



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ACTUACIONES SANITARIAS FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

VISIBILIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN CONSULTAS SANITARIAS: UN PROYECTO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL

Enlace a sitio web (si procede):

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- Nombre de la entidad: Servicio Salud Mental de Hortaleza. Hospital Ramón y Cajal. Madrid
- Domicilio social (incluido Código Postal): Mar de Kara número 13. 28013
- CCAA: Madrid
- Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:
Nombre y apellidos: Cristina Polo Usaola
E-mail: cpolo.scsm@salud.madrid.org
Teléfonos: 913818266 / 699661788

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- Fecha de inicio: Septiembre 2013
- Actualmente en activo: Sí
- Prevista su finalización: No

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.



6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Explicitar la línea de actuación de la Estrategia en la que se considera que está enmarcada esta experiencia. Aunque se admiten hasta un máximo de 3, es recomendable que sólo se señale la línea principal. En cualquier caso, señale ésta en primer lugar.

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Formación de profesionales sanitarios en violencia de género
	Investigación de violencia de género en sistema sanitario

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Que justificó la realización de la experiencia. La Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, etc.).

El proyecto surge tras la detección de una situación observada por profesionales del Centro de Salud Mental de Hortaleza. Nuestro servicio atiende pacientes con problemas de salud mental derivados fundamentalmente desde los Centros de Atención Primaria del distrito de Hortaleza. Como una prestación más dentro de las que se realizan en el Centro de Salud Mental, desde 2004 hasta 2013 realizamos un grupo psicoterapéutico para mujeres que sufrían o habían sufrido violencia por parte de su pareja o expareja y presentaban secuelas psicopatológicas (1). La idea de crear grupos de terapia para mujeres maltratadas con secuelas psicopatológicas surgió después de un amplio recorrido en este campo por un grupo de profesionales del Centro de Salud Mental de Hortaleza. Inicialmente, a mediados de los años 90, nuestro interés se focalizó en incrementar la detección de este fenómeno y obtener datos de prevalencia en mujeres que acudían a nuestras consultas (2). Posteriormente, y a través de la metodología de grupos de discusión, intentamos aproximarnos a modelos explicativos que sirvieran para entender el mantenimiento de la mujer en una relación de maltrato (3). Aunque la intervención, salvo la experiencia ya citada con grupos de discusión, la realizamos inicialmente de modo individual, en 2004 añadimos intervenciones grupales. Las mujeres eran derivadas al grupo por psiquiatras y psicólogas del equipo de Salud Mental tras la previa derivación desde Atención Primaria. Todas las pacientes incluidas en el grupo habían sufrido o sufrían en el momento actual algún tipo de maltrato por parte de sus parejas y presentaban secuelas psicopatológicas moderadas o graves secundarias a ese abuso. Desde comienzos del 2012 fue disminuyendo progresivamente la derivación de mujeres a este grupo. Así, desde una media de 12 mujeres por sesión que

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria.



atendimos durante los años 2004 a 2011, pasamos a atender una media de 5 mujeres por sesión durante el año 2012. Planteamos la situación en una reunión de equipo en el Centro de Salud Mental, todas las compañeras (psiquiatras y psicólogas/os) refirieron que tenían la percepción de que en las consultas de salud mental había disminuido la frecuencia de mujeres que habían sufrido maltrato por parte de pareja o expareja. Dada la situación de menor número de derivaciones al grupo, en 2013 decidimos suspenderlo.

Ante esta situación nos planteamos diferentes hipótesis: ¿había disminuido la prevalencia de mujeres maltratadas en consultas de atención primaria y por eso había menos derivaciones? ¿Detectábamos con menor frecuencia las y los profesionales tanto en atención primaria como en salud mental? ¿Estaba influyendo la crisis económica en este hecho? La influencia de la crisis económica pensamos que podía realizarse de diferentes maneras. Por una parte, quizá la preocupación por problemas de salud vinculados a la crisis, estaba influyendo en que las y los profesionales tanto de atención primaria como de salud mental, estuviéramos olvidando evaluar la existencia de violencia de género en las mujeres que acudían a nuestra consulta. En este sentido un trabajo reciente realizado en el Centro de Salud Mental de Hortaleza constató que en los últimos años la crisis económica era el factor desencadenante de muchas demandas a las consultas de salud mental. Así, en dicho estudio realizado en una muestra de 218 pacientes que acudían a consultas de salud mental, un 52% de lo hicieron por motivos relacionados con la crisis (4)

Otra posibilidad pensamos que podía ser que la propia situación de crisis hacía que las mujeres invisibilizaran más sus situaciones de violencia ante la dificultad para tomar decisiones de cambio. En esta línea y en relación con la tendencia encontrada en el año 2014 de disminución de denuncias por violencia de género, la presidenta del Observatorio de Violencia de Género adscrito al Consejo General del Poder Judicial, relacionaba el descenso de denuncias con la crisis económica y señalaba que la dependencia económica del agresor es un factor determinante para que la mujer pueda salir del círculo de la violencia (5).

En cuanto a la posibilidad de disminución de prevalencia de violencia de género en consultas sanitarias, revisamos algunos estudios realizados en población general que habían encontrado resultados en esta línea. Así, la última encuesta de prevalencia de violencia de pareja realizada en la Comunidad de Madrid en 2992 mujeres, mostraba una menor prevalencia de violencia psicológica que en años anteriores. En 2014 la prevalencia de violencia hacia la mujer en relación de pareja (VPM) fue de un 7,6%, en 2009 había sido de un 12% y en 2004 de un 10,1%. (6)

Para evaluar la situación diseñamos diferentes estrategias que se describen cronológicamente en el apartado de metodología.



8. OBJETIVOS

En este apartado debe cumplimentar el objetivo principal y en su caso objetivos específicos de la experiencia. Deben estar claramente definidos, acordes con la experiencia que se desarrolla y ser concisos.

Principal:

-Evaluar si ha habido disminución de prevalencia de VPM en Centros de Atención Primaria y Salud Mental.

Específicos:

- Estudiar si hay factores asociados a la crisis económica que influyen en la prevalencia de VPM
- Analizar la frecuencia con la que los y las profesionales sanitarios evalúan preguntas relacionadas con la VPM.
- Estudiar variables sociodemográficas relacionadas con los diferentes tipos de VPM que sirvan para identificar factores de vulnerabilidad
- Explorar el cuestionario WAST abreviado como forma de screening de violencia de pareja en atención primaria y en salud mental.
- Estudiar si la información a profesionales sanitarios de encuestas de prevalencia realizadas en su centros de trabajo aumenta la capacidad para detectar VPM.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Se explicará el ámbito específico al que se refiere y se dirige la experiencia y su alcance (territorial, sectorial, asistencial, etc.), así como la población diana (población general, profesionales, servicios sanitarios, etc.) objeto de la experiencia.

La experiencia se realizó en el ámbito asistencial del distrito de Hortaleza entre profesionales del Centro de Salud Mental de Hortaleza y Centro de Atención Primaria Mar Báltico (Madrid).

Población diana:

- Profesionales sanitarios (médicos/as, enfermeros/as) del Centro de Atención Primaria Mar Báltico
- Profesionales sanitarios (psiquiatras, psicólogos/os, residentes de psiquiatría, psicología y enfermería, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales) del Centro de Salud Mental de Hortaleza.
- Mujeres mayores de 18 años que acudieron por cualquier motivo a las consultas de Atención Primaria de Mar Báltico y del Centro de Salud Mental de Hortaleza que tuvieran o hubieran tenido en algún momento de su vida una relación de pareja con un hombre y que desearan participar en la encuesta.

10. METODOLOGÍA

En este apartado se valorará especialmente la claridad con que se expone y la sistemática de la misma, así como el hecho de aportar y poner a disposición, cuando proceda, los instrumentos o herramientas utilizados



para llevar a cabo la experiencia a la que se refiere. Si la metodología y/o instrumentos utilizados se encuentran disponibles en alguna página Web institucional (nacional o internacional) será preciso referenciarla en este apartado, aunque luego figure en la bibliografía.

1-REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA (Septiembre 2013- marzo 2014). (ANEXO 2). Para la preparación de la revisión bibliográfica se llevó a cabo una búsqueda de la literatura en las bases de datos electrónicas PubMed en el periodo comprendido entre 2004 y 2014. Las palabras clave utilizadas fueron: “violencia de género”, “crisis económica”, “maltrato” y “salud mental”. Se obtuvo una primera búsqueda con un total de 351 artículos, incluyendo artículos en español e inglés. Posteriormente, tras una revisión de dichos artículos y teniendo en cuenta las variables de interés, seleccionamos un total de 61 artículos que fueron revisados y analizados detalladamente. El análisis bibliográfico se complementó con la consulta manual de referencias extraídas de las revisiones sistemáticas incluidas y de otras fuentes. Nuestro propósito era obtener información sobre la existencia de cambios en la prevalencia de violencia de género en la población general y en la que consulta en dispositivos sanitarios, y evaluar el posible efecto de la crisis económica sobre la misma.

2- ENCUESTA A RESPONSABLES DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL DISTRITO DE HORTALEZA Y A JEFES/AS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL En Diciembre del 2013 una de las personas responsables de este proyecto envió por mail una encuesta a todos/as los/as jefes/as de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Se obtuvo respuesta de 17 personas. En ella se preguntaba (entre otras cuestiones) por la percepción de cambios en prevalencia de violencia de pareja en mujeres atendidas en consultas de Salud Mental. La mayoría de los profesionales valoraron que no había habido cambios en la prevalencia (sólo tres coincidían en la percepción subjetiva de disminución). También se constató que no había registros específicos en las historias clínicas de estos servicios para detectar casos de violencia de género. En enero del 2014 se realizó encuesta por mail a las coordinadoras de Centros de Atención Primaria del distrito de Hortaleza. Las respuestas de tres coordinadores fue que aparentemente no habían observado modificaciones significativas. Tanto las respuestas de los coordinadores de Servicios de Salud Mental como de los centros de Atención Primaria se relacionaban con percepciones subjetivas, no había indicadores específicos que pudieran dar información objetiva.

3-REUNIÓN SOLICITANDO ASESORAMIENTO PARA EL ANÁLISIS DEL PROBLEMA. El 9 de diciembre del 2013, un grupo de profesionales de salud mental (psiquiatras, psicólogas y residentes de psiquiatría y psicología) solicitamos una reunión a la secretaria de la Comisión Técnica de Violencia de Género de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La reunión se realizó con un grupo de expertas sobre el tema, a propuesta de la secretaria de la citada comisión. En esta reunión, después de plantear diferentes posibilidades, se sugirió hacer un



análisis de la situación usando la encuesta que se había utilizado para medir la magnitud y el impacto en salud de la Violencia de Pareja hacia la Mujer (VPM) en la Comunidad de Madrid (6) en población sanitaria, añadiendo algunas preguntas vinculadas con la crisis económica y la versión corta del test WAST (Women Abuse Screening Test) como instrumento de cribado que había sido validada en dicha encuesta.

4- APLICACIÓN DE LA ENCUESTA DE DETECCIÓN DE VPM EN CENTRO DE SALUD MENTAL Y CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA. RELACIÓN CON FACTORES SOCIOECONÓMICOS. ANÁLISIS DE RESULTADOS (ANEXO 3)

Para este estudio se ha usado un diseño de encuesta de carácter transversal. La recogida de datos se ha efectuado a través de una entrevista en la que se aplicaron una serie de instrumentos que se detallarán más adelante. La encuesta se realizó entre los meses de junio a diciembre en consultas del Servicio de Salud Mental de Hortaleza y de septiembre a noviembre de 2014 en consultas del Centro de Atención Primaria Mar Báltico. La muestra total fue de 279 mujeres.

Criterios de inclusión: El estudio incluyó a mujeres mayores de 18 años que acudieron por cualquier motivo a las consultas de Atención Primaria de Mar Báltico y al Centro de Salud Mental de Hortaleza que tuvieran o hubieran tenido en el último año y a lo largo de la vida una relación de pareja con un hombre y que desearan participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Mujeres que no hubieran tenido pareja, que presentaran déficit cognitivo que a juicio del profesional no hiciera recomendable la aplicación de la encuesta y que no quisieran participar en la misma.

En todos los casos se aplicó un consentimiento informado. Se aseguró con las personas entrevistadas el tratamiento anónimo de los datos y resultados. A su vez, se remarcó la voluntariedad para su participación en este proyecto, así como la retirada del mismo en el momento que la persona lo decida.

Se realizó un cuestionario específico para este proyecto (ANEXO 3)

Instrumentos de evaluación:

-Encuesta de violencia de pareja hacia las mujeres

La elección de esta encuesta ha estado motivada principalmente porque usa instrumentos estandarizados y reconocidos internacionalmente, está validada en muestra española y se ha observado que tiene una sensibilidad del 80,4% (79,3-81,6) y una especificidad 90,0% (88,9-91,0) para detección de violencia de pareja (7). Se ha utilizado en estudios realizados en población general con mujeres de la Comunidad de Madrid (6,7,8) y en mujeres que presentan trastorno mental grave (9). Mediante esta encuesta se preguntó por la existencia de violencia por parte de pareja o exparejas en el último año y a lo largo de la vida. Se completó con datos sociodemográficos y socioeconómicos: edad, país de origen, nivel educativo, situación laboral,

personal y familiar, nivel de ingresos en el hogar y dificultades económicas para llegar a fin de mes. Incluimos en la encuesta una pregunta sobre la decisión de separación de la pareja en el último año y vinculación de la decisión con problemas económicos. En aquellas mujeres que dieron positivo como criterio de caso en la encuesta de violencia se evaluó la percepción subjetiva de cambios en intensidad de violencia en relación con problemas económicos.

-Cuestionario de Screening de Violencia: Cuestionario WAST (Woman abuse screening tool). Se trata de un cuestionario de 2 preguntas que ha sido validado para su uso como cribado para la detección de violencia de pareja en Atención Primaria (10) y en población general (6). La forma de puntuar en versión española consistió en dar una puntuación de 1 a todas las respuestas positivas a las dos preguntas (“alguna o mucha tensión” y “alguna o mucha dificultad”) y una puntuación de 0 a todas las respuestas negativas. La puntuación final oscila entre 0 y 2, considerándose 2 como resultado positivo en el cribado.

Procedimiento: Durante el periodo de estudio se personaron en el Centro de Atención Primaria tres profesionales del equipo de investigación. Los médicos/as de atención primaria y enfermeras/os informaron del estudio a todas las pacientes citadas en su consulta los días que estaban en el Centro las investigadoras y que cumplían criterios de inclusión. Si las pacientes accedían a participar acudían a una sala ubicada en el mismo centro de salud y se realizaba la encuesta tras firmar el consentimiento informado. La administración de la encuesta se llevó a cabo por parte de profesionales en salud mental que colaboraban como investigadoras (médica residentes en psiquiatría, psiquiatra y psicólogas). Estas profesionales también aplicaron la encuesta en consultas del Centro de Salud Mental a todas las mujeres que atendieron durante el periodo de análisis.

Técnicas de análisis: Se diseñó una base de datos con las variables citadas. El análisis estadístico se realizó haciendo una comparación de distribuciones según chi cuadrado y análisis de la varianza, utilizando el programa spss versión 16.

5- VALORACIÓN DEL PROYECTO POR PARTE DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA (ANEXOS 4.1 y 4.2)

Tras el análisis y discusión de los resultados se realizó una jornada de coordinación y formación en el Centro de Atención Primaria Mar Báltico con participación de profesionales de Salud Mental al que estaban invitadas/os todas/os los y las profesionales del Centro de Atención Primaria de Mar Báltico. Los objetivos de esta sesión fueron:

- Informar de los resultados de la encuesta de prevalencia de violencia hacia las mujeres por parte de parejas o exparejas en población que acude al Centro de Atención Primaria Mar Báltico.
- Visibilizar dificultades de profesionales sanitarios en la detección de VPM.
- Aumentar habilidades en la detección de VPM.



Se realizó una encuesta a los/las profesionales sanitarios que acudieron a la jornada antes de comenzar la jornada y otra encuesta después de la misma.

ASPECTOS ETICOS: (ANEXO 5). El proyecto se ha aprobado por el Comité Etico del Hospital Ramon y Cajal (Madrid) y por la Comisión de Docencia de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Se garantiza la confidencialidad de los datos. En todos los casos se aplica un consentimiento informado a la mujer.

FINANCIACIÓN: No se ha contado con ninguna financiación para su desarrollo. Tanto la recogida de datos como el análisis estadístico fue realizado por las profesionales de salud mental.

11. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se pondrá especial atención en indicar explícitamente y de forma clara cuales han sido los indicadores empleados para la evaluación de la experiencia que se presenta, concretando fuentes utilizadas para su obtención, fórmula cuando proceda, etc. En caso de evaluación cualitativa, indicar actores, ejes de análisis, etc.

En cuando al objetivo principal:

1-Evaluar si ha habido disminución de prevalencia de VPM en Centros de Atención Primaria y Salud Mental, usamos los siguientes indicadores:

1.1-Número de mujeres que en el estudio de prevalencia de VPM en el último año cumplimentaron la encuesta y resultaron ser caso de VPM.

1.2-Comparación con resultados de prevalencia obtenidos en estudios previos de características similares.

1.3-Encuesta realizada a profesionales sanitarios de Atención Primaria de Mar báltico durante la Jornada de coordinación.

Para los objetivos específicos:

2- Estudiar si hay factores asociados a la crisis económica que influyen en la prevalencia de VPM

Indicadores:

2.1-Valorar influencia de preguntas del cuestionario que hacían alusión a factores asociados a la crisis económica en ser caso de VPM. Estas preguntas eran: situación laboral, nivel de ingresos en el hogar, dificultades económicas para llegar a fin de mes y paro en familia nuclear.

2.2-En mujeres que dieron positivo a caso de VPM preguntar si consideraban que había habido cambios en su situación de maltrato y si la respuesta era positiva si atribuían estos cambios a factores relacionados con la crisis.

3-Analizar la frecuencia con la que los y las profesionales sanitarios evalúan preguntas relacionadas con la violencia de género.

Indicadores:

3.1.-Número de mujeres que responden en la encuesta de VPM que anteriormente algún/a profesional sanitario les había preguntado en algún momento de su vida si habían sufrido VPM.

3.2.-Número de profesionales sanitarios que evalúan la VPM.

4-Estudiar variables sociodemográficas relacionadas con los diferentes tipos de violencia.

Indicadores:

4.1.-Valorar relación entre sufrir VPM y variables sociodemográficas incluidas en la encuesta.

5-Explorar utilidad del test WAST abreviado como forma de screening de VPM en consultas de atención primaria y en salud mental.

5.1.-Valorar frecuencia de mujeres que dan caso positivo en VPM y tienen resultado positivo en el screening.

6-Estudiar si la información a profesionales sanitarios de encuestas de prevalencia realizadas en su centros de trabajo aumenta la capacidad para detectar VPM.

6.1.-Número de profesionales de atención primaria que acudieron a espacio de coordinación y formación.

6.2.-Número de profesionales de atención primaria que manifestaron avances en sensibilización y en habilidades para detectar VPM.

• RESULTADOS.

Además de los datos correspondientes se aportarán gráficos o tablas que faciliten su visualización e interpretación.

RESULTADOS DE INDICADORES:

1-Número de mujeres que en el estudio de prevalencia de VPM en el último año cumplieron la encuesta y resultaron ser caso de VPM

En el Centro de Atención Primaria la prevalencia a lo largo de la vida se realizó con una muestra de 153 mujeres y la de violencia en el último año por 105 mujeres que habían tenido pareja en el último año. En el Centro de Salud Mental de Hortaleza para calcular la prevalencia a lo largo de la vida se incluyeron 199 mujeres y para la prevalencia en el último año a 161 mujeres. de violencia en el último año la encuesta incluyó a 161 mujeres.

Los resultados de prevalencia se muestran en las siguientes tablas:

TABLA 1. PREVALENCIA VPM EN EL ÚLTIMO AÑO

	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA SEXUAL	CASO DE VIOLENCIA
CENTRO SALUD MENTAL N=161	39,7%	20,3%	9,6%	42,7%
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA N=105	17,7%	6%	---	18%

TABLA 2. PREVALENCIA VPM A LO LARGO DE LA VIDA

	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA SEXUAL	CASO DE VIOLENCIA
CENTRO SALUD MENTAL N=199	62,4%	43,7%	17,6%	66,2%
CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA N=149	32,2%	28,2%	6,8%	36,9%

2-Comparación con estudios previos: Al comparar datos de prevalencia citados con estudios anteriores en Atención Primaria y Salud Mental se observó que no había habido disminución significativa. En el ámbito sanitario en España, la mayoría de los estudios han encontrado una prevalencia de la violencia de género (VG) a lo largo de la vida, que oscila entre el 20% y el 48,6%. (2)(11)(12) (13) (14) (15) (16) (17). En lo que respecta a la prevalencia en el último año, las prevalencias recogidas para el 2006, mostraron un rango entre Comunidades Autónomas del 10,7% al 28,6%. En Madrid la prevalencia que se obtuvo para el último año fue del 19,6 %. Estos resultados, están en consonancia con estudios realizados en España y para el otros países (14)(16)

3-Encuesta realizada a profesionales sanitarios de Atención Primaria: Durante las jornadas de encuentro y presentación de resultados en Centro de Atención Primaria Mar Báltico, un 60% de ellos manifestaron que no habían observado en los últimos años cambios en la asistencia a consultas de mujeres con VPM, un 33,3% habían observado aumento y un 3,3% disminución.

4-Valorar influencia de preguntas del cuestionario que hacían alusión a factores asociados a la crisis económica en ser caso de VPM.

Estas preguntas eran: situación laboral, nivel de ingresos en el hogar, dificultades económicas para llegar a fin de mes y paro en familia nuclear

TABLA 3. RELACIÓN ENTRE PREVALENCIA VPM ÚLTIMO AÑO Y VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO/PROFESIÓN	NACIONALIDAD	SITUACIÓN LABORAL (paro/no paro)	DIFICULTADES ECONÓMICAS (último año)	NIVEL DE INGRESOS (<1000 e/mes)
CENTRO SALUD MENTAL n=161	Sí (más frecuente en separadas)	N.S	Sí (más frecuente en extranjeras)	N.S	Sí (v. psicológica y sexual)	Sí (v. psicológico)
CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA n=101	Sí (v. psicológica)	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S

N.S.p<0,05

Se encontró relación significativa entre tener dificultades económicas y nivel de ingresos sólo en la muestra de mujeres que habían acudido al Centro de Salud Mental

5-Percepción subjetiva de cambios en VPM atribuibles a la crisis y desempleo.

En mujeres que dieron positivo a caso de VPM se preguntó si consideraban que había habido cambios en su situación de maltrato y en el caso de que la respuesta fuera positiva, si atribuían estos cambios a factores relacionados con la crisis.

TABLA 4. PERCEPCIÓN SUBJETIVA EN MUJERES CASO DE VPM DE CAMBIOS EN VPM

	CAMBIOS EN VPM	RELACIÓN CAMBIO DE VPM CON CRISIS/DESEMPLEO
CENTRO SALUD MENTAL	-No cambios: 30,4% -Agravamiento: 34,8% -Atenuación: 35%	-No relación: 65% -Influyó agravamiento:32,7% -Influyó atenuación: 2% n=49
CENTRO ATENCIÓN PRIMARIA	-No cambios: 27,6% -Agravamiento: 34% -Atenuación: 41%	-No relación: 63,2% -Influyó agravamiento:32,8% n=19

Los datos de la tabla no confirman que las mujeres hayan observado de forma significativa cambios en la frecuencia de violencia. En aquellas que han observado cambios, tampoco lo relacionaron mayoritariamente con factores relacionados con la crisis y el desempleo.

6-Número de mujeres a las que se les ha evaluado VPM en consultas sanitarias.

En la muestra de 149 mujeres que habían acudido a consultas de Atención Primaria se les preguntó si algún/a profesional sanitario les había preguntado en algún momento de su vida si



habían sufrido VPM. Un 80% de las mujeres respondieron que nunca se les había preguntado sobre esta cuestión.

7-Número de profesionales sanitarios que evalúan la VPM.

En la encuesta realizada a 31 profesionales del Centro de Atención Primaria, a la pregunta “¿pregunta habitualmente a las mujeres que acuden a su consulta sobre la VPM?” respondieron sí un 6,5%; un 58% sólo lo preguntaban excepcionalmente y un 35,5% no lo preguntaban nunca. No se observó que haber realizado formación previa sobre VPM o el sexo influyeran en los resultados.

8-Valorar relación entre sufrir VPM y variables sociodemográficas:

Como se observa en la TABLA 4, en la muestra del Centro de Salud Mental se observa relación con ser separada y de nacionalidad extranjera. En la muestra de Atención Primaria sólo con ser separadas.

9-Valorar frecuencia de mujeres que dan caso positivo en VPM y tienen resultado positivo en el screening. Se confirma la utilidad de aplicación del cuestionario WAST como elemento de screening en consultas de atención primaria. Así, en la muestra total había un 46,7% de mujeres que dieron resultado positivo y un 53,3% negativo. En las mujeres que habían sido caso de VPM un 90,3% daban como resultado positivo en el WAST, lo que muestra alta sensibilidad. En las mujeres que no fueron caso de VPM hubo un 26,8% que dieron positivo en el WAST.

TABLA 5. RESULTADOS TEST CRIBADO WAST

			PUNTUACIÓN WAST		Total
			WAST negativo	WAST positivo	
CASO VPM	NO	Recuento	115	42	157
		% dentro de caso VPM	73,2%	26,8%	100,0%
CASO VPM	SI	Recuento	7	65	72
		% dentro de caso VPM	9,7%	90,3%	100,0%
Total	Recuento		122	107	229
	% dentro de Caso VPM		53,3%	46,7%	100,0%



10-Número de profesionales de atención primaria que acudieron a espacio de coordinación y formación.

A la jornada de presentación de resultados acudieron 31 profesionales del Centro de Atención Primaria Mar Báltico. De ellos un 15,4% eran hombres y un 84,6% mujeres.

11-Número de profesionales de atención primaria que tras la jornada manifestaron avances en el conocimiento de de la violencia de género (ANEXO 4.2)

De las/los profesionales que acudieron, un 80% manifestaron que la jornada les había resultado muy útil para sensibilización en la VG y un 82,8% manifestaron que recomendarían la actividad. En cuanto a la influencia que la jornada pudo tener en que los/las profesionales se encontraran capacitados/as para preguntar de forma rutinaria sobre VPM, contestaron “mucho” un 62,1% y “regular” un 37,9%. No se observaron diferencias de las respuestas por sexo.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

- En el Centro de Salud Mental de Hortaleza no existe historia clínica electrónica ni registro específico de casos de violencia por lo que no es posible obtener datos exactos de prevalencia y evaluar variaciones de la misma.
- Los resultados de prevalencia obtenidos en Atención Primaria tienen varias limitaciones. Aunque la coordinadora del Centro de Atención Primaria informó a todas/as los/las profesionales de la realización de la encuesta, no todos/as derivaron mujeres para realización de la misma. No ha sido posible comprobar el número de mujeres a las que no se les ofreció la posibilidad de realizarla ni el porcentaje de mujeres que se negaron a realizar la encuesta en Atención Primaria. En el Centro de Salud Mental no se negó ninguna mujer.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En aquellos casos en que los resultados obtenidos en la evaluación hayan permitido establecerlas. Estas podrán emitirse tanto en caso de resultados positivos obtenidos, como en caso de resultados no esperados y/o resultados negativos, que hayan implicado el establecimiento y articulación de medidas correctoras para mejorar la calidad de la intervención realizada.

- No se ha observado disminución significativa comparando con otros estudios en la prevalencia de VPM a lo largo de la vida ni en el último año en mujeres consultantes de Salud Mental y Atención Primaria.
- Incorporar instrumentos de detección muestra que la prevalencia de VPM en el último año es de un 17,7% en Atención Primaria y de un 42,7% en consultas de Salud Mental.
- En la muestra de mujeres que acuden al Centro de Salud Mental existe relación significativa entre tener dificultades económicas y sufrir VPM.



-Existe un elevado porcentaje de profesionales sanitarios que no explora la existencia de VPM en sus consultas.

RECOMENDACIONES:

- Se constata la necesidad de incluir en la historia clínica tanto de atención primaria como de especializada y salud mental, elementos que permitan registro de incidencia y prevalencia de VPM.
- Recomendamos crear espacios de reflexión y coordinación conjuntos entre profesionales de distintos ámbitos (salud pública, atención especializada, salud mental, red de rehabilitación para personas con trastorno mental grave, red de drogodependencias) para una adecuada detección, intervención e investigación en el campo de la VPM.
- Dado el alto porcentaje de profesionales que no evalúan la VPM en consultas sanitarias consideramos necesario replantear estrategias que aumenten la capacidad de detectarla
- Se propone incorporar el Woman Abuse Screening Tool (WAST) en historia clínica electrónica como elemento de cribado tanto en consultas de Atención Primaria como especializada y salud mental. Es un instrumento sencillo y fácil de administrar en consultas de Atención Primaria y representa una herramienta útil.
- Todas las profesionales de salud mental participantes valoramos de gran utilidad y conocimiento la experiencia. Nos planteamos trasladar la experiencia a otros Centros de Atención Primaria y animamos a otras/os compañeras/os a poner en marcha acciones similares con el fin de conseguir visibilizar la violencia de género como un problema de salud de primera magnitud.

BIBLIOGRAFÍA

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.