



## Violencia por compañero íntimo en profesionales sanitarios: distribución por comunidades autónomas españolas

Intimate partner violence among health professionals: distribution by autonomous communities in Spain

Violência por parceiro íntimo em profissionais de saúde: distribuição por comunidades autónomas espanholas

Juan Manuel Carmona-Torres<sup>1,2</sup>, Beatriz Recio-Andrade<sup>3</sup>, María Aurora Rodríguez-Borrego<sup>1,3,4</sup>

### Como citar este artículo:

Carmona-Torres JM, Recio-Andrade B, Rodríguez-Borrego MA. Intimate partner violence among health professionals: distribution by autonomous communities in Spain. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03256. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016049803256>

<sup>1</sup> Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Córdoba, España.

<sup>2</sup> Universidad de Castilla la Mancha, Ciudad Real, España.

<sup>3</sup> Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

<sup>4</sup> Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Córdoba, España.

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of intimate partner violence among health care professionals who work in the Spanish National Health System, according to the autonomous communities of Spain. **Method:** This was a descriptive cross-sectional multicenter study conducted with male and female health professionals (doctors, nurses, and nursing aides) in the different autonomous communities that are part of the Spanish National Health System. The following instruments were employed: among women, an intimate partner violence screening questionnaire; and among men, a questionnaire that screened for violence in the family environment. **Results:** A total of 1,039 health professionals participated in the study. Of these, 26% had suffered some type of abuse. Among the men, this prevalence was 2.7%, while among the women, it was 33.8%. There were differences in the prevalence of intimate partner violence among different autonomous communities, with the highest percentages in the Canary Islands. In terms of profession, 19.5% of the doctors had been exposed to intimate partner violence, while this percentage was 31% and 48.6% for nurses and nursing professionals, respectively. **Conclusion:** The results indicate the presence of intimate partner violence among healthcare personnel in most of the autonomous communities of Spain. The data demonstrate the need to implement action plans, both to support victims and to mitigate the problem.

### DESCRIPTORS

Intimate Partner Violence; Health Personnel; Prevalence; Physicians; Nurses; Demography; Spain.

### Autor correspondiente:

María Aurora Rodríguez Borrego  
Universidad de Córdoba, Facultad de Medicina  
y Enfermería, Departamento de Enfermería  
Edificio Sur  
Av. Menéndez Pidal s/n.  
14071 – Córdoba – España  
en1robom@uco.es

Recibido: 05/01/2017  
Aprobado: 04/05/2017

## INTRODUCCIÓN

La Violencia por Compañero Íntimo (VCI) es el tipo de violencia más frecuente contra las mujeres, y en menor medida contra los hombres, que se produce en la sociedad<sup>(1)</sup>. La Organización Mundial de la Salud reconoce que es un problema de salud pública y de derechos humanos<sup>(2)</sup>. Este fenómeno está presente en todos los colectivos y concretamente en el colectivo de enfermería es un fenómeno recientemente documentado<sup>(3-6)</sup>. Teniendo en cuenta que los Sistemas Sanitarios parecen ser la puerta de entrada natural de las posibles víctimas<sup>(7-8)</sup> y, los profesionales sanitarios, muchas veces los encargados del primer abordaje asistencial, hace que tenga un interés especial el estudio de esta problemática en el colectivo sanitario.

En España, en los últimos años se han realizado diversos estudios que analizan la VCI en la población en general, pero el único estudio conocido hasta la fecha en profesionales sanitarios, se centró en un colectivo especialmente sensible como es la Enfermería y obtuvo que un 33% de las enfermeras andaluzas sufría maltrato<sup>(5)</sup>.

La prevalencia de maltrato encontrada en enfermeras es mayor que los estudios realizados en la población general en España, que cifra la prevalencia de VCI alguna vez en la vida en la población de mujeres que acuden a consultas de atención primaria (2006-2007) de 24,8%<sup>(9)</sup> y en 15,1% la prevalencia de las mujeres que han sufrido VCI en el último año, siendo la prevalencia mayor en Ceuta y Melilla, seguido de la comunidad de Madrid y las Islas Baleares y siendo esta prevalencia menor en Cantabria, Aragón y La Rioja<sup>(9)</sup>. Esta distribución de prevalencia de VCI parece coincidir con la distribución de la violencia de género en España<sup>(10)</sup>, ya que las comunidades que presentan un mayor número de denuncias por millón de mujeres de 15 y más años son Melilla, Baleares, Ceuta y Canarias.

Por su parte, en Europa la prevalencia de VCI es similar, ya que los estudios realizados estiman la prevalencia entre el 14-28% de la población femenina<sup>(11-12)</sup>.

Dado que a priori la VCI es un problema de salud pública que afecta a toda la población, la pregunta que se plantea es, ¿en qué medida afecta, a nivel personal, este problema, a los profesionales sanitarios que están encargados de la atención a las posibles víctimas? Si a esto se une la hipótesis de que vivir situaciones de violencia puede influir en la no percepción del problema, lo que podría justificar la baja percepción de VCI por parte de los profesionales sanitarios<sup>(8,13-14)</sup>, hace al presente estudio especialmente pertinente, puesto que los profesionales sanitarios tienen una labor importante en el diagnóstico de la VCI<sup>(1,8,14-15)</sup>. Por otra parte, el factor cultural podría ser de interés como factor protector o predictor del problema<sup>(9)</sup>.

El único estudio realizado en España hasta la fecha, sólo en el personal de enfermería, puso en evidencia la gravedad del problema debido a que un 33% de las mujeres enfermeras estudiadas presentaba violencia perpetrada por su pareja íntima<sup>(3,5)</sup>. Estos datos concuerdan con la literatura internacional por su elevada prevalencia, como por ejemplo en EE.UU<sup>(4)</sup> o Jordania<sup>(6)</sup>, si bien la bibliografía sobre este fenómeno en profesionales sanitarios es escasa. Por todo lo descrito anteriormente, se considera importante identificar

la prevalencia de VCI en el personal sanitario, ya que los servicios sanitarios son el lugar habitual de asistencia a las víctimas de VCI. Además, estas mismas investigaciones<sup>(4,6)</sup> destacan que la experiencia de los profesionales sanitarios sobre VCI puede ayudar en la identificación de VCI y el cuidado de los pacientes.

Por tanto, el objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia de VCI, por las diferentes comunidades autónomas, que sufren los profesionales sanitarios de ambos sexos; y que trabajan en el Sistema Sanitario Público del Estado Español (SSPEE).

## MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo de tipo transversal multicéntrico.

Los participantes fueron los profesionales sanitarios de ambos sexos (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) que desarrollaban su actividad profesional en el SSPEE, tanto en Atención Primaria como en Especializada.

El cálculo del tamaño muestral fue realizado con el programa Grammo (Versión 7.11 Marzo 2011) mediante una estimación poblacional utilizando como referencia una prevalencia esperada del 33%, tasa encontrada en el colectivo de mujeres enfermeras de la población andaluza<sup>(5)</sup>; con una precisión del 3% y un nivel de confianza del 95%, siendo necesario un mínimo de 943 profesionales sanitarios. El muestreo fue aleatorio simple.

Se recogieron un total de 1071 casos, pero se excluyeron 32, ya que se estableció como criterio que para incluir los datos existentes de una comunidad autónoma en el análisis, debía de haber al menos 20 casos de dicha comunidad autónoma. Por lo que la muestra estuvo finalmente compuesta por 1039 casos recogidos de Octubre 2014 a Abril de 2015.

Los instrumentos utilizados fueron:

El cuestionario de Delgado et al. (2006)<sup>(16)</sup>, validado para mujeres, (fiabilidad de 0,8688 y 0,7072). Este cuestionario está formado por 10 preguntas cerradas con una escala tipo Likert enfocadas a la detección de malos tratos físicos, psicológicos y sexuales. La escala de medida es la empleada por los autores del cuestionario, con modificaciones al detectarse un error en la recodificación<sup>(17)</sup>.

El cuestionario de medición de malos tratos, por pareja íntima, a HOMBRES de Sherin et al. (1998)<sup>(18)</sup> adaptado a la población hispanohablante de Estados Unidos por Chen et al. (2005)<sup>(19)</sup>, (sensibilidad del 100% y especificidad del 86%) formado por 4 preguntas cerradas con una escala tipo Likert enfocadas a la detección de malos tratos físicos y verbales/psicológicos. Cada pregunta tiene una puntuación de 1-5. Una puntuación mayor de 10 es considerada maltrato.

El instrumento de recogida de datos utilizado fue un cuestionario compuesto por una parte específica para detección del maltrato que comprendía los dos cuestionarios mencionados, para mujeres<sup>(17)</sup> y hombres<sup>(19)</sup> y otra parte de datos de filiación, cuestionario sociodemográfico, en el que también se preguntaba a la persona encuestada si había sufrido o estaba sufriendo maltrato y si había hablado del tema con alguien, quien era esa persona y si recibía apoyo o tratamiento. En el apartado final del instrumento se ofrecía

una dirección de correo electrónico para facilitar el contacto con la Investigadora Principal en caso de aceptar una entrevista en profundidad.

Respecto a las variables independientes del estudio, éstas fueron: edad, años de relación con la pareja, número de hijos y/o personas dependientes, provincia, comunidad autónoma, sexo, profesión, estado civil, convivencia, centro de trabajo, ámbito de trabajo, sustento económico familiar, clase social de la pareja, hijos y/o personas mayores dependientes, en silencio, en tratamiento, profesional que le atiende.

La variable dependiente del estudio fue violencia por compañero íntimo. En el caso de las mujeres, además, tipo de maltrato y dimensiones latentes del maltrato (interpretación de la severidad del maltrato de forma indirecta a partir de la información obtenida en los diferentes ítems del cuestionario. Agrupando la información como: no sufre maltrato, maltrato menos severo o maltrato de mayor gravedad).

Para la recogida de datos se contactó con las Gerencias de Salud de las distintas Comunidades Autónomas y se les solicitó que difundieran el enlace del cuestionario online entre los profesionales sanitarios de su área de responsabilidad. Los profesionales sanitarios recibían un correo electrónico, desde las áreas de gestión sanitaria de los servicios públicos de salud de las autonomías que componen el Estado Español, en el que se les invitaba a participar en

el estudio. El enlace del cuestionario – *link* – incorporaba un cuestionario autoadministrado *online* cerrado y se cumplimentaba de forma anónima a través de un navegador *Web*. Dicho vínculo contiene un código único que evita la doble participación.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa PASW Statistic 18. Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales. Y en todas las pruebas estadísticas se consideraron valores “significativos” aquéllos cuyo nivel de confianza fue del 95% ( $p < 0,05$ ).

El estudio recibió informe favorable del Comité de Ética de la Investigación de la provincia de Córdoba (España), referencia 2462, acta número 226. La investigación respetó los principios fundamentales de la declaración de Helsinki y de la declaración Universal de la UNESCO.

## RESULTADOS

Los datos obtenidos procedentes de seis comunidades autónomas fueron excluidos por no cumplir el criterio de inclusión: Aragón (4 sujetos), Baleares (12 sujetos), Extremadura (6 sujetos), La Rioja (2 sujetos) Navarra (2 sujetos) y Murcia (6 sujetos).

Participaron en el estudio 1039 profesionales sanitarios, cuyas características sociodemográficas se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1** – Variables sociodemográficas de los participantes – Córdoba, ES, España, 2015.

Variables cualitativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
<b>Sexo</b>		
Hombre	264	25,4
Mujer	775	74,6
<b>Profesión</b>		
Médico/a	517	49,8
Enfermero/a	487	46,9
Auxiliar de enfermería	35	3,4
<b>Centro de Trabajo</b>		
Hospital	364	35
Atención Primaria	675	65
<b>Ámbito de trabajo</b>		
Urbano	869	83,6
Rural	170	16,4
<b>Hijos y/o personas mayores dependientes a su cargo</b>		
Si	679	65,4
No	360	34,6
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	130	12,5
Casado/a	823	79,2
Separado/a o Divorciado/a	84	8,1
Viudo/a	2	0,2
<b>Convivencia</b>		
Marido/mujer/pareja actual o última	774	74,5
Hijos	100	9,6
Familia origen/familia pareja	93	9
Solo/a	66	6,4
Con amigos/as	6	0,6
<b>Clase social de su pareja</b>		
Clase I	347	33,4
Clase II	150	14,4

continúa...

...continuación

Variables cualitativas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Clase III	151	14,5
Trabajadores/as por cuenta ajena	186	17,9
Trabajadores/as manuales	127	12,2
Trabajadores/as no cualificados	78	7,5
<b>Sustento económico familiar</b>		
Es su sueldo	270	26
Es el sueldo de la pareja	20	1,9
Son los dos	749	72,1
Variables cuantitativas	Media (M)	Desviación Estándar (SD)
Edad	45,18	9,47
Hijos o Personas mayores a su cargo	1,25	1,09
Años de relación con su pareja actual o última	17,83	11

Nota: (n=1039)

De los 1039 profesionales entrevistados, el 25,9% de los profesionales sanitarios sufrió algún tipo de maltrato. En el caso de los hombres, la prevalencia de maltrato fue de 2,7%. En el caso de la mujer fue de 33,8%, siendo más común el maltrato psicológico (24% de las mujeres participantes), seguido del maltrato psicológico y sexual (4,4% de las mujeres participantes), psicológico y físico (2,2% de las mujeres participantes), psicológico, físico y sexual (1,9% de las mujeres participantes), sexual (1% de las mujeres participantes) y físico (0,3% de las mujeres participantes). Respecto a la gravedad del maltrato en el caso de las mujeres, un 27,1% de los casos sufre maltrato menos severo o de menor gravedad, mientras que un 6,7% sufre maltrato más severo o de mayor gravedad. Respecto a la profesión, padecían VCI el 19,5% de los médicos/as, el 31% de los enfermeros/as y el 48,6% de los auxiliares de enfermería. Además, los participantes que sufrían VCI trabajaban en mayor porcentaje en Atención Primaria (Tabla 2).

**Tabla 2** – Violencia por compañero íntimo según la profesión y el centro de trabajo – Córdoba, ES, España, 2015.

Profesión	¿Es un caso de maltrato?		p
	No n (%)	Sí n (%)	
Médico/a	416 (80,5%)	101 (19,5%)	<0,001
Enfermero/a	336 (69%)	151 (31%)	
Auxiliar de enfermería	18 (51,4%)	17 (48,6%)	
<b>Centro de trabajo</b>			
Hospital	277 (76,1%)	87 (23,9%)	0,158
Atención Primaria	493 (73%)	182 (27%)	
<b>Ámbito de trabajo</b>			
Urbano	663 (74,7%)	225 (25,3%)	0,177
Rural	130 (71%)	53 (29%)	

Cabe destacar, que un 25,3% de los profesionales que sufren VCI han hablado alguna vez del tema con alguna persona. En estos casos en los que se han atrevido a hablar con alguna persona han sido frecuentemente personas de confianza (26,5%), seguido de psicólogos (23,5%), personal sanitario (19,1%), otro tipo de personas (19,1%) y ambos (personal sanitario y personas de confianza) (11,8%). De estas personas, un 17,5% aceptaría una entrevista en la seguridad y compromiso del más absoluto anonimato. Además,

un 10,8% de los profesionales que sufren VCI reconoce estar recibiendo algún tipo de apoyo o tratamiento.

Respecto a la de la VCI en las diferentes comunidades autónomas, las cifras más altas de VCI fueron en Islas Canarias (43,8%) disminuyendo sucesivamente hasta llegar al País Vasco (19%) (Tabla 3).

**Tabla 3** – Violencia por compañero íntimo en las diferentes comunidades autónomas – Córdoba, ES, España, 2015.

Comunidad	¿Es un caso de maltrato?		Total
	No	Sí	
Andalucía	N	182	230
	%	79,1	
Asturias	N	16	22
	%	72,7	
Islas Canarias	N	27	48
	%	56,3	
Cantabria	N	24	32
	%	75,0	
Castilla la Mancha	N	21	27
	%	77,8	
Castilla y León	N	23	37
	%	62,2	
Cataluña	N	73	101
	%	72,3	
Galicia	N	37	47
	%	78,7	
Comunidad de Madrid	N	320	435
	%	73,6	
País Vasco	N	17	21
	%	81	
Comunidad Valenciana	N	30	39
	%	76,9	

Además de las diferencias de prevalencia de VCI, también se encontraron diferencias significativas ( $p=0,009$ ) entre el estado civil y la comunidad autónoma de los participantes, siendo la Comunidad de Madrid la que presentó mayor porcentaje de casados. También se encontraron diferencias significativas ( $p<0,01$ ) entre el centro de trabajo y la comunidad autónoma de los participantes, siendo la Comunidad de Madrid la que presentaba mayor porcentaje de trabajadores de ámbito de atención primaria. También se encontraron diferencias significativas ( $p=0,03$ ) entre el

sexo y la comunidad autónoma de los participantes, siendo el Principado de Asturias donde participaron mayor proporción de mujeres (Tabla 4).

**Tabla 4** – Distribución del sexo por comunidades autónomas – Córdoba, ES, España, 2015.

Comunidad		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Andalucía	N	74	156	230
	%	32,2	67,8	
Asturias	N	3	19	22
	%	13,6	86,4	
Islas Canarias	N	17	31	48
	%	35,4	64,6	
Cantabria	N	10	22	32
	%	31,3	68,8	
Castilla la Mancha	N	10	17	27
	%	37	63	
Castilla y León	N	8	29	37
	%	21,6	78,4	
Cataluña	N	16	85	101
	%	15,8	84,2	
Galicia	N	16	31	47
	%	34	66	
Comunidad de Madrid	N	90	345	435
	%	20,7	79,3	
País Vasco	N	6	15	21
	%	28,6	71,4	
Comunidad Valenciana	N	14	25	39
	%	35,9	64,1	

Por último, se encontraron diferencias significativas ( $p < 0,01$ ) entre la profesión y la comunidad autónoma de los participantes, siendo Andalucía donde más auxiliares de enfermería participaron.

## DISCUSIÓN

La prevalencia de VCI en profesionales sanitarios de ambos sexos muestra un rango entre comunidades del 19% al 43,8%. Además, la prevalencia de VCI encontrada en el presente estudio con profesionales sanitarios que trabajan en el SSPEE (25,9 % en el total de la muestra, 33,8% en mujeres y 2,7% en hombres), es mayor que la existente en la población general<sup>(9,11-12)</sup>, sirvan como ejemplo los últimos resultados de un estudio realizado por el ministerio de sanidad español, que reflejan que un 24,4% han sufrido algún tipo de violencia por parte de su última pareja<sup>(20)</sup>.

La prevalencia de VCI en profesionales sanitarios del presente estudio en las diferentes comunidades autónomas es más elevada que la prevalencia referida en otros estudios realizados en España con población en general. En los profesionales sanitarios, las comunidades con mayor prevalencia de VCI son Islas Canarias, Castilla y León y Cataluña, mientras que, en la población en general, las comunidades con mayor prevalencia de VCI son Ceuta y Melilla, Islas Baleares y Comunidad de Madrid<sup>(9)</sup>. Esta prevalencia tampoco coincide con la prevalencia de denuncias por violencia de género según las fuentes del propio ministerio de salud, en concreto del observatorio estatal de violencia sobre la mujer<sup>(10)</sup>. Por

tanto, parecer ser que no hay relación entre la prevalencia de violencia y las denuncias registradas, guardando relación con otros estudios realizados en España<sup>(21)</sup>.

La prevalencia obtenida es similar a la de otros estudios realizados con profesionales sanitarios en otros países: como por ejemplo en Jordania, en el que el 59% de las enfermeras sufrieron VCI psicológica<sup>(6)</sup>, o EE.UU, en el que el 25% de las enfermeras experimentaron VCI<sup>(4)</sup>.

El origen de las diferencias obtenidas de prevalencia de VCI en las diferentes comunidades autónomas podría deberse a las diferencias socioculturales o a un desigual desarrollo de planes de igualdad y violencia de género, entre otras causas<sup>(9,22)</sup>.

En el caso de las mujeres, el porcentaje de VCI encontrado es similar al estudio previamente comentado en profesionales sanitarios<sup>(5)</sup>. Dentro de los tipos de violencia, la violencia psicológica es el tipo de violencia más frecuente al igual que en estudios realizados con población general<sup>(5,9,23-24)</sup>.

En el caso de los hombres, no se conocen estudios previos que estudien la VCI en hombres en España, por lo que los resultados encontrados son de especial interés y ponen de manifiesto la existencia de VCI de mujeres hacia los hombres, aunque se presenta en menor porcentaje que la dirigida de los hombres a las mujeres, existe, y es necesario investigarla porque la sociedad se debe construir desde la igualdad<sup>(25)</sup>. Si bien, la prevalencia de VCI en hombres encontrada en el presente estudio es baja si se compara con otros países como Brasil, en el que el 50% de los participantes sufría VCI<sup>(26)</sup>. Al respecto hay que señalar que en el estudio de Brasil la muestra estaba compuesta por todo tipo de hombres y en nuestro estudio sólo participaron hombres de profesión sanitaria.

El hecho de que la VCI sea mayor en profesionales sanitarios que en la población en general es especialmente significativo, ya que estos profesionales a priori se encuentran en los servicios sanitarios que habitualmente son la puerta de entrada a la asistencia a las víctimas de la violencia de género en general y por compañero íntimo en particular. De hecho, algunos estudios informan que las mujeres víctimas de violencia acuden en primer lugar al psicólogo o psiquiatra y en segundo lugar a los centros sanitarios, siendo estos el recurso mejor valorado entre los recursos disponibles por las víctimas<sup>(20)</sup>. Por tanto, los centros sanitarios tienen que ser capaces de identificar y dar respuesta a las cuestiones referidas a la violencia de género. Sin embargo, existen estudios que ponen de manifiesto que los profesionales sanitarios frecuentemente se enfrentan a diversas barreras para diagnosticar este problema: alta presión asistencial, falta de formación, no conciencia de problema de salud, etc<sup>(1,27)</sup>.

Por todo ello, es necesario una mayor formación a los profesionales sanitarios en materia de VCI para, en primer lugar, sensibilizar de la VCI como problema de salud pública que afecta a todos los colectivos, y en segundo lugar, abordar a las posibles víctimas y eliminar las barreras que dificultan su detección, así como establecer protocolos de actuación y coordinación entre los distintos servicios socio-sanitarios<sup>(27-30)</sup>, puesto que es sabido, que la formación, el conocimiento de los protocolos de actuación y la sensibilización

de los profesionales sanitarios incrementarían el número de detecciones de VCI, reduciendo problemas de salud en las víctimas de maltrato y reduciendo el gasto sanitario<sup>(15,31)</sup>.

Entre las limitaciones del presente estudio, hay que destacar que el bajo número de participantes en algunas comunidades imposibilita la generalización de los resultados obtenidos, por lo que estos deben de ser tomadas con cautela. También se puede pensar que haya habido mayor motivación para participar en el estudio en profesionales sanitarios que sufrían VCI. Por último, tampoco se ha podido medir la tasa de no respuesta. Además, debido a que el cuestionario era *on line* era necesario un dispositivo móvil u ordenador conectado a PC, lo que pudo influir en la mayor participación de los profesionales de ámbito urbano.

## CONCLUSIÓN

Las cifras expuestas evidencian la presencia de VCI en el personal sanitario en la gran mayoría de las comunidades autónomas de España. La prevalencia de VCI en cada una de las comunidades autónomas es diferente; siendo más baja en País Vasco y Andalucía y más alta en las Islas Canarias y Castilla y León. La prevalencia de VCI en los profesionales sanitarios se evidencia más elevada que en la población en general. La baja respuesta obtenida en algunas comunidades, que obligó a excluirlas del análisis, hace que las cifras se tomen con cautela. Por otro lado, se han encontrado muy pocos estudios sobre esta problemática en profesionales sanitarios, y los

que existen están centrados en el colectivo de enfermería. Por tanto, después de la amplia búsqueda realizada sobre esta problemática, se considera que parece haber una laguna en el conocimiento de VCI en profesionales sanitarios.

## RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Los datos encontrados impelen la puesta en marcha de planes de actuación tanto de apoyo a las víctimas como de intervenciones que aminoren el problema. Por tanto, constatado que los profesionales de la salud también sufren VCI es, igualmente, necesario implementar planes de acción para prestarles apoyo de forma específica; entre lo que se encuentra una mayor formación de los profesionales sanitarios sobre VCI, encaminada a reconocer los signos de maltrato, incluso en sí mismos si los hubiera; con el objetivo de que una intervención precoz ayude a reducir que suceda y/o las consecuencias derivadas.

Por su parte, es necesario hacer hincapié en la importancia de realizar más estudios en esta línea en los diferentes países con muestras internacionales ya que existen muy pocos estudios que centren el problema de VCI en profesionales sanitarios. Pudiéndose pensar que si los profesionales sanitarios sufren VCI pueden tener dificultad en reconocer el problema en los usuarios por ellos atendidos. Es importante que las instituciones de salud se involucren para resolver este grave problema, incluyendo planes de formación y soporte a las víctimas.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de violencia por compañero íntimo, por comunidades autónomas, en los profesionales sanitarios que trabajan en el Sistema Sanitario Público del Estado Español. **Método:** Estudio descriptivo de tipo transversal multicéntrico realizado en las diferentes comunidades autónomas del Sistema Sanitario Público del Estado Español, con profesionales sanitarios de ambos sexos (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería). Como instrumentos se utilizó: para las mujeres el cuestionario de detección de malos tratos a mujeres por su pareja y para los hombres, el cuestionario de detección de violencia en el entorno familiar. **Resultados:** Participaron en el estudio 1039 profesionales sanitarios. El 26% de los profesionales sufrió algún tipo de maltrato. En el caso de los hombres, la prevalencia de maltrato fue de 2,7%, mientras que en el caso de la mujer fue de 33,8%. Existen diferencias en la prevalencia de violencia por compañero íntimo entre las diferentes comunidades autónomas, presentándose las cifras más altas en las Islas Canarias. Respecto a la profesión, el 19,5% de los médicos/as padecían violencia de compañero íntimo, el 31% de los enfermeros/as y el 48,6% de los auxiliares de enfermería. **Conclusión:** Las cifras expuestas evidencian la presencia de violencia por compañero íntimo en el personal sanitario en la gran mayoría de las comunidades autónomas de España. Estos datos impelen la puesta en marcha de planes de actuación tanto de apoyo a las víctimas como de intervenciones que aminoren el problema.

## DESCRIPTORES

Violencia de Pareja; Personal de Salud; Prevalencia; Médicos; Enfermeros; Demografía; España.

## RESUMO

**Objetivo:** Determinar a prevalência de violência por parceiro íntimo, nas comunidades autónomas espanholas, nos profissionais da saúde que trabalham no sistema de Saúde Pública do Estado espanhol. **Método:** Estudo multicêntrico, transversal, descritivo, realizado no sistema de Saúde Pública do Estado espanhol das diferentes comunidades autónomas. 1.039 profissionais da saúde de ambos os sexos (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem). Os instrumentos utilizados foram: para as mulheres, o questionário de detecção de maus-tratos a mulheres por seu par e, para os homens, o questionário de detecção da violência no âmbito da família. **Resultados:** Participaram do estudo 1039 profissionais de saúde. 26% dos profissionais sofreram algum tipo de abuso por parceiro íntimo. Para os homens, a prevalência de abuso foi de 2,7%, enquanto no caso das mulheres foi de 33,8%. Há diferenças na prevalência da violência por parceiro íntimo entre as diferentes comunidades autónomas, e nas Ilhas Canárias os valores foram mais elevados. Em relação à profissão, 19,5% dos médicos/as, 31% dos enfermeiros/as e 48,6% dos auxiliares de enfermagem sofrem violência por parceiro íntimo. **Conclusão:** Os números mostram a presença de violência por parceiro íntimo em profissionais de saúde na grande maioria das comunidades autónomas da Espanha. Esses dados impulsionam a implementação de planos de ação para apoiar as vítimas e intervenções que diminuam o problema.

## DESCRITORES

Violência por Parceiro Íntimo; Pessoal de Saúde; Prevalência; Médicos; Enfermeiras e Enfermeiros; Demografia; Espanha.

## REFERENCIAS

1. Arroyo Sánchez G. Violencia de pareja y la responsabilidad del personal de salud. *Med Leg Costa Rica*. 2016;33(1):133-44.
2. Organización Panamericana de Salud; Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC: OPS; 2014.
3. Rodríguez-Borrego MA, Vaquero-Abellán M, Bertagnolli da Rosa L, Muñoz-Gamariz E, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A. Intimate partner violence: study with female nurses. *Aten Primaria*. 2011;43(8):417-25.
4. Bracken MI, Messing JT, Campbell JC, La Flair LN, Kub J. Intimate partner violence and abuse among female nurses and nursing personnel: prevalence and risk factors. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(2):137-48.
5. Rodríguez-Borrego MA, Vaquero-Abellán M, Bertagnolli da Rosa L. A cross-sectional study of factors underlying the risk of female nurses' suffering abuse by their partners. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012;20(1):11-8.
6. Al-Natour A, Gillespie GL, Wang LL, Felblinger D. A comparison of intimate partner violence between Jordanian nurses and Jordanian women. *J Forensic Nurs*. 2014;10(1):13-9.
7. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*. 2002;324(7332):271.
8. Arguelles Vázquez R, Lorente Montalvo P, Esteva Cantó M. Care of victims of domestic violence in the Emergency Unit of a Health Centre. *Aten Primaria*. 2011;43(5):270-1.
9. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Pinar MI, Escriba-Aguir V, Jimenez-Gutierrez E, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac Sanit*. 2010;24(2):128-35.
10. España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. VII Informe del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2013. Madrid: MS; 2015.
11. Stene LE, Dyb G, Jacobsen GW, Schei B. Psychotropic drug use among women exposed to intimate partner violence: a population-based study. *Scand J Public Health*. 2010;38(5):88-95.
12. Rees S, Silove D, Chey T, Ivancic L, Steel Z, Creamer M, et al. Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *JAMA*. 2011;306(5):513-21.
13. Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerations on domestic violence, gender and the activities of family health teams. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2008 [cited 2016 Dec 12];42(3):580-4. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en\\_v42n3a24.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/en_v42n3a24.pdf)
14. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. Intimate partner violence is not identified as a health problem by health care workers. *Gac Sanit*. 2008;22(1):7-10.
15. Lozano C, Pina F, Torrecilla M, Ballesteros C, Pastor JD, Ortuño A. Formation and detection of gender violence in the healthcare profession. *Rev Enferm UFSM*. 2014;4(1):217-26.
16. Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validation of a Scale to Measure Ill-Treatment of Women. *Aten Primaria*. 2006;38(2):82-9.
17. Rodríguez-Borrego MA, Vaquero-Abellán M, Bertagnolli da Rosa L, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A. Error in the interpretation of an abuse questionnaire. *Aten Primaria*. 2009;41(11):650-5.
18. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med*. 1998;30(7):508-12.
19. Chen PH, Rovi S, Vega M, Jacobs A, Johnson MS. Screening for domestic violence in a predominantly Hispanic clinical setting. *Fam Pract*. 2005;22(6):617-23.
20. España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Delegación Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Madrid: MS; 2015.
21. Vives C, Álvarez-Dardet C, Caballero P. Violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit*. 2003;17(4):268-74.
22. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
23. Meekers D, Pallin SC, Hutchinson P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Women's Health*. 2013;13:28.
24. Jaen Cortés CI, Rivera Aragón S, Amorin de Castro EF, Rivera Rivera L. Couple Violence in Women: Prevalence and Related Factors. *Acta Invest Psicol*. 2015;5(3):224-39.
25. Aguilera Jiménez A, Barba Priego M, Fuentes Gutiérrez M, López Molina E, Villacreces Flores NM, García Ramirez JM. Violencia de la mujer hacia el hombre, ¿ mito o realidad? *Rev Electr Invest Doc Creativa [Internet]*. 2015 [citado 2016 dez.12];4(2):14-7. Disponible en: <http://www.ugr.es/~reidocrea/ReiDoCrea-Vol.4-Art.2-Aguilera-Barba-Fuentes-Lopez-Villacreces-Garcia.pdf>
26. Ferreira Cezario AC, Lage Carvalho L, do Carmo Lopes N, Moura Lourenço L. A violência entre parceiros íntimos sob a perspectiva de homens vítimas de suas parceiras no Brasil. *Perspect Psicol*. 2015;12(2):41-9.
27. Kulkarni SJ, Bell H, Rhodes DM. Back to basics essential qualities of services for survivors of intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2012;18(1):85-101.
28. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, et al. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012;52(6):587-605.
29. Calvo G, Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Glob*. 2014;13(33):424-39.
30. Beck JG, Clapp JD, Jacobs-Lentz J, McNiff J, Avery M, Olsen SA. The association of mental health conditions with employment, interpersonal, and subjective functioning after intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2014; 20(11):1321-37.
31. Pereira S, Vianna LAC. Improvement courses about violence prevention: the impact on health sector professionals. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(2):315-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000017>



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.