



ORIGINAL

Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica



Kattia Rojas Loría^{a,*}, Teresa Gutiérrez Rosado^b, Ricardo Alvarado^c
y Anna Fernández Sánchez^{d,e}

^a Doctorado en Psicología de la Salud y del Deporte, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Departamento de Psicología Clínica, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^c Escuela de Estadística, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica

^d Unidad de Investigación y Desarrollo, Sant Joan Déu Parc Sanitari, Fundació Sant Joan Déu, Barcelona, España

^e Centre for Disability Research and Policy, Faculty of Health Sciences, University of Sydney, Sydney, Australia

Recibido el 25 de junio de 2014; aceptado el 29 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 2 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Violencia de género;
Actitudes;
Profesionales de la
salud;
Atención Primaria

Resumen

Objetivo: Relacionar la actitud hacia la violencia de género (VG) de profesionales de Atención Primaria con satisfacción laboral, carga laboral, orientación de práctica profesional, conocimientos, formación y uso de los recursos socio sanitarios en Cataluña y Costa Rica.

Diseño: Estudio exploratorio transversal y comparativo.

Emplazamientos: Atención Primaria en Barcelona y comarcas, y Gran Área Metropolitana en Costa Rica.

Participantes: 235 profesionales de Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo Social.

Mediciones principales: Cuestionario con 8 bloques que miden actitudes, satisfacción profesional, orientación de práctica profesional, carga laboral, conocimientos, formación y uso de los recursos sociosanitarios. Se realizan 3 tipos de análisis de datos: descriptivo de cada variable, de correlación de variables y un modelo de regresión lineal múltiple.

Resultados: La actitud hacia la violencia de género fue similar en ambos contextos (Cataluña: 3,90, intervalo de confianza [IC del 95%], 3,84-3,96; Costa Rica 4,03, IC del 95%, 3,94-4,13). En el análisis multivariable, los factores que se asociaron a la actitud fueron: 1) formación ($B = 0,10$; $p = 0,02$); 2) uso de recursos sociosanitarios ($B = 0,20$; $p < 0,01$), y 3) el país Costa Rica ($B = 0,16$; $p < 0,01$). Las interacciones entre las variables independientes y el país no fueron significativas.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: rkattia@hotmail.com, Kattia.Rojas@campus.uab (K. Rojas Loría).

Conclusiones: El uso de los recursos sociosanitarios y la formación actualizada puede incrementar una actitud favorable para el abordaje de la violencia de género en Atención Primaria. El efecto de las variables es el mismo tanto en Cataluña como en Costa Rica.

© 2014 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/>).

KEYWORDS

Violence against women;
Attitude;
Health professionals;
Primary Care

Attitude of primary care professionals to gender violence. A comparative study between Catalonia and Costa Rica

Abstract

Objective: Describe the relationship between the attitude towards violence against women (VAW) of professionals of the health of primary care with variables such professional satisfaction, workload, orientation of professional practice, knowledge, training and use of network in Catalonia and Costa Rica.

Design: Cross-exploratory and comparative study.

Location: Primary care in Barcelona and nearby counties and the Greater Metropolitan Area (GAM) of Costa Rica.

Participants: 235 primary health professionals of Medicine, Nursing, Psychology and Social Work.

Main measurements: Questionnaire with eight sections about attitudes, professional satisfaction, and orientation of professional practice, workload, knowledge, training and use of network. Three types of analysis were carried out: a descriptive one by country; a bivariate analysis; and a multivariable linear regression model.

Results: Primary Health Professionals attitudes towards VAW health were similar in both contexts (Catalonia: 3.90 IC 95% 3.84-3.96; Costa Rica: 4.03 IC 95% 3.94-4.13). The variables associated with attitudes towards VAW were: Use of network resources ($B=0.20$, 95% CI -0.14-0.25, $P<.001$), 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 other variables, suggesting that the association between the variables and the attitude is similar in both countries.

Conclusions: The results suggest that increased use of network resources and training are related to a positive attitude towards VAW in primary health professionals, both in Catalonia and Costa Rica.

© 2014 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

Los centros de Atención Primaria (CAP) son claves para la detección, atención y seguimiento de la violencia de género (VG)¹. En Cataluña, los equipos de Atención Primaria cubren una población entre los 6.000 y 35.000 asegurados registrados² y un 98% de la población tiene un CAP accesible³. En Costa Rica, los Equipos Básicos de Salud (EBAIS) atienden grupos poblacionales entre 3.500-4.000 personas, que cubren todo el país, y un 88% tiene acceso al sistema de salud⁴. El maltrato se presenta de diversas formas en la consulta, ya sea de manera no explícita (mal-estar físico, hiperfrecuentación, somatización); en forma aguda (lesiones físicas, abuso sexual), con alteraciones conductuales, o bien a través de malestar en la salud sexual y reproductiva⁵. Las mujeres que han sido expuestas al maltrato valoran la escucha atenta, la confidencialidad, el cuidado y el no ser juzgadas por parte de los/as profesionales de salud⁶. Sin embargo, aún existen barreras de tipo organizacional, social e individual que dificultan la atención

adecuada a las mujeres víctimas de la violencia por parte de los profesionales de la salud^{1,6-9}. Este estudio es parte de una investigación más amplia que busca conocer mejor los problemas en el abordaje de la VG desde la perspectiva de las políticas y los profesionales de la salud en 2 contextos diferentes: Cataluña y Costa Rica. En un primer trabajo se analizaron las políticas de ambos países referentes al papel de los profesionales de la salud en el abordaje de la VG. Le siguió un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad con expertos en este tema, para identificar aspectos que facilitaban o dificultaban el abordaje de la VG, quienes apuntaron factores clave para entender la actitud de los profesionales hacia este problema: la satisfacción profesional, tener una orientación biomédica o biopsicosocial, la carga laboral, los conocimientos y la formación en el tema, así como el uso de la red de recursos sociosanitarios. El objetivo de este estudio es relacionar de manera cuantitativa si existe una asociación entre estas variables y la actitud de los profesionales de APS hacia la VG.

Material y métodos

Diseño y población: estudio exploratorio-transversal y comparativo, realizado en los CAP de Barcelona y Gran Área Metropolitana de Costa Rica. En un estudio piloto se determinó el tamaño de la muestra para asegurar un IC del 95% (Bonett & Wright)¹⁰. La *n* fue de 320 profesionales de la salud en Medicina General y de Familia, Enfermería, Trabajo Social y Psicología. Se cumplió con las normas éticas correspondientes a la Comissió d'Ètica en l'experimentació Animal i Humana (CEEAH) de la Universidad Autónoma de Barcelona, y se obtuvo el consentimiento informado por escrito.

Se construyó un instrumento con diferentes bloques. Un primer bloque midió variables sociodemográficas: edad, sexo, categoría profesional, experiencia profesional en VG y años de experiencia en Atención Primaria. Posteriormente, se utilizaron escalas de un cuestionario sobre conocimientos y actitudes de los médicos/as de familia respecto a la violencia doméstica¹¹ medidas en escala Likert con valores de 1 a 5 (1 corresponde a ausencia de la variable y 5 a la máxima presencia), donde se verifican los siguientes bloques:

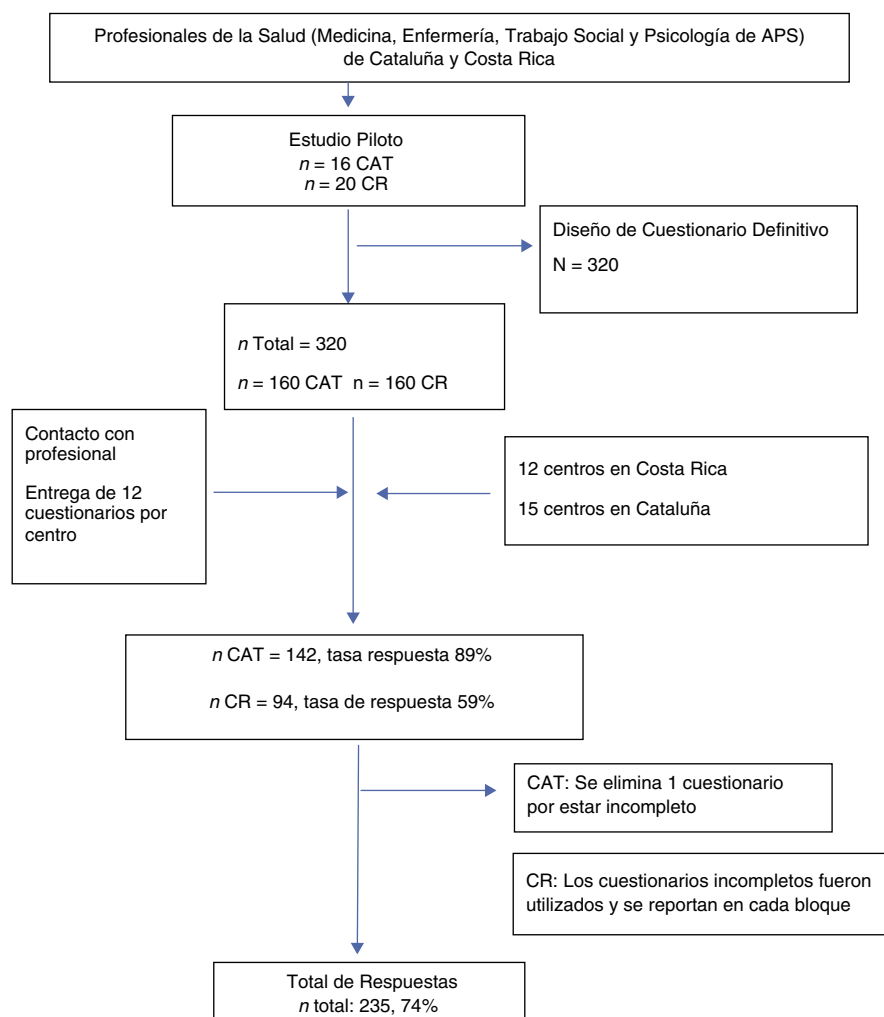
- *Actitud hacia el abordaje de la VG en APS*: consta de 30 ítems; la actitud global se define con la media de las puntuaciones otorgadas a las 30 preguntas.
- *Uso de recursos sociosanitarios*: se valoran la frecuencia y la eficacia de las derivaciones a diferentes instituciones de la red de intervención. Se obtiene un promedio con los datos reportados para cada servicio.
- *Conocimiento*: se plantean 6 situaciones de riesgo y 6 situaciones de sospecha relacionadas con el maltrato. Se valora el conocimiento del protocolo de atención de la agresión sexual.
- *Formación*: explora la percepción de la formación sobre VG en la consulta, la recibida y las necesidades. También se explora sobre la actualización en el lugar de trabajo. Se calcula una media de puntuación de los 4 ítems para cada profesional.

Se utilizó también la escala de Estilos de Práctica Profesional¹², compuesta por 12 ítems, con 3 bloques con

preguntas que tienen 50 opciones de respuestas valoradas en escala Likert para medir satisfacción profesional, percepción de la carga laboral y orientación de la práctica profesional biomédica o biopsicosocial.

El trabajo de campo se realizó entre los meses de abril y junio (Cataluña) y los meses de julio y septiembre (Costa Rica) del año 2013. El estudio piloto permitió identificar las dificultades de lenguaje, formato y comprensión para modificar los cuestionarios y obtener una estimación de la muestra a partir de las correlaciones entre las variables. Se distribuyeron 320 cuestionarios en 15 CAP en Cataluña y en 12 Áreas de Salud en Costa Rica. Los profesionales de la salud administraron y recogieron los cuestionarios en su centro de trabajo. Posteriormente, a las 3 semanas, se llamaba para asegurar la colaboración en el estudio. Los cuestionarios se retiraron personalmente en cada centro.

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 3 partes. En la primera, descriptiva, se calcularon la media $\pm$ desviación típica de las variables cuantitativas y los porcentajes de las variables cualitativas de cada bloque y cada país. La segunda analiza la correlación entre la variable actitud y las variables de satisfacción profesional, carga laboral, orientación de práctica profesional, formación, conocimientos y uso de los recursos sociosanitarios para cada región. El tercer análisis plantea un modelo de regresión lineal donde la variable dependiente es la actitud hacia la VG en relación con factores como experiencia, sexo, país y las variables anteriormente señaladas. Para la selección de las variables se utilizó 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 la desviación (-2 veces el logaritmo de la verosimilitud), una cantidad igual a 2 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.



Esquema general del estudio: Estudio exploratorio-transversal comparativo sobre la actitud hacia el abordaje de la VG en la consulta de APS del cuestionario «Factores en el abordaje de la VG hacia las mujeres en APS».

Resultados

La muestra total fue de 235 profesionales de la salud, con una tasa de respuesta del 74%, 141 en Cataluña (60%) y 94 en Costa Rica (40%). En la [tabla 1](#) aparecen las características sociodemográficas y profesionales de los participantes. En ambos contextos el porcentaje de mujeres (Cataluña 81,6%, IC del 95%, 75,2-88,0; Costa Rica 77,7%, IC del 95%, 69,2-86,1) es mayor que el de hombres (Cataluña 18,4%, IC del 95%, 12,0-24,8; Costa Rica 22,3%, IC del 95%, 13,9-30,8). La mayoría de los participantes son del área de Medicina (Cataluña 51,1%, IC del 95%, 42,8-59,3; Costa Rica 36,2%, IC del 95%, 26,5-45,9), seguida de Enfermería (Cataluña 34,8%, IC del 95%, 26,9-42,6; Costa Rica 24,5%, IC del 95%, 15,8-33,2) y Trabajo Social (Cataluña 10,6%, IC del 95%, 5,5-15,7; Costa Rica 23,4%, IC del 95%, 14,8-32,0). En Cataluña, un 52,1% (IC del 95%, 43,9-60,4) no tienen experiencia en el abordaje de la VG frente al 47,9% (IC del 95%, 39,6-56,1) que sí la tienen; en cambio, en Costa Rica tiene experiencia en VG el 63% (IC del 95%, 53,2-72,9) con respecto a quienes no la tienen, el 37% (IC del 95%, 27,1-48,8). Los resultados de las medias para cada contexto en relación con las variables estudiadas se detallan en la [tabla 2](#). Se encuentra

una actitud global favorable a la atención en consulta de las mujeres que viven VG en ambos contextos. En cuanto a la formación, en ambos contextos se expresa una percepción desfavorable. En relación con la variable satisfacción profesional, presentan medias similares que los ubican en moderadamente satisfecho y satisfecho. La percepción de la carga laboral muestra medias similares, que los sitúa en un intervalo de moderadamente favorable a la percepción de carga laboral. Sobre la orientación de estilo de práctica profesional, las medias son tan similares que puede situarse en un intervalo de moderadamente desfavorable a un estilo de práctica biomédica, más próximos a una práctica de estilo biopsicosocial.

Correlaciones bivariadas: en Cataluña, los factores que se correlacionaron con la actitud hacia la VG fueron: satisfacción profesional ($r = 0,19$, $p = 0,02$), orientación de práctica profesional ($r = -0,28$, $p = < 0,01$), uso de los recursos sociosanitarios ($r = 0,37$, $p = < 0,01$), formación ($r = 0,33$, $p = < 0,01$) y conocimientos ($r = 0,23$, $p = < 0,01$). Con respecto a Costa Rica, las variables que se asociaron a la actitud hacia VG fueron el uso de los recursos sociosanitarios ($r = 0,50$, $p = < 0,01$) y la formación ($r = 0,30$, $p = < 0,01$).

Tabla 1 Descripción de la muestra de profesionales de la salud en Cataluña y Costa Rica

Características n = 235	Cataluña 141	(IC del 95%)	Costa Rica 94	(IC del 95%)
Sexo				
Hombres	26	(12,0-24,8)	21	(13,9-30,8)
Mujeres	115	(75,2-88,0)	73	(69,2-86,1)
Categoría profesional				
Medicina	72	(42,8-59,3)	34	(26,5-45,9)
Enfermería	49	(26,9-42,6)	23	(15,8-33,2)
Trabajo Social	15	(5,5-15,7)	22	(14,8-32,0)
Psicología	3	(0,0-4,5)	14	(7,7-22,1)
Otros ^a	2 ^a	(0,0-3,4)	1 ^b	(0,0-3,1)
No responden	0		0	
Experiencia VG				
Con experiencia	67	(39,6-56,1)	58	(53,2-72,9)
Sin experiencia	73	(43,9-60,4)	34	(27,1-46,8)
No responden	1		2	
Promedio edad	44,4	(42,7-46,1)	39,8	(37,5-42,8)
No responden	6		2	
Promedio años APS	16,1	(14,5-17,3)	12,0	(9,9-14,1)
No responden	7		15	
Promedio años VG	11,8	(9,9-13,5)	12,3	(9,8-14,6)
No responden	14		14	

APS: Atención Primaria; VG: violencia de Género.

^a Esta categoría corresponde a profesionales técnicos de rayos X y auxiliar de Enfermería.^b Esta categoría corresponde a un profesional de Psiquiatría**Tabla 2** Medias sobre variables de actitud hacia la VG en APS, uso de recursos sociosanitarios, conocimientos, formación, satisfacción profesional, carga laboral y orientación de práctica profesional en Cataluña y Costa Rica

Variable	Cataluña	Costa Rica
Actitud global	3,90 (IC del 95%, 3,84-3,96)	4,03 (IC del 95%, 3,94-4,13)
Uso de recursos sociosanitarios	3,58 (IC del 95%, 3,46-3,70)	3,32 (IC del 95%, 3,13-3,51)
Conocimientos	4,36 (IC del 95%, 4,16-4,55)	3,32 (IC del 95%, 3,13-3,51)
Formación	2,60 (IC del 95%, 2,48-2,72)	2,88 (IC del 95%, 2,72-3,04)
Satisfacción profesional	4,04 (IC del 95%, 3,95-4,12)	4,12 (IC del 95%, 3,99-4,25)
Carga laboral	3,42 (IC del 95%, 3,29-3,55)	3,19 (IC del 95%, 2,97-3,40)
Orientación de práctica Profesional	2,65 (IC del 95%, 2,53-2,77)	2,52 (IC del 95%, 2,37-2,67)

Tabla 3 Estimación del modelo multivariable para la actitud hacia la VG en Atención Primaria de los profesionales de la salud

Variable	Coefficiente (B)	ET (B)	IC del 95% (B)	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
Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	p	
Regresión	10,9	5	2,18	18,2	< 0,0001
Residual	26,3	219	0,12		
Total	37,2				

En negrita significa que la correlación es significativa.

Modelo de regresión lineal: en una primera etapa, se incluyeron todas las variables. Las primeras que el método sugirió eliminar fueron sexo y experiencia laboral, y seguidamente se eliminaron las variables conocimientos y carga laboral. Tras ajustar el modelo, las variables predictoras fueron satisfacción profesional ($B = 0,08$, IC del 95%, $-0,01-0,17$; $p = 0,079$), la orientación de práctica profesional ($B = -0,06$, IC del 95%, $-0,12-0,01$; $p = 0,108$), la formación ($B = 0,10$, IC del 95%, $0,04-0,17$; $p = 0,001$), el uso de recursos sociosanitarios ($B = 0,20$, IC del 95%, $0,14-0,25$; $p = 0,001$) y el país Costa Rica ($B = 0,16$, IC del 95%, $0,06-0,25$; $p < 0,001$). Se evaluaron las interacciones entre cada una de estas variables y el país, y ninguna resultó significativa. La [tabla 3](#) muestra los valores de las variables que finalmente se seleccionaron para explicar la actitud de los profesionales de la salud hacia la VG en Atención Primaria. Costa Rica, en comparación con Cataluña, presentó una mejor actitud ($B = 0,16$, IC del 95%, $0,06-0,25$; $p < 0,001$). El modelo sugiere que si se incrementa la formación en una unidad, la actitud hacia la VG aumentaría 0,10 puntos ($p = 0,001$), y si el uso de recursos sociosanitarios aumenta un punto, la actitud hacia la VG se vería aumentada en 0,20 puntos ($p < 0,001$). Al aumentar la satisfacción profesional en una unidad, la actitud hacia la VG aumentaría en 0,08 puntos ($p = 0,079$). La variable orientación de práctica profesional tiene un coeficiente negativo, indicando que a mayor orientación biomédica se disminuiría en 0,06 puntos la actitud hacia la VG. A pesar que esta variable es importante para el modelo, no llega a la significación estadística ($p = 0,108$). El valor del coeficiente de determinación $R^2 = 0,294$ y la significación del contraste F global de la regresión ($p = < 0,001$) indican que casi el 30% la variabilidad de la respuesta viene explicada por el modelo ajustado.

Discusión

La tasa de respuesta total fue del 74%; sin embargo, en Cataluña (84%) fue mayor que en Costa Rica (59%). Se observa que la mayoría de los profesionales de la salud se ubican en áreas de Medicina, Enfermería y Trabajo Social en orden descendente. En ambos contextos, se encuentran medias similares para cada una de las variables analizadas. En cuanto al análisis de las relaciones de variables, se encuentra en Cataluña que las correlaciones significativas se presentan entre actitud hacia la VG con satisfacción profesional, orientación de práctica profesional, uso de recursos sociosanitarios, formación y conocimientos. En Costa Rica, las correlaciones significativas son entre actitud global con uso de recursos sociosanitarios y actitud global con formación. En ambos contextos, la correlación entre actitud y percepción de la carga laboral no fue significativa. El modelo de regresión lineal permite observar que las variables uso de recursos sociosanitarios y formación tiene influencia sobre la actitud hacia la VG en la consulta de Atención Primaria para ambos contextos con significación estadística.

Limitaciones y fortalezas del estudio: han sido limitaciones las diferencias en las tasa de respuestas y que el cuestionario fuese autoadministrado, ya que obstaculiza conocer las reacciones de los participantes, sus dudas y consultas, así como el nivel subjetivo de la variable actitud¹¹. Se adicionan a ello las dificultades propias de la investigación

en Atención Primaria como la falta de tiempo, la dispersión en el trabajo, la desmotivación en el tema y la presión asistencial¹³. Otra limitación es desconocer el motivo de las no respuestas. La tasa de respuesta fue mayor que la tasa del estudio donde fue validado el instrumento¹¹ y de otro estudio realizado en Atención Primaria⁸. Este estudio permite indagar sobre la fuerza y la dirección de las relaciones entre actitud hacia la VG en la Atención Primaria y diferentes variables sin determinar causalidad.

La tasa de respuesta del 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 través de cuestionarios autoadministrados^{1,8,9,14-16}. La actitud de los profesionales hacia la VG en APS tiene una tendencia a una actitud favorable en ambos contextos, similar a otros estudios^{8,9}, en los cuales las actitudes de los clínicos de Atención Primaria son, en general, positivas; sin embargo, solo tienen el conocimiento básico.

El modelo de regresión lineal indica que la utilización de los recursos sociosanitarios mejora la actitud hacia el abordaje de la VG en APS. Este hallazgo refuerza la necesidad de un modelo ecológico integral para abordar la VG desde el sistema sanitario, dada la interacción de factores socioculturales, individuales, comunitarios y familiares que pueden favorecer o proteger a las mujeres de la VG¹⁷. El uso de los recursos sociosanitarios de la red permite que los profesionales de salud cuenten con un soporte adecuado para brindar el servicio a las mujeres, repercutiendo en una actitud adecuada para abordar la VG en APS. Se ha detectado que la conciencia y el acceso a los apoyos y recursos son un factor protector y de inflexión para que las mujeres cambien su situación de violencia¹⁸. La formación se presenta como otra variable explicativa de la actitud. Este resultado coincide con estudios^{7,9,19} que plantean el efecto sensibilizador y de reconocimiento de la formación en VG. Cabe mencionar que la variable conocimiento fue descartada del modelo de regresión lineal, de manera que la formación tiene un papel relevante. Esto coincide con el señalamiento sobre la importancia de la autopercepción de una adecuada preparación, de las necesidades de conocer y actualizarse constantemente en el tema²⁰. Además, se señala también que los profesionales no han adquirido herramientas suficientes como para responder con solvencia ante los casos concretos⁹. 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 VG⁷. En el mismo sentido, otro estudio⁹ revela 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 posgrado y en las vías de derivación explícitas a los servicios de VG especializados para las mujeres.

La medición entre actitud global y orientación de práctica profesional es escasa. Algunos estudios^{21,22} han encontrado en la medicalización una barrera importante en la detección de la VG. Por otra parte, se ha señalado que la VG hacia las mujeres 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 mujeres¹⁷.

La influencia de la satisfacción profesional sobre la AG hacia la VG es positiva; algunos estudios han abordado las implicaciones personales en el trabajo con la violencia a nivel de desgaste, contaminación psíquica y sobreidentificación²³⁻²⁵; sin embargo, no se encuentran estudios que profundicen en la satisfacción profesional como variable facilitadora. En el modelo se descartó la variable percepción de la carga laboral como explicativa de la actitud; este resultado difiere de otros estudios^{7,8} que han señalado como barrera la falta de tiempo y recursos en los sistemas sanitarios para la ejecución efectiva de la atención, tema que puede ser abordado en posteriores estudios.

En conclusión, es necesario fomentar en los profesionales la interacción con otras organizaciones de apoyo al ámbito sanitario 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 en APS.

Lo conocido sobre el tema

- Los profesionales de la salud son clave para la detección y atención de las mujeres víctimas de la violencia de género.
- Las mujeres presentan síntomas explícitos y no explícitos que requieren de una actitud de escucha y cuidado por parte del profesional de la salud en atención primaria.
- Hay diferentes factores que influyen en la adecuada atención de las mujeres.

¿Qué aporta este estudio?

- El uso de los recursos sociosanitarios y la adecuada formación de los profesionales de la salud repercuten en una actitud favorable para detectar la violencia de género en atención primaria.
- En la planificación en salud es importante fomentar la interacción del ámbito sanitario con organizaciones y recursos de las comunidades que conforman la red de atención a la violencia de género.
- Una formación actualizada y sensibilizadora hacia el problema, apoyada en una visión biopsicosocial de la salud, puede incrementar una actitud favorable para el abordaje de la VG en APS.

Financiación

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

Autoría

Contribuciones de autoría: la concepción, el diseño del trabajo, la recogida de datos, el análisis y la interpretación de los datos y la aprobación de la versión final de la publicación estuvo a cargo de Kattia Rojas Loria, Teresa Gutiérrez Rosado y Anna Fernández Sánchez. La coordinación del equipo de investigación, a cargo de Anna Fernández Sánchez. El análisis estadístico estuvo a cargo de Ricardo Alvarado. Todos han aprobado la versión final de este manuscrito.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los/as profesionales de la salud que participaron en esta investigación administrando y complementando los cuestionarios. Un agradecimiento a las médicas Guiselle Brenes, coordinadora del Violencia Intrafamiliar de la Caja Costarricense de Seguro Social de Costa Rica (CCSS), Ana Gómez, del Grupo de Violencia de Género y Atención Primaria de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC), y Enriqueta Pujol, del Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol).

Bibliografía

1. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farrás U, Rodríguez D, Milla J, Santiáná M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008;22:7-10.
2. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Atenció primària. [Internet]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, Departament de Salut; 2012 [consultado 10 Sept 2014]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossccentralresultats/Informes/Fitxers.estatics/Centralresultats.atencio.primaria.2012.pdf>
3. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. CatSalut, Servei Català de la Salut. El sistema de atención a la salud en Cataluña: evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del Servicio Catalán de la Salud. Barcelona; 2010.
4. Sáenz MDR, Acosta M, Muiser J, Bermúdez JL. Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública Mex*. 2011;53:156-67.
5. Peñas López F, Muñoz López M. Formes de presentació del maltractament a l'atenció primària. En: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria, editores. Violència de gènere i atenció primària de salut: una visió des de la consulta. Barcelona: EdiDe, SL; 2012. p. 27-33.
6. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: Expectations and experiences when they encounter health care professionals: A meta-analysis of qualitative studies. *Arch Int Med*. 2006;166:22-37.
7. Djikanovic B, Celik H, Simic S, Matejic B, Cucic V. Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement. *Patient Education and Counseling*. 2010;80:88-93.
8. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Alvarez A, Jimenez Trujillo I, Gallardo-Pino C. 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.

9. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldrige S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *BJGP*. 2012;62:647–55.
10. Bonett DG, Wright TA. Sample size requirements for estimating Pearson, Kendall and Spearman correlations. *Psychometrika*. 2000;65:23–8.
11. Herrero S. 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. [Internet]. 2011 [consultado 28 Jun 2014]. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=947973>
12. Mira JJ, Llinás G, Gil V, Orozco D, Palazón I, Vitaller J. Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;21:14–22.
13. Pita S, Pérttega S. Dificultades en la investigación de la atención primaria. [Internet] [consultado 25 Mar 2014] 2005. Disponible en: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/diflInvestAP/diflInvesAP.asp>
14. Machado C, Matos M, Saavedra R, Cruz O, Antunes C, Pereira M, et al. Crenças e atitudes dos profissionais face à violência conjugal: estudos com profissionais de saúde, polícias e professores. *Acta Med Port*. 2009;22:735–42.
15. Arredondo-Provecho AB, del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enf Clínica*. 2008;18:175–82.
16. Othman S, Adenan NAM. Domestic violence management in Malaysia: A survey on the primary health care providers. *Asia Pac family Medicine*. 2008;7:2.
17. Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit*. 2004;18:4–12.
18. Chang JC, Dado D, Hawker L, Cluss PA, Buranosky R, Slagel L, et al. Understanding turning points in intimate partner violence: Factors and circumstances leading women victims toward change. *J Women's Health*. 2010;19:251–9.
19. Menéndez S, Pérez J, Lorence 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.
20. Ferrer Pérez V, Bosch Fiol E, Ramis Palmer MC. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica y Salud*. 2008;19: 59–81.
21. Guedes RN, Fonseca RM, Egry EY. The evaluative limits and possibilities in the family health strategy for gender-based violence. *Rev esc enferm USP*. 2013;47:304–11.
22. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres ea atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:1230–40.
23. Lancman S, Ghirardi MIG, de Castro E, Tuacek T. Repercussions of violence on the mental health of workers of the family health program. *Rev Saúd Públic*. 2009;43:682–8.
24. Goldblatt H. Caring for abused women: Impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65:1645–54.
25. García V, Fernández A, Rodríguez FJ, López ML, Mosteiro Díaz MP, Lana Pérez A. Violencia de género en estudiantes de enfermería durante sus relaciones de noviazgo. *Aten Primaria*. 2013;45:290–6.