

Original

Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España



Pilar Murillo^a, Miguel San Sebastián^{a,b}, Carmen Vives-Cases^{c,d,e} e Isabel Goicolea^{a,c,*}

^a *Epidemiology and Global Health Unit, Department of Public Health and Clinical Medicine, University of Umeå, Umeå, Sweden*

^b *Departamento de Enfermería I, Escuela de Enfermería, Universidad del País Vasco, Leioa, España*

^c *Grupo de Investigación en Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España*

^d *Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, Alicante, España*

^e *CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de octubre de 2016

Aceptado el 3 de marzo de 2017

On-line el 22 de mayo de 2017

Palabras clave:

Atención primaria de salud
Violencia del compañero íntimo
Violencia contra la mujer
Capacidad de respuesta
Análisis multivariado

Keywords:

Primary health care
Intimate partner violence
Violence against women
Readiness
Multivariate analysis

R E S U M E N

Objetivo: Analizar la capacidad de respuesta a la violencia del compañero íntimo (VCI) de profesionales sanitarios/as españoles/as en atención primaria e identificar posibles determinantes que puedan favorecer una mejor respuesta.

Método: Estudio transversal con muestreo no probabilístico y por conveniencia en profesionales sanitarios/as de 15 centros de atención primaria españoles. El instrumento *Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey* (PREMIS), en su versión validada y traducida al español, permitió recolectar información sobre conocimientos, opiniones y prácticas sobre VCI. Se realizaron análisis estadísticos descriptivo y de regresión lineal bivariada y multivariada.

Resultados: Se recibieron 265 cuestionarios diligenciados, con una tasa de respuesta del 80,3%. Se observó un efecto exposición-respuesta, en el que a más horas de formación, mayor puntuación en las escalas del cuestionario ($p < 0,05$). La edad, el tipo de profesión, los años de experiencia en atención primaria, las horas de formación en VCI y la lectura del protocolo mostraron asociación positiva con conocimientos (preparación percibida, conocimiento percibido, conocimiento real), opiniones (preparación del equipo, requerimientos legales, autoeficacia, disponibilidad de recursos en el lugar de trabajo, barreras, entendimiento de la víctima) y prácticas del personal sanitario.

Conclusiones: Leer el protocolo de actuación regional/nacional y recibir formación en VCI fueron las intervenciones más importantes asociadas a una mejor capacidad de respuesta a la VCI de los/las profesionales sanitarios/as en atención primaria.

© 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/>).

Factors associated with primary care professionals' readiness to respond to intimate partner violence in Spain

A B S T R A C T

Objective: To analyse the Spanish primary care professionals' readiness to respond to intimate partner violence (IPV) in primary care and identify possible determinants that could facilitate a better response.

Method: A cross-sectional study with a non-probabilistic sampling by convenience was performed among healthcare professionals working in 15 primary care centres in Spain. The Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS), the version validated and translated into Spanish, was the instrument used to collect information about knowledge, opinions and practices regarding intimate partner violence. Descriptive analysis and, simple and multiple linear regression analysis were performed.

Results: A total of 265 completed questionnaires were received, with a response rate of 80.3%. An exposure-response effect was observed, where at higher hours of training a higher score was obtained on the questionnaire sections ($p < 0.05$). Age, type of profession, years of experience in primary care, hours of IPV training and reading the protocol showed positive association with knowledge (perceived preparation, perceived knowledge, actual knowledge), opinions (staff preparation, legal requirements, self-efficacy, workplace issues, constraints, understanding of the victim) and practice of healthcare professionals.

Conclusions: Reading the regional/national protocol for action and receiving training in IPV were the most important interventions associated to a better primary care professionals' readiness to respond to IPV in Spanish primary care settings.

© 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/>).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: isabel.goicolea@umu.se (I. Goicolea).

Introducción

La violencia del compañero íntimo (VCI) afecta a todas las comunidades en todos los países del mundo, e impacta negativamente en la salud de las mujeres^{1,2}. En 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó una prevalencia en el mundo que oscila entre el 23,2% y el 37,7% de las mujeres que han tenido pareja alguna vez en la vida². En la Unión Europea, según la encuesta de la *European Union Agency for Fundamental Rights* publicada en 2014, se estimó que el 33% de las mujeres experimentó violencia física o sexual, o ambas, desde los 15 años de edad. Para España, esta encuesta evidenció que aproximadamente una de cada siete mujeres ha experimentado violencia física o sexual por parte de su pareja actual o previa³. Un estudio realizado en España con mujeres usuarias de centros de atención primaria (CAP) mostró que la prevalencia de VCI física, psicológica o sexual alguna vez en la vida presenta gran variabilidad según las comunidades autónomas, con cifras que van desde el 18% en Cantabria hasta el 40,2% en Ceuta y Melilla⁴.

Los servicios sanitarios tienen un papel fundamental en la prevención, la detección y la respuesta a la VCI. Este tipo de violencia tiene repercusiones físicas, mentales y sexuales en la vida de las mujeres afectadas, que hacen mayor uso de los recursos del sistema de salud⁵. Cerca del 47,2% de las mujeres expuestas a VCI buscan ayuda en los servicios sanitarios, principalmente en atención primaria⁶. En España, un estudio transversal realizado con 10.815 mujeres que acudían a los CAP evidenció que el 32,7% de las encuestadas indicaban haber sufrido violencia⁷. Sin embargo, una minoría de los casos de VCI son detectados por profesionales de la salud, y poco se conoce sobre la calidad de la atención que estas mujeres reciben⁸.

Según la OMS, una respuesta apropiada hacia la VCI debe incluir la búsqueda activa y el reporte de nuevos casos, la capacitación permanente de los/las profesionales, la coordinación integral con todos los servicios disponibles (incluyendo aquellos externos al sistema de salud) y la orientación a las mujeres expuestas, salvaguardando su privacidad y la confidencialidad, y respetando sus decisiones. El personal sanitario es, en su mayoría, el primer contacto en estos casos. Por tanto, una mejor capacidad de respuesta se traduce en mejores desenlaces, tanto médicos como psicológicos⁹.

La ausencia de un protocolo actualizado, la falta de formación en VCI, el apoyo insuficiente por parte de profesionales especializados en VCI y la poca disponibilidad de redes de apoyo en la comunidad son factores organizativos que pueden influir negativamente en la capacidad de respuesta a la VCI de los servicios sanitarios¹⁰. Individualmente se han identificado factores como el miedo a ofender a la persona o encasillarla como «típica», ausencia de confianza profesional en la habilidad para manejar la VCI, falta de confianza en el equipo de trabajo y poca información sobre los recursos disponibles¹¹. En España, a raíz de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género del año 2004, se han venido desarrollando intervenciones como la formación de profesionales en VCI y la dotación de recursos, como el *Protocolo común de atención a la violencia de género* en el Sistema Nacional de Salud para abordar precisamente este tipo de barreras^{12,13}.

Para valorar la capacidad de respuesta del personal sanitario a la VCI se han desarrollado herramientas tales como el cuestionario PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*)¹⁴, el cual se ha reconocido como un instrumento útil y confiable para evaluar conocimientos, opiniones y prácticas sobre VCI. Su uso permite recolectar información indirecta sobre la percepción y el manejo integral de la VCI por profesionales sanitarios/as, en quienes son difíciles de obtener otras medidas directas con consideraciones éticas importantes. En este estudio se ha operativizado

la capacidad de respuesta de acuerdo a las escalas descritas en este instrumento.

Desde el año 2004, después de la puesta en marcha de la ley contra la violencia de género, España ha tenido cambios importantes en las políticas de salud nacionales que buscan favorecer la respuesta integral a la VCI. Después de más de 10 años de su implementación, este estudio se plantea con el objetivo de analizar la capacidad de respuesta a la VCI del personal sanitario español en atención primaria, y de identificar los posibles determinantes que puedan contribuir a una mejor respuesta a la VCI en este ámbito clínico.

Método

Estudio transversal utilizando una muestra no probabilística y por conveniencia, llevado a cabo como parte de un estudio más amplio que analiza en profundidad la respuesta sanitaria a la VCI en los CAP¹⁵. Se seleccionaron 15 CAP ubicados en cuatro comunidades autónomas, elegidas a propósito para incluir variabilidad (dos son pequeñas en extensión y uniprovinciales, mientras las otras dos son grandes; dos están situadas en el sur y dos en el norte; y también difieren por sus características sociodemográficas). Dentro de cada comunidad autónoma, los CAP se seleccionaron por la persona responsable del sistema de salud para reflejar la variedad en su ubicación: estaban en seis provincias, y dentro de ellas, en 13 ciudades o pueblos (siete capitales de provincia y ocho ciudades pequeñas o pueblos). En cada CAP se ofreció el cuestionario a todo el personal sanitario, incluyendo trabajadores/as sociales. Los datos se obtuvieron entre junio de 2013 y enero de 2014.

Se utilizó la versión validada para España y traducida al español del PREMIS¹⁶. La versión española presentó buena validez interna y alta fiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach >0,6, coeficiente de correlación intraclase 0,87 y coeficiente de Spearman 0,67). Este cuestionario consta de cuatro secciones: perfil del/de la participante, conocimientos, opiniones y prácticas. Las secciones se describen a continuación y sus variables se resumen en la [tabla 1](#):

- Perfil del/de la participante: recopila información demográfica y laboral de cada participante; incluye edad, sexo, tipo de profesión, años de práctica en atención primaria, número de pacientes atendidos por semana, formación previa en VCI, número de horas de formación en VCI y lectura del protocolo de actuación.
- Conocimientos (tres variables): indaga acerca del nivel de preparación y conocimiento para el manejo de VCI percibida por cada profesional. Además, evalúa el conocimiento real sobre VCI.
- Opiniones (ocho variables): aporta información acerca de actitudes, creencias y opiniones sobre VCI; incluye preparación del equipo, requerimientos legales, disponibilidad de recursos en el lugar de trabajo, autoeficacia, barreras, entendimiento y autonomía de la víctima, consumo de alcohol y drogas.
- Prácticas (una variable): valora el manejo clínico que el personal sanitario realiza al detectar un caso de VCI.

Se utilizaron las 12 variables de respuesta o dependientes provenientes de las secciones de conocimientos, opiniones y prácticas. Según lo descrito en PREMIS¹⁴, no se calcula una única variable de respuesta que englobe las puntuaciones obtenidas en cada sección, ni una variable que totalice todas las secciones. Como variable explicativa o independiente se tomó la información recolectada en la sección del perfil del/de la participante.

El tiempo de respuesta del cuestionario fue en promedio de 35-45 minutos, autocumplimentado por cada profesional y entregado al grupo investigador. Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante.

Tabla 1
Definición de las variables explicativas y de respuesta derivadas de la versión española del cuestionario PREMIS

Sección	Variables	Definición de las variables	Tipo de variable
Perfil del/de la participante	Edad, sexo, tipo de profesión, años de práctica en atención primaria, número de pacientes atendidos por semana, formación previa en VCI, número de horas de formación en VCI, lectura del protocolo de actuación	Información general del/de la participante; incluye características demográficas y laborales	Explicativas o independientes
Conocimientos	Nivel de preparación percibido	Cuán preparado/a se siente cuando trabaja con mujeres expuestas a VCI	De respuesta o dependientes
	Nivel de conocimiento percibido Conocimiento real	Cuánto siente el/la profesional que sabe sobre VCI Explora el conocimiento sobre VCI del/de la profesional incluyendo causas, signos y síntomas, comportamientos de la víctima y prácticas del personal sanitario	
Opiniones	Preparación del equipo	Papel del/de la profesional en el manejo de VCI	
	Requerimientos legales	Conocimiento acerca de requerimientos legales	
	Disponibilidad de recursos en el lugar de trabajo	Disponibilidad de recursos en el centro para el manejo de VCI	
	Autoeficacia	Confianza del/de la profesional sobre su capacidad para manejar la VCI	
Prácticas	Consumo de alcohol o drogas	Relación entre la VCI y el consumo de alcohol o drogas	
	Entendimiento de la víctima	Apoyo profesional durante el proceso de la víctima para entender la VCI	
	Autonomía de la víctima	Habilidad de la víctima para tomar decisiones en relación al abuso	
Prácticas	Barreras	Dificultades para el abordaje de víctimas de VCI	
	Prácticas	Autorreporte del/de la profesional acerca del manejo de la VCI durante la práctica clínica	

VCI: violencia del compañero íntimo.

El análisis de los datos se hizo en tres fases. Primero se realizó un análisis estadístico descriptivo para todas las secciones y se calcularon las puntuaciones de cada variable de respuesta siguiendo el método sugerido en PREMIS¹⁴. Segundo, se realizó un análisis de regresión lineal simple para estudiar la relación entre las variables del perfil del/de la participante (como variables explicativas) y las variables de las secciones de conocimientos, opiniones y prácticas (como variables de respuesta). Por último se realizó un análisis de regresión lineal múltiple utilizando las variables explicativas que mostraron algún efecto sobre las variables de respuesta. Para esta fase se excluyeron las variables de respuesta «autonomía de la víctima» y «consumo de alcohol/drogas» por no mostrar asociación con las variables explicativas. Como grupo de referencia en cada variable explicativa se utilizó aquel con la puntuación promedio más baja respecto a los demás grupos.

Los datos fueron compilados y depurados con Microsoft Excel 2010. La estadística descriptiva y los análisis de regresión se llevaron a cabo con STATA versión 13.

Resultados

En total se recibieron 265 cuestionarios, lo que supone una tasa de respuesta del 80,3%. Las características de la población en estudio se detallan en la **tabla 2**. El promedio estimado de horas de formación recibida para el manejo de la VCI fue de 21 horas, siendo trabajo social y sexología las profesiones que refirieron haber recibido tres veces más horas de formación en comparación con medicina familiar y enfermería. Menos del 30% tuvo entrenamiento formal en este tema y cerca del 20% refirieron no haber recibido ningún tipo de instrucción. Cerca del 50% de los/las participantes refirieron haber leído el protocolo regional/nacional disponible en el CAP.

En cuanto a conocimientos, solo el 31% del personal sanitario refirió sentirse bien preparado para realizar una anamnesis y una exploración física completa durante la atención médica de casos de VCI. Uno de cada cuatro profesionales refirió identificar síntomas y signos de violencia, realizar preguntas enfocadas a facilitar el flujo de información y responder adecuadamente a las necesidades de las mujeres expuestas. Respecto a sus opiniones, cerca del 50%

Tabla 2

Características demográficas y laborales del personal sanitario participante en el estudio

Variable	N	%
<i>Tipo de profesión</i>		
Médico/a familiar	120	45,3
Pediatra	31	11,7
Enfermero/a	80	30,2
Matrón/a	14	5,3
Trabajador/a social	12	4,5
Otros/as profesionales ^a	8	3,0
<i>Sexo</i>		
Hombre	89	33,6
Mujer	167	63,0
Datos faltantes	9	3,4
<i>Edad</i>		
Años, media (DE)	49,4 (9,7)	
<i>Años de experiencia en atención primaria</i>		
Años, media (DE)	18 (10,1)	
<i>Nº pacientes por semana</i>		
No ve pacientes	8	3,0
<20	6	2,3
20-39	31	11,7
40-59	32	12,1
≥60	186	70,2
Datos faltantes	2	0,7

DE: desviación estándar.

^a Incluye profesionales de fisioterapia (4), psicología (2) y sexología (2).

consideraron no tener suficiente formación en VCI para atender estos casos, desconocer los requerimientos legales para su reporte y, a pesar de conocer los recursos disponibles en el CAP, solo un tercio de ellos han sido utilizados. Las actividades más comunes durante la práctica clínica fueron referir el caso a personal especializado u otros servicios, aconsejar acerca de las opciones disponibles y proveer información sobre VCI. Uno de cada cuatro profesionales refirió conocer los recursos disponibles en la comunidad.

Se estimaron modelos de regresión lineal simple y múltiple. En el análisis de regresión simple se observó un efecto exposición-respuesta, en el que gradualmente, a mayor número de horas de

formación en VCI, se obtuvieron puntuaciones más altas en todas las variables de respuesta ($p < 0,05$), excepto en las escalas de consumo de alcohol/drogas y autonomía de la víctima, en las que no se encontró ningún efecto. Así, los/las profesionales sanitarios/as con más de 20 horas de formación obtuvieron puntuaciones más altas en comparación con quienes no recibieron formación alguna. Además, leer el protocolo de actuación se asoció a mejores puntuaciones en el nivel de preparación y conocimientos percibidos, disponibilidad de recursos en el lugar de trabajo, requerimientos legales y prácticas ($p < 0,01$). No se encontró asociación con el sexo y el número de pacientes atendidos por semana en ninguna variable de respuesta.

Los resultados del análisis de regresión lineal múltiple se presentan en la **tabla 3**. La edad, el tipo de profesión, los años de experiencia en atención primaria, las horas de formación en VCI y la lectura del protocolo mostraron una asociación positiva con los conocimientos (nivel de preparación percibido, nivel de conocimiento percibido, conocimiento real), las opiniones (preparación del equipo, autoeficacia, requerimientos legales, disponibilidad de

recursos en el lugar de trabajo, barreras, entendimiento de la víctima) y las prácticas del personal sanitario ($p < 0,05$). Además, el efecto exposición-respuesta entre horas de formación en VCI y las variables de respuesta fue concordante en todos los modelos.

Discusión

Más de 20 horas de formación en VCI se asoció con mejores puntuaciones en el nivel de preparación y conocimientos percibidos, preparación del equipo, requerimientos legales, disponibilidad de recursos en el lugar de trabajo, autoeficacia, entendimiento de la víctima y prácticas. De acuerdo con la OMS, la capacitación del personal sanitario constituye la primera línea de apoyo para las mujeres que experimentan VCI, de la cual se obtienen las herramientas necesarias para brindar una atención integral y de calidad⁹. Además, cuando el conocimiento aumenta con la formación también influye en aspectos personales, como la autoeficacia profesional, lo que genera mejores prácticas clínicas^{17,18}.

Tabla 3
Análisis de regresión multivariado de factores asociados con conocimiento, opiniones y prácticas sobre violencia del compañero íntimo en personal sanitario de atención primaria en España

Variable	Preparación percibida		Conocimiento percibido		Conocimiento real		Preparación del equipo		Requerimiento legal	
	β	IC95%	β	IC95%	β	IC95%	β	IC95%	β	IC95%
Edad	0,011	-0,008-0,029	0,003	-0,016-0,022	-0,189	-0,300--0,079 ^b	-0,002	-0,024-0,020	-0,002	-0,026-0,022
Tipo de profesión										
Médico/a familiar	1,035	0,725-1,344 ^c	0,757	0,445-1,070 ^b	-0,126	-1,936-1,683	0,369	0,006-0,731 ^c	0,809	0,416-1,201 ^b
Pediatra	0,429	-0,011-0,870	0,274	-0,170-0,718	2,013	-0,577-4,603	-0,324	-0,840-0,192	0,683	0,126-1,240 ^c
Matrón/a	0,159	-0,484-0,802	0,208	-0,440-0,856	0,924	-2,821-4,669	-0,347	-1,101-0,406	-0,486	-1,299-0,327
Trabajador/a social	1,110	0,233-1,986 ^b	0,943	0,060-1,827 ^c	0,946	-4,167-6,059	0,020	-1,010-1,048	2,135	1,025-3,244 ^b
Otros/as profesionales ^a	0,558	-0,265-1,382	0,532	-0,298-1,362	-1,256	-6,056-3,544	0,355	-0,611-1,320	1,045	0,004-2,086 ^c
Años de experiencia	-0,001	-0,020-0,018	0,002	-0,017-0,022	0,126	0,013-0,239 ^c	-0,001	-0,023-0,022	0,012	-0,012-0,037
Horas de formación en VCI										
<20	0,351	0,010-0,694 ^c	0,509	0,164-0,854 ^b	1,698	-0,313-3,710	0,392	-0,009-0,793	0,316	-0,118-0,750
20-40	0,842	0,498-1,187 ^b	0,999	0,652-1,346 ^b	4,755	2,741-6,769 ^b	0,474	0,071-0,878 ^c	0,753	0,317-1,190 ^b
>40	2,122	1,632-2,611 ^b	2,232	1,739-2,726 ^b	7,270	4,412-10,129 ^b	1,550	0,976-2,123 ^b	1,045	0,426-1,665 ^b
Lectura del protocolo de actuación	0,393	0,125-0,661 ^b	0,452	0,182-0,722 ^b	0,534	-0,016-2,103	0,196	-0,119-0,510	0,649	0,309-0,988 ^b
Variable	Disponibilidad de recursos		Autoeficacia		Entendimiento de la víctima		Barreras		Prácticas	
	β	IC95%	β	IC95%	β	IC95%	β	IC95%	β	IC95%
Edad	0,016	-0,003-0,035	-0,003	-0,023-0,016	-0,037	-0,054--0,020 ^b	-0,025	-0,051-0,001	-0,051	-0,155-0,053
Tipo de profesión										
Médico/a familiar	0,420	0,105-0,736 ^b	0,339	0,021-0,658 ^c	0,068	-0,204-0,338	-0,357	-0,774-0,060	5,587	3,885-7,290 ^b
Pediatra	0,111	-0,336-0,559	-0,078	-0,530-0,375	0,062	-0,323-0,448	-0,319	-0,911-0,273	0,965	-1,456-3,385
Matrón/a	0,235	-0,419-0,888	0,184	-0,477-0,846	0,517	-0,045-1,080	0,363	-0,502-1,228	2,058	-1,478-5,594
Trabajador/a social	0,629	-0,263-1,521	-0,341	-1,244-0,561	0,044	-0,724-0,812	0,041	-1,139-1,220	7,851	3,024-12,678 ^b
Otros/as profesionales ^a	0,576	-0,261-1,413	0,505	-0,342-1,352	0,011	-0,710-0,733	0,956	-0,151-2,063	1,473	-3,058-6,003
Años de experiencia	-0,012	-0,031-0,008	0,001	-0,011-0,029	0,014	-0,003-0,031	-0,004	-0,030-0,022	0,082	-0,024-0,188
Horas de formación en VCI										
<20	0,243	-0,106-0,592	0,248	-0,104-0,600	0,308	0,007-0,607 ^c	0,277	-0,185-0,738	2,373	0,490-4,256 ^c
20-40	0,650	0,299-1,001 ^b	0,722	0,368-1,076 ^b	0,515	0,214-0,817 ^b	0,308	-0,156-0,772	6,194	4,301-8,087 ^b
>40	1,357	0,859-1,854 ^b	1,458	0,955-1,962 ^b	0,941	0,512-1,370 ^b	1,075	0,416-1,734 ^b	13,317	10,625-16,009 ^b
Lectura del protocolo de actuación	0,402	0,129-0,675 ^b	0,270	-0,006-0,547	0,046	-1,888-0,281	0,171	-0,190-0,532	2,377	0,900-3,854 ^b

IC95%: intervalo de confianza del 95%; VCI: violencia del compañero íntimo.

^a Incluye profesionales de fisioterapia (4), psicología (2) y sexología (2).

^b $p < 0,01$, valores altamente significativos diferentes de la categoría de referencia.

^c $p < 0,05$, valores significativos diferentes de la categoría de referencia.

Categorías de referencia para perfil profesional y horas de entrenamiento en VCI: enfermeros/as y no entrenamiento, respectivamente.

Más de 40 horas de formación se asoció también al reconocimiento de barreras en el abordaje inicial de las mujeres expuestas. Se conoce que el conocimiento obtenido mediante la formación minimiza las barreras y favorece la formulación de preguntas enfocadas en VCI durante la consulta médica, que optimizan las acciones emprendidas en los casos detectados¹⁹. Igualmente, la formación recibida, en combinación con el apoyo institucional, han demostrado ser beneficiosos para la capacidad de respuesta de los/las profesionales sanitarios/as en casos de VCI²⁰.

Leer el protocolo de actuación regional/nacional mostró asociación con el nivel de preparación y conocimientos percibidos, requerimientos legales, disponibilidad de recursos en el lugar de trabajo y prácticas. Otros estudios han puntualizado la relevancia del uso de protocolos institucionales para optimizar la gestión de los casos de VCI, destacando que su aplicación proporciona conocimientos esenciales que mejoran significativamente la detección activa, la comunicación entre profesional y paciente, y la gestión integral de las mujeres afectadas²¹. Asimismo, teniendo en cuenta que cerca del 25% de las mujeres que asisten a los servicios de atención primaria en España han reportado al menos un episodio de VCI durante sus vidas⁷, brindar información puede ayudar a que las mujeres reconozcan la situación de abuso, busquen ayuda y sepan con qué recursos cuentan en el sistema de salud y en otros sectores para apoyarlas²⁰. Además, se ha planteado que no leer el protocolo de actuación podría indicar desmotivación del personal sanitario, falta de confianza en la competencia profesional y pobre percepción del trabajo en equipo²².

A pesar del importante papel del personal de salud, llama la atención que existe una tendencia a considerar la VCI como una situación poco frecuente en la consulta médica, desestimando la magnitud del problema²³. Esta percepción afecta directamente a la identificación de casos cuando no se indaga acerca de la VCI durante la consulta¹⁹. En este estudio, los/las profesionales que trabajan en atención primaria se perciben poco preparados/as y con un conocimiento limitado para brindar un abordaje integral, lo que influye en el uso limitado de los recursos disponibles en los CAP y en la comunidad, y afecta a su capacidad de respuesta. Este hallazgo es concordante con otros estudios. En el Reino Unido y Grecia se ha demostrado que los equipos de atención primaria carecen de confianza en su habilidad para detectar y manejar la VCI, han recibido escasa formación y desconocen los recursos existentes^{24,25}.

La interacción de factores personales y organizativos es vital para optimizar la capacidad de respuesta a la VCI de los/las profesionales sanitarios/as^{23,26}. La autoeficacia percibida y la confianza, en sí mismos y en su equipo de trabajo, son factores personales que influyen directamente en la capacidad de brindar una atención oportuna y adecuada, mientras que la formación del personal asistencial y el conocimiento sobre la VCI a través de protocolos institucionales son estrategias organizativas necesarias para optimizar la respuesta que desde atención primaria se brinde a estos casos⁹. En España, la disponibilidad de protocolos regionales y la formación en VCI de los/las profesionales sanitarios/as son dos de las intervenciones planteadas para fortalecer la respuesta del sistema de salud. Optimizar estas acciones ha demostrado ser fundamental para brindar una atención integral^{15,20}. En este sentido, los resultados obtenidos en este estudio sugieren la necesidad de fortalecer la formación en VCI y de fomentar la lectura del protocolo de actuación por parte de todo el personal sanitario que labora en atención primaria, para afianzar sus capacidades personales.

Es importante señalar las limitaciones de este estudio. Primero, el modelo de conocimientos, actitudes y prácticas utilizado permite conocer la situación actual de los CAP estudiados, pero no es posible investigar en detalle aspectos específicos tales como motivaciones personales o acciones individuales. Segundo, profesiones tales como fisioterapia, psicología y sexología no estuvieron bien representadas por su limitada participación en los CAP, lo que impide

realizar comparaciones directas entre profesionales o generar conclusiones acerca de su preparación para el manejo de la VCI. Tercero, la generalización de los resultados está limitada por la muestra, ya que es una muestra de conveniencia y no probabilística. En un futuro sería pertinente incluir otros CAP de diferentes comunidades autónomas para corroborar los resultados obtenidos en este primer estudio. Por último, PREMIS es una herramienta estandarizada y validada internacionalmente. Sin embargo, requiere no menos de 30 minutos para su cumplimentación, con un gran número de preguntas por sección que afecta a la tasa de respuesta. Además, puede existir un sesgo de selección, ya que la participación de los/las profesionales sanitarios/as en este estudio ha sido voluntaria y ello ha podido atraer más fácilmente a profesionales sensibles a la VCI. Sin embargo, se trató de contrarrestarlo haciendo llegar el cuestionario a todo el personal sanitario e insistiendo en la importancia de su participación en diferentes ocasiones (presentación inicial del proyecto por parte de la investigadora a todo el personal sanitario del CAP, entrevista cualitativa individual en algunos casos como parte de los métodos de recogida de información que comprendía el proyecto, y recordatorio durante los encuentros en el centro durante el periodo de estancia de la investigadora en el CAP). Por último, el instrumento fue validado inicialmente para medicina, y su uso en otras profesiones no ha sido evaluado en profundidad.

A pesar de las limitaciones expuestas, este estudio aporta valiosa información para entender cómo los equipos de atención primaria se enfrentan y manejan la VCI. Sin embargo, es pertinente realizar análisis en profundidad para conocer cómo la formación y el protocolo modulan la capacidad de respuesta en la práctica clínica. Desde una perspectiva de salud pública, ampliar la muestra a otros CAP de otras comunidades autónomas permitiría conocer diferencias que reflejen políticas regionales, comparación que a su vez permitiría retroalimentar la toma de decisiones de ámbito nacional para fortalecer la atención integral a los casos de VCI. Además, se sugiere abordar la formación en VCI desde la universidad para valorar si los/las profesionales egresan con los conocimientos necesarios para asistir estos casos. De hecho, PREMIS puede utilizarse también para evaluar la capacidad de respuesta de los/las estudiantes de carreras sanitarias^{27,28}.

Conclusiones

En este estudio se pone de manifiesto una limitada capacidad de los/las profesionales de atención primaria para abordar casos de VCI, destacando diferencias entre profesiones, con una distribución desigual de la formación y poco conocimiento del protocolo de actuación regional/nacional disponible en el CAP. Leer el protocolo

¿Qué se sabe sobre el tema?

La respuesta desde atención primaria a la violencia del compañero íntimo incluye la detección temprana y el manejo adecuado, relevante y eficiente por parte del personal sanitario. Cada profesional debe tener un conocimiento actualizado y buenas prácticas clínicas para responder a las necesidades de las mujeres expuestas.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El reconocimiento de la formación y el acceso a protocolos de actuación como herramientas que permiten optimizar la detección y el manejo de la violencia del compañero íntimo en España permite fortalecer la capacidad de respuesta de los/las profesionales sanitarios/as.

de actuación regional/nacional y recibir formación en VCI fueron las intervenciones más importantes asociadas a una mejor capacidad de respuesta a la VCI del personal sanitario. Es necesario fortalecer las políticas existentes para así poder optimizar la respuesta a la VCI del sector salud desde atención primaria, y la formación profesional debe ser una prioridad.

Editora responsable del artículo

Julia Bolívar-Muñoz.

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

P. Murillo e I. Goicolea propusieron la idea para este manuscrito. P. Murillo organizó la estructura, escribió el primer borrador y realizó las modificaciones pertinentes hasta obtener el manuscrito final. M. San Sebastián participó en todo el proyecto, contribuyó en el análisis de datos y revisó críticamente las diferentes versiones del manuscrito. C. Vives-Cases e I. Goicolea contribuyeron en todo el proyecto, participaron en la recolección y el análisis de datos, y revisaron críticamente las diferentes versiones del manuscrito. Todas las personas firmantes han aprobado la versión final del manuscrito.

Agradecimientos

Los/las autores/as agradecen a los/las profesionales a cargo de los programas de violencia del compañero íntimo en los diferentes centros de atención primaria que forman parte del sistema regional de salud español por facilitar el acceso a información y contactos relevantes. Y especialmente agradecen a todos/as los/las profesionales sanitarios/as de los equipos de atención primaria que participaron en este estudio, por compartir su tiempo, experiencias y puntos de vista.

Financiación

Este trabajo fue parte de una evaluación realista explorando por qué, cómo y bajo qué circunstancias los equipos de atención primaria aprenden a responder a la violencia del compañero íntimo en España. El estudio ha sido financiado por una subvención COFAS, apoyada por COFUND action junto con Marie Curie Action People, en el séptimo marco del programa, y el Consejo Sueco para la Vida Laboral e Investigación Social (FAS-Forskningsradet för arbetsliv och socialvetenskap).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*. 2015;385:1685–95.

2. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, et al. 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.
3. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey, main results. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights; 2014.
4. 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.
5. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, et al. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385:1567–79.
6. Ansara DL, Hindin MJ. Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Soc Sci Med*. 2010;70:1011–8.
7. Montero I, Ruiz-Pérez I, Martín-Baena D, et al. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Womens Health Issues*. 2011;21:400–6.
8. Colombini M, Mayhew S, Watts C. Health-sector responses to intimate partner violence in low- and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Bull World Health Organ*. 2008;86:635–42.
9. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.
10. Usta J, Taleb R. Addressing domestic violence in primary care: what the physician needs to know. *Libyan J Med*. 2014;9:23527.
11. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, et al. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007;7:12.
12. Ley Orgánica 1/2004 de protección integral contra la violencia de género. L. N.º 313 (29 de diciembre de 2004).
13. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid, España: Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
14. Short LM, Alpert E, Harris JM, et al. A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *Am J Prev Med*. 2006;30:173–80.
15. Goicolea I, Vives-Cases C, Hurtig AK, 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.
16. Vives C, Torrubiano J, Carrasco 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.
17. Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, et al. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. 2006;56:249–57.
18. Papadakaki M, Petridou E, Kogevinas M, et al. Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice. *BMC Med Educ*. 2013;13:46.
19. Rodríguez-Blanes G, Vives-Cases C, Miralles-Bueno J, et al. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac Sanit*. 2017 Feb 7, pii: S0213-9111(17)30009-2. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.11.008. [Epub ahead of print].
20. Goicolea I, Briones-Vozmediano E, Ohman A, et al. Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain. *BMC Public Health*. 2013;13:1162.
21. Chen PH, Jacobs A, Rovi SL. Intimate partner violence: counseling, community resources, and legal issues for IPV victims and perpetrators. *FP Essent*. 2013;412:18–23.
22. 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.
23. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, et al. Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. *Arch Fam Med*. 1999;8:301–6.
24. 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.
25. Papadakaki M, Prokopiadou D, Petridou E, et al. Defining physicians' readiness to screen and manage intimate partner violence in Greek primary care settings. *Eval Health Prof*. 2012;35:199–220.
26. Mitchell C, Anglin D. Intimate partner violence: a health-based perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009.
27. Connor PD, Nouer SS, Mackey SN, et al. Dental students and intimate partner violence: measuring knowledge and experience to institute curricular change. *J Dent Educ*. 2011;75:1010–9.
28. Connor PD, Nouer SS, Mackey ST, et al. Psychometric properties of an intimate partner violence tool for health care students. *J Interpers Violence*. 2011;26:1012–35.