

Original

# Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados



Gloria M. Rodríguez-Blanes<sup>a,\*</sup>, Carmen Vives-Cases<sup>b,c,d</sup>, Juan José Miralles-Bueno<sup>e</sup>, Miguel San Sebastián<sup>f</sup> e Isabel Goicolea<sup>c,f</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Pública de Alcoy (Alicante); Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública, Generalitat Valenciana, España

<sup>b</sup> Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, Alicante, España

<sup>c</sup> Grupo de Investigación de Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España

<sup>d</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>e</sup> Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, Sant Joan d'Alacant (Alicante), España

<sup>f</sup> Departamento de Epidemiología y Salud Global, Universidad de Umea, Umea, Suecia

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 21 de julio de 2016

Aceptado el 21 de noviembre de 2016

On-line el 8 de febrero de 2017

*Palabras clave:*

Violencia de compañero íntimo  
Atención primaria de salud  
Personal sanitario  
Prevención  
Formación

## R E S U M E N

**Objetivo:** La violencia de compañero íntimo (VCI) contra las mujeres es un importante problema de salud pública y de derechos humanos. Los profesionales de atención primaria tienen un papel clave en su detección y abordaje. El objetivo de este estudio es determinar la frecuencia y los factores asociados a la realización de preguntas de detección de VCI en atención primaria, y describir las principales acciones desarrolladas en los casos identificados.

**Métodos:** Estudio transversal en 15 centros de salud de cuatro comunidades autónomas, con 265 profesionales sanitarios. Recogida de información mediante el cuestionario PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*) autocumplimentado, que incluye variables sobre realización de preguntas para detección, sociodemográficas, nivel de formación/conocimientos en VCI, percepciones y acciones. Se realizó un análisis descriptivo y analítico.

**Resultados:** El 67,2% de los participantes señalan que preguntan sobre VCI en la consulta, siendo las acciones más frecuentes referir/derivar a otros servicios, consejo individual y entrega de información. Se asociaron a mayor probabilidad de indagar sobre VCI tener  $\geq 21$  de horas de formación, nivel formativo avanzado, conocer políticas y programas, y disponer de protocolo y recursos apropiados de referencia. La realización de preguntas aumenta a medida que los/las profesionales se sienten formados en VCI y provistos/as de un protocolo de manejo de casos.

**Conclusiones:** Dos terceras partes de los/las profesionales sanitarios/as encuestados/as refirieron indagar sobre VCI. Dada la influencia de la formación en VCI y el conocimiento sobre los recursos para su abordaje, resulta imprescindible continuar invirtiendo en la formación en VCI del personal sanitario.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Detection of intimate partner violence in primary care and related factors

### A B S T R A C T

**Objective:** Intimate partner violence (IPV) against women is a significant public health and human rights problem. Primary care professionals play a key role in detecting and addressing this issue. The aim of this study is to determine the frequency of IPV and its associated factors in primary care by means of a screening questionnaire and to describe the main actions taken in identified cases.

**Methods:** Cross-sectional study in 15 health centres in four autonomous regions of Spain with a total of 265 health professionals. The information was collected through the self-administered PREMIS questionnaire (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey), which includes variables concerning screening questions, sociodemographic factors, level of training/knowledge about IPV, perceptions and actions. A descriptive and analytical study was conducted.

**Results:** 67.2% of participants said they ask about IPV during consultations. The most frequent actions were: referring patients to other departments, individual counselling and information delivery.  $\geq 21$  hours of training, an advanced training level, knowledge of policies and programmes and the implementation of an appropriate protocol and reference resources were all factors that increased the likelihood of investigating IPV. The asking of questions increases in line with professionals' perceived level of training in IPV and the provision of a case management protocol.

*Keywords:*

Intimate partner violence  
Primary health care  
Health personnel  
Prevention  
Training

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [gloriarod@coma.es](mailto:gloriarod@coma.es) (G.M. Rodríguez-Blanes).

**Conclusions:** Two thirds of health professional respondents said they inquire about IPV. Given the influence of training in IPV and awareness of the resources to address the issue, it is essential to continue investing in the IPV training of healthcare personnel.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La violencia de compañero íntimo (VCI) contra las mujeres se refiere a «todo comportamiento de un compañero íntimo que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos actos de agresión física, coerción sexual, maltrato psicológico y control»<sup>1</sup>. Es un importante problema de salud pública y de derechos humanos por su elevada prevalencia, graves consecuencias para la salud e impacto en los servicios sanitarios. El 35% de las mujeres en el mundo han experimentado violencia física o sexual alguna vez en su vida, y un 20-25% de las mujeres en Europa han experimentado VCI<sup>2,3</sup>. Globalmente supone el 13,5% de las causas de homicidio (al menos uno de cada siete casos y más de un tercio de los homicidios de mujeres)<sup>4</sup>. También está relacionada con trastornos físicos y psicológicos, consumo de drogas, tabaco y alcohol, y problemas de salud mental y reproductiva<sup>5,6</sup>. En los hijos de las mujeres afectadas puede provocar efectos a corto, medio y largo plazo, que incluyen alteraciones físicas, emocionales, cognitivo-conductuales y sociales<sup>7</sup>. Por todo ello, su prevención se considera una prioridad de salud pública<sup>8</sup>.

Las mujeres que han sufrido VCI a menudo acuden a los servicios sanitarios para ser atendidas por este y otros motivos de salud, especialmente a los centros de atención primaria, que en muchos casos son el primer y único punto de contacto de las víctimas con el sistema sanitario<sup>1,9</sup>. Además, el personal sanitario son los/las profesionales en quienes a veces más confían, y se considera apropiado que realicen preguntas sobre VCI<sup>1,10</sup>. Los/las profesionales de atención primaria tienen, en definitiva, un papel clave tanto en la detección como en el abordaje y la atención de este tipo de situaciones de abuso.

Existe consenso general sobre algunas acciones que pueden llevarse a cabo desde los servicios de salud en relación a la VCI, recogidas en las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS): estar alerta para detectar posibles signos y síntomas, prestar atención sanitaria, documentar las evidencias, informar sobre los recursos existentes, coordinarse con otros profesionales e instituciones para su derivación, y apoyo y seguimiento de los casos<sup>1</sup>. Todo ello debe hacerse garantizando el consentimiento previo de las mujeres, así como la confidencialidad y la privacidad del entorno.

La realización sistemática de preguntas a todas las mujeres sobre experiencias vividas de violencia, también llamada detección universal o indagación sistemática, es una medida de eficacia controvertida al no disponer de suficientes evidencias científicas que la justifiquen<sup>11-13</sup>. Se ha demostrado que formular preguntas a todas las mujeres que solicitan atención médica permite aumentar la identificación de mujeres que sufren VCI, pero no ha mostrado que reduzca la violencia ni que mejore su estado de salud o sus niveles de ansiedad<sup>1,9,12</sup>. Además, hay estudios que señalan que su aplicación universal podría suponer un posible daño para la mujer si fuese etiquetada como maltratada erróneamente<sup>11</sup>. La OMS recomienda su realización en aquellas mujeres que declaren inicialmente haber sufrido actos de violencia, como parte de la atención de primera línea que se presta. En este sentido, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria aconseja al médico de familia mantener una actitud de alerta ante situaciones de riesgo, indicios o síntomas de violencia, para su detección precoz<sup>13</sup>.

En España, desde el año 2004, se dispone de regulación específica contra la violencia de género, en concreto la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral<sup>14</sup>. Es uno de los pocos países en el mundo donde se legislan actuaciones preventivas en diferentes ámbitos (además del jurídico y el policial), como son el educativo, la publicidad y los medios de comunicación y en sanidad; y se refuerza el papel de los/las profesionales sanitarios/as en cuanto al diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer que sufre maltrato, a través de programas de sensibilización y formación continuada de este personal<sup>15,16</sup>. Para monitorizar el sistema y prestar apoyo técnico se creó la Comisión contra la Violencia de Género en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>14</sup>. Tanto el diagnóstico como la atención a la violencia de género, dentro de la atención primaria y en especializada, están incluidos en la cartera de servicios comunes del SNS, regulada en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre<sup>17</sup>. Y desde el año 2007 se dispone de un protocolo común de actuación sanitaria contra la violencia de género, revisado en 2012, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los casos de VCI, tanto en la atención y el seguimiento como en la prevención y el diagnóstico precoz, además de protocolos específicos desarrollados en cada comunidad autónoma<sup>7</sup>. El protocolo común recomienda la indagación sistemática de maltrato en toda mujer que acuda a consulta y no figure en la historia clínica que se le haya preguntado (consulta inicial o habitual), así como mantener una actitud de alerta/escucha activa para detectar posibles signos o síntomas de violencia.

Se plantea este estudio con el objetivo de analizar la frecuencia con que los/las profesionales sanitarios/as de atención primaria de salud preguntan a las usuarias si se encuentran en una situación de VCI, y los factores asociados a la realización de dicha pregunta, y describir las principales acciones que se llevan a cabo con los casos identificados.

## Métodos

Se realizó un estudio transversal con 15 centros de salud de atención primaria de cuatro comunidades autónomas (Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Región de Murcia) seleccionados a través de muestreo no probabilístico por conveniencia a partir de informantes clave y de la técnica de bola de nieve. La muestra final fue de 265 participantes, conformada por 120 profesionales de medicina (45,3%), 80 de enfermería (30,2%), 31 pediatras (11,7%), 14 matronas (5,3%), 12 trabajadores/as sociales (4,5%) y 8 profesionales de fisioterapia, psicología y sexología (3,1%). Su selección se hizo en el contexto de un proyecto de investigación más amplio sobre los mecanismos que favorecen las buenas prácticas profesionales respecto a la VCI<sup>6,18</sup>.

Se contactó con todo el equipo de atención primaria de los centros, se informó del motivo del estudio y se solicitó su colaboración; se obtuvo una tasa media de respuesta del 66,6% (n total: 398; 82,5% Cantabria, 70% Comunidad Valenciana y Región de Murcia, y 45% Castilla y León). La información se recogió a través del cuestionario PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*) autocomplimentado para valorar la capacidad de respuesta frente a la VCI de los/las profesionales de salud, que integra cuestiones relacionadas con aspectos formativos y de nivel

**Tabla 1**  
Preguntas del cuestionario PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*) analizadas en el estudio. 2013–2014

Variables socio-demográficas	Edad  Sexo Trabajo en el centro de atención primaria como (categoría profesional) ¿Cuánto tiempo ha estado trabajando en atención primaria?
Nivel de formación y conocimientos en VCI	¿Cuánta formación en temas de VCI ha tenido usted? ¿Hay un protocolo de manejo de casos de VCI en su servicio? ¿Está familiarizado con las políticas y programas con respecto a la detección y el manejo de las víctimas de VCI de su institución?
Percepciones	¿Siente que tiene recursos apropiados de referencia de casos de VCI dentro de su centro de atención primaria? ¿Siente que tiene conocimiento adecuado sobre recursos para referencia de pacientes con VCI en su comunidad (casa de acogida, grupos de apoyo)?
Acciones	En los últimos 6 meses, ¿cuál de las siguientes acciones ha realizado cuando ha identificado un caso de VCI?
Variable dependiente	De las situaciones descritas abajo, ¿en cuáles de ellas indaga/hace <i>screening</i> sobre VCI?

VCI: violencia de compañero íntimo.

de conocimientos, opiniones/percepciones y actuaciones/prácticas realizadas en la consulta clínica en los casos de VCI detectados<sup>19</sup>. En concreto, se utilizó la versión validada para la población española<sup>5</sup>.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de la Universidad de Alicante, y previamente a la recogida de la información (llevada a cabo entre enero de 2013 y marzo de 2014) también fue presentado a los distintos equipos de atención primaria para solicitar su participación y el consentimiento informado por escrito de los/las participantes. Se eliminaron los datos identificativos personales en el tratamiento informático de los datos recogidos para garantizar la confidencialidad de la información.

Se analizaron variables pertenecientes a las Secciones I, II y IV del cuestionario PREMIS (tabla 1):

- Dependiente: realización de preguntas para la detección precoz/escucha activa de casos de VCI, dicotómica (sí/no).
- Sociodemográficas: sexo, edad, puesto de trabajo (categoría profesional), antigüedad trabajando en atención primaria.
- Nivel de formación y conocimientos en VCI: horas de formación recibidas, nivel de formación, existencia o no de un protocolo de manejo de casos de VCI, conocimiento o no sobre políticas y programas de detección de casos.
- Percepciones: disponibilidad o no de recursos apropiados de referencia, o conocimientos adecuados sobre los recursos de referencia.
- Acciones: acciones realizadas en los casos identificados de VCI (opciones de respuesta múltiple, no excluyentes).

Los datos de las encuestas en papel se registraron en una base de datos en Excel de Microsoft Office, y para el cálculo de los test estadísticos se utilizó el programa SPSS v. 15.0. Se realizó un análisis descriptivo basado en frecuencias y porcentajes. Además, la variable dependiente se transformó en dicotómica mediante recategorización de las respuestas afirmativas y negativas. Para el estudio de las asociaciones se realizó inicialmente un análisis bivariado mediante la prueba de ji cuadrado, y para cuantificar

la magnitud de la asociación se calculó la *odds ratio* (OR) con un intervalo de confianza del 95% (IC95%). El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística por pasos hacia atrás. El nivel de significación estadística usado en los contrastes de hipótesis fue  $p < 0,05$ .

## Resultados

El 63% de las personas encuestadas eran mujeres, con una edad media de 49,4 años y con 17,9 años de experiencia media trabajando en atención primaria. El colectivo más numeroso fueron los/las médicos/as de familia, seguidos por el personal de enfermería. Un 19,2% refirieron no haber realizado ninguna formación en VCI, y el 25,3% menos de 1 hora de formación. En torno al 60% de los/las entrevistados/as declararon no estar familiarizados/as con las políticas y programas de detección y manejo de casos, y percibían no disponer de recursos apropiados de referencia de los casos detectados en su centro de salud. El 67,2% declararon haber realizado preguntas o indagado sobre VCI en la consulta (tabla 2).

A mayor número de horas de formación recibida y nivel formativo en VCI, se observó una mayor probabilidad de realizar preguntas o de indagar sobre este tema, registrándose para los casos que han recibido 21 horas de formación o más una OR de 12,8 (IC95%: 4,5–36,2). Los/las profesionales que refirieron tener un nivel avanzado de formación en VCI registraron una probabilidad 17 veces mayor de realizar preguntas en comparación con los/las que no tenían dicha formación. Igualmente, estar familiarizado con las políticas y los programas parece incrementar la probabilidad de indagar sobre VCI (OR: 4,6; IC95%: 2,3–9,1), así como disponer de un protocolo de manejo de casos en el servicio (OR: 3,2; IC95%: 1,8–5,6) y de recursos apropiados de referencia (OR: 2,9; IC95%: 1,6–5,5) (tabla 3).

En el análisis multivariado se observó que la probabilidad de indagar sobre VCI aumentaba cuantas más horas de formación sobre el tema se habían recibido ( $\geq 21$  horas, OR: 18,5 [IC95%: 3,6–94,8]; de 1 a 20 horas, OR: 8,5 [IC95%: 2,1–34]), una vez ajustado por el resto de las variables. También se observó que la probabilidad de hacer preguntas era tres veces mayor entre los/las profesionales cuyo centro de salud disponía de un protocolo de manejo de casos (OR: 3,5; IC95%: 1,1–11,1) (tabla 3).

Las acciones realizadas con más frecuencia en atención primaria en los casos identificados fueron referir o derivar a otros servicios profesionales (trabajador social, policía, línea telefónica local de ayuda o programa de casas de acogida, entre otros recursos) en un 46,1% de las ocasiones, consejo individual (37,1%) y entrega de información (28,1%). Con menor frecuencia, se colaboró en la realización del plan de seguridad para las mujeres o en la valoración del riesgo de los/las hijos/as (tabla 4).

## Discusión

Dos terceras partes del personal de atención primaria que participó en el estudio refirieron haber realizado preguntas sobre VCI a sus pacientes en los últimos 6 meses. Las acciones emprendidas en los casos detectados fueron la derivación a otros servicios asistenciales, en casi la mitad de las ocasiones, y aconsejar sobre las opciones o entregar información. Según las recomendaciones de la OMS y del protocolo común de actuación sanitaria, estas actuaciones son consideradas buenas prácticas en materia de VCI<sup>1,7</sup>. La realización de preguntas sobre VCI aumenta fundamentalmente a medida que los/las profesionales se sienten formados/as en VCI y provistos/as de un protocolo de manejo de casos. Tener un conocimiento adecuado sobre los recursos de referencia en la comunidad también se relacionó con la realización de preguntas sobre

**Tabla 2**

Principales características de los/las profesionales de atención primaria participantes en el estudio. 2013-2014

	Total	
	n	(%)
<b>Sexo</b>		
Hombre	89	(33,6)
Mujer	167	(63,0)
Total	265	(100,0)
<b>Edad (años)</b>		
≤47	87	(32,8)
48-55	88	(33,2)
≥56	83	(31,3)
Total	265	(100,0)
<b>Horas de formación en VCI</b>		
<1	67	(25,3)
1-20	108	(40,8)
≥21	61	(23,0)
Total	265	(100,0)
<b>Años trabajando en atención primaria</b>		
<15	86	(32,5)
15-23	85	(32,1)
≥24	84	(31,7)
Total	265	(100,0)
<b>Nivel de formación en VCI</b>		
Ninguna	44	(16,6)
Básica	162	(61,1)
Avanzada	52	(19,6)
Total	265	(100,0)
<b>Protocolo</b>		
No	123	(46,4)
Sí	136	(51,3)
Total	265	(100,0)
<b>Familiarizado con políticas y programas</b>		
No	160	(60,4)
Sí	96	(36,2)
Total	265	(100,0)
<b>Siente que dispone de recursos apropiados de referencia</b>		
No	162	(61,1)
Sí	97	(36,6)
Total	265	(100,0)
<b>Conocimiento sobre recursos de referencia</b>		
No	60	(22,6)
Sí	66	(24,9)
Total	265	(100,0)
<b>Preguntas sobre VCI</b>		
No	79	(29,8)
Sí	178	(67,2)
Total	265	(100)

VCI: violencia de compañero íntimo.

violencia, aunque dicha asociación desapareció al ajustar por otras características.

Entre los/las profesionales entrevistados/as se ha observado que algo más del 65% indagan sobre VCI en su consulta. Comparar este resultado con otros estudios realizados en el ámbito de la atención primaria resulta controvertido, dado que la mayoría de las investigaciones miden la prevalencia de casos detectados entre las usuarias de centros de salud, tanto en el contexto internacional como en el nacional, y no el porcentaje de profesionales sanitarios que realizan dichas preguntas<sup>20-25</sup>. No obstante, desde la perspectiva de los/las profesionales, nuestros hallazgos difieren de los de otros estudios de España y el Reino Unido que registran porcentajes de realización de preguntas sobre violencia inferiores (entre el 14% y el 51%)<sup>10,26,27</sup>. Esta discrepancia en los resultados debe interpretarse con cautela, ya que puede deberse a las diferencias en la recogida de la variable dependiente, su aplicación en

**Tabla 3**

Resultados de los análisis bivariado y multivariado sobre factores asociados a la realización de preguntas sobre violencia de compañero íntimo en profesionales de atención primaria. 2013-2014

	Sí preguntas sobre VCI n (%)	OR (IC95%)	ORa (IC95%)
<b>Sexo</b>			
Hombre	64 (73,6)	1	1
Mujer	108 (67,1)	0,7 (0,4-1,3)	-
Total	172 (69,4)		
<b>Edad (años)<sup>a</sup></b>			
≤47	51 (59,3)	1	1
48-55	68 (79,1)	2,6 (1,3-5,1)	-
≥56	53 (67,9)	1,4 (0,8-2,8)	-
Total	172 (68,8)		
<b>Horas de formación en VCI<sup>b</sup></b>			
<1	30 (46,2)	1	1
1-20	72 (69,2)	2,6 (1,4-5,0)	8,5 (2,1-34,0)
≥21	55 (91,7)	12,8 (4,5-36,2)	18,5 (3,6-94,8)
Total	157 (68,6)		
<b>Años trabajando en atención primaria</b>			
<15	54 (63,5)	1	1
15-23	54 (66,7)	1,1 (0,6-2,2)	-
≥24	62 (75,6)	1,8 (0,9-3,5)	-
Total	170 (68,5)		
<b>Nivel de formación en VCI<sup>b</sup></b>			
Ninguna	17 (39,5)	1	1
Básica	111 (70,3)	3,6 (1,8-7,3)	-
Avanzada	46 (92,0)	17,6 (5,3-57,8)	-
Total	174 (69,3)		
<b>Protocolo<sup>b</sup></b>			
No	68 (57,6)	1	1
Sí	108 (81,2)	3,2 (1,8-5,6)	3,5 (1,1-11,1)
Total	176 (70,1)		
<b>Familiarizado con políticas y programas<sup>b</sup></b>			
No	93 (59,2)	1	1
Sí	80 (87,0)	4,6 (2,3-9,1)	-
Total	173 (69,5)		
<b>Siente que dispone de recursos apropiados de referencia<sup>a</sup></b>			
No	99 (62,3)	1	1
Sí	77 (82,8)	2,9 (1,6-5,5)	-
Total	176 (69,8)		
<b>Conocimiento sobre recursos de referencia<sup>a</sup></b>			
No	43 (72,9)	1	1
Sí	55 (87,3)	2,6 (1,0-6,5)	-
Total	98 (80,3)		

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio; ORa: OR ajustada; VCI: violencia de compañero íntimo.

<sup>a</sup> p < 0,05.<sup>b</sup> p < 0,001.**Tabla 4**

Principales acciones en los casos de violencia de compañero íntimo detectados por profesionales de atención primaria de salud. 2013-2014

	Total	
	n	(%)
Referencia a otros servicios	82	(46,1)
Consejo individual sobre opciones	66	(37,1)
Entrega de información	50	(28,1)
Valoración del riesgo de la víctima	41	(23,0)
Ayuda en plan de seguridad	20	(11,2)
Valoración del riesgo de los/las hijos/as de la víctima	19	(10,7)
No identificación en últimos 6 meses	89	(50,0)
Perdidos	1	(0,6)
Total	178	(100)

contextos culturales distintos y los desiguales tamaños de muestra de cada estudio.

En la legislación española se recoge la necesidad de disponer de protocolos específicos para detectar e intervenir en los casos de VCI, como guías de las acciones esenciales a desarrollar (que contribuyen a reducir la incertidumbre y aumentar la autoeficacia), pero su efectividad depende de una capacitación adecuada por parte de los/las profesionales sanitarios/as<sup>6,16</sup>. De igual forma, se contempla la realización de programas de sensibilización y formación continuada del personal para mejorar e impulsar el diagnóstico precoz y el tratamiento de los casos. La importancia de la formación específica, así como disponer de protocolos de actuación y conocer los recursos de referencia asistenciales y más ampliamente en la comunidad, han sido señalados por diferentes autores, en concordancia con los hallazgos de este estudio<sup>10,28,29</sup>. Además, algunas investigaciones consideran clave la combinación de factores y recomiendan un abordaje integral y multidisciplinario de la VCI<sup>1,6,7</sup>. En este sentido, según nuestros resultados, estar familiarizado con las políticas y programas, o disponer de recursos apropiados de referencia combinados, se asociaron a una mayor probabilidad de indagar sobre VCI, pero no de manera independiente. También puede que la variable «horas de formación» explique mejor la variable dependiente que el «nivel de formación», y por tanto, al utilizarla junto con el nivel de formación, hace que esta deje de ser importante en el modelo de regresión.

La capacitación del personal sanitario a través de los conocimientos y de la formación específica es importante para que desarrollen buenas respuestas frente a los casos de VCI<sup>1,6</sup>. Está orientada a desarrollar aptitudes que permitan prestar apoyo de primera línea a las víctimas (entendido como apoyo inmediato, indagar/escucha activa de antecedentes e informar sobre recursos), saber cuándo y cómo preguntar sobre VCI, documentar los casos, realizar seguimientos y emplear adecuadamente los recursos de referencia disponibles, así como suministrar información y colaborar en la realización de un plan de seguridad de la paciente. Además, la combinación de conocimientos y aptitudes puede generar actitudes que ayuden a desempeñar las buenas prácticas profesionales en los equipos de atención primaria, como son la autoeficacia, el nivel de preparación percibido, la atención centrada en las mujeres o un buen clima de trabajo en equipo<sup>6</sup>.

Respecto al abordaje de los casos identificados, diversas fuentes internacionales y nacionales recomiendan un apoyo inmediato mediante estrategias que incluyan al menos la información sobre las opciones y los recursos existentes, para elaborar un plan eficaz de seguridad, así como la coordinación/derivación a otros servicios cuando sea necesario<sup>1,7,13</sup>. Nuestros hallazgos son compatibles, aunque con matices, predominando la derivación frente a las actividades de información o colaboración en el plan de seguridad. Tal vez puedan indicar la necesidad de una mayor formación en VCI en el personal sanitario que facilite su abordaje, así como un mejor conocimiento y utilización de los protocolos de actuación.

La proporción de profesionales sanitarios que indagan sobre VCI es notable, pues la mayoría de los casos estudiados refirieron realizar esta práctica. Considerando la influencia de la formación en VCI y el conocimiento sobre los recursos para su abordaje (protocolo de actuación y recursos específicos, entre otros), podría concluirse que las cifras observadas son resultado de la inversión en formación en VCI realizada desde finales de 2004. Sin embargo, se han documentado recortes importantes en materia de formación de los/las profesionales sanitarios/as desde 2010, con descensos generalizados en cuanto al número de horas lectivas (sobre todo en atención primaria) y reducción de actividades de formación en todos los niveles, excepto en sensibilización<sup>30</sup>. Debido a la importancia de la formación en la realización de preguntas sobre VCI, entre otras buenas prácticas, resulta imprescindible continuar invirtiendo en la formación de VCI del personal sanitario, tal como

está previsto en el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención frente a la Violencia de Género, a raíz de la aprobación de la Ley de Protección Integral<sup>14,31</sup>.

En cuanto a las limitaciones del estudio, son las propias de un diseño transversal. La información se obtuvo en centros de salud de cuatro comunidades autónomas, seleccionados por conveniencia en el contexto de una recogida mixta de información cualitativa y cuantitativa, por lo que no podemos asegurar la representatividad de la muestra ni extrapolar los resultados a toda la nación. También las diferentes gestiones autonómicas sanitarias (con competencias descentralizadas) pueden haber influido en las respuestas obtenidas. Se necesitarían más estudios que amplíen el ámbito territorial para confirmar nuestros hallazgos. Sin embargo, la tasa media de respuestas fue cercana al 70%, superior a la registrada en otras investigaciones que preguntan a profesionales de atención primaria<sup>10,28</sup>. Otra posible limitación es el empleo de PREMIS como herramienta de autovaloración de la capacidad de respuesta profesional frente a la VCI, que podría condicionar, en un tema con una alta sensibilidad, un posible sesgo de deseabilidad social, tal vez contrarrestado por el anonimato de los participantes. El hecho de requerir en torno a 15 minutos para su contestación también puede suponer pérdidas de participación, o fatiga al responder los ítems finales, condicionando estas respuestas<sup>10</sup>. No obstante, se permitió a los participantes entregar con posterioridad a su distribución los cuestionarios, para intentar minimizar en la medida de lo posible estos efectos. Además, la autocomplimentación podría suponer un sesgo de recuerdo y darse una tendencia a creer que se pregunta más de lo que en realidad ocurre.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

La violencia de compañero íntimo supone graves consecuencias para la salud de las víctimas, y los centros de salud son, en muchos casos, el primer y único punto de contacto de estas con el sistema sanitario, por lo que los/las profesionales de atención primaria tienen un papel clave en la detección y el abordaje de los casos de violencia.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La proporción de profesionales sanitarios que indagan sobre violencia de compañero íntimo es notable, aumentando esta práctica a medida que se sienten formados en la materia y provistos de un protocolo en el servicio. Dado el potencial de los servicios de atención primaria y la necesidad de identificar intervenciones efectivas y eficientes, los resultados de este estudio pueden servir para la planificación sanitaria y la práctica clínica diaria.

### Editora responsable del artículo

Julia Bolívar.

### Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

## Contribuciones de autoría

C. Vives-Cases, I. Goicolea y M. San Sebastián idearon la pregunta de investigación y, junto con G.M. Rodríguez-Blanes, desarrollaron el objetivo del estudio. G.M. Rodríguez-Blanes y J.J. Miralles-Bueno realizaron el análisis de los datos con la supervisión de C. Vives-Cases. G.M. Rodríguez-Blanes se encargó de desarrollar un primer borrador del manuscrito con la supervisión de C. Vives-Cases. Todos/as los/las autores/as contribuyeron en la elaboración de los sucesivos borradores hasta llegar a la versión final de este documento, acordaron los contenidos del manuscrito y acreditan su veracidad.

## Agradecimientos

A todos y todas los/las profesionales de los centros de atención primaria de salud que accedieron a participar en el estudio.

## Financiación

Este estudio forma parte del proyecto de investigación *Violencia contra las mujeres en la pareja y respuestas de los profesionales de atención primaria de salud de España*, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad, el Instituto Carlos III y Fondos FEDER (PI13/00874) para el periodo 2014–2016. También recibió el apoyo económico de COFAS (*COFUND action within the Marie Curie Action People, in the Seventh Framework program and the Swedish Council for Working Life and Social Research/FAS-Forskningsradet för arbetsliv och socialvetenskap*).

## Conflictos de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014.
- World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
- European Institute for Gender Equality. Review of the implementation of the Beijing platform for action in the EU member states: violence against women - victim support. Luxembourg: European Union; 2012.
- Stöckl H, Devries K, Rotstein A, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013;382:859–65.
- Vives Cases C, Torrubiano Domínguez J, Carrasco Portiño M, et al. Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). *Rev Esp Salud Pública*. 2015;89:173–90.
- Goicolea I, Vives-Cases C, Hurtig A-K, et al. Mechanisms that trigger a good health-care response to intimate partner violence in Spain. Combining realist evaluation and qualitative comparative analysis approaches. *PLoS one*. 2015;10:e0135167.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- World Health Organization. Resolution WHA49.25, approved by the Forty-ninth World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 1996.
- Goicolea I, Briones-Vozmediano E, Öhman A, et al. Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain. *BMC Public Health*. 2013;13:1162.
- Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract*. 2012;62:e647–55.
- Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, et al. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia? *Med Clin (Barc)*. 2006;126:101–4.
- O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, et al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015: CD007007.
- Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, et al. *Violencia doméstica*. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
- Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género. L. N° 1/2004 (28 de diciembre 2004).
- Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Legislation on violence against women: overview of key components. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33:61–72.
- Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gac Sanit*. 2012;26:483–9.
- Real Decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. R.D. N° 1030/2006 (16 de septiembre 2006).
- Goicolea I, Vives-Cases C, San Sebastián M, et al. How do primary health care teams learn to integrate intimate partner violence (IPV) management? A realist evaluation protocol. *Implement Sci*. 2013;8:36.
- Short LM, Alpert E, Harris JM Jr, et al. A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *Am J Prev Med*. 2006;30:173–80.
- Alzahrani TA, Abaalkhail BA, Ramadan IK. Prevalence of intimate partner violence and its associated risk factors among Saudi female patients attending the primary healthcare centers in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2016;37:96–9.
- Vieira EM, Perdoná GdSC, Santos MAd. Factors associated with intimate partner violence among health service users. *Rev Saúde Pública*. 2011;45:730–7.
- Martín-Baena D, Montero-Piñar I, Escribà-Agüir V, et al. Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences. *Family Practice*. 2015;32:381–6.
- Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, et al. La violencia contra la mujer en la pareja: un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit*. 2006;20:202–8.
- Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac Sanit*. 2010;24:128–35.
- Cano Martín LM, Berrocoso Martínez A, Arriba Muñoz Ld, et al. Prevalencia de violencia de género en mujeres que acuden a consultas de atención primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2010;3:10–7.
- Torrecillas JMG, Durántez JT, Pereira Md. CL, et al. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*. 2008;40:455–61.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, Fundación Casanova. La atención primaria frente a la violencia de género. Necesidades y propuestas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, et al. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86:85–99.
- Álvarez-Dardet SM, Pérez Padilla J, Lorence Lara B. 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*. 2013;22:41–53.
- Comisión contra la Violencia de Género, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe Violencia de Género 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género. Marco conceptual y ejes de intervención. 2007–2008. (Consultado el 20/5/16.) Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/otrasMedidas/home.htm>