

ARTÍCULOS

La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja

How to train health professionals to deal with domestic violence*

**VICTORIA A. FERRER PÉREZ¹
ESPERANZA BOSCH FIOL¹
M.^a CARMEN RAMIS PALMER¹**

Fecha de Recepción: 07-09-2006

Fecha de Aceptación: 26-03-2008

RESUMEN

La violencia contra las mujeres en la pareja es, de acuerdo con la consideración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un problema social y sanitario de primera magnitud y que requiere acción urgente y prioritaria de los/as profesionales de la salud. El objetivo de este trabajo es analizar la percepción sobre este problema, su frecuencia, su gravedad y sus causas en un colectivo de alumnado universitario de ciencias de la salud como futuros/as profesionales implicados/as.

Se analizan estas percepciones en 175 estudiantes de Psicología y Enfermería a quienes se administró una entrevista ad hoc y el "Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia" (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997).

Los resultados muestran que este alumnado tiene entre sí más semejanzas que diferencias y que su consideración de este problema es similar a la de la población general, valorándolo como problema social inaceptable y grave, que

* Este trabajo se realizó en el marco de un proyecto de investigación financiado por la Universitat de les Illes Balears (UIB2003/10).

¹ Grupo de Investigación «Estudios de género». Facultad de Psicología. Universitat de les Illes Balears. Ctra. Valldemossa km. 7'5. 07122 Palma de Mallorca. Baleares.

ocurre frecuentemente y donde tienen un peso importante diversas causas individuales y sociales.

Se analizan las implicaciones de estos resultados.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO), domestic violence is a major social and health problem requiring crying and priority action from health care professionals. The objective of this paper is to analyze how these professionals perceive this problem, its prevalence, seriousness and causes when they are university students.

Perception of a sample of 175 university students, including Psychology and Nursing, was analyzed. An ad hoc interview and the "Inventory of Distorted Thoughts about Women and Violence" (Echeburúa and Fernandez-Montalvo, 1997) were administered.

The results show that both groups of students have more similarities than differences and that their consideration of this problem is similar to the one of the general population. They regard it as an unacceptable and serious social problem occurring frequently, where diverse individual and social causes play a role.

The implications of these results are finally analyzed.

PALABRAS CLAVE

Violencia contra las mujeres en la pareja, Frecuencia, Causas, Estudiantes de ciencias de la salud.

KEY WORDS

Domestic violence, Prevalence, Causes, Health professionals.

En su cuadragésima cuarta Asamblea Mundial, celebrada en mayo de 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó una resolución declarando la violencia contra las mujeres como una prioridad de salud pública (OMS, 1996). Posteriormente, la OMS adoptó una nueva resolución (OMS, 1998a) insistiendo en la importancia de reconocer esta violencia como un problema social y sanitario de primera magnitud y que requiere acción urgente.

Según esta organización, las razones que convierten a la violencia contra las mujeres en un tema prioritario para los/as profesionales de la salud son, en primer lugar –y aunque su verdadera extensión sea difícil de conocer pues se trata de un “delito oculto” (OMS, 1998b; n.d. / 1999)–, que esta violencia produce padecimientos y consecuencias negativas para aproximadamente una quinta parte o más de la población femenina mundial; en segundo lugar, que cada vez son más los trabajos que señalan su impacto negativo sobre importantes temas de salud (maternidad y planificación familiar, enfermedades crónicas físicas y mentales, etc.) (OMS, 1996, 1998b); y en tercer lugar, que los/as profesionales de la salud son el principal punto de apoyo para muchas de sus víctimas (Heise y García-Moreno, 2003).

En este sentido, y como resume Segura (2004), son numerosos los ámbitos de organización social que prestan sus servicios en situaciones de violencia contra las mujeres en la pareja (incluyendo tanto las organizaciones sanitarias como los cuerpos

policiales o la estructura judicial) pero, dentro de esta cadena de servicios sociales, la asistencia sanitaria cobra un especial protagonismo porque puede ser el instrumento de alarma en la verificación de nuevos casos y puede actuar de manera preventiva realizando detección precoz en la evolución del proceso violento, involucrando, a partir de ahí, a otros órganos de atención a las víctimas.

Pero si bien estas razones parecen sugerir la necesidad de evaluar sistemáticamente la posible presencia de un historial de violencia, lo habitual es que las pacientes rara vez cuenten voluntariamente su historia de victimización y que los/as profesionales no pregunten sobre ella (Jacobson y Richardson, 1987; Koss y Hesslet, 1992; Liese, Larson, Johnson y Hourigan, 1989; McCauley, Yurk, Jenckes, y Ford, 1998; Plichta y Falik, 2001).

En el caso de las mujeres, las razones por las que no denuncian la violencia que padecen a manos de sus parejas o ex-parejas sentimentales o no informan de su ocurrencia pueden ser muchas y variadas, y tanto de origen social como individual, como señalan y analizan diversas fuentes (UNICEF, 2000; Watts y Zimmerman, 2002), si bien su revisión detallada excede los propósitos de este trabajo.

Por lo que se refiere a la ausencia de preguntas de los/as profesionales de la salud, algunos trabajos sobre el tema en atención primaria (Bessette y Peterson, 2002; Davis y Harsch,

2001; Elliot, Nerney, Jones y Friedman, 2002; McCauley et al., 1998; Plichta y Falik, 2001; Reid y Glasser, 1997; Sugg e Inui, 1992) sugieren que para muchos/as de estos/as profesionales realizar preguntas directas sobre violencia en la pareja o relacionadas con ella era demasiado "íntimo" para que resultara cómodo y que podían resultar ofensivas; también la falta de tiempo o la ausencia de formación y de estrategias para intervenir y manejar la situación aparecían como motivaciones para no hacer averiguaciones sobre el tema. Además de bajos niveles de conocimiento y formación, otros trabajos han hallado poca conciencia de problema y altos niveles de percepciones erróneas y actitudes prejuiciosas sobre la violencia contra las mujeres en la pareja en estos/as profesionales (Sugg, Thompson, Thompson, Maiuro y Rivara, 1999; Tilden, Schmidt, Limandri, Chiodo, Garland y Loveless, 1994).

El hecho de que los/as profesionales de la salud no investiguen sobre la historia de victimización de sus pacientes tiene al menos dos consecuencias (Koss y Hesslet, 1992): a) Por una parte, las pacientes continúan viviendo en una situación de riesgo y aumenta la probabilidad de que esa mujer y/o sus hijos/as sufran las consecuencias de la violencia; y b) Por otra parte, en ocasiones no es posible resolver los problemas físicos que presenta la paciente sin resolver la causa subyacente, generándose diagnósticos y/o tratamientos inadecuados, y, al no preguntar sobre la violencia, las pacientes pue-

den creer que ésta queda fuera de las cosas que se pueden tratar en la consulta y con el/la profesional.

Con objeto de solventar estas dificultades se han sugerido tanto recomendaciones para facilitar a la víctima hablar de su problema (Koss y Russo, 1992; Goodman, Koss y Hesslet, 1993) como el uso sistemático o cuasi-sistemático de "screenings" para detectar la posible presencia de un historial o una situación de violencia de género en las consultas de ciertos servicios de salud (Acierno, Resnick y Kilpatrick, 1997; El-Bayoumi, Borum y Haywood, 1998; Feldhaus, Koziol-McLain y Amsbury, 1997) que han dado buenos resultados para la detección de este problema (Bradley, Smith, Long y O'Dowd, 2002; Olson, Anctil, Fullerton, Brillman, Arbuckle y Sklar, 1996; Richardson, Coid, Ptruckevitch, Wai Shan Chung, Moorey y Feder, 2002).

Pero, además de estrategias más o menos específicas, la recomendación general para mejorar tanto la detección como el posterior seguimiento y/o tratamiento que los/as profesionales de la salud dan a la violencia contra las mujeres en la pareja pasa por mejorar su formación en esta materia (Carlshmare, 2005; Heise y García-Moreno, 2003; Presidencia de la Unión Europea, 2002a; Salber y Taliaferro, 2000; UNICEF, 2000).

La insistencia en el papel crucial de la educación en el abordaje de esta forma de violencia no es nueva y la encontramos tanto en la Plata-

forma para la Acción de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Beijing de 1995 como en diversos documentos y propuestas nacionales e internacionales (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2000; Fondo de Población de Naciones Unidas, 2001; Presidencia de la Unión Europea, 2002b).

La Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (LO 1/2004 de 28 de diciembre) recoge explícitamente estas cuestiones, y en su título I determina las medidas de sensibilización, prevención y detección en diferentes ámbitos, incluyendo el ámbito educativo, el de la publicidad y de los medios de comunicación y el sanitario. Concretamente, y por lo que se refiere al ámbito sanitario, establece que se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de las mujeres que hayan vivido violencia de género (Artículo 15.1). Y, además, las administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas de las profesiones sanitarias se incorporen los contenidos dirigidos a la capacitación para la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de la violencia de género (Artículo 15.3).

Por tanto, esta ley diseña un escenario donde la formación en materia de violencia de género estará presente en todos los niveles educativos y en la Educación Superior muy

especialmente para los/as futuros/as profesionales sanitarios por considerarles una parte importante en la prevención de este problema y también en su tratamiento (de acuerdo, por tanto con las recomendaciones al uso).

Pero, si ese es el diseño de futuro, cabe preguntarse cuál es el punto de partida, o, lo que es lo mismo, cuál es la formación que estos/as profesionales han estado recibiendo hasta la fecha y cómo se sitúan frente a este problema social.

Concretamente, el objetivo de este trabajo es analizar la formación recibida sobre violencia contra las mujeres en la pareja y la percepción de este problema en alumnado universitario de ciencias del comportamiento y de la salud, considerando que este colectivo incluye a futuros/as profesionales que, a corto y/o medio plazo, tendrán entre sus tareas el enfrentarse con esta problemática, tanto desde el punto de vista de su prevención como de su tratamiento. Por tanto, este análisis puede contribuir a delimitar posibles carencias y, en su caso, ofrecer sugerencias para diseñar líneas de acción y recomendaciones que mejoren sus posibilidades de actuación.

MÉTODO

Sujetos

En el marco de un estudio más amplio, la muestra analizada en este trabajo estaba integrada por estu-

diantes de ciencias de la salud y del comportamiento de la Universitat de les Illes Balears (UIB). Concretamente, se entrevistó a 65 estudiantes de Enfermería y 115 estudiantes de Psicología. En la tabla 1 se describen las características de ambos colectivos.

Como puede verse, en ambos casos el porcentaje de mujeres es sensiblemente superior al de varones y, aunque el porcentaje de varones que estudia Psicología dobla al de los que estudian Enfermería, no hay diferencias estadísticamente significativas por género entre ambos grupos. Tampoco hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos en cuanto a edad o situación laboral. En cambio, y como era de esperar, dado que en un caso se trata de una diplomatura y en el otro de una licenciatura y

dados los criterios de selección de la muestra, sí se observan diferencias estadísticamente significativas por curso.

Instrumentos de evaluación

El cuestionario empleado incluyó las siguientes secciones:

- a) Características sociodemográficas y de estudios: se preguntaba a los/as participantes por su género, edad, estudios en curso, asignaturas y actividades realizadas sobre el tema, valoración de la extensión del problema en España, valoración del nivel de gravedad de las diferentes formas del problema (violencia física, psicológica y sexual), de sus causas y de posibles alternativas de acción.

Tabla 1. descripción de la muestra

	Estudiantes de Enfermería (n=65)	Estudiantes de Psicología (n=115)	Significación
Género			
Varones	6 (9'2%)	21 (18'3%)	No dif. e.s.
Mujeres	59 (90'8%)	91 (79'1%)	
Edad	Media = 23.03 d.t. 4.29	Media = 22.89 d.t. 3.16	No dif. e.s.
Curso			$\chi^2(3)=54.338$ p=.000 Cc: .482
Segundo	1 (1'5%)	53 (46'1%)	
Tercero	64 (98'5%)	28 (24'3%)	
Cuarto Quinto		34 (29'6%)	
Situación laboral			No dif. e.s.
Estudia	46 (70'8%)	79 (68'7%)	
Estudia + Trabaja	19 (29'2%)	36 (31'3%)	

Cc: Coeficiente de contingencia.

Cabe remarcar que, si bien hay diversos inventarios para medir el abuso psicológico en las relaciones de pareja que proponen otras categorías (como, por ejemplo, el de Calvete, Corral y Estévez, 2005) para analizar la percepción de frecuencia y gravedad del problema, en este caso se emplearon las que propone el Eurobarómetro *La opinión de los/as europeos/as sobre la violencia doméstica de la que son víctimas las mujeres* (Comisión Europea, 1999) con objeto de poder comparar nuestro resultados con los de dicho estudio.

- b) Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia (IPDMV, Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997): Originalmente, este instrumento consta 29 ítems de respuesta binaria, 13 relativos a pensamientos distorsionados sobre las mujeres y 16 a la consideración de la violencia como forma aceptable de resolver conflictos. Para obtener más información se reconvirtió la escala original a una escala Likert de 4 puntos (desde 1, completamente en desacuerdo, hasta 4, completamente de acuerdo).

Sus autores no informan sobre las características psicométricas de este instrumento que emplean en la práctica clínica (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). En un trabajo anterior (Ferrer, Bosch, Ramis, Torrens y Navarro, 2006) obtuvimos un coeficiente alpha de Cronbach de .8454, una vez eliminados 5

ítems cuya puntuación no correlacionaba adecuadamente con el total de la escala.

En cuanto a su estructura, en dicho trabajo obtuvimos 4 factores, que evalúan respectivamente aceptación del estereotipo tradicional y la misoginia (creencia en la inferioridad de la mujer frente al varón) (factor 1), culpabilización de las mujeres víctimas del maltrato (factor 2), aceptación de la violencia como estrategia adecuada para la solución de problemas (factor 3), y minimización de la violencia contra las mujeres como problema y desculpabilización del maltratador (factor 4). Las puntuaciones en estos cuatro factores, junto con las del total de la escala, se analizaron en este trabajo. En todos los casos, puntuaciones más elevadas indican una mayor presencia de ese tipo de creencias y actitudes, es decir, indican mayores niveles de sexismo y creencias distorsionadas sobre la violencia.

Procedimiento

La muestra de estudio fue seleccionada de entre todos/as los/as estudiantes de la UIB mediante un muestreo no probabilístico por cuotas en base a la variable estudios que cursa. Tras calcular el tamaño correspondiente a un error muestral de $\pm 4\%$ y un nivel de significación de 95'5%, se estimó el número de personas a entrevistar, distribuido por afijación proporcional de acuerdo con la matrícula en esos estudios. La muestra quedó así com-

puesta por 1.395 personas distribuidas del modo siguiente: 253 estudiantes (18'1%) de ciencias; 133 (9'5%) de humanidades; 425 (30'5%) de ciencias económicas; 104 (7'5%) de derecho; 221 (15'8%) de ciencias del comportamiento y de la salud; 29 (2'1%) de trabajo social; y 230 (16'5%) de ciencias de la educación.

Para realizar el presente estudio se tomaron los datos correspondientes al alumnado de ciencias del comportamiento y de la salud, que en la UIB comprende únicamente los estudios de Psicología, Enfermería y Fisioterapia, y, concretamente, se incluyó alumnado de los dos primeros por ser los más directamente relacionados con la temática analizada.

Dado el interés por evaluar la formación específica recibida, se incluyeron preferentemente estudiantes de licenciatura de tercer año o superior y de diplomatura de segundo año o superior. A partir este criterio de selección, era de esperar la existencia de diferencias significativas en cuanto a la variable curso entre los dos colectivos de alumna-do, como así ocurre.

Una vez determinado el tamaño de la muestra y la cuota para cada estudio, se contactó con el profesorado correspondiente, acordando una cita para administrar el cuestionario en su horario de clases.

Para realizar el trabajo de campo se contó con la colaboración de alumnado de cursos superiores que fue adecuadamente entrenado,

garantizando así la correcta administración de los cuestionarios. Este alumnado colaborador acudía a las citas preestablecidas y encuestaba de forma colectiva y en horario lectivo a aquellos/as estudiantes que había asistido a clase aquel día en cada caso. Cuando éstos/as no eran suficientes para cubrir la cuota prevista se procedió a concertar una nueva cita con profesorado de ese mismo estudio hasta completar el total requerido. El tiempo medio dedicado a administrar el cuestionario fue de unos 15-20 minutos en cada grupo.

En todos los casos, los/as estudiantes participantes fueron adecuadamente informados/as del carácter voluntario y anónimo de su colaboración en el estudio y de los objetivos del mismo y aceptaron voluntariamente tomar parte sin recibir ninguna compensación a cambio, sin que se produjeran rechazos a participar en el estudio.

Análisis de datos

Los datos descriptivos obtenidos a partir de las variables categoriales estudiadas se expresan para cada caso en forma de frecuencias y porcentajes. A continuación se obtuvieron las tablas de contingencia, los estadísticos χ^2 y los coeficientes de contingencia para determinar si existía una asociación significativa (y, en su caso, de qué magnitud) entre las variables relativas a la consideración como problema y la percepción de frecuencia y gravedad del maltrato y a los estudios cursados.

En el caso de los datos procedentes del cuestionario, se calcularon las puntuaciones medias para cada factor en cada grupo y posteriormente se realizó una comparación de medias. Aunque las puntuaciones obtenidas en el cuestionario y en los 4 factores resultantes no siguen una distribución normal ($p=.000$ en la prueba de Kolmogorov-Smirnov en todos los casos), dado el tamaño muestral y las características de las puntuaciones obtenidas, se consideró aceptable el uso de estadísticos paramétricos (Pardo y Sanmartín, 1998). Dependiendo de si se cumplía o no el supuesto de homocedasticidad, se tomaron en consideración los estadísticos, grados de libertad y niveles de significación asumiendo que las varianzas eran o no iguales, según el caso.

Para realizar todos estos análisis se utilizaron los programas estadísticos del paquete SPSS (versión 10 para Macintosh).

Resultados

En primer lugar, y por lo que se refiere a formación específica, como podemos ver en la Tabla 2, entre el alumnado entrevistado y tanto de Enfermería como de Psicología son mayoría quienes han cursado alguna asignatura con contenidos sobre violencia contra las mujeres, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos colectivos de estudiantes.

Al revisar el tipo de materias, el porcentaje de quienes afirman ha-

ber cursado alguna asignatura troncal u obligatoria que incluya estos contenidos es muy bajo en ambos casos, sin que existan diferencias significativas entre ellos. En cambio, el alumnado de Psicología que ha cursado asignaturas optativas con estos contenidos es significativamente superior al de Enfermería, mientras en el caso de las asignaturas de libre configuración se invierten los términos.

En relación con estos resultados, cabe remarcar que el número de alumnos/as que indica haber cursado alguna asignatura con estos contenidos (44 en el caso de Enfermería, 62 en el caso de Psicología) es inferior al número de alumnos/as que indican haber cursado los diferentes tipos de asignaturas (56 en el caso de Enfermería, 67 en Psicología). Esto es así porque un/a mismo/a alumno/a puede haber cursado más de una materia de este tipo.

Por lo que se refiere a la ejecución de actividades relacionadas con la violencia contra las mujeres, en ambos colectivos en torno a 1/3 del alumnado entrevistado ha asistido a alguna conferencia o curso sobre el tema y menos del 3% ha realizado alguna actividad de voluntariado relacionada con esta cuestión, sin que se observen diferencias significativas entre ambos colectivos en ninguno de estos dos aspectos. En cambio, el alumnado de Enfermería lee en mayor medida literatura especializada sobre el tema y sigue significativamente más las noticias al respecto (Tabla 2).

Tabla 2. Formación y actividades sobre violencia contra las mujeres en la pareja

Actividad	Si	No	Significación
Ha cursado asignatura sobre el tema			
Enfermería	44 (67'7%)	21 (32'3%)	No dif. e.s.
Psicología	62 (53'9%)	53 (46'1%)	
Tipo de asignatura: troncal u obligatoria			
Enfermería	4 (9'1%)	40 (90'9%)	No dif. e.s.
Psicología	7 (11'3%)	55 (88'7%)	
Tipo de asignatura: optativa			
Enfermería	32 (72'7%)	12 (27'3%)	$\chi^2(1)=8.706$ p=.003, Cc: .275
Psicología	58 (93'5%)	4 (6'5%)	
Tipo de asignatura: libre configurac.			
Enfermería	20 (45'5%)	24 (54'5%)	$\chi^2(1)=20.250$ p=.000, Cc: .315
Psicología	2 (3'3%)	59 (96'7%)	
Asistencia a conferencia, curso, ...			
Enfermería	21 (33'3%)	42 (66'7%)	No dif. e.s.
Psicología	37 (32'5%)	77 (67'5%)	
Voluntariado			
Enfermería	1 (1'6%)	63 (98'4%)	No dif. e.s.
Psicología	3 (2'7%)	110 (97'3%)	
Lecturas especializadas			
Enfermería	40 (62'5%)	24 (37'5%)	$\chi^2(1)=4.437$ p=.035, Cc: .156
Psicología	53 (46'1%)	62 (53'9%)	
Seguir noticias			
Enfermería	64 (98'5%)	1 (1'5%)	$\chi^2(1)=6.149$ p=.013, Cc: .182
Psicología	101 (87'8%)	14 (12'2%)	

Cc: Coeficiente de contingencia.

Cabe remarcar que el alumnado de Enfermería considera en mayor medida la necesidad de incluir estos contenidos en sus planes de estudios (98'4% considera que sí y un 1'6% que no) en comparación con el alumnado de Psicología (un 86% considera que deben incluirse, un 7'9% no lo sabe y un 7'9% cree que no), siendo la diferencia entre ambos colectivos estadísticamente significativa en relación

con esta cuestión ($\chi^2(2)=7.669$, p=.022, Coeficiente de contingencia: .203).

Además, el alumnado de Enfermería considera en mayor medida que su profesión futura tendrá relación con la violencia contra las mujeres en general, y en la pareja en particular (100% frente al 85% del alumnado de Psicología) siendo la diferencia entre ambos colectivos

estadísticamente significativa también en este tema ($\chi^2(1)=10.651$, $p=.001$, Coeficiente de contingencia: .238).

A continuación se llevó a cabo una comparación de medias para determinar la posible existencia de diferencias en creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja entre el alumnado entrevistado en función de los estudios cursados. En este sentido, y como puede verse en la Tabla 3, tanto para el IPDMV en su conjunto como para los 4 factores analizados, no hay diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por el alumnado de Enfermería y de Psicología. Puede pues decirse que ambos colectivos mostraron creencias y pensamientos similares sobre la mujer y la violencia que,

de acuerdo con las puntuaciones obtenidas, suponen la presencia de bajos niveles de sexismo y creencias distorsionadas sobre la violencia.

Por lo que se refiere a la percepción de frecuencia de la violencia contra las mujeres en nuestro país, como puede verse en la Tabla 4, la mayoría del alumnado entrevistado considera que la violencia contra las mujeres en la pareja, en general y en sus diferentes formas, es bastante o muy frecuente. Tan sólo en el caso de los abusos físicos (considerados como bastante o muy frecuentes por el 93'7% del alumnado de Enfermería y por el 86% del alumnado de Psicología) hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos colectivos.

Tabla 3. Comparación de medias en creencias sobre violencia, en función del género

	Enfermería (n=65) X (d.t.)	Psicología (n=115) X (d.t.)	Test de Levene	t (gl)
Creencias	35.24 (7.60) n=62	36.20 (5.57) n=114	F=1.001 p=.319	No dif. e.s.
Factor 1	1.07 (.34) n=65	1.08 (.96) n=113	F=.001 p=.980	No dif. e.s.
Factor 2	1.51 (.33) n=64	1.58 (.34) n=115	F=.492 p=.484	No dif. e.s.
Factor 3	1.61 (.48) n=63	1.62 (.39) n=114	F=5.318 p=.022	No dif. e.s.
Factor 4	1.94 (.65) n=64	1.98 (.56) n=112	F=1.566 p=.221	No dif. e.s.

Factor 1: incluye los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 9.

Factor 2: incluye los ítems 10, 11, 13, 16, 20, 23, 24 y 26.

Factor 3: incluye los ítems 14, 15, 17, 21 y 22.

Factor 4: incluye los ítems 7, 12, 18 y 25.

Tabla 4. Frecuencia percibida de la violencia contra las mujeres en la pareja

	Nada frecuente	Poco frecuente	Bastante frecuente	Muy frecuente	Significación
Frecuencia España					
Enfermería	-	1 (1'6%)	28 (43'8%)	35 (54'6%)	No dif. e.s.
Psicología	-	6 (5'2%)	66 (57'4%)	43 (37'4%)	
Ab. psicológicos					
Enfermería	-	-	29 (44'6%)	36 (55'4%)	No dif. e.s.
Psicología	1 (0'9%)	2 (1'7%)	59 (51'3%)	53 (46'1%)	
Amenazas					
Enfermería	-	2 (3'1%)	29 (44'6%)	34 (52'3%)	No dif. e.s.
Psicología	-	7 (6'1%)	57 (49'6%)	51 (44'3%)	
Restricción. libertad					
Enfermería	-	2 (3'1%)	32 (49'2%)	31 (47'7%)	No dif. e.s.
Psicología	-	10 (8'7%)	51 (44'3%)	54 (47'0%)	
Ab. físicos					$\chi^2(1)=6.595$
Enfermería	-	4 (6'3%)	35 (54'7%)	25 (39'0%)	p=.037
Psicología	-	16 (13'9%)	73 (63'5%)	26 (22'6%)	Cc: .188
Ab. sexuales					
Enfermería	-	18 (40'0%)	36 (55'4%)	26 (22'6%)	No dif. e.s.
Psicología	1 (0'9%)	46 (40'0%)	53 (46'1%)	11 (16'9%)	

Cc: Coeficiente de contingencia.

Una muy amplia mayoría, tanto del conjunto de alumnado entrevistado como del alumnado de Enfermería y Psicología, considera que la violencia contra las mujeres en la pareja, los abusos psicológicos, físicos y sexuales, las amenazas y las restricciones de libertad son muy graves (Tabla 5). No hay diferencias significativas en ningún caso, aunque el alumnado de Enfermería parece proclive a atribuir un mayor nivel de gravedad a las amenazas y la restricción de la libertad.

Finalmente, por lo que se refiere a las causas que influyen sobre la violencia contra las mujeres en la pareja, los/as estudiantes entrevista-

dos/as emitieron las opiniones que se observan en la tabla siguiente (Tabla 6).

En términos generales, la mayoría de estudiantes considera que el abuso de alcohol o drogas, la enfermedad mental y los antecedentes familiares de maltrato influyen mucho sobre la violencia contra las mujeres en la pareja; que el paro, el bajo nivel cultural, el reparto de poder entre hombres y mujeres y el modo como las mujeres son consideradas por los hombres influyen bastante; que la pobreza, los medios de comunicación, las creencias religiosas y la predisposición genética influyen poco; y que la provocación de las mujeres no influye

Tabla 5. Gravedad de las diferentes formas de violencia contra las mujeres en la pareja

	Nada grave	Poco grave	Bastante grave	Muy grave	Significación
Abusos físicos					
Enfermería	-	-	2 (3'1%)	63 (96'9%)	No dif. e.s.
Psicología	-	-	3 (2'6%)	112 (97'4%)	
Abusos sexuales					
Enfermería	-	-	5 (7'7%)	60 (92'3%)	No dif. e.s.
Psicología	-	-	4 (3'5%)	111 (96'5%)	
Ab. psicológicos					
Enfermería	-	-	9 (13'8%)	56 (86'2%)	No dif. e.s.
Psicología	1 (0'9%)	-	15 (13'0%)	99 (86'1%)	
Amenazas					
Enfermería	-	2 (3'1%)	10 (15'4%)	53 (81'5%)	No dif. e.s.
Psicología	-	1 (0'9%)	31 (30'0%)	83 (69'1%)	
Restricc. libertad					
Enfermería	-	2 (3'1%)	16 (14'0%)	46 (82'9%)	No dif. e.s.
Psicología	-	1 (0'9%)	39 (33'9%)	75 (65'2%)	

Cc: Coeficiente de contingencia.

sobre la ocurrencia de esta forma de violencia.

Como puede verse, en el caso del abuso de alcohol o drogas, de la enfermedad mental, de las creencias religiosas, el bajo nivel cultural y los antecedentes familiares de maltrato el porcentaje de alumnado de Enfermería que atribuye a estas causas mucha responsabilidad en esta forma de violencia es significativamente superior al de Psicología; en cambio, el reparto de poder entre hombres y mujeres es considerado como factor causal en mayor medida por el alumnado de Enfermería.

Finalmente, y por lo que se refiere a valoración de posibles actuaciones frente a este problema, tanto el alumnado de Enfermería como el de

Psicología entrevistado considera mayoritariamente que las leyes para hacer frente a este problema (98'5% del alumnado de Enfermería y 99'2% del de Psicología) y las medidas para proteger a las víctimas (100% y 98'2% respectivamente) son insuficientes o muy insuficientes, no existiendo diferencias significativas entre ambos colectivos para estas cuestiones.

Discusión

La comparación entre los dos colectivos de estudiantes realizada muestra que entre ellos hay más semejanzas que diferencias en cuanto a su consideración de la violencia contra las mujeres. Entre las semejanzas destacan, especialmente, aquellas relativas a su formación,

Tabla 6. Causas percibidas en la violencia contra las mujeres en la pareja

	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Significación
Ab. alcohol-drogas					$\chi^2(2)=9.464$
Enfermería	-	1 (1'5%)	15 (23'1%)	49 (75'4%)	p=.009,
Psicología	-	5 (4'3%)	50 (43'5%)	60 (52'2%)	Cc.:224
Enferm. mental					$\chi^2(2)=11.664$
Enfermería	-	1 (1'5%)	16 (13'9%)	48 (84'6%)	p=.003,
Psicología	-	8 (7'0%)	51 (44'7%)	55 (48'4%)	Cc.:247
Consider. Mujeres					No dif. e.s.
Enfermería	-	4 (6'2%)	27 (41'5%)	34 (52'3%)	
Psicología	2 (1'7%)	13 (11'3%)	53 (46'1%)	47 (40'9%)	
Anteced. maltrato					$\chi^2(3)=13.105$
Enfermería	-	7 (10'8%)	13 (20'0%)	45 (69'2%)	p=.004,
Psicología	2 (1'7%)	15 (13'1%)	49 (42'6%)	49 (42'6%)	Cc.:261
Bajo nivel cultural					$\chi^2(3)=19.728$
Enfermería	1 (7'8%)	6 (9'4%)	33 (51'6%)	24 (37'5%)	p=.000,
Psicología	9 (7'8%)	32 (27'8%)	58 (50'5%)	16 (13'9%)	Cc.:315
Reparto poder					$\chi^2(3)=9.738$
Enfermería	-	9 (13'8%)	23 (35'4%)	33 (50'8%)	p=.000,
Psicología	7 (6'1%)	16 (13'9%)	56 (48'7%)	36 (31'3%)	Cc.:227
Creenc. religiosas					$\chi^2(3)=21.664$
Enfermería	1 (1'5%)	13 (20'0%)	33 (50'8%)	18 (27'7%)	p=.000,
Psicología	12 (10'4%)	53 (46'1%)	35 (30'4%)	15 (13'1%)	Cc.:328
Pobreza					No dif. e.s.
Enfermería	1 (1'5%)	22 (34'4%)	29 (45'3%)	12 (18'78%)	
Psicología	7 (6'1%)	57 (49'6%)	39 (33'9%)	12 (10'4%)	
Paro					No dif. e.s.
Enfermería	2 (3'1%)	22 (33'8%)	32 (49'2%)	9 (13'9%)	
Psicología	3 (2'6%)	41 (35'7%)	60 (52'2%)	11 (9'6%)	
Medios comunicac.					No dif. e.s.
Enfermería	3 (4'6%)	31 (47'7%)	27 (41'5%)	4 (6'2%)	
Psicología	12 (10'5%)	68 (59'6%)	28 (24'6%)	6 (5'3%)	
Genética					No dif. e.s.
Enfermería	14 (21'9%)	25 (39'1%)	13 (20'3%)	12 (18'7%)	
Psicología	33 (28'7%)	55 (47'8%)	19 (16'5%)	8 (7'0%)	
Provocac. mujeres					No dif. e.s.
Enfermería	38 (58'5%)	18 (27'7%)	6 (9'2%)	3 (4'6%)	
Psicología	73 (63'5%)	38 (33'0%)	3 (2'6%)	1 (0'9%)	

Cc: Coeficiente de contingencia

a sus creencias sobre este problema social y al análisis que realizan de su frecuencia, su gravedad y algunas de sus causas. Entre las diferencias cabe remarcar el tipo de asignaturas cursadas, aspecto claramente ligado al plan de estudios de la UIB ya que el alumnado de Psicología tiene en su plan de estudios una asignatura optativa que incluye estos contenidos, mientras que el alumnado de Enfermería no, pudiendo concluirse que el alumnado interesado cursa aquellas materias que tiene a su disposición (optativas en un caso, de libre configuración en otro).

El mayor porcentaje de alumnado de Enfermería que cursa asignaturas con estos contenidos, junto con las diferencias halladas en cuanto a realización de lecturas especializadas, seguimiento de noticias, necesidad de incluir la temática en los planes de estudios o relación percibida con la profesión parecen sugerir una mayor sensibilización en este colectivo hacia algunos aspectos de la violencia contra las mujeres en la pareja, en comparación con el alumnado de Psicología de la UIB.

De un modo más general, los datos obtenidos en este trabajo muestran que, al igual que ocurre entre la población general, entre los/as estudiantes universitarios/as de ciencias del comportamiento y de la salud la violencia contra las mujeres en la pareja es considerada como un problema social inaceptable, que ocurre frecuentemente en nuestro entorno, que tiene un alto nivel de gravedad y en el que tienen

un peso importante diversos tipos de causas, tanto individuales como sociales.

Profundizando un poco más en los resultados obtenidos se observa que entre los/as estudiantes es más elevada la frecuencia percibida de este problema, que se sitúa sobre el 70% para la violencia en la pareja en general (Comisión Europea, 1999) y para los malos tratos físicos (CIS, 2001, 2002, 2004) en el caso de la población general y que aumenta hasta más del 90% en el caso de los abusos psicológicos y más del 80% en el caso de los abusos físicos, las amenazas y las restricciones de libertad en el caso de los/as estudiantes universitarios/as. La elevada frecuencia percibida de abusos sexuales ha disminuido del 54% al 38% en la población general entre 2001 y 2002, mientras que en esta muestra universitaria se mantiene por encima del 50%.

Por lo que se refiere a la gravedad, los resultados obtenidos en este trabajo son similares a los de la Unión Europea (Comisión Europea, 1999) y España (Altarriba, 1992) de modo que más de un 90% consideró la violencia contra las mujeres en la pareja, tanto en general como en sus diferentes modalidades, como un problema grave. Al igual que sucede en los estudios del CIS (2001, 2004), también en nuestro caso los abusos físicos fueron la forma de violencia valorada como bastante o muy grave por un mayor porcentaje de estudiantes. En cambio, mientras en población general eran los abusos sexuales los

siguientes en esta consideración, entre los/as estudiantes el segundo lugar era ocupado por los abusos psicológicos.

Finalmente, por lo que se refiere a la percepción de las causas de la violencia contra las mujeres en la pareja, al igual que ya ocurría en los diferentes estudios revisados (Altarriba, 1992; CIS, 2001, 2002, 2004; Comisión Europea, 1999; Cruz y Cobo, 1991), también entre los/as estudiantes universitarios/as las causas consideradas como tales por un mayor porcentaje de población general fueron, por este orden, el abuso de alcohol y drogas y la enfermedad mental de los agresores.

Quizá la diferencia más destacada en cuanto a causas sea la relativa a la provocación de las mujeres, valorada como causa posible por más de un 46% de las personas entrevistadas en el Eurobarómetro (Comisión Europea, 1999) y considerada como tal por el 11% de los/as estudiantes entrevistados/as en nuestro caso (13'8% entre el alumnado de Psicología y 3'5% en el de Enfermería).

Por último, aunque no por ello menos importante, cabe comentar que este estudio tiene, también, algunas limitaciones, derivadas, por una parte, del hecho de que, al formar parte de un estudio más amplio, la muestra analizada es de pequeño tamaño por lo que los resultados obtenidos son orientativos; y, por otro, del hecho de que la ausencia de estudios de Medicina

en la UIB ha impedido incluir en este estudio el análisis de las opiniones y creencias de este importante colectivo de futuros/as profesionales de la salud.

Para finalizar cabe comentar que, a la vista de los resultados obtenidos, se generan algunas reflexiones.

Así, en primer lugar, y como ya se ha comentado, en términos generales se desprende que existe una importante conciencia de que la violencia contra las mujeres en la pareja es un problema social de primera magnitud, muy extendido y grave y que esta conciencia se da tanto en el ámbito europeo como en el estado español y entre el alumnado universitario de ciencias del comportamiento y de la salud.

Sin embargo, el optimismo inicial que podría desprenderse de este tipo de resultados queda algo matizada por ciertos datos. Así, si en la década de 1970 y 1980 algunos trabajos mostraban un nivel de aceptación de esta violencia de casi el 25% en algunos colectivos (Villavicencio y Sebastián, 1992), en encuestas más recientes en torno al 95% de la población consultada considera inaceptable y grave este problema (Comisión Europea, 1999). Pero, sin embargo, la incidencia real de la violencia contra las mujeres en la pareja se halla entre el 10%-30%, según las diferentes fuentes (Heise y García-Moreno, 2003, UNICEF, 2000). Esta discrepancia parece sugerir la presencia de un cierto efecto de la deseabilidad social en los resultados de las encuestas, inclu-

yendo también aquellos que, como éste, han sido realizados en muestras universitarias, esto es, podría pensarse que una cierta cantidad de personas encuestadas no están contestando lo que realmente creen sino que aquello que está socialmente bien considerado.

Por otra parte, a la vista de los resultados obtenidos consideramos necesario remarcar que, aunque resulta positivo el escaso porcentaje de estudiantes universitarios/as que sostienen mitos sobre la violencia contra las mujeres y sus causas, quedaría un remanente que, sin ser muy elevado, no resulta despreciable (en torno al 10%, alcanzando hasta el 20% en algunos casos entre el alumnado entrevistado) que continúa manteniendo creencias erróneas en mayor o menor medida, lo cual resulta particularmente preocupante dada la ya comentada responsabilidad de estos/as futuros/as profesionales de la salud en relación con este problema. Tal y como sugieren Bessette y Peterson (2002) o Lasheras y Pires (2003), los/as profesionales de la salud deberían analizar sus creencias sobre el tema, conocer hasta qué punto éstas están impregnadas por estereotipos y esforzarse por controlarlos como medio de evitar que éstos influyan en sus desempeño profesional y para ello es imprescindible una sólida formación en la materia, como ya se comentó anteriormente (Carlshmare, 2005; Heise y García-Moreno, 2003; Presidencia de la Unión Europea, 2002a; Salber y Taliaferro, 2000; UNICEF, 2000).

En este sentido, parece especialmente pertinente la introducción de materias específicas sobre violencia contra las mujeres en los planes de estudios de los/as estudiantes universitarios que no sólo formen sobre la violencia y sus consecuencias, si no que lleven a estos/as futuros/as profesionales a interiorizar este problema como de su incumbencia profesional cosa, que como hemos visto en los resultados obtenidos, aún no está generalizada.

Hasta la fecha esta inclusión se ha dado en los estudios de grado tan sólo en contados casos (como por ejemplo, una asignatura optativa en la Universidad Complutense de Madrid y otra de libre configuración en la Universidad de Salamanca, a las que se ha unido otra en la UIB el curso 2006-2007), y la oferta en los estudios de posgrado no ha sido mucho mayor (como por ejemplo, un máster en violencia de la Universidad Autónoma de Barcelona o un diploma en la Complutense de Madrid). Sin embargo, y como ya se ha comentado, la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género prevee la incorporación futura de asignaturas de este tipo de modo generalizado y como medida preventiva para revisar y corregir esos mitos y creencias erróneas resistentes de los/as futuros/as profesionales sanitarios que puedan interferir sobre su desarrollo profesional futuro. Cabe esperar que su implementación sea pues lo más rápida y eficaz posible.

REFERENCIAS

- Acierno, R., Resnick, H.S. y Kilpatrick, D.G. (1997). Health impact of interpersonal violence 1: Prevalence rates, case identification, and risk factors for sexual assault, physical assault and domestic violence in men and women. *Behavioral Medicine*, 23(2), 53-64.
- Altarribia, F.X. (1992). *Vivències silencioses. Estudi d'opinió sobre la victimització de les dones a Catalunya*. Barcelona: Institut Català de la Dona.
- Bessette, H.D. y Peterson, S.S. (2002). Attitudes of adult nurse practitioner students toward women experiencing domestic violence. *Journal of Nursing Education*, 41(5), 227-230.
- Bradley, F., Smith, M., Long, J. y O'Dowd, T. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *British Medical Journal*, 324, 271.
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2005). Desarrollo de un inventario para evaluar abuso psicológico en relaciones de pareja. *Clínica y Salud*, 16(3), 203-221.
- Carlshamre, M. (2005). *Informe sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones (2004/2220(INI))*. Informe del Parlamento Europeo A6-0404/2005.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2001). *La opinión en los barómetros de 2001: la violencia doméstica. Datos de opinión. Boletín 27. Estudio 2411*. Disponible en: <http://www.cis.es/boletin/27/violencia.htm> (Consultado el 10 abril 2002).
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2002). *Violencia doméstica. Datos de opinión. Boletín 30. Estudio 2468*. Disponible en: <http://www.cis.es/boletin/30/violencia.htm> (Consultado el 5 abril 2005).
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2004). *La opinión en los barómetros de 2004: violencia doméstica. Estudio 2558*. Disponible en: <http://www.cis.es/boletin/36/violencia.htm> (Consultado el 1 de febrero 2006).
- Comisión Europea (1999). *L'opinion des europeens sur la violence domestique dont sont victimes les femmes*. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/dg10/epo/eb/eb51/violence_fr.pdf
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2000). *Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Cruz, P. y Cobo, R. (1991). *Las mujeres españolas: lo privado y lo público*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Davis, R.E. y Harsch, K. (2001). Confronting barriers to universal screening for domestic violence. *Professional Nursing*, 17, 313-320.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 355-384.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 73-90). Madrid: Siglo XXI.
- El-Bayoumi, G., Borum, M.L. y Haywood, Y. (1998). Domestic violence in women. *Medical Clinic of North American*, 82(2), 391-401.

Elliot, L. Nerney, M., Jones, T. y Friedman, P. (2002). Barriers to screening for domestic violence. *New England Journal of Medicine*, 17, 112-116.

Feldhaus, K.M., Koziol-McLain, J. y Amsbury, H.L. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergence room. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1357-1361.

Ferrer, V.A., Bosch, E., Ramis, M.C., Torrens, G. y Navarro, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: Creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema* 18(3), 359-366.

Fondo de Población de Naciones Unidas (2001). *Un enfoque práctico de la violencia de género: Guía programática para proveedores y encargados de servicios de salud*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Goodman, L.A., Koss, M.P. y Russo, N.F. (1993). Violence against women: Physical and mental health effects. Part I. Research findings. *Applied & Preventive Psychology*, 2, 79-89.

Heise, L.L. y García-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg, K.A. Mercy, A.B. Zwi y R. Lozano (Eds.), *Informe Mundial sobre Violencia y Salud* (pp. 97-131). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (Orig. OMS 2002).

Jacobson, A. y Richardson, B. (1987). Assault of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. *American Journal of Psychology*, 144, 908-913.

Koss, M.P. y Heslet, L. (1992). Somatic consequences of violence against women. *Archives of Family Medicine*, 1, 53-59.

Lasheras, M.L. y Pires, M. (2003). *La violencia contra las mujeres considerada como*

problema de salud pública. Madrid: Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Liese, B.S., Larson, M.W., Johnson, C.A. y Hourigan, R.J. (1989). An experimental study of two methods for teaching sexual history taking skills. *Family and Medicine*, 21, 21-24.

McCauley, J., Yurk, R.A., Jenckes, M.W. y Ford, D.E. (1998). Incidence "Pandora Box". Abused women's experiences with clinics and health services. *Journal of General and Internal Medicine*, 13, 549-555.

Olson, L., Anctil, C., Fullerton, L., Brillman, J., Arbuckle, J. y Sklar, D. (1996). Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Annual Emergency Medicine*, 27(6), 741-746.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). *Violence against women*. Fact Sheet N128. Disponible en: <http://www.who.int/inf/fs/en/fact128.html>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998a). *Violencia contra la mujer*. Disponible en: <http://www.who.int/frh-whd/VAW/info-pack/Spanish/violencia-infopack.htm>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998b). *Gender and health a technical paper*. Disponible en: <http://www.who.int/frh-whd/GandH/Ghreport/gen-dertech.htm>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (n.d./1999). *Violence and injury prevention. Violence and health*. Disponible en: <http://www.who.int/eha/pvi/info-kit/women.htm>

Pardo, A. y San Martín, R. (1998). *Análisis de datos en psicología II*. Madrid: Pirámide.

Plichta, S. y Falik, M. (2001). Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues*, 11, 244-258.

- Presidencia de la Unión Europea, España (2002a). *Estudio sobre las medidas adoptadas, por los estados miembros de la Unión Europea, para luchar contra la violencia hacia las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Presidencia de la Unión Europea, España (2002b). *Guía de buenas prácticas para paliar los efectos de la violencia contra las mujeres y conseguir su erradicación*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Reid, S.A. y Glasser, M. (1997). Primary care physicians' recognition of and attitudes toward domestic violence. *Academic Medicine*, 72(1), 51-53.
- Richardson, J., Coid, J., Ptuckevitch, A., Wai Shan Chung, Moorey, S. y Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*, 324, 274.
- Salber, P. y Taliaferro, E. (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*. Barcelona: Cedecs.
- Segura, L.J. (2004). La atención primaria como medio de prevención de la violencia doméstica. Aspectos médico-legales. En I. Montalbán (Dir.), *Encuentros sobre violencia doméstica* (pp. 581-628). Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Sugg, N.K. e Inui, T. (1992). Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box. *JAMA*, 267(3), 157-160.
- Sugg, N.K., Thompson, R.S., Thompson, D.C., Maiuro, R. y Rivara, F.P. (1999). Domestic violence and primary care: attitudes, practices and beliefs. *Archives of Family Medicine*, 8, 301-306.
- Tilden, V., Schmidt, T., Limandri, B., Chiodo, G., Garland, M. y Loveless, P. (1994). *American Journal of Public Health*, 84, 628-633.
- UNICEF (2000). La violencia doméstica contra mujeres y niñas. Informe *Innocenti*, 6.
- Villavicencio, Patricia y Batista, Nara M. (1992). Un problema específico de salud en la mujer: la situación de maltrato. Revisión teórica. *Clínica y Salud*, 3(3), 239-249.
- Watts, C. y Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope magnitude. *The Lancet*, 359, 1232-1237

Anexo: Cuestionario empleado.

Estamos haciendo un estudio sobre lo que se conoce como violencia doméstica o malos tratos (físicos, psicológicos o sexuales) hacia las mujeres cometidos por su pareja o ex – pareja y nos gustaría conocer tu opinión al respecto. Para ello te pedimos que aceptes voluntariamente participar en esta investigación, contestando primero algunos datos personales y luego contestando a diversos aspectos sobre esta cuestión.

Toda la información que nos proporciones es confidencial y anónima.

Por favor, **RODEA CON UN CÍRCULO la alternativa que corresponda en cada caso o escribe tu respuesta.**

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

Datos de identificación:

- Edad: _____ años - Género: (1) Hombre (2) Mujer
 - Estudios que cursas: _____ - Curso más alto en el que estás matriculado/a: _____
 - Situación laboral actual:
 (1) Estudio (2) Estudio y trabajo

- ¿En alguna de las asignaturas que has cursado o estás cursando se incluyen contenidos sobre violencia doméstica o malos tratos? (1) Sí (2) No

En caso afirmativo, indicar en cuáles (marcar lo que corresponda):

Tipo de asignatura	Sí	No	En caso afirmativo, nombre de la asignatura:
Troncal u obligatoria			
Optativa			
Libre configuración			
Prácticas			

- ¿Has asistido a alguna **actividad** (curso, seminario, conferencia, ...) sobre violencia doméstica o malos tratos?
 (1) Sí (2) No

En caso afirmativo, indica a cuántas: (1) A una (2) De 2 a 5 (3) Más de 6

- ¿Has realizado alguna actividad de **voluntariado** con víctimas de violencia doméstica o malos tratos?

(1) Sí (2) No

En caso afirmativo, indica cuántas: (1) Una (2) De 2 a 5 (3) Más de 6

- ¿Has manejado **literatura especializada** (libros, artículos de revistas, páginas de internet) en violencia doméstica?

(1) Sí (2) No

En caso afirmativo, indica cuántas: (3) Habitualmente (2) A veces (1) Sólo en alguna ocasión

- ¿Sueles seguir las **noticias** (en prensa, radio, televisión) sobre violencia doméstica o malos tratos?

(1) Sí (2) No

En caso afirmativo, indica: (3) Habitualmente (2) A veces (1) Sólo en alguna ocasión

- ¿Crees necesario o adecuado que se incorpore el tema de la violencia doméstica a los planes de estudios?
 (1) Sí (2) No (3) No lo sé

- Cuando en el futuro comiences a ejercer profesionalmente lo que ahora estás estudiando, ¿crees que tu **actividad profesional** tendrá alguna relación con la violencia doméstica o malos tratos?

(1) Sí (2) No

En caso afirmativo, indica: (3) Habitualmente (2) A veces (1) Sólo en alguna ocasión

- ¿Crees que la violencia doméstica o malos tratos hacia las mujeres es en nuestro país?

(1) Nada habitual (2) Poco habitual (3) Bastante habitual (4) Muy habitual

- En relación a la frecuencia de las diferentes formas de violencia doméstica o malos tratos hacia las mujeres, crees que en nuestro país son:

	Nada frecuentes	Poco frecuentes	Bastante frecuentes	Muy frecuentes
Los abusos psicológicos en la pareja				
Las agresiones o malos tratos físicos en la pareja				
Los abusos sexuales en la pareja				
Las amenazas de actos de violencia en la pareja				
Las restricciones de libertad en la pareja				

La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja

- Valora la gravedad que en tu opinión tienen las diferentes formas de malos tratos hacia las mujeres:

	Nada graves	No muy graves	Bastante graves	Muy graves
Los abusos psicológicos en la pareja				
Las agresiones o malos tratos físicos en la pareja				
Los abusos sexuales en la pareja				
Las amenazas de actos de violencia en la pareja				
Las restricciones de libertad en la pareja				

- Hasta qué punto crees que cada una de las siguientes causas influye en los malos tratos hacia las mujeres:

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
El abuso de alcohol y/o drogas				
La enfermedad mental				
El paro				
La pobreza				
Los medios de comunicación				
Las creencias religiosas				
El bajo nivel cultural				
Haber sufrido uno mismo malos tratos físico o sexuales				
El modo como está repartido el poder entre hombres y mujeres				
El modo como las mujeres son consideradas por los hombres				
El comportamiento provocador de las mujeres				
Estar genéticamente predispuesto a tener un comportamiento violento				

- En tu opinión, las leyes para castigar la violencia doméstica o malos tratos hacia las mujeres son:

(1) Muy insuficientes (2) Algo insuficientes (3) Bastante adecuadas (4) Muy adecuadas

- En tu opinión, la protección y ayuda para mujeres maltratadas es:

(1) Muy insuficiente (2) Algo insuficiente (3) Bastante adecuada (4) Muy adecuada

Las frases siguientes expresan una serie de creencias sobre las mujeres y sobre el uso de la violencia. En cada caso se trata de que indiques si estás de acuerdo o desacuerdo con el contenido de la frase en una escala de 1 a 4 donde 1 significa "Completamente en desacuerdo con el contenido" y 4 "Completamente de acuerdo con el contenido".

	Completamente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	De acuerdo (3)	Completamente de acuerdo (4)
1.- Las mujeres son inferiores a los hombres				
2.- Si el marido es el que aporta el dinero en casa, la mujer debe estar supeditada a él				
3.- El marido es el responsable de la familia por lo que la mujer le debe obedecer				
4.- La mujer debe tener la comida y la cena a punto para cuando el marido vuelva a casa				
5.- La obligación de una mujer es tener relaciones sexuales con su marido, aunque en ese momento no le apetezca				
6.- Una mujer no debe llevar la contraria a su marido				
7.- Una mujer que permanece conviviendo con un hombre violento debe tener un serio problema psicológico				
8.- Para muchas mujeres, el maltrato por parte de sus maridos es una muestra de su preocupación por ellas				
9.- Cuando un hombre pega a su mujer, ella ya sabrá porqué				
10.- Si las mujeres realmente quisieran, sabrían como prevenir los episodios de violencia				
11.- Muchas mujeres provocan deliberadamente a sus maridos para que estos pierdan el control y las golpeen				
12.- Si una mujer tiene dinero, no tiene porqué soportar una relación en la que existe violencia				
13.- El hecho de que la mayoría de las mujeres no suele llamar a la policía cuando están siendo maltratadas, prueba que quieren proteger a sus maridos				
14.- Si un niño pega a tu hijo, éste debe responderle de la misma forma				
15.- Los profesores de escuela hacen bien en utilizar el castigo físico contra niños que son repetidamente desobedientes y rebeldes				

16.- Los niños realmente no se dan cuenta de que sus padres pegan a sus madres a no ser que sean testigos de una palca				
17.- Las bofetadas son a veces necesarias				
18.- Para maltratar a una mujer hay que odiarla				
19.- La mayoría de los hombres que agreden a sus parejas creen que su comportamiento está justificado				
20.- La mayoría de los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por ello				
21.- Los golpes en el trasero (a un niño) a veces son necesarios				
22.- Lo que ocurre en una familia es problema únicamente de la familia				
23.- Muy pocas mujeres tienen secuelas físicas o psíquicas a causa de los malos tratos				
24.- Si muchas mujeres no fastidiaran tanto a sus maridos, seguramente no serían maltratadas				
25.- La mayoría de los maltratadores son personas fracasadas o "perdedores"				
26.- Las mujeres a menudo lesionan también a sus maridos				
27.- Cuando tus vecinos se están pegando, es responsabilidad tuya intervenir				
28.- Siempre es un delito que un hombre pegue a una mujer				
29.- Los agresores son personas con graves problemas psicológicos que a menudo no saben lo que hacen				