 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*, 22,41-53. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179826044008>
- McHugh, M. C., & Frieze, I. H. (2006). Intimate partner violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087(1), 121-141.
- Méndez, L.B. (2004). Las microviolencias y sus efectos. En C. Ruiz Jarabo, & P. Blanco Prieto. (Eds.), *La Violencia contra las mujeres: prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp. 83-102). Madrid: Díaz Santos.
- Meza de Luna, M. (2010). *Estereotipos de Violencia en el Conflicto de Pareja. Construcciones y prácticas en una comunidad mexicana* (Tesis doctoral Universidad Autónoma de Barcelona). Recuperada de [http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2011/hdl\\_10803\\_5478/mem11del1.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2011/hdl_10803_5478/mem11del1.pdf).
- Ministerio de Salud (2001). *Acciones Rectoras en Violencia Intrafamiliar*. San José, Costa Rica
- Ministerio de Salud. (2010). *Plan Nacional de Salud 2010-2021*. Costa Rica. Recuperado de [http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-el-ministerio/estrategias--politic--planes/doc\\_view/964-plan-nacional-de-salud-2010-2021](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-el-ministerio/estrategias--politic--planes/doc_view/964-plan-nacional-de-salud-2010-2021)
- Ministerio de Salud. (2012a). *Indicadores de Género y Salud*. Costa Rica. Recuperado de [http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/inicio-vigilancia-indicadores-salud-ms/cat\\_view/56-centro-de-informacion/254-material-publicado/155-indicadores-de-salud-boletines-de-morbilidad-y-mortalidad/157-genero/165-genero-y-salud/627-2012](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/inicio-vigilancia-indicadores-salud-ms/cat_view/56-centro-de-informacion/254-material-publicado/155-indicadores-de-salud-boletines-de-morbilidad-y-mortalidad/157-genero/165-genero-y-salud/627-2012)
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2012b) *Boletín de Vigilancia de la Salud*. Semana epidemiológica#42 a 47. Recuperado de [http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/inicio-vigilancia-salud-boletines-s/cat\\_view/121-vigilancia-de-la-salud/154-boletines/195-boletines-vigilancia-de-la-salud/376-2012](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/inicio-vigilancia-salud-boletines-s/cat_view/121-vigilancia-de-la-salud/154-boletines/195-boletines-vigilancia-de-la-salud/376-2012)



- Ministerio de Salud, & Caja Costarricense de Seguro Social. (2000). *Normas de Atención en Salud a las Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar*. San José, Costa Rica
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2009). *Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género*. Recuperado de <http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Indicadores claves del Sistema Nacional de Salud Noviembre de 2011*. Recuperado de [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/docsInclSNS2011/09\\_INCLASNS-CATALUNNA.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/docsInclSNS2011/09_INCLASNS-CATALUNNA.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Ficha Estadística de Víctimas mortales por violencia de género. Año 2014*. Madrid: [http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/docs/VMortales\\_2014\\_21\\_03.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/docs/VMortales_2014_21_03.pdf).
- Mira, J.J., Llinás, G., Gil, V., Orozco, D., Palazón, I., & Vitaller, J. (1998). Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de atención primaria. *Atención Primaria*, 21, 14–22.
- Mohanty, C. T. (2008). Bajo los ojos de Occidente. Academia feminista y discurso colonial. En L. Suárez Navaz y A. Hernández (Eds.), *Descolonizando el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes* (p.p. 112-161). Recuperado de <http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/varios/descolonizando.pdf>
- Moreira, S. D. N. T., Galvão, L. L. L. F., Melo, C. O. M., & Azevedo, G. D. D. (2008). Physical violence against women from the perspective of health professionals. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1053-1059.
- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., & Watson, P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health technology assessment*, 2(16), iii.
- Nogueiras-García, B., Arechederra, A., Bonino, L. (2005). *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Salud 3. Madrid: Instituto de la mujer. Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. (2012). *Central de Resultats. Atenció primària*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Recuperado de [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossccentralresultats/Informes/Fitxers\\_estatics/Central\\_resultats\\_atencio\\_primaria\\_2012.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossccentralresultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_atencio_primaria_2012.pdf)

- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (20 de junio del 2013). Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas” *Nota de prensa*. Recuperado de [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Perfil de los Sistemas de Salud Costa Rica. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Recuperado de: [http://www.paho.org/cor/index.php?gid=87&option=com\\_docman&task=doc\\_view](http://www.paho.org/cor/index.php?gid=87&option=com_docman&task=doc_view)
- Oyèwùmí, O. (1997). *The invention of women: Making an African sense of western gender discourses*. Minneapolis:University of Minnesota Press.
- Ortiz-Barreda, G. & Vives-Cases, C. (2012). Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gaceta Sanitaria*, 26 (5), 483-489. doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.027
- Ortiz-Barreda, G., Vives-Cases, C., Gil-González, D. (2011) Worldwide violence against women legislation: an equity approach. *Health Policy* 100 (2-3):125-33. doi:10.1016/j.healthpol.2010.11.015. Epub 2010 Dec 30
- Othman, S., & Adenan, N. A. M. (2008). Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers. *Asia Pacific Family Medicine*, 7(1), 2 doi:10.1186/1447-056X-7-2
- Pita, S., & Pértega, S. (sin fecha). *Dificultades en la investigación de la atención primaria*. Recuperado de [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L., & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 325(7359), 314.
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 62(602), e647-e655.
- Robert Wood Johnson Foundation RWJ. (2008). *Using Qualitative Methods Research Guidelines Projects*. Recuperado de <http://www.qualres.org/HomeCrit-3517.html>
- Roca-Ruiz, N. (2011). Intervención grupal y violencia sexista: marco conceptual. En Roca-Ruiz, N. & Masip, J. (Eds.). *Intervención grupal en violencia sexista: experiencia, investigación y evaluación* (pp.15-70). Barcelona: Herder.



- Rodríguez, L., López-Cepero, J., & Rodríguez, F. J. (2009). Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema*, 21(2), 248-254.
- Roggeband, C. (2012) Shifting policy responses to domestic violence in the Netherlands and Spain (1980-2009). *Violence Against Women*. 18(7),784-806. doi: 10.1177/1077801212455359.
- Rojas, K. (diciembre, 1998). Conociendo a los niños, niñas y adolescentes en la calle: una experiencia con un análisis de orientación etno-psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis y Psicología Social*(4), 89-96.
- Rojas, K. (diciembre, 2002). Psicodrama con niñas en el contexto de un centro terapéutico. *Revista de Psicoanálisis y Psicología Social*(6),70-79.
- Rojas, K. (2004). *Construcción de un colectivo para recuperar las experiencias y necesidades de las mujeres de Concepción de La Unión. Modelo de Atención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual del Área de Salud de Concepción, San Diego y San Juan* (tesis de maestría inédita). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Rovira, A. (2012) Rellevància Clínica. En Societat Catalana de medicina familiar i comunitària CAMFIC (Eds.), *Violencia de genere i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta* (pp. 19-22). Barcelona: EdiDe, S.L.
- Ruiz-Pérez, I., Blanco, P., & Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta sanitaria*, 18(2), 4-12.
- Russo, N. F., & Pirlott, A.(2006). Gender-Based Violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087(1), 178-205.
- Sagot, M. (2008) Los Límites de las Reformas: violencia contra las mujeres y políticas públicas en América Latina. *Revista Ciencias Sociales* 120 (II),35-48.
- Sagot, M. & Guzmán, L. (2004). *Encuesta nacional de Violencia contra las mujeres. Informe Final de Investigación. Costa Rica*. Recuperado de [http://www.colectiva-cr.com/sites/default/files/Docs/mat\\_int/Encuesta%20Nacional%20de%20Violencia.pdf](http://www.colectiva-cr.com/sites/default/files/Docs/mat_int/Encuesta%20Nacional%20de%20Violencia.pdf)
- Sáenz, M. D. R., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53(2), 156-167.
- Salgado, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
- Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y., & Martínez, P. (2010). *III Informe Internacional Violencia contra las Mujeres en las Relaciones de Pareja. Estadísticas y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

- Signorelli, M. C., Auad, D., & Pereira, P. P. G. (2013). Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 29(6), 1230-1240.
- Small, R., Taft, A.J., & Brown, S.J. (2011). The power of social connection and support in improving health: lessons from social support interventions with childbearing women. *BMC Public Health* 11(5):S4 Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S5/S4>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. London: Sage.
- Street, R.L Jr, Makoulc, G., Arora, N. K., & Epstein, R. (2009). How does communication health outcomes? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling* 74:295–301).
- Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. (2013). *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm>
- Tritter, J. (2008). Mixed Methods an Multidisciplinary Research in Health Care. En M. Saks, & J. Allsop. (Eds.), *Researching health: Qualitative, quantitative and mixed methods* (p.p 301-318). London:Sage.
- Universidad de Costa Rica, & Programa de Atención Integral de Salud PAIS. (2008). *Protocolo de Atención de Personas Víctimas de Violencia Intrafamiliar y/o Abuso Sexual Extrafamiliar en las Áreas de Salud del PAIS: Curridabat, Montes de Oca, San Juan, San Diego, Concepción de la Unión*. San José, Costa Rica
- Valdez-Santiago, R., & Ruiz-Rodríguez, M. (2009). Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública?. *Salud Pública de México*, 51(6),505-511. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000600009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600009&lng=es&tlng=es).
- Valls-Llobet, C. V. (2006). *Mujeres invisibles* (Vol. 162). Debolsillo.
- Vasilachis,I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa, 280.
- Vázquez Navarrete, M.L., Ferrerira da Silva, M.R., Mogollón Pérez, A.S., Sanmamed Santos, M.J., Delgado Gallego, M.E. & Vargas Lorenzo, I. (2006). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. *Materials* 158. Bellaterra: Servei de Publicacions Bellaterra.

- Vargas, W. (2006). *Atención Primaria de Salud en Acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica*. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS. Recuperado de <http://binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>
- Velzeboer, M., Ellsberg, M., Clavel-Arcas, M., & García-Moreno, C. (2009). *La violencia contra las mujeres: responde el sector salud*. (Publicación ocasional 12) Washington DC: OPS. Recuperado de <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/La%20violencia%20contra%20la%20mujer%20responde%20el%20sector%20salud.pdf>
- Vives-Cases, C., Ortiz-Barreda, G., & Gil-González, D. (2010). Mapping violence against women laws in the world: an overview of state commitments. *J Epidemiol Community Health*, 64(6):474-5. doi:10.1136/jech.2009.090365.
- World Health Organization WHO (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf?ua=1)
- Yeung, H., Chowdhury, N., Malpass, A., & Feder, G. S. (2012). Responding to domestic violence in general practice: a qualitative study on perceptions and experiences. *International journal of family medicine*. doi.org/10.1155/2012/960523



*Anexos*

## Anexo 1. Constancia de aprobación de artículo de Estudio 1

---

to: rkattia@hotmail.com  
Subject: RSP - Artigo aceito  
From: root@dell.mzo.com.br  
CC: rspline@fsp.usp.br  
Date: Fri, 14 Mar 2014 10:09:31 -0300

Manuscrito nº 4797

Prezada Colaboradora Kattia Rojas Loría

Temos a satisfação de comunicar-lhe, em nome da Editoria Científica, que ao término da etapa do processo de avaliação por pares externos, seu manuscrito intitulado 'Tendencias en salud de políticas y planes en violencia contra las mujeres. Estudio comparativo', em sua versão final, foi aprovado quanto ao mérito.

Na sequência, seu manuscrito será encaminhado para a Equipe de Redação para ser preparado para publicação. Nessa etapa, a RSP se reserva o direito de fazer alterações e sugestões na redação científica, incluindo revisão gramatical e de estilo, visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O manuscrito, com as alterações introduzidas, será encaminhado para sua revisão, assim como a versão em inglês para divulgação na Internet. **Para ser efetivada a publicação do artigo, será imprescindível o envio do documento de Transferência de Direitos Autorais assinado por todos os autores e escaneado, por e-mail, para [rspline@fsp.usp.br](mailto:rspline@fsp.usp.br).**

Solicitamos que aguarde nosso próximo contato na fase de preparo do manuscrito para publicação.

Agradecemos pela sua valiosa contribuição a esta Revista e esperamos continuar contando com outras contribuições de sua autoria.

Cordialmente,

Maria Teresinha Dias de Andrade  
Executiva

Editora

*PS Lembramos que a partir de 2012, por motivos já divulgados em nosso site, passamos a cobrar uma taxa para publicação de cada manuscrito aprovado. Assim sendo, tendo havido sua prévia concordância, informamos que será encaminhada em seu nome, pela Secretaria da RSP, fatura proforma no valor estipulado por artigo.*

*Data: 14/03/2014*

## Anexo 2. Consentimiento informado de Estudio 2

*Estudio sobre experiencias de personas profesionales  
en la atención de Violencia de Género en el ámbito de  
la Salud*



Doctorado de Psicología de la Salud

### Objetivo del estudio

La presente investigación se enmarca en un proyecto de tesis doctoral de la Master Kattia Rojas Loría. El propósito es conocer, desde una perspectiva de género, las experiencias de las personas profesionales involucradas en el ámbito de la salud y su relación con el abordaje de las mujeres que sufren violencia de género. Esas experiencias permiten ser fuente de análisis de los servicios, necesidades y prácticas para valorar los procesos surgidos desde la aplicación de las políticas y planes que se han gestado en Costa Rica y Cataluña.

La sesión tiene una duración máxima de una hora y se le pedirá que nos cuente su experiencia en este campo de trabajo desde sus distintos roles. La entrevista será registrada en audio para su posterior transcripción y análisis, eliminando de la transcripción cualquier dato que permitiera identificarla.

Su colaboración en este estudio es totalmente voluntaria y, si así lo desea, podrá abandonarlo en cualquier momento sin ningún tipo de perjuicio.

### Declaración de consentimiento informado

\_\_\_\_\_ manifiesta que:

- 1) Participa voluntariamente en esta investigación.
- 2) Permite la grabación y transcripción de la entrevista.

El equipo de investigación está integrado por Msc. Kattia Rojas Loría, Dra. Teresa Gutiérrez, Dra. Ana Fernández y Dr. Francisco Villamarán declara que:

- 1) Mantendrá el anonimato de las personas que hayan participado en esta investigación, y la confidencialidad de los datos se deriven de ella, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (España).
- 2) Informará al participante (si lo solicita) de los resultados generales de la investigación cuando ésta finalice.

Tras leer éste documento, consiento en participar en la entrevista

Firma de la persona participante

P/Equipo de investigación

Bellaterra, a \_\_\_\_\_ de 2012

Si es de su interés, puede facilitarnos a continuación su dirección mail de contacto para recibir, una vez terminado el estudio, los resultados generales del mismo.

e-mail \_\_\_\_\_

Si le surgiera cualquier duda en relación al estudio, recuerde que también podrá remitirla a la dirección de correo electrónico del [rkattia@hotmail.com](mailto:rkattia@hotmail.com) teléfono (34) 695-179104.

## Anexo 3. Códigos de entrevistas semiestructuradas de Estudio 2

### Codificación de Entrevistas semiestructuradas en Cataluña. Estudio 2

Nombre	Edad	Sexo	Profesión	Años de Experiencia en V.G	Fecha entrevista	Rol
CAT01	51	Mujer	Psicóloga	16 años	28/11/2011	Asistencial y formación de profesionales
CAT02	42	Mujer	Médica de Familia	7 años	02/02/2012	Asistencial
CAT03	33	Mujer	Psicóloga	12 años	13/02/2012	Asistencial y formación de profesionales
CAT04	44	Mujer	Psicóloga	6 años	21/02/2012	Planificación
CAT05	56	Mujer	Trabajadora Social,	16 años	24/02/2012	Asistencial
CAT06	54	Mujer	Trabajadora Social	31 años	29/02/2012	Planificación
CAT07	56	Mujer	Psicóloga	12 años	14/03/2012	Asistencial, Salud Mental
CAT08	55	Mujer	Enfermera	25 años	17/04/2012	Asistencial

## Codificación de Entrevistas semiestructuradas en Costa Rica. Estudio 2

Nombre	Edad	Sexo	Profesión	Años de Experiencia en V.G	Fecha de entrevista	Rol
CR01	55	Mujer	Médica-Psiquiatra	30 años	21/12/2011	Planificación Asistencial
CR02	49	Mujer	Psicóloga,	23 años	05/01/2012	Planificación y formación Asistencial
CR03	52	Mujer	Trabajadora Social,	23 años	11/01/2012	Planificación Asistencial
CR04	58	Mujer	Trabajadora Social,	21 años	24/01/2012	Planificación Asistencial
CR05	33	Mujer	Psicóloga	8 años	20/03/2012	Asistencial
CR06	31	Mujer	Técnica de Atención Primaria ATAP	2 años	03/05/2012	Asistencial
CR07	32	Hombre	Médico de Familia	5 años	04/05/2012	Asistencial
CR08	48	Mujer	Enfermera en Salud Mental	15 años	15/05/2012	Formación



## Anexo 4. Categorías mixtas para análisis de entrevistas. Estudio 2.

Categoría	Definición	Subcategorías
1. Implementación de políticas, planes y protocolos en Salud sobre Violencia de Género	Opinión sobre el impacto de la aplicación de las políticas y planes en Violencia de Género en Salud en el quehacer profesional	<p><b>1.1 Mecanismos de impulso de estas políticas y planes (emergente)</b></p> <p><b>1.2 Logros percibidos de los profesionales de la salud sobre esas políticas en el quehacer</b></p> <p><b>1.3 Dificultades en la implementación</b></p>
2. Organización de la Atención en Salud	Forma en la cual se organiza el sistema de salud para detectar, registrar, atender y dar seguimiento a las mujeres	<p>2.1 Recursos de la red con los que interactúa el sistema de salud para detectar y dar una atención a las mujeres que viven violencia de Género</p> <p>2.2. Dificultades en las formas de relación de los profesionales de la salud pública con los diferentes recursos de la red</p> <p>2.3 Logros</p> <p>2.4 Obstáculos en el sistema de salud para realizar las tareas de detección, atención y seguimiento</p>
3. Papel de la concepción de violencia de género en la atención sanitario	Percepción y valores sobre el concepto de violencia de género en las mujeres y su relación con las formas de atenderías	<p>3.1 Concepto de salud en la detección de la violencia de género en el sistema de sanidad público.</p> <p>3.2 Concepto e ideas de Violencia de Género por parte de los profesionales</p> <p>3.3. Características del rol del profesional que se requiere en la atención de la violencia de género</p>

Categoría	Definición	Subcategorías
4. Necesidades del recurso humano en el trabajo con la Violencia de Género	Situaciones percibidas que deben ser satisfechas en los profesionales de la salud para potenciar el servicio de atención	<p>4.1 Situaciones percibidas en la formación del profesional de la salud para ser sensible a la violencia de género</p> <p>4.2 Situaciones percibidas que deben ser satisfechas en la atención sanitaria</p> <p>4.3. Situaciones percibidas que requieren entender nuevas formas de expresión de la violencia de género</p> <p>4.4 Situaciones percibidas que requieren abordarse institucionalmente</p> <p>4.5 Situaciones percibidas sobre las principales efectos en el personal de salud que trabaja con la violencia de género</p>
5. Propuestas de Mejora de la atención sanitaria	Valoración de los aspectos que pueden incidir en una mejora de la atención de la V.G en las mujeres desde la perspectiva del personal de salud	<p>5.1 Estrategias de capacitación atención de la violencia de género</p> <p>5.2 Estrategias a nivel de las instituciones de salud para gestionar la red y los servicios a las mujeres</p> <p>5.3 Aspectos que pueden contribuir a mantener un recurso humano entrenado y sólido en la implementación de los servicios de atención</p>

## Anexo 5. Consentimiento informado de Estudio 3

### Consentimiento Informado

Este cuestionario forma parte de una investigación doctoral que se desarrolla en el área de la Psicología de la Salud en la Universidad Autónoma de Barcelona. La investigadora Kattia Rojas Loría a través de la persona asignada para la aplicación de los cuestionarios me ha informado sobre el estudio y ha contestado mis preguntas. Tengo la posibilidad de solicitar más información si lo deseo, a través de las siguientes vías de contacto:

#### DOCTORANDA:

Kattia Rojas Loría.  
[rkattia@hotmail.com](mailto:rkattia@hotmail.com). Teléfono: (34) 935 920279

#### DIRECTORAS DE LA TESIS:

Dra. Teresa Gutiérrez Rosado.  
 Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. [teresa.gutierrez@uab.cat](mailto:teresa.gutierrez@uab.cat)

Dra. Ana Fernández Sánchez.  
 Investigadora ..... [afernandez@pssjd.org](mailto:afernandez@pssjd.org)

Mi participación es totalmente voluntaria. No he de participar si no lo deseo, ni contestar ninguna pregunta que no quiera contestar. También entiendo que puedo abandonar el estudio en cualquier momento y sin dar explicaciones. En caso de abandonar esto no tendrá consecuencias negativas para mí. Además puedo hacer cualquier pregunta sobre el estudio en cualquier ocasión. He recibido una copia de este formulario de consentimiento.

Sé que no habrá compensación económica por mi participación.

\_\_\_\_\_  
 Firma de persona informante

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma de Investigadora

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Fecha

## Anexo 6. Modelo de cuestionario. Factores influyentes del abordaje de la Violencia Machista en Atención Primaria.

### Factores influyentes del abordaje de la Violencia Machista en Atención Primaria. Cuestionario para Cataluña

Este cuestionario forma parte de una investigación doctoral que se realiza en la Universidad Autónoma Barcelona en el área de Psicología de la Salud y que lleva por título “La violencia de género desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los profesionales de la salud. Estudio transcultural en Costa Rica y Cataluña”

En el sistema sanitario, la atención primaria figura como una de las principales puertas de entrada y detección de las mujeres que viven en situaciones de violencia de género. El cuestionario que se presenta tiene como objetivo relacionar las actuaciones del personal de salud en atención primaria, en el abordaje de la violencia de género con factores destacados en la literatura que pueden funcionar como facilitadores o barreras. Entre estos factores se debe destacar las actitudes, los conocimientos, la formación, el manejo de los recursos socio-sanitarios, las prácticas de autocuidado y la calidad de vida laboral. (Blanco, 2002; Campbell, Raja, & Grining, 1999; Herreño & Agoff, 2006; Garimella, Plichta, Houseman, & Garzon, 2000; Ferrer, 2010.; Edwards, 2006).

Se administra a profesionales de la salud que trabajan en centros de atención primaria, los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) en Cataluña y Áreas de Salud (ÁS) en Costa Rica.

Este cuestionario está conformado por los siguientes bloques temáticos:

- Bloque A: Datos básicos
- Bloque B: Actitudes y prácticas hacia el abordaje de la Violencia de Género en Atención Primaria. [Subescala del Cuestionario de conocimientos y actitudes de los médicos/as de familia de Castilla y León respecto a la Violencia Doméstica” (Herrero Velázquez, 2011)]
- Bloque C: Recursos Socio sanitarios
- Bloque D: Conocimientos profesionales y normativos
- Bloque E: Formación
- Bloque F: Escala de Estilos de Práctica Profesional (Mira JJ, Llinás G, Gil V, Orozco D, Palazón I, Villater J., 1998)
- Bloque G: Impacto en la vida personal y prácticas de autocuidado:
- Bloque H: Propuestas de mejora

Los resultados de esta investigación tienen interés en el ámbito de las mejoras de los sistemas de salud, ya que aporta información sobre las variables que facilitan u obstaculizan la atención de la violencia de género hacia las mujeres desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Permite la comparación transcultural donde se exploran las fortalezas y debilidades en cada contexto para dar pistas útiles en el desarrollo de procesos de planificación y programas en salud que mejoren la atención de las mujeres.

Necesitamos que contestes atentamente con sinceridad y rigor todas las preguntas ya que nos ayudará a responder a los objetivos que nos planteamos. Con el fin de garantizar el carácter confidencial de la información suministrada, las respuestas dadas a cada cuestionario por un mismo participante serán codificadas numéricamente para su tratamiento estadístico y en ningún caso figurará la identidad de los/las participantes. Los datos obtenidos de sus respuestas serán usados únicamente con fines de investigación y exclusivamente tendrán acceso a ellos el equipo de investigación.

La información es confidencial, no afectará su trabajo ni cargo<sup>1</sup>.

**Instrucciones:** Completar este cuestionario requiere aproximadamente 25 minutos. Por favor **conteste todas las preguntas**

**No es necesario escribir su nombre**

**Modalidad de administración: Autoinforme**

---

<sup>1</sup> Contacto: Máster Kattia Rojas Loría. [rkattia@hotmail.com](mailto:rkattia@hotmail.com) Tel: (506) 8867-2287/ 00(34) 695-179104

**Bloque A: Datos Básicos****Rellene sus datos y marque con una X donde corresponde**

1. Identificación de cuestionario	<input checked="" type="checkbox"/> No conteste esta pregunta
2. País	<input type="checkbox"/> Cataluña, España <input type="checkbox"/> Costa Rica
3. Centro de Atención Primaria	_____
4. Fecha de nacimiento	Día ___/Mes ___/Año ___
5. Edad:	___ ___
6. Fecha de entrevista	Día ___/Mes ___/Año ___
7. Profesión	<input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Trabajo Social <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____
8. Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
9. Experiencia profesional en la atención de mujeres víctimas de Violencia Machista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Cuánto tiempo hace que trabaja con la Violencia Machista?	___ ___ años
11. Años trabajados en Atención Primaria	___ ___ años

**Bloque B: Actitudes**

**Señale su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones**

12. La violencia machista hacia las mujeres es un problema social	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5
13. La violencia machista hacia las mujeres es un problema sanitario	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5
14. La violencia machista hacia las mujeres es un problema privado de pareja.	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5
15. La violencia hacia las mujeres sólo sucede en la pareja	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5
16. Señale con qué frecuencia pregunta a sus pacientes si son víctimas de violencia machista	Siempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1
	Casi Siempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5

**Señale su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de las posibles motivaciones para preguntar a las pacientes en relación con la Violencia Machista.**

17. No pregunto por miedo a ofender a las pacientes	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5
18. No pregunto porque siento incomodidad e inseguridad al tratar estos temas con las pacientes	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5
19. No sé cómo preguntar estos temas	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5
20. Me preocupa no poder controlar la reacción emocional de la víctima	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5
21. No pregunto por las obligaciones judiciales posteriores que conlleva la detección de estos problemas	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5
22. Prefiero no preguntar porque aunque lo detecte no puedo ofrecer soluciones apropiadas al problema	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5
23. No tengo tiempo y el preguntar sobre este tipo de problema lo exige	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5



24. El problema de la violencia machista es asunto de Trabajo Social y no de la Medicina.	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5

**Señale su grado de acuerdo o desacuerdo ante cada una de las posibles actuaciones del profesional de salud ante el problema de la violencia machista que se indican a continuación**

25. El personal de la salud, frente a cualquier paciente debe estar alerta ante la posibilidad de malos tratos y preguntar sobre factores de riesgo	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5

26. Debe actuar solo cuando lo demanda la paciente	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5

27. Debe actuar solo cuando hay lesiones	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5

28. Este es un problema de gran complejidad por lo que el personal de salud debe limitarse a informar a la paciente y derivarla a Servicios Especializados	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5

29. Debe ofrecer atención a todos los miembros de la familia, incluido el agresor, con el apoyo de otros profesionales del equipo del EAP y los servicios sociales	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5

**Con frecuencia víctima y agresor están asignados al mismo profesional de salud. Señale su grado de acuerdo o desacuerdo ante cada una de las actuaciones con el agresor**

30. Contacto con el agresor para entrevistarlo	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5

31. No procede por mi parte ninguna actuación con el agresor.	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5

32. Proporciono la orientación y consejo al agresor.	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5

33. Las personas violentas me producen un gran rechazo, por lo que si puedo, le invito a cambiarse de profesional	Totalmente de Acuerdo	<input type="checkbox"/> 1
	De acuerdo	<input type="checkbox"/> 2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 4
	Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 5

**Si su paciente víctima de violencia machista tuviera hijos e hijas menores de edad, responda a cada una de estas afirmaciones**

34. Investigo si son víctimas también de malos tratos	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

35. Comunico al pediatra o a medicina familiar.	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

36. Comunico a Trabajo Social	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

37. Lo pongo en conocimiento del servicio de protección a la infancia	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

**A través de la entrevista clínica y exploración ha llegado a la conclusión de que su paciente está siendo víctima de malos tratos. Responda a cada una de las afirmaciones siguientes**

38. Valoro si corre un riesgo grave por sus lesiones físicas	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

39. Ante lesiones físicas leves, emito parte judicial	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

40. Valoro de algún modo el riesgo de suicidio	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

41. En el maltrato psicológico sin lesiones físicas, hago parte judicial	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

42. Le informo de los recursos sociales en la comunidad, ONGs, municipalidad	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

43. Si sospecho que la víctima corre riesgo de agresión grave, informo a la policía	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

**Bloque C. Recursos Socio sanitarios****Ante los casos de violencia machista con qué frecuencia suele derivar a otros profesionales o instituciones**

44. A Trabajo Social	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

45. Al hospital	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

46. A la policía	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

47. Juzgado	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

48. Servicios Salud Mental	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

49. Organizaciones de Ayuda a víctimas de violencia intrafamiliar	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

50. Ayuntamientos	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

**Cuando he necesitado de los recursos sociales que a continuación se detallan, la respuesta que obtuve ha sido eficaz:**

51. Policía	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

52. Teléfono de atención a víctimas	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

53. Instituciones (Instituto de la Dona)	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

54. Protección a la Infancia	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

55. Servicios de los Ayuntamientos	Siempre	<input type="checkbox"/> 1
	Casi siempre	<input type="checkbox"/> 2
	A veces	<input type="checkbox"/> 3
	Casi nunca	<input type="checkbox"/> 4
	Nunca	<input type="checkbox"/> 5

**Bloque D: Conocimientos Profesionales y Normativos**

**Conoce el siguiente marco normativo para el abordaje de la violencia de género hacia las mujeres en su país. Marque sí o no.**

56. Políticas públicas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
57. Programas en el ámbito de la salud	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
58. Normas y protocolos de actuación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Señale el grado de utilidad del siguiente marco normativo para su quehacer profesional**

59. Políticas públicas	<input type="checkbox"/> Muy útil
	<input type="checkbox"/> Bastante útil
	<input type="checkbox"/> Útil
	<input type="checkbox"/> Poco útil
	<input type="checkbox"/> Nada útil
60. Programas en el ámbito de la Salud	<input type="checkbox"/> Muy útil
	<input type="checkbox"/> Bastante útil
	<input type="checkbox"/> Útil
	<input type="checkbox"/> Poco útil
	<input type="checkbox"/> Nada útil
61. Protocolos de actuación Sanitarios	<input type="checkbox"/> Muy útil
	<input type="checkbox"/> Bastante útil
	<input type="checkbox"/> Útil
	<input type="checkbox"/> Poco útil
	<input type="checkbox"/> Nada útil

**Algunas situaciones se consideran de mayor riesgo para sufrir Violencia machista del listado siguiente responda sí o no respecto a aquellas que le parezcan que son situaciones de riesgo**

62. Tener una pareja alcohólico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
63. Antecedentes en la familia de origen de la víctima de violencia machista	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
64. Antecedentes en la familia de origen del agresor de violencia machista	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
65. Que la mujer sufra depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
66. Desempleo o precariedad laboral del agresor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
67. Estar embarazada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**La presencia de alguno de estos síntomas debería hacernos pensar en la posibilidad de violencia machista**

68. Crisis de ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
69. Hiperfrecuentación de la consulta por motivos "banales"	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
70. Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
71. Dolores torácicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
72. Abdominalgias inespecíficas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
73. Abortos de repetición	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
74. Dispepsia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**75. En el caso que usted deba atender una mujer víctima de agresión sexual (violación), elija entre estas opciones la que usted llevaría a cabo (solo una)**

1. Realizar la primera atención tratando las lesiones, desinfectando a la víctima y la enviaría al hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Tras hacer la primera atención urgente, se hará profilaxis de infecciones y la prevención del embarazo con la píldora postcoital, realizaría parte judicial y le enviaría a casa, citándola el lunes con Trabajo Social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Valoro la situación física, psíquica y social de la mujer, garantizar trasladar a la víctima al hospital sin que haya alteración de pruebas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Bloque E: Formación**

**Respecto a su formación en VG puntúe del 1 al 5, las siguientes afirmaciones teniendo en cuenta que 5=MUCHO, 4=BASTANTE, 3=ALGO, 2=POCO, 1=NADA**

76. Su capacitación para diagnosticar, tratar y orientar a una paciente víctima de violencia machista	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

77. La necesidad de recibir información y entrenamiento sobre el abordaje de violencia machista	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

78. La formación recibida sobre violencia machista	5	4	3	2	1
--	---	---	---	---	---

79. La actualización recibida sobre violencia machista en mi centro de trabajo	5	4	3	2	1
--	---	---	---	---	---

**Bloque F: Estilos de Práctica Profesional**

A continuación encontrará unas frases relacionadas con su trabajo y cómo se encuentra usted en el mismo. Conteste con una cruz (X) en la casilla correspondiente a su grado de acuerdo

80. En mi trabajo me encuentro muy satisfecho o satisfecha	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5
81. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5
82. Los y las profesionales de la salud, al estar sobrecargados por los problemas sociales de los y las pacientes, no podemos utilizar las destrezas clínicas para las que hemos sido capacitados	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5
83. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5
84. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5
85. Mi capacidad como profesional de la salud se malgasta con frecuencia en ver a personas que no presentan un problema "clínico"	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5

86. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5
87. Con frecuencia me siento con sobrecarga de trabajo	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5
88. En el poco tiempo que dura una consulta, es prácticamente imposible conseguir dar apoyo psicológico a los y las pacientes	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5
89. Me convengo que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5
90. Con frecuencia me he visto obligado a emplear "a tope" (al máximo) toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5
91. Diagnosticar y tratar los problemas psicosociales de los y las pacientes es la parte menos interesante de la práctica en salud en atención primaria	Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	1
	En desacuerdo	<input type="checkbox"/>	2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/>	3
	De acuerdo	<input type="checkbox"/>	4
	Muy de acuerdo	<input type="checkbox"/>	5

**Bloque G: Vida Personal y Prácticas de Autocuidado:**

1. Señale con qué frecuencia le impacta en su vida personal el trabajo con las mujeres que sufren violencia machista.

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Casi nunca
- Nunca

2. En el último año, ha realizado prácticas de autocuidado. Marque con una X tantas opciones como haya realizado

- 1. No he realizado actividades de autocuidado
- 2. Apoyo emocional y terapéutico individual
- 3. Caminatas y paseos u otras actividades
- 4. Estar con mi familia, amigos, amigas, pareja
- 5. Masajes
- 6. Otro: Especifique \_\_\_\_\_

3. En mi lugar de trabajo tenemos las siguientes actividades de autocuidado. Marque con una X tantas opciones como haya realizado.

- 1. No tenemos actividades de autocuidado
- 2. Reconocimiento y sensibilización de mis propias vivencias en relación con la violencia de género
- 3. Talleres de educación para trabajar el Síndrome de Estrés Profesional
- 4. Apoyo externo de profesionales con formación en trabajo grupal
- 5. Sesiones para dar nuestras recomendaciones pro mejora del servicio a las mujeres
- 6. Vacaciones Profilácticas
- 7. Actividades extra-laborales de recreación y ocio
- 8. Rotación de funciones y responsabilidades
- 9. Sesiones para debatir sobre casos específicos
- 10. Otro: Especifique \_\_\_\_\_

**Bloque H: Propuestas de Mejora**

**95. Para mejorar la atención a las mujeres que viven situaciones de violencia machista marque con una X algunas sugerencias. Marque con una X tantas opciones como proponga.**

1. No creo que pueda realizar ninguna mejora
2. Fomentar grupos de apoyo para las mujeres
3. Mejorar el equipo de trabajo
4. Realizar sesiones clínica
5. Conocer personas de otras instituciones que forman la red
6. Asistir a actividades de autocuidado para el personal de salud en el centro de salud
7. Asistir a actividades de formación para el personal de salud en el centro de salud
8. Apoyar el seguimiento de normas y protocolos
9. Priorizar el tema de la Violencia en el ámbito sanitario
10. Otros: \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

¿Por que no *comes*?

—No tengo hambre.

¿Qué le pasó a tu *brazo*?

—Mi gato.

¿*Lloraste*?

—No, son mis alergias.

¿*Cómo estás*?

—Bien."

**UAB**

Universitat Autònoma  
de Barcelona