



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

CONOCIMIENTO Y OPINIONES DE LOS/LAS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO: PROPUESTA FORMATIVA.

Jessica González Márquez

**Máster Universitario Máster Universitario Máster universitario políticas de
igualdad y prevención de la Violencia de Género.**

(Especialidad/Itinerario Enfermería)

Centro de Estudios de Postgrado

Año Académico 2020-21

CONOCIMIENTO Y OPINIONES DE LOS/LAS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO: PROPUESTA FORMATIVA.

Jessica González Márquez

Trabajo de Fin de Máster

Centro de Estudios de Postgrado

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2020-21

Palabras clave del trabajo:

Violencia de Género, salud mental, profesionales salud, formación

Nombre Tutor/Tutora: Victoria Aurora Ferrer Pérez

Índice

- RESUMEN (pág. 5)
- JUSTIFICACIÓN (pág. 5-6)
- OBJETIVOS(pág. 6-7)
- INTRODUCCIÓN
- 1. VIOLENCIA DE GÉNERO (pág. 7)
- 2. MARCO NORMATIVO VIGENTE (pág 8)
- 3. TIPOS DE VIOLENCIA (pág. 8-9)
- 4. CICLO DE LA VIOLENCIA (pág 10)
- 5. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (pág.10-11)
 - 5.1 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DE SER TRATADAS EN LA RED DE SALUD MENTAL (pág. 11)
- 6. LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA (pág. 12-13)
- 7. VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD MENTAL (pág. 13-14)
 - 7.1 LAS DIFERENCIAS EN CUANTO AL GÉNERO EN SALUD MENTAL (pág 14-15)
 - 7.2 LA ENFERMEDAD MENTAL COMO FACTOR DE RIESGO DE SUFRIR VIOLENCIA DE GÉNERO (pág.15-17)
 - 7.3 LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL COMO UNIDADES DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO (pág. 17-19)
- METODOLOGÍA
- 1. POBLACIÓN DESTINATARIA DE FORMACIÓN (pág. 19)
- 2. DURACIÓN Y CALENDARIZACIÓN (pág 19-22)
- 3. DESARROLLO DE LA PROPUESTA
 - 3.1 CUESTIONARIO (pág. 23)
 - 3.2 LA FORMACIÓN
 - 3.2.1 ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES (pág 24-28)
 - 3.2.2 EVALUACIÓN (pág 28)
 - 3.2.3 MATERIALES Y PRESUPUESTO (pág 28-29)
- CONCLUSIONES (pág 29-31)
- BIBLIOGRAFÍA (pág 32-34)
- ANEXO 1. CUESTIONARIO PREVIO Y POSTERIOR A LA FORMACIÓN (pág 35-38)
- ANEXO 2: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN (pág 39)

CONOCIMIENTO Y OPINIONES DE LOS/LAS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO: PROPUESTA FORMATIVA.

RESUMEN

La Violencia de Género es “*un fenómeno complejo que se relaciona con la desigualdad de género presente en todas las culturas y tiene múltiples consecuencias para la salud.*”¹ Se trata de un problema de salud pública en el que los/las profesionales sanitarios tienen un papel importante. Cuando afecta a la mujer que padece problemas de salud mental, las consecuencias negativas se duplican debido a su especial vulnerabilidad. Varios estudios realizados, reflejan que la violencia de Género es 4 veces más habitual en personas con un y trastorno mental que en las mujeres en general. Es primordial que las mujeres que son atendidas por algunos de los recursos de la red de salud mental sean consideradas y atendidas como población de riesgo de padecer Violencia de Género.

Mejorar en los procedimientos para su detección y abordaje es una de las medidas para combatirla. Por las funciones que desarrollan durante el seguimiento de la patología de salud mental y por la relación de terapéutica que se establece con la mujer, los/las profesionales sanitarios de Salud Mental son profesionales que se encuentran en una posición especialmente adecuada para proceder a su detección y abordaje. Los servicios comunitarios de Salud Mental se pueden considerarse fundamentales para la actuación y detección de la Violencia de Género en la primera línea de actuación y detección.

El objetivo de este trabajo es proponer una estrategia formativa vía online para los/las profesionales sanitarios de las Unidad de Salud Mental de Manacor, Sector de Llevant (Mallorca) sobre Violencia de Género. Previa y posteriormente, se les administrará una entrevista ad hoc, el “*inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la mujer y la violencia*” (Echeburúa y Fernández Montalvo, 1997) y la “*escala de aceptación de mitos sobre la violencia de pareja contra las mujeres*” (AMIVAW, Megía, Toro-García y Carretero-Dios, 2018) para conocer sus conocimientos/opiniones y detectar mitos y distorsiones que después se puedan trabajar en la formación. Finalmente se realizará la evaluación de la experiencia formativa.

JUSTIFICACIÓN

Según el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género, (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012)¹, la Violencia de Género, en el sentido de la “*L.O 1/2004*” es “*un problema de alta prevalencia y graves consecuencias para la salud, de carácter repetitivo y con un alto coste sanitario y social*”. En los estudios revisados, se observa una detección baja de Violencia de Género en el ámbito sanitario y si se detecta, pocas mujeres presentan un diagnóstico diferencial en su historia de salud^{2,3,4}.

Las mujeres con diversidad funcional en cualquiera de sus formas y en concreto las personas que padecen un trastorno mental, se encuentran, por sus características, en una situación de especial vulnerabilidad a la violencia. Presentan menor capacidad para defenderse, más problemas para pedir ayuda en el caso que fuera necesario incluido a

los profesionales sanitarios, mayor dificultad para expresar lo que les ocurre, menor credibilidad ante profesionales sanitarios debido a su diagnóstico, de acceso a la información y a los recursos disponibles. Menos autonomía en funciones básicas como el trabajo o el autocuidado, menor autoestima, mayores inseguridades y miedo a perder el cuidado y protección de terceras personas.

Los equipos de atención primaria, y sus profesionales, los programas de salud reproductiva y educación sexual, las consultas de atención especializada, ginecología y obstetricia, salud mental, los centros de conductas adictivas, los servicios de fisioterapia y traumatología, las urgencias hospitalarias y de los centros de atención continuada, se encuentran en una posición privilegiada tanto para la detección, como para la prevención y la asistencia de mujeres que padecen Violencia de Género.

En otras ocasiones además, las mujeres sin diagnóstico de patología mental previa consultan las Unidades de Salud Mental por las consecuencias emocionales del maltrato. Si realizamos una revisión bibliográfica, vemos que en los últimos 20 años existen evidencia que muestra la elevada incidencia de la violencia a la mujer en las relaciones sentimentales y sus consecuencias en la salud mental.

Su fácil acceso, su capacidad para atender tanto al usuario como a la comunidad de forma integral, permanente y continuada⁵, el contacto directo y continuo con los diferentes grupos de mujeres y el contar con equipos multidisciplinares, hacen de las consultas sanitarias un contexto ideal para identificar, prevenir, actuar y reducir las consecuencias de la violencia en la vida de las mujeres.

En el sector Llevant desde la Conserjería de sanidad, se propuso una propuesta formativa en género para los/las profesionales con anterioridad, y desde la web directorio de salud del sector, se puede acceder a documentos sobre Violencia de Género. Sin embargo ni la formación ni los documentos archivados mencionan el agravante de salud mental, no aportan recomendaciones específicas para la actuación en esta población vulnerable, ni dan indicaciones adaptadas. Los y las profesionales de salud mental, manifiestan desconocimiento de la actuación protocolizada, y dificultades para el diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVOS:

Objetivo general: proponer una estrategia formativa vía online para los/las profesionales sanitarios de la Unidades de Salud Mental del Sector de Llevant (Mallorca) sobre Violencia de Género.

Objetivos específicos:

- Previa y posteriormente a la experiencia formativa, conocer las opiniones/conocimientos y detectar mitos y distorsiones de los/las profesionales sanitarios de la Unidades de Salud Mental del sector Llevant.
- Desarrollar una propuesta formativa para los/las profesionales de las Unidades de Salud Mental del sector Llevant.

- Evaluar los posibles cambios o mejoras que la estrategia formativa ha introducido.
- Mejorar la atención otorgada a las víctimas de violencia de género que están en tratamiento en las USM.
- Aumentar el número de detección de casos de violencia de género por parte de los/las profesionales sanitarios.

INTRODUCCIÓN

1. VIOLENCIA DE GÉNERO

Las Naciones Unidas manifiestan en 1980 que *"la violencia contra las mujeres es el crimen encubierto más frecuente en el mundo"*. Tal y como aparece en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993⁶, se define por primera vez la violencia de género como *"todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer; así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada"*.

En la Conferencia Mundial de Beijing de 1995⁷ se define la violencia de forma más específica y se asocia al hecho de ser mujer; *"la violencia hacia las mujeres es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación masculina, a la discriminación contra las mujeres por parte de los hombres y a impedir su pleno desarrollo"*.

La Comisión de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la Resolución 2002/52⁸ añade nuevas actuaciones consideradas como violencia de género como: *"los crímenes pasionales, el matrimonio precoz y forzado, el infanticidio de niñas y los ataques de ácido y la violencia relacionada con la explotación sexual comercial y la explotación económica"*.

La "Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género"⁹ en su artículo 1.1, define la violencia de género como aquella que, *"como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia"*, y *"comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad."*

Tal y como define el Protocolo común de atención sanitaria para la Violencia de Género de las Islas Baleares (2017)¹, la violencia contra las mujeres es *"la manifestación extrema de la desigualdad y del sometimiento en el que viven las mujeres en el mundo. Un grave problema de salud pública, una violación de los derechos humanos, y una manifestación de desigualdad y abuso de poder de los hombres sobre las mujeres. Es un atentado contra el derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad, y la dignidad de las mujeres y por lo tanto, un obstáculo para el desarrollo de una sociedad democrática"*.

2. MARCO NORMATIVO VIGENTE

A continuación presentamos el marco jurídico presente a nivel internacional, nacional y autonómico destinado a proteger a las mujeres contra la violencia. Para el análisis legislativo Internacional y Nacional tomamos como referencia la revisión de León, y Cols¹⁰, en su artículo Evolución legislativa de la violencia de género desde el punto de vista médico-legal en el marco normativo internacional y nacional.

Normativa Internacional

- *“Declaración universal de los derechos humanos”*
- *Convención sobre “la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres”*
- *“Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia sobre la mujer” (1993)*
- *“Declaración y plataformas de acción de la IV conferencia Internacional sobre la mujer, Beijing” (1995)*
- *“Manual de las Naciones Unidas sobre legislación en materia de violencia contra la mujer” (2012)*

Normativa Europea

- *“Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea” (2000)*
- *“Web de EU Justice, Legislación europea sobre Violencia de género”*
- *“Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica. Convenio de Estambul “(2011)*

Normativa Nacional

- *“Ley orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género”*
- *Real Decreto 253/2006, de 3 de Marzo, “se establecen las funciones, el régimen de funcionamiento y la composición del Observatorio estatal de Violencia contra la Mujer y se modifica el Real Decreto 1600/2004, de 2 de Julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales”.*
- *Real Decreto 1917/2008 del 21 de Noviembre, por el que “se aprueba el programa de inserción sociolaboral para mujeres víctimas de Violencia de género”.*
- *“Ley orgánica 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres”.*

Normativa autonómica

- *Ley 11/2016 del 28 de Julio de igualdad de mujeres y hombres⁵, que “hace efectivo el derecho a la igualdad real y efectiva de mujeres y hombres. Tiene por objeto establecer y regular los mecanismos, dispositivos, medidas y recursos, dirigidos a promover y garantizar la igualdad de oportunidades y la no discriminación por razón de sexo”.*
- *Ley 11/2016 en su artículo 47.7⁵, que “obliga a la Administración sanitaria de las Illes Balears a garantizar las medidas necesarias ante la violencia contra las mujeres mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continua del personal sanitario”.*

Adaptado de León, y Cols¹⁰

3. TIPOS DE VIOLENCIA

Todas las formas de Violencia de Género guardan relación entre sí, no hay una separación clara entre una forma y otra, tienen una continuidad entre ellas y todas tienen relación con el patriarcado.¹²

Para el análisis de los tipos de violencia, se ha revisado La ley 11/2016 de Igualdad entre hombre y mujeres de las Illes Balears¹¹, que contempla en su artículo 65 los diferentes tipos de violencia machista:

- Violencia física, la ley la define como *“cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de las mujeres, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quién sea o haya sido cónyuge suyo o por quien esté o haya sido ligado por una relación de afectividad análoga, incluso sin convivencia. Así mismo, tienen la consideración de actos de violencia física contra las mujeres los que ejercen los hombres en su entorno familiar o en su entorno social o laboral”*.
- Violencia psicológica, la definición según la ley 11/2016 es la siguiente *“cualquier conducta, verbal o no verbal, que produce en las mujeres desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coacción, insultos, control, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, ejercida por quién sea o haya sido cónyuge suyo o por quien esté o haya sido ligado por una relación de afectividad análoga, incluso sin convivencia. Así mismo, tienen la consideración de actos de violencia psicológica contra las mujeres los que ejercen los hombres en su entorno familiar o en su entorno social o laboral”*.
- Violencia económica, entendida como *“la privación intencionada, y no justificada legalmente, de recursos para el bienestar físico o psicológico de las mujeres y de sus hijas y sus hijos o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito de la convivencia de pareja”*.
- Violencia sexual, abusos sexuales y agresiones sexuales, que según la ley 11/2016 *“incluyen cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por las mujeres: la trata de seres humanos con fines de explotación sexual, la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, y el abuso sexual o cualquier acto que impide a las mujeres ejercer libremente la sexualidad, con independencia que el agresor tenga relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima o no”*.
- Violencia simbólica, como *“los iconos, representaciones, narrativas, imágenes, etc., que reproducen o transmiten relaciones de dominación de los hombres respecto de las mujeres, así como desigualdades de poder entre sexos y de segregación”*.
- Femicidio, definido como *“asesinato de mujeres por el hecho de ser mujeres, al margen que haya o haya habido relación de pareja”*.

- Mutilación genital femenina: entendida como *“cualquier procedimiento que implique o pueda implicar una eliminación total o parcial de los genitales femeninos o produzca lesiones, aunque exista consentimiento expreso o tácito de la mujer o niña”*.

4. CICLO DE LA VIOLENCIA

Las fases del proceso de la violencia de género en la pareja fueron descritas por Leonor Walker, mediante la *“Teoría del Ciclo de la Violencia”*. El ciclo se divide en tres fases, que se encuentran referenciadas en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género de las Illes Balears¹, y son las siguientes:

- *“Acumulación de tensión: Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.”*
- *“Explosión o agresión: Estalla la violencia y se producen agresiones físicas y/o psicológicas y/o sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.”*
- *“Calma o reconciliación o «luna de miel»:* Es el momento en el que el acometedor de la violencia expresa arrepentimiento y suele pedir disculpas a la mujer. Emplea tácticas de manipulación emocional como los regalos, manifestaciones de cariño como abrazos y caricias, promesas de cambio, se muestra atento y complaciente para evitar que la relación termine lo que provoca que la mujer piense que la violencia no volverá a repetirse.

Así, la Violencia se caracteriza por ser cíclica, con una media de 6 incidentes por año¹³ y de aparición sutil y progresiva, por lo que en sus inicios suele pasar desapercibida tanto para la propia mujer, como para las personas que la rodean. Con el paso del tiempo la fase de luna de miel tiende a ser más corta y sutil y las fases de tensión y agresión se hacen más evidentes. Este hecho dificulta su detección temprana, ya que no se percibe hasta llegar a niveles graves de violencia¹⁴.

Con el paso del tiempo, la frecuencia y la peligrosidad de la violencia van en aumento, más si el agresor percibe que su estrategia de sometimiento funciona y obtiene un control sobre la mujer. Cada vez que la mujer se ve sometida a una vuelta en el ciclo de la violencia, pierde cada vez más el control sobre su vida y sus actuaciones, pierde más confianza en ella misma y le cuesta más tomar decisiones. De ahí radica la importancia de actuar y que obtenga la ayuda necesaria en el momento en que la mujer decida dar un paso a mejorar su situación¹². En la mayoría de los casos, han de pasar de 5 a 10 años desde que se inicia la violencia hasta que se produce una denuncia de los hecho por parte de la mujer¹³.

5. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

La OMS¹⁵ describe las consecuencias sobre la salud de las mujeres víctimas de Violencia de Género del modo siguiente:

Consecuencias fatales
<i>“Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)”</i>
Consecuencias en la salud física
<i>Lesiones diversas: “contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad. Deterioro funcional. Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo, cefalea...), peor salud...”</i>
Consecuencias en condiciones crónicas de salud
<i>“Dolor crónico. Síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, quejas somáticas.”</i>
Consecuencias en salud sexual y reproductiva
<ul style="list-style-type: none">- Por relaciones sexuales forzadas: <i>“pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por VIH, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, cáncer de útero, embarazo no deseado”.</i>- Por maltrato durante el embarazo: <i>“embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal”.</i>
Consecuencias en la salud mental
<i>“Depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastorno del sueño”.</i>
<i>“Trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia), trastornos psicopatológicos, intento de suicidio, autolesiones.”</i>
<i>“Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos, dependencia psicológica del agresor”</i>
Consecuencias en la salud social
<i>“Aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral. Disminución del número de días de vida saludable”.</i>

Adaptado de OMS Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud (pp 2-5)¹⁵.

5.1 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SUSCEPTIBLES DE SER TRATADAS EN LA RED DE SALUD MENTAL.

Es muy probable que las mujeres que padezcan Violencia de Género, acudan a las Unidades de Salud Mental por las consecuencias psicosociales detectadas, se haya hecho o no el diagnóstico de Violencia de Género. Por eso, es relevante estudiarlas en más profundidad.

Algunos investigadores, asemejan las consecuencias de este tipo de violencia al daño psicosocial producido por haber sufrido una experiencia traumática como haber sido torturado y/o secuestrado. Las dos repercusiones psicológicas más frecuentes que se observan son la depresión y el síndrome de estrés post traumático.¹² Estudios actuales

han demostrado, la aparición de estrés crónico con repercusión en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y aumento patológico de cortisol en mujeres maltratadas¹⁶.

Son frecuentes la baja autoestima, la ansiedad y el insomnio. El riesgo de suicidio es 5 veces mayor en mujeres víctimas de Violencia de Género que en mujeres que no la padecen. También presentan un riesgo 15 veces mayor a abusar del alcohol y 9 veces a abusar de otras sustancias (cocaína y metanfetaminas de forma frecuente) como forma de tolerancia de la situación y evasión¹².

Para dar cuenta de todos estos síntomas y problemas, derivados de la violencia y el maltrato, Leonor Walker definió el “*síndrome de la mujer maltratada*”,¹⁷ se resumen a continuación.

- Las consecuencias psicosociales de la victimización violenta, similares al estrés postraumático, ansiedad, insomnio, evocar momentos de violencia.
- La indefensión aprendida.
- Respuestas autodestructivas como forma de enfrentarse a la violencia. .

Agrega, como un complejo secundario la idealización del abusador, la negación del peligro y la supresión de la ira de la víctima.

6. LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

En 1996, la OMS en la 49 Asamblea Mundial de la salud: Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública,¹⁸ declara a la violencia como “*un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo*”. Resalta “*las graves consecuencias de la violencia, tanto a corto y largo plazo, para los individuos, las familias, las comunidades y los países, y destaca los efectos perjudiciales de la violencia que se manifiestan como problemas de salud*”.

En otro sentido, el impacto de la violencia contra las mujeres fue reconocido por la ONU en 1995 Declaración de Beijing,⁷ como “*un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz. Y una gran limitación para el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales*”.

La OMS en su Informe mundial sobre la violencia y la salud de 2002¹⁹, también la reconoce como “*un grave problema de salud pública y un atentado contra los derechos humanos*” y coloca a los profesionales de la salud en un lugar óptimo para la detección y atención del problema.

Sin embargo, a pesar de las recomendaciones sanitarias, la evidencia demuestra que existe una baja detección de la Violencia de Género y aunque los servicios sanitarios deberían ser clave para la detección precoz y el tratamiento de este tipo de violencia, sólo se identifica un 1% del total estimado de casos⁴. Un estudio realizado con profesionales de Atención Primaria, llega a la conclusión que únicamente el 15% de las mujeres que en algún momento de su vida han manifestado sufrir de Violencia de Género tenían alguna referencia a la violencia en su hoja de salud³.

En general, los estudios sobre el tema demuestran que, a pesar de que el personal sanitario percibe la violencia de género como un problema importante, no lo perciben como un problema de salud. La falta de conocimientos y habilidades de manejo provoca que la detección de casos no sea contemplada como parte de responsabilidad como sanitarios. Y, en el caso de que se considere un problema de salud, en muchas ocasiones se considera que sólo en algunas áreas de la medicina, ginecología u obstetricia principalmente es oportuno intervenir⁴.

Un estudio realizado por la Delegación del gobierno para la Violencia de género en 2015²⁰, con profesionales de atención primaria, que analiza las resistencias del personal sanitario en la detección de los casos de violencia contra las mujeres, llega a unas conclusiones que resumo a continuación:

- En general, el personal sanitario, desconoce el procedimiento, para identificar, atender y derivar los casos de Violencia de Género.
- Los profesionales sanitarios refieren preocupación por no saber cómo actuar en el caso que la mujer responda de manera afirmativa.
- Las barreras del propio sistema sanitario como la falta de tiempo o de un espacio adecuado y la falta de personal, pueden limitar al profesional en su manejo de la situación, a pesar de que este desee proporcionar algún tipo de atención u orientación a sus pacientes.
- Los profesionales de la salud pueden percibir como una dificultad la responsabilidad legal que resulta registrar los casos de Violencia de Género.
- El personal sanitario puede sentir el que la mujer no quiera denunciar como un conflicto ético y miedo a denunciar a una persona inocente.
- Existen barreras personales que limitan la atención como factores sociales, mitos, estereotipos creados por la cultura y la socialización, el miedo a enfrentarse a un dolor emocional, o no sentirse preparados para manejar la situación.

7. VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud, en su informe de 2004, Promoción de la salud mental, conceptos, evidencia emergente ²¹ y práctica, se aleja de la concepción biomedica que definía la salud como ausencia de enfermedad y define la salud mental como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y satisfactoria y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*.

Declara además que no *“existe la salud, sin la salud mental y señala que la salud mental es primordial para el desarrollo humano, social y económico de las naciones y esencial para otras áreas de políticas públicas como son la asistencia social, los derechos humanos, la educación y el empleo”*.

En 1987, el Instituto Nacional de Salud Mental de Estado Unidos, (NIMH), define aquellas personas que padecen un trastorno mental grave como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que con llevan un grado variable de discapacidad y*

de disfunción social y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.

Existen una gran variedad de trastornos mentales que presentan características distintas. Se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la memoria, la percepción, el afecto, las emociones, la conducta y las acciones y las relaciones con los demás y con el entorno. Dentro del trastorno mental grave entre otros, destacamos, los trastornos psicóticos como la esquizofrenia, los trastornos afectivos como el trastorno bipolar o la depresión, y los trastornos del neurodesarrollo como el autismo²¹.

7.1 LAS DIFERENCIAS EN CUANTO AL GÉNERO EN SALUD MENTAL

Ruiz C,O.²² realiza un análisis de la evolución histórica del género y la psiquiatría. Resumen a continuación algunas conclusiones:

“La medicina, y en particular la psiquiatría ha sido, a lo largo de la historia, una fuente importante de ideología sexista. A través de las diferencias anatómicas, fisiológicas y patológicas entre los dos sexos se pretendía establecer las desigualdades de los géneros las prácticas médicas servían de apoyo para justificar la subordinación femenina”.

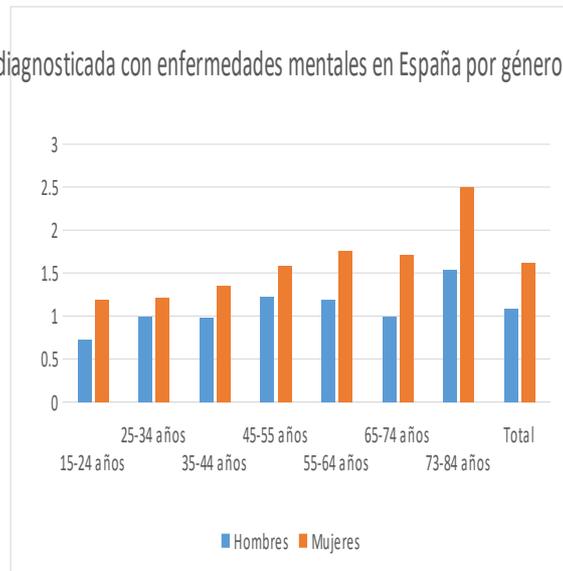
A lo largo de la historia, el hecho de padecer un trastorno mental en una mujer ha tenido asociado un mayor estigma. Han sido catalogadas muy frecuentemente de histéricas, delirantes o depresivas. Se pensaba que las tensiones de la vida, hacían a las mujeres más vulnerables a trastornos nerviosos, existiendo un sesgo de género asociada al sexo para el diagnóstico y el tratamiento.

En el análisis se hace hincapié en la mayor *"susceptibilidad de la mujer para enfermar de enajenación mental, argumentando la relación entre sistema nervioso y aparato genital de la mujer y marcando el acento en la fisiología femenina como causa de determinados desordenes mentales y se establecen patologías características del sexo femenino”.*

La investigación llevada a cabo en los últimos 20 años, ha demostrado, la existencia de marcadas diferencias en la morbilidad psiquiátrica y en el patrón de conducta de enfermar desarrollada por los sexos.

En la gráfica vemos como las diferencias entre géneros para el diagnóstico de enfermedades mentales son llamativas, con una media de 1.09 para hombres y 1.62 para mujeres. Las diferencias más notables se ven en el grupo de 73 a 84 años, siendo la media 1.53 para hombres y 2.5 para las mujeres.

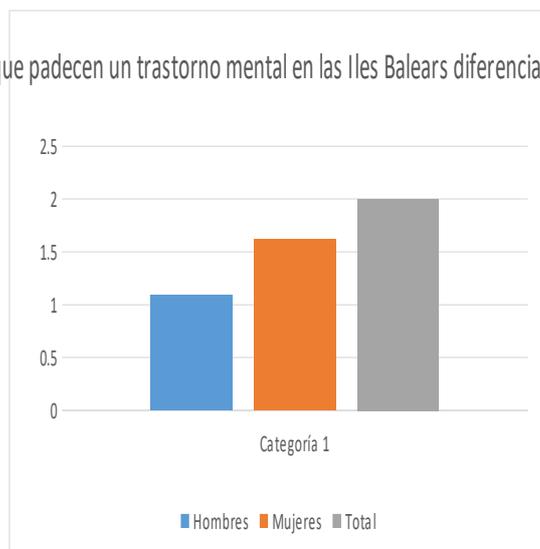
Media de la población diagnosticada con enfermedades mentales en España por género y grupos de edad (2019)



Fuente INE, elaboración propia.

En el caso de nuestra comunidad autónoma las diferencias son congruentes a los que reflejan los resultados nacionales.

Media de personas que padecen un trastorno mental en las Illes Balears diferenciadas por género (2019)



Fuente INE: Elaboración propia

7.2 LA ENFERMEDAD MENTAL COMO FACTOR DE RIESGO DE SUFRIR VIOLENCIA DE GÉNERO

El protocolo de atención sanitaria a las víctimas de violencia de género de las Illes Balears,¹ dedica un apartado exclusivo a la atención de las mujeres que sufren trastornos mentales y analiza los factores de riesgo. Los más relevantes son:

- La falta de autonomía para actividades básicas de la vida diaria, lo que ocasiona una dependencia de la figura del cuidador/a que en algunas ocasiones es la propia pareja.

- La falta de trabajo y la dificultad para encontrarlo y mantenerlo y la falta de recursos económicos.
- El aislamiento social que en algunas ocasiones es producto de la enfermedad.
- El estigma asociado a los trastornos psiquiátricos presente en la sociedad.
- Dificultad en las relaciones sociales, marcada por la apatía y la anhedonia, dificultades en la comunicación, que provocan problemas para encontrar pareja. Mantener relaciones abusivas por la creencia de no ser capaces de encontrar algo mejor.
- Baja autoestima, dificultades para reconocer aspectos positivos de sí mismo.
- Menor credibilidad a su discurso por parte de los/las profesionales asociado al estigma.
- Mayores dificultades de acceso a la información y los servicios.
- Sensación de minusvalía o incapacidad para enfrentarse a problema cotidianos. Percibirse y ser percibida como indefensa por parte del maltratador.
- Inclinação a justificar las relaciones de abuso hacia su persona, dado sus sentimientos de menosprecio hacia sí mismo y su valía.
- Falta de recursos públicos adaptados a las necesidades de estas mujeres.

Otras características biográficas de especial atención, ya que aumentan el riesgo de padecer violencia en las personas con trastorno mental son; haber experimentado violencia familiar en la infancia, o ser testigo de violencia de género hacia alguna familiar, estar en un episodio de descompensación del trastorno y el embarazo.

Considero importante señalar, que debido a su vulnerabilidad, la Violencia de Género puede ser a su vez el desencadenante de una descompensación en personas con trastorno mental.

La “Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental” en su INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CON ENFERMEDAD de 2017²³, extrajo las conclusiones que resumo a continuación.

Debido al estigma tan arraigado en la sociedad actual de que las personas con padecen un trastorno mental son “*violentas o agresivas y que no saben controlarse*” que es muy difícil dar visibilidad a la violencia que padecen. Sin embargo, los estudios que se han realizado en este ámbito demuestran datos apabullantes:

- 3 de cada 4 mujeres con trastorno mental grave han sufrido violencia en el ámbito familiar o/y en la pareja en al algún momento de su vida.
- Cerca del 80% de las mujeres con trastorno mental grave que han tenido pareja en algún momento de su vida, han sufrido violencia por parte de ésta.
- El 52% de las mujeres con trastorno mental grave que conviven con familiares han sido víctimas de algún tipo de violencia en el último año.
- El riesgo de sufrir Violencia de Género en una mujer con trastorno mental grave es entre 2 y 4 veces mayor que el de la población de mujeres general.

- Al igual que en la población general, el tipo de violencia más frecuente en la pareja es la psicológica. No obstante las cifras de violencia física sexual son también muy elevadas:
 - Más del 50% de las mujeres con trastorno mental grave que han tenido pareja en algún momento de su vida ha sufrido violencia física por parte de esta.
 - Algo más del 40% ha sufrido algún tipo de violencia sexual.

7.3 LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL (USM) COMO UNIDADES DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Tal y como define en su página web el “*Ib Salut^{a)}*,” las unidades de salud mental (USM) “*son instituciones dentro de la red sanitaria de salud mental que dependen de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, están formadas por un equipo multidisciplinario compuesto por psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y administrativos. Desde cada especialidad ayudan a las personas que sufren alguna enfermedad mental. Además, desde estos dispositivos se forman los médicos residentes de psiquiatría, los médicos de familia, las enfermeras residentes de salud mental y los estudiantes de los grados de psicología y de medicina, entre otros*”.

El objetivo de las USM es “*contribuir a que las personas con alguna enfermedad mental alcancen y mantengan un estado del bienestar que les permita preservar su vida personal, familiar, laboral y social*”.

La derivación de pacientes a las USM, se realiza desde:

- Atención primaria si se detecta sintomatología susceptible de ser compatible con una enfermedad mental, o
- Desde el servicio de urgencias hospitalarias si se considera adecuado un manejo ambulatorio.
- Si el paciente es dado de alta de unidad hospitalaria de psiquiatría.

Tienen las mismas características que los servicios de atención primaria, es decir, dan una atención multidisciplinar, integral, permanente y continuada en un entorno comunitario pero atienden exclusivamente a personas que padecen una enfermedad mental o sintomatología compatible de forma crónica o situacional.

Tal y como define la Conserjería de salud y consumo, en la Guía de recursos de Salud Mental²⁴ sus funciones principales son:

- “*Atención en un medio comunitario* “
- “*Promoción de la salud mental, y así como soporte y asesoramiento de los equipos de Atención Primaria en todo lo que se refiere a salud mental.*”
- “*Coordinación con el resto de dispositivos asistenciales de salud mental de su Área.*”
- “*Coordinación con las instancias sociales y judiciales.*”

a⁹⁾<https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/ap-mallorca/unidades-de-apoyo/salud-mental#:~:text=Las%20unidades%20de%20salud%20mental,que%20sufren%20alguna%20enfermedad%20mental.>

Su posición estratégica dentro de la red de salud mental, su atención ambulatoria y de continuidad de cuidados, su atención multidisciplinar y las características de la población a la que atiende, hacen de las USM un dispositivo estratégico en la prevención, detección y actuación para la Violencia de Género.

Las Islas Baleares están divididas en sectores sanitarios de atención a la población y distribución de recursos. El sector sanitario implica una división territorial en comarcas del área de salud. El sector que nos ocupa el sector Llevant de la Isla de Mallorca. En la gráfica vemos la distribución del sector sanitario y la población que atiende.

Sector LLEVANT	Áreas de salud	Total población	Población mayor 18 años
CAPDEPERA	“Cala Rajada, Canyamel, Capdepera”	11.485	9.521
XALOC	“Xaloc (Campos), Ses Salines, Colònia Sant Jordi, Sa Ràpita”	13.995	11.337
FELANITX	“Felanitx, Portocolom, S’Horta, Cas Concos”	17.805	14.401
LLEVANT	“Son Servera, Sant Llorenç des Cardassar, Cala Millor, Sa Coma, Son Carrió”	19.730	16.091
MANACOR	“Manacor, Son Macià”	30.663	24.413
PORTOCRISTO	“Porto Cristo, Cales de Mallorca, S’Illot”	10.262	8.210
NUREDDUNA	“Nuredduna (Artà) ,Colònia de Sant Pere”	7.685	6.225
SANTANYÍ	“Santanyí, Cala d’Or, S’Alqueria Blanca, Llombards, Calonge”	12.059	10.066
SES ROQUES LLISES	“Ses Roques Llises (Vilafranca), Porreres, Montuïri, Petra, Sant Joan, Ariany”	16.033	12.967
Total SECTOR LLEVANT		139.717	113.231

Fuente: Plan estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022²⁵: Elaboración propia

Dentro del sector Llevant encontramos la USM de Manacor, situada en el Centro de Salud de Manacor y la USM de Felanitx, ubicada en el Centro de Salud de Felanitx. Reciben derivaciones desde servicios de urgencias del Hospital comarcal de Manacor, altas de pacientes ingresados en la unidad de psiquiatría de agudos del mismo hospital y desde las consultas de atención primaria distribuidas en la zona de Llevant.

La distribución de sus profesionales es la siguiente:

	Psiqui atras	Psicólogos/as	Enfermer os/as(ESM)	Trabajado r/a social	Técnicos/as auxiliares	Personal administrativ o
USM Manacor	2	2	2	1	1	2
USM Felanitx	2	2	2	1	0	1

Fuente: Guía de recursos y situación de la red de Salud Mental de les Illes Balears 2005¹⁰. Elaboración propia.

METODOLOGÍA

1. POBLACIÓN DESTINATARIA DE LA FORMACIÓN

Las unidades de Salud Mental del Sector Llevant, de Mallorca, tienen un total de 18 profesionales.

La formación está destinada a todos los profesionales fijos del servicio, además de personal estatutario temporal y personal que está previsto cubra las vacaciones del personal actual y/o bajas del mismo. Además participarán en la formación los posibles residentes que estén en ese momento rotando por los dispositivos de cualquier disciplina. Se prevé la formación para 30 personas aproximadamente. La propuesta será de carácter obligatorio para el personal de las Unidades de Salud Mental, tanto fijo como temporal.

2. DURACIÓN Y CALENDARIZACIÓN

Para la realización de la formación, se dividirá a los asistentes en tres grupos diferentes para facilitar el funcionamiento y potenciar la participación. El proceso formativo estará distribuido en el tiempo de la siguiente forma:

- 2 semanas para la distribución de los participantes en grupos de formación, elaboración del temario y elaboración materiales didácticos.
- 1 semana de rellenado y recogida de cuestionarios por cada grupo (en azul en el calendario)
- 1 semana para el análisis de los datos recogidos en los cuestionarios y posibles modificaciones del temario formativo por cada grupo (en amarillo en el calendario)
- 6 semanas de formación, de 2 horas cada jornada formativa, distribuida una vez a la semana, por cada grupo. Es decir, 12 horas totales de formación por cada grupo (En lila en el calendario)
- 5 días para el análisis de evaluación de cada sesión formativa y se harán las modificaciones que se consideren oportunas (en rojo en el calendario)
- 12 días para extraer resultados y conclusiones de la formación (en verde en el calendario)

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1 Inicio recogida cuestionarios grupo 1	2 Cuestionarios 1	3 Cuestionarios 1	4 Cuestionarios 1	5 Cuestionarios 1	6 Cuestionarios 1	7 Fin recogida cuestionarios grupo 1
8 Inicio análisis cuestionario grupo 1 + modificaciones	9 Análisis 1	10 Análisis 1	11 Análisis 1	12 Análisis 1	13 Análisis 1	14 Fin análisis cuestionario grupo 1
15 Inicio recogida cuestionarios grupo 2	16 Cuestionarios 2	17 Cuestionarios 2 Formación grupo 1 (sesión 1) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 1 grupo 1	18 Cuestionarios 2 Evaluación 1 grupo 1	19 Cuestionarios 2 Evaluación 1 grupo 1	20 Cuestionarios 2 Evaluación 1 Grupo 1	21 Fin recogida cuestionarios 2 Fin recogida/análisis evaluación sesión 1 grupo 1
22 Inicio análisis cuestionario grupo 2 + modificaciones	23 Análisis 2	24 Análisis 2 Formación grupo 1 (sesión 2) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 2 grupo 1	25 Análisis 2 Evaluación 2 grupo 1	26 Análisis 2 Evaluación 2 grupo 1	27 Análisis 2 Evaluación 2 grupo 1	28 Fin análisis cuestionario grupo 2 Fin recogida y análisis evaluación sesión 2 grupo 1.
29 Inicio recogida Cuestionarios 3	30 Cuestionarios 3	31 Cuestionarios 3 Formación grupo 1 (sesión 3) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 3 grupo 1	1 Cuestionarios 3 Evaluación 3 grupo 1	2 Cuestionarios 3 Evaluación 3 grupo 1	3 Cuestionarios 3 Evaluación 3 grupo 1	4 Fin recogida cuestionarios 3 Fin recogida/análisis evaluación sesión 3 grupo 1

Abril2021

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
29	30	31	1	2	3	4
5 Inicio análisis cuestionario grupo 3 + modificaciones	6 Análisis 3	7 Análisis 3 Formación grupo 1 (sesión 4) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 4 grupo 1	8 Análisis 3 Evaluación 4 grupo 1	9 Análisis 3 Evaluación 4 grupo 1	10 Análisis 3 Evaluación 4 grupo 1	11 Fin análisis cuestionario grupo 3 Fin recogida/análisis evaluación sesión 4 grupo 1
12	13	14 Formación grupo 1 (sesión 5) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 5 grupo 1	15 Evaluación 5 grupo 1	16 Evaluación 5 grupo 1	17 Evaluación 5 grupo 1	18 Fin recogida/análisis evaluación sesión 5 grupo 1
19	20	21 Formación grupo 1 (sesión 6) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 6 grupo 1 Cuestionarios posteriores Grupo 1	22 Evaluación 6 grupo 1	23 Evaluación 6 grupo 1	24 Evaluación 6 grupo 1	25 Fin recogida/análisis evaluación sesión 6 grupo 1
26	27	28 Inicio Formación grupo 2 (sesión 1) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 1 grupo 1	29 Evaluación 1 grupo 2	30 Evaluación 1 grupo 2	1 Evaluación 1 grupo 2	2 Fin recogida/análisis evaluación sesión 1 grupo 2

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
26 3	27 4	28 5 Formación grupo 2 (sesión 2) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 2 grupo 2	29 6 Evaluación 2 grupo 2	30 7 Evaluación 2 grupo 2	1 8 Evaluación 2 grupo 2	2 9 Fin recogida/análisis evaluación sesión 2 grupo 2
10	11	12 Formación grupo 2 (sesión 3) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 3 grupo 2	13 Evaluación 3 grupo 2	14 Evaluación 3 grupo 2	15 Evaluación 3 grupo 2	16 Fin recogida/análisis evaluación sesión 3 grupo 2
17	18	19 Formación grupo 2 (sesión 4) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 4 grupo 2	20 Evaluación 4 grupo 2	21 Evaluación 4 grupo 2	22 Evaluación 4 grupo 2	23 Fin recogida/análisis evaluación sesión 4 grupo 2
24	25	26 Formación grupo 2 (sesión 5) Inicio recogida/análisis evaluación 5 grupo 2	27 Evaluación 5 grupo 2	28 Evaluación 5 grupo 2	29 Evaluación 5 grupo 2	30 Fin recogida/análisis evaluación sesión 5 grupo 2

Junio 2021

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
31	1	2 Formación grupo 2 (sesión 6) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 6 grupo 2 Cuestionarios posteriores grupo 2	3 Evaluación 6 grupo 2	4 Evaluación 6 grupo 2	5 Evaluación 6 grupo 2	6 Fin recogida/análisis evaluación sesión 6 grupo 2
7	8	9 Formación grupo 3 (sesión 1) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 1 grupo 3	10 Evaluación 1 grupo 3	11 Evaluación 1 grupo 3	12 Evaluación 1 grupo 3	13 Fin recogida/análisis evaluación sesión 1 grupo 3
14	15	16 Formación grupo 3 (sesión 2) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 2 grupo 3	17 Evaluación 2 grupo 3	18 Evaluación 2 grupo 3	19 Evaluación 2 grupo 3	20 Fin recogida/análisis evaluación sesión 2 grupo 3
21	22	23 Formación grupo 3 (sesión 3) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 3 grupo 3	24 Evaluación 3 grupo 3	25 Evaluación 3 grupo 3	26 Evaluación 3 grupo 3	27 Fin recogida/análisis evaluación sesión 3 grupo 3
28	29	30 Formación grupo 3 (sesión 4) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 4 grupo 3	1 Evaluación 4 grupo 3	2 Evaluación 4 grupo 3	3 Evaluación 4 grupo 3	4 Fin recogida/análisis evaluación sesión 4 grupo 3

Julio 2021

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
28	29	30	1	2	3	4
5	6	7 Formación grupo 3 (sesión 5) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 3 grupo 3	8 Evaluación 5 grupo 3	9 Evaluación 5 grupo 3	10 Evaluación 5 grupo 3	11 Fin recogida/análisis evaluación sesión 5 grupo 3
12	13	14 Formación grupo 3 (sesión 6) Inicio recogida/análisis evaluación sesión 6 grupo 3 Cuestionarios posteriores Grupo 3	15 Evaluación 6 grupo 3	16 Evaluación 6 grupo 3	17 Evaluación 6 grupo 3	18 Fin recogida/análisis evaluación sesión 6 grupo 3
19 Inicio resultados y conclusiones finales	20 Resultados/ conclusiones	21 Resultados/ conclusiones	22 Resultados/ conclusiones	23 Resultados/ conclusiones	24 Resultados/ conclusiones	25 Resultados/ conclusiones
26 Resultados/ conclusiones	27 Resultados/ conclusiones	28 Resultados/ conclusiones	29 Resultados/ conclusiones	30 Fin resultados y conclusiones finales	31	

3. DESARROLLO DE LA PROPUESTA

3.1 CUESTIONARIO (ver anexo 1)

Previa a la formación y con el objetivo de adaptarla a los conocimientos y las creencias del personal sanitario sobre Violencia de Género, se administrará un cuestionario anónimo y auto-administrado. El cuestionario se pasará a los/las participantes de los tres grupos por separado, con tal de analizar los conocimientos y creencias específicos de cada grupo.

Con el fin de analizar el impacto de la formación en las personas asistentes, se administrará el mismo cuestionario al finalizar la formación y se compararán los resultados previos y posteriores a la experiencia.

Se ha diseñado un cuestionario con cuatro partes diferenciadas:

- a) Preguntas relativas al análisis sociodemográfico de la muestra.
- a) Un cuestionario ad hoc de preguntas cerradas relativas al conocimiento en materia de género y actitudes en cuanto a la Violencia de Género en el desempeño de su rol profesional. En su construcción se tuvieron en cuenta algunos de las preguntas ue se habían formulado en estudios similares ^{26, 27, 14, 12, 28, 13,30,31}.
- b) La versión propuesta por Ferrer et al²⁶ del *“Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia”*, que consta de 29 ítems en los que se ha de indicar si se está de acuerdo o en desacuerdo con el contenido de la frase en una escala del 1 al 4 donde 1 significa “completamente en desacuerdo con el contenido” y 4 “Completamente de acuerdo con el contenido”.
- c) *“La escala de aceptación de mitos sobre la violencia de pareja contra las mujeres (AMIVAW)”* de Megía, Toro-García et al²⁹ que consta de 15 ítems en los que se ha de indicar si se está de acuerdo o en desacuerdo con el contenido de la frase en una escala del 1 al 4 donde 1 significa “completamente en desacuerdo con el contenido” y 4 “Completamente de acuerdo con el contenido”.

El cuestionario se hará llegar a los y las profesionales a través del correo corporativo, una vez se haya rellenado, se adjunta a la devolución por email a la siguiente dirección: jegonzalez@hmanacor.org. El proceso es el mismo para los cuestionarios previos y posteriores a la formación.

3.2 LA FORMACIÓN

La formación la llevará a cabo un/a especialista en materia de género e igualdad. Se llevará a cabo vía online en sesiones grupales a través de plataforma de conversación grupal, *“Webex”*. Para permitir la participación del mayor número de profesionales, las sesiones serán grabadas y se podrán revisar en diferido, así facilitamos la participación

sobre todo de los y las profesionales a turnos. Además al ser formación online, cumple con las medidas sanitarias marcadas por el ministerio por la crisis de la “Covid-19”.

El total de horas de formación será de 36 horas, 12 por cada grupo de formación distribuidas en 2 horas semanales durante 6 semanas.

La persona formadora, hará uso de diapositivas y páginas web para apoyar su discurso durante la formación. Aportará además material audiovisual que apoye los contenidos teóricos.

A pesar de ser online, los grupos de participantes serán reducidos para un mejor aprovechamiento de las partes prácticas. Se admitirán 10 personas por grupo para favorecer el debate en las partes prácticas y el turno abierto de palabra de las sesiones. La inscripción se realizará a través de la página del “CAIB del Govern de les Illes Balears, Servei de Formació sanitària, en el apartado de Serveis al personal”. La inclusión de los/as profesionales en un grupo u otro se realizará por orden de inscripción, intentando asegurar la multidisciplinariedad y heterogeneidad para aumentar la riqueza de la experiencia.

3.2.1 ORGANIZACIÓN DE LAS SESIONES

SESIÓN 1:

Objetivos de la actividad:

- Crear un ambiente propicio para el debate, y el aprendizaje mutuo.
- Identificar expectativas previas de los participantes
- Ampliar los conocimientos de los/as profesionales sobre la definición de la violencia de género, los tipos de violencia la magnitud del problema y el ciclo de la violencia de género.

TEMA	CONTENIDOS	TIEMPO
Presentación	La persona formadora se presentará y presentará la actividad y los objetivos de la misma. Los participantes, se presentarán, y comentarán cuáles son sus expectativas previas a la formación.	20 min
Definición de Violencia de Género y contextualización.	El o la formadora, hablará de la definición de Violencia de género y su evolución a lo largo del tiempo. Aclarará también los conceptos de violencia machista, doméstica o violencia intrafamiliar. Se explicará la magnitud del problema de la Violencia de Género en el mundo, y su marco legislativo, internacional nacional y autonómico.	45 min
Tipos de Violencia de Género y el ciclo de la violencia	Se explicarán los diferentes tipos de Violencia de Género y se pondrán ejemplos. El o la formadora explicará las fases del ciclo de la violencia y como afectan cada una de ellas a la mujer.	45 min
Turno abierto de palabra	Se realizará un comentario y el/la formadora propiciará el	30 min

	debate. Se resolverán posibles dudas.	
Evaluación de la sesión	Tiempo para responder el comentario de evaluación de la sesión correspondiente.	10 min

SESIÓN 2:

Objetivos de la actividad:

- Aumentar los conocimientos de los/las profesionales de la salud en la Ley orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la Violencia de Género y en la Ley Balear 11/2016 de igualdad de mujeres y hombres.
- Que los/las profesionales integren la Violencia de Género como parte de su deber y responsabilidad profesional.
- Aumentar el conocimiento de los/las profesionales sobre las consecuencias en la salud de la Violencia de Género y sus manifestaciones.
- Aumentar la detección de casos de Violencia de género en sus dispositivos

TEMA	CONTENIDOS	TIEMPO
Resumen	Se realizará un resumen de lo expuesto en la sesión anterior en la que participará tanto el/la formador/a como los/las participantes. Se resolverán posibles dudas	20 min
Ley orgánica 1/2004, ley balear 11/2016 y deber profesional.	Se explicará la Ley orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género y sus repercusiones a nivel legal. Se explicará la Ley balear 11/2016 de igualdad de mujeres y hombres. Se expondrá cual es la responsabilidad de los profesionales sanitarios en materia de Violencia de género. Deber profesional.	45 min
Manifestaciones y consecuencias	El/la persona formadora expondrá cuales son las manifestaciones de la violencia y los indicadores que identificar en la consulta sanitaria. Se trabajarán las consecuencias físicas, sexuales y emocionales de la Violencia de Género en la mujer.	45 min
Turno abierto de palabra	Se realizará un comentario y el/la formadora propiciará el debate. Se resolverán posibles dudas.	30 min
Evaluación de la sesión	Tiempo para responder el comentario de evaluación de la sesión correspondiente.	10 min

SESIÓN 3

Objetivos de la actividad:

- Identificar las propias dificultades para la detección y tratamiento de la Violencia de Género

- Identificar los mitos, y pensamientos distorsionados que los/las profesionales presentan y desmontarlos con información contrastada.
- Aumentar la detección de la Violencia de Género por parte de los/las profesionales.

TEMA	CONTENIDOS	TIEMPO
Resumen	Se realizará un resumen de lo expuesto en la sesión anterior en la que participará tanto el/la formador/a como los/las participantes. Se resolverán posibles dudas	20 min
Mitos y pensamientos distorsionados	La o el formador/a presentará los mitos y pensamientos distorsionados más comunes en materia de Género y los contrastará con información validada. Se trabajarán también mitos propuestos por los/las participantes. Visionado de un vídeo sobre Micromachismos.	45 min
Resolución de un caso práctico	Presentación de un caso práctico de un discurso para identificar posibles mitos y pensamientos distorsionados. Compartir con el grupo lo detectado.	45 min
Turno abierto de palabra	Se realizará un comentario y el/la formadora propiciará el debate. Se resolverán posibles dudas.	30 min
Evaluación de la sesión	Tiempo para responder el comentario de evaluación de la sesión correspondiente.	10 min

SESIÓN 4:

Objetivos de la actividad:

- Aumentar los conocimientos de los/las profesionales sobre las vulnerabilidades de la población con patologías de salud mental.
- Conseguir que los/las profesionales de las unidades de salud mental, consideren a detección y tratamiento de la Violencia de Género como parte de sus funciones.
- Aumentar la detección de casos de Violencia de Género en las unidades de salud mental.

TEMA	CONTENIDOS	TIEMPO
Resumen	Se realizará un resumen de lo expuesto en la sesión anterior en la que participará tanto el/la formador/a como los/las participantes. Se resolverán posibles dudas	20 min
La Violencia de género en salud mental	La/el formador/a expondrá las particularidades de la Violencia de Género en la población con patologías de salud mental. Sus indicadores, manifestaciones y consecuencias. Aspectos de la población que la hacen más vulnerable. Datos y cifras contrastados sobre magnitud de la Violencia de Género en esta población	90 min
Turno abierto de palabra	Se realizará un comentario y el/la formadora propiciará el debate. Se resolverán posibles dudas.	30 min
Evaluación de la sesión	Tiempo para responder el comentario de evaluación de la sesión correspondiente.	10 min

SESIÓN 5:

Objetivos de la actividad:

- Aumentar los conocimientos de los/las profesionales en el Protocolo de atención sanitaria en la Violencia Machista de les Illes Balears 2017.
- Aumentar los conocimientos de los/las profesionales sobre las particularidades de la atención en Violencia de género en personas que padecen un trastorno mental.
- Dotar a los/las profesionales de estrategias de cómo abordar el tema en la consulta, entender que se debe hacer y qué no.
- Aumentar los conocimientos de los/las profesionales en el algoritmo de actuación sanitaria ante violencia de género en pacientes de salud mental.

TEMA	CONTENIDOS	TIEMPO
Resumen	Se realizará un resumen de lo expuesto en la sesión anterior en la que participará tanto el/la formador/a como los/las participantes. Se resolverán posibles dudas	20 min
Protocolo (2017)	El/la formador/a irá guiando a los/las profesionales para entender el procedimiento propuesto para la atención sanitaria en Violencia de Género. Hará hincapié en las recomendaciones específicas para personas que padecen un trastorno mental	40 min
Recomendaciones en consulta	El/la formador/a con la participación de los asistentes, ya que son especialistas en manejo de técnicas de entrevista, repasarán las recomendaciones para la atención de Violencia de Género en Consulta, haciendo hincapié en las particularidades en salud mental. Visualización de un vídeo sobre el manejo de una entrevista en un caso de sospecha de Violencia de Género.	30 min
Algoritmo	Se explicará el funcionamiento del algoritmo de atención en Violencia de Género en salud mental. El/la formador/a y los asistentes debatirán si el algoritmo se adapta a sus puestos de trabajo.	20 min
Turno abierto de palabra	Se realizará un comentario y el/la formadora propiciará el debate. Se resolverán posibles dudas.	30 min
Evaluación de la sesión	Tiempo para responder el comentario de evaluación de la sesión correspondiente.	10 min

SESIÓN 6:

Objetivos de la actividad:

- Ampliar el conocimientos de los recursos sobre Violencia de Género en las Islas Baleares, de los/las profesionales sanitarios.
- Aumentar las habilidades de manejo de la actuación en Violencia de Género de los/las profesionales sanitarios.
- Aumentar la detección de casos de Violencia de Género por las/los profesionales sanitarios de la unidad de salud mental.

TEMA	CONTENIDOS	TIEMPO
Resumen	Se realizará un resumen de lo expuesto en la sesión anterior en la que	20 min

	participará tanto el/la formador/a como los/las participantes. Se resolverán posibles dudas	
Recursos	Se explicarán y aportará un listado de los diferentes recursos disponibles para la atención de Violencia de Género en las Islas Baleares y se especificarán los criterios y la forma de derivación.	45 min
Caso Práctico	El/la formador/a expondrá un caso práctico de resolución conjunta aplicando los conocimientos y las habilidades aprendidas durante la formación.	45 min
Turno abierto de palabra	Se realizará un comentario y el/la formadora propiciará el debate. Se resolverán posibles dudas.	20 min
Evaluación de la sesión	Tiempo para responder el comentario de evaluación de la sesión correspondiente y rellenar de nuevo el cuestionario inicial, para hacer una comparación pre y post formación.	20 min

3.2.2 EVALUACIÓN (ver anexo 2)

Después de finalizar cada sesión formativa en todos los grupos, se enviará a través del email corporativo de todos/as las participantes, un cuestionario de evaluación de la actividad. Una vez rellenado, se deberá reenviar a la siguiente dirección de correo electrónico para su revisión; jegonzalez@hmanacor.org.

En la hoja de evaluación se valoran, las expectativas previas a la formación, aspectos de organización y metodología, la aplicabilidad en los diferentes puestos de trabajo de los conocimientos adquiridos, la competencia y actitud pedagógica de la persona formadora, la organización, planificación y desarrollo de la actividad y si se ha promovido la participación de los asistentes.

Al finalizar las 3 ediciones de la actividad formativa, se evaluará el impacto de la misma, a través del contacto con el Instituto Balear de la Dóna; así podremos determinar si ha aumentado el número de casos derivados, y si los casos presentan un diagnóstico de Violencia de Género en su hoja de salud.

Para evaluar el impacto de la formación en las personas asistentes, al finalizar la formación se entregará de nuevo el cuestionario inicial. De esta manera podremos observar si la actividad formativa ha modificado conocimientos, creencias y actitudes en los/las profesionales.

3.2.3 MATERIAL Y PRESUPUESTO

Recursos humanos:

- Una persona formadora de la actividad, será especialista en materias de igualdad y prevención en Violencia de Género. Se encargará de ejecutar la formación y de preparar los materiales didácticos necesarios para la misma.
- Dos personas colaboradoras encargada de formar los grupos para las diferentes ediciones, intentando que sean lo más multidisciplinares y heterogéneos posible. Se encargará también de analizar tanto el cuestionario previo como el cuestionario de evaluación final de cada formación, y se

pondrán en contacto con la persona formadora para que pueda modificar los contenidos si fuera necesario.

- Tanto la persona formadora como los/las colaboradores/as realizarán el análisis de los resultados finales y la elaboración de las conclusiones.
- Las personas colaboradoras, se pondrán en contacto con el personal del Instituto Balear de la Dóna para la evaluación del número de derivaciones por parte de las Unidades de Salud Mental e incidencias que puedan haber surgido en el proceso.

Recursos materiales:

- Una sala dentro de las instalaciones sanitarias en la que la persona formadora pueda llevar a cabo la formación. (Ordenador, Cámara web, conexión a Internet, micrófono)
- Un acceso a plataformas de conversación grupal, Webex.
- Una sala auxiliar en las instalaciones sanitarias, por si los asistentes al curso, no presentan el material necesario de forma individual. Es necesario que cumpla con las medidas sanitarias con respecto a la Covid-19.

El presupuesto responde:

- A las horas de trabajo de la persona formadora especialista en igualdad y prevención de la Violencia de Género, tanto en las horas de formación como en la preparación de los materiales y el análisis de los resultados y elaboración de conclusiones.

36 horas de formación + 16 horas de preparación de materiales + 6 horas de posible revisión de materiales en función de la evaluación + 48 horas de análisis resultados y elaboración de conclusiones: 106 horas totales x 40 €/hora, un total de **4.240 €**.

- Dos personas colaboradoras, encargadas de mantener el contacto con la persona formadora, con el personal del Instituto Balear de la Dóna, de formar los grupos de las diferentes ediciones y analizar los resultados de los cuestionarios pre y post formación, los cuestionarios de evaluación de cada sesión formativa y los resultados finales y conclusiones.

3 horas de contacto con la persona formadora + 3 horas de contacto con el personal del Instituto Balear de la Dóna + 20 horas de análisis de cuestionarios pre y post + 15 horas de análisis de cuestionarios de evaluación + 24 horas de análisis de los resultados posteriores y elaboración de las conclusiones, 65 horas totales x 40 €/hora, un total de 2600 € x persona, x2 un total **5.200 €**.

Presupuesto total de la propuesta: 9.440 €.* Presupuesto orientativo.

CONCLUSIONES

En mi opinión la realización de la formación está muy justificada.

Baleares junto con Ceuta y Melilla se ha convertido en los últimos años en una de las Comunidades autónomas con mayor tasas de mujeres víctimas de Violencia de Género.

Como ya hemos visto, las mujeres con diversidad funcional, en concreto las que padecen un trastorno mental, son especialmente vulnerables a este tipo de violencia, los estudios muestran que el riesgo es de dos a cuatro veces mayor que en la población general.

Las Unidades de Salud Mental como hemos expuesto en el proyecto, podrían realizar una labor fundamental para la detección e intervención en las mujeres que padecen Violencia de Género, por dos motivos fundamentales entre otros; Uno es que las mujeres que no acuden a otros recursos de la red de Violencia de Género si lo hacen a sus profesionales de salud de referencia (sobre todo en caso de descompensación de sintomatología o malestar físico o emocional) y dos, por que la violencia afecta a la salud mental de las mujeres.

Los/las profesionales de las Unidades de Salud Mental actuales, que atienden a esta población vulnerable, no han recibido por parte de la institución "IB salut" formación específica en materia de género y salud mental. Los estudios consultados demuestran que los profesionales suelen presentar limitaciones a la hora de trabajar en casos de Violencia de Género, a nivel de conocimientos, a nivel del sistema, tiempo, horario y espacio y limitaciones personales por creencias y/o mitos relacionados con este tipo de violencia.

Una de las estrategias para mejorar la atención a las personas que sufren Violencia de Género es precisamente mejorar las competencias de dichos profesionales a través de procesos formativos.

Considero la propuesta formativa expuesta en el proyecto, eficaz, pues con poca inversión presupuestaria y en recursos humanos y materiales podríamos obtener buenos resultados. El contenido de la formación, me parece útil y adaptado a los objetivos propuestos en el proyecto y el desarrollo de la formación, está ajustado a las necesidades de los/las profesionales en cuanto a disponibilidad de horario y espacio. Sigue también, la nueva normativa sanitaria por la Covid-19.

Otro de los puntos fuertes, es que el análisis de los cuestionarios previos y posteriores a la formación y los cuestionarios de evaluación permiten corregir errores y modificar la formación para su realización en nuevas ediciones con profesionales diferentes.

Una de las limitaciones que hemos encontrado es que las Unidades de Salud Mental, no hacen un registro de las víctimas por Violencia de Género que detectan, atienden o derivan y no tienen estadísticas al respecto, lo que limita la evaluación del proyecto.

Otra de las limitaciones de la propuesta es el tamaño de la muestra, el desarrollo está proyectado para una muestra pequeña de profesionales con unas características concretas, una forma específica de trabajo, creencias y aptitudes... Sería necesario ampliar la muestra a todas las Unidades de Salud Mental de las Islas Baleares para poder elaborar resultados más amplios y concluyentes. Incluso modificando los cuestionarios y algunos apartados del temario propuesto, se podría adaptar a otros/as profesionales de otros servicios de la red de salud mental, como Unidades de Hospitalización Breve, Hospitales de día, Unidades de Rehabilitación Comunitaria,

Unidades Infanto-juveniles, Unidades de Conductas Adictivas o de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Además, por las características de los contratos de los profesionales sanitarios, con mucho de su personal de forma temporal, la formación debería realizarse de forma periódica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dirección general de salud pública y participación. (2017). Protocolo de atención sanitaria ante la violencia machista de las Islas Baleares. Recuperado en 05 de enero de 2021 de <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI234057&id=234057>.
2. Calvo González, Germán, & Camacho Bejarano, Rafaela. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 13(33), 424-439. Recuperado en 08 de febrero de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022&lng=es&tlng=es.
3. Cano Martín, L. M., Berrocoso Martínez, A., Arriba Muñoz, L. D., Bernaldo de Quirós Lorenzana, R., Alamar Provecho, J. D., & Cardo Maza, A. (2010). Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(1), 10-17.
4. Coll-Vicent, B.; Echeverría, T.; Farrás, U.; Rodríguez, D.; Lillá, J. y Santiaña, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como problema de salud. *Gaceta Sanitaria* 22: 7-10
5. Baidés Noriega, R. (2018). Violencia de Género: Papel de enfermería en la prevención secundaria desde Atención Primaria. *Enfermería Global*, 17(51), 484-508.
6. Organización Naciones unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Recuperado en 05 de enero de 2021 de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286>
7. Organización Naciones Unidas (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Recuperado en 07 de enero de 2021 de <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
8. Organización Naciones Unidas (2002). La eliminación de la violencia contra la mujer Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2002/52. Recuperado en 05 de enero de 2021 de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1467.pdf>
9. Boletín oficial del estado (2004) Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Recuperado en 10 de enero de 2021 de <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>
10. León, M. M., Martín, H. T., León, C. M., Burón, D. Q., & de la Fuente Sanz, M. (2010). Evolución legislativa de la violencia de género desde el punto de vista médico-legal en el marco normativo internacional y nacional. *Escuela de Medicina Legal*, 15.
11. Boletín oficial del estado. Comunidad autónoma de las Illes Balears (2016). Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres. Recuperado en 02 de Febrero de 2021 de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2016/BOE-A-2016-7994-consolidado.pdf>

12. Martos Sánchez, M. C. (2012). Violencia de género: conocimiento y actitud del personal sanitario de las urgencias y emergencias extrahospitalarias:(una reflexión a partir del estudio del personal sanitario de Huelva y Sevilla).
13. Alonso, M. F., Velázquez, S. H., Ramírez, F. B., Misol, R. C., Bentata, L. C., Campayo, J. G., & García, M. T. (2003). Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Atención Primaria*, 32(7), 425.
14. Sánchez, C. A. V., Fernández, C. G., & Díaz, Á. S. (2016). Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Atención Primaria*, 48(10), 623-631.
15. Organización Mundial de la Salud (2013) Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Recuperado en 4 de febrero de 2021 de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>
16. Griffin, M.G.; Resick, P.A. & Yehuda, R. (2005). Enhanced cortisol suppression following dexamethasone administration in domestic violence survivors. *Am J Psychiatry*, 162:1192-1196
17. Saltijeral, M. T., Ramos, L., & Caballero, M. A. (1998). Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: tipos de violencia experimentada y algunos efectos en la salud mental. *Salud Mental*, 21(2), 10-18.
18. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1996) 49a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD GINEBRA. Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Recuperado en 6 de Febrero de 2021 de https://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WH_A4925_spa.pdf
19. Organización Mundial de la salud (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado en 4 de febrero de 2021 de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
20. Delegación del gobierno para la Violencia de Género (2015). La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y Propuestas. Recuperado en 2 de Febrero de 2021 de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/gl/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primeria_VG.pdf
21. Organización Mundial de la salud (2004). Promoción de la salud mental, conceptos, evidencia emergente y práctica. Recuperado en 1 Febrero de 2021 de https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
22. Ruiz, C. O. (2012). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Kóre*, 1(4), 208-223.
23. FEDEAFES (2017). INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL. Recuperado 8 de Febrero de 2021 de <https://consaludmental.org/publicaciones/Investigacion-violencia-genero-salud-mental-2017.pdf> Consultado en Febrero 2021.
24. Conserjería de Salud y Consumo (2015). Guía de recursos de Salud Mental de las Islas Baleares. Recuperado 5 de febrero de 2021 de <http://ib-salut.caib.es/www/saludmental.es.pdf>
25. Conserjería de Salud y Consumo (2016). PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE LAS ISLAS BALEARES 2016-2022. Recuperado 5 de Febrero

de 2021 de <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1815/plan-salud-mental-2016-2022.pdf>

26. Ferrer, V. A., Bosch, E., Ramis, M. C, & Navarro, C.. (2006). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 22(2), 251-259.
27. Comenge Acosta, B. (2019). La formación del personal de Atención Especializada sobre violencia de género. Un ejemplo concreto, el servicio de Hemodiálisis en Tenerife.
28. Torrecilla Hernández, M. D. (2016). Estudio de la opinión de profesionales sanitarios sobre la violencia de género. Proyecto de investigación.
29. Megías JL, Toro-García V, Carretero-Dios H. Escala de aceptación de mitos sobre la violencia de pareja íntima contra las mujeres (AMIVAW): desarrollo y validación en español e inglés. *Psicología de la Mujer Trimestral* . 2018; 42 (1): 44-61. doi: 10.1177 / 036168431774263
30. Álvarez López, E., Brito, C., Arbach, K., & Andrés Pueyo, A. (2010). Detección de la Violencia contra la Pareja por profesionales de la salud. *Anuario de Psicología Jurídica*, 20(1), 31-41.
31. Xamena Aranda, L. (2018). Formación para la intervención con mujeres en situación de emergencia por violencia de género desde el 112 en Baleares.

ANEXO 1: CUESTIONARIO PREVIO Y POSTERIOR A LA FORMACIÓN

Apreciado/a colega:

En primer lugar agradecerte tu participación en esta actividad formativa, tu aportación nos da la posibilidad de ver posibles opciones de mejora desde el ámbito sanitario y la salud mental.

La participación rellenando este cuestionario es voluntaria y completamente anónima.

Una vez cumplimentado reenviar el archivo adjunto al email indicado: jegonzalez@hmanacor.org.

En primer lugar responde a algunos datos sociodemográficos:

Edad:

Lugar de trabajo:

Estado civil:

Categoría profesional:

Años de experiencia en el servicio:

La segunda parte del cuestionario está relacionada con el conocimiento en relación a la violencia de género y protocolo de actuación. Por favor, marcad la opción que consideréis más oportuna:

1. ¿Piensas que la Violencia de género es un problema de salud?

SI NO

2. ¿Conoces si existe un protocolo sobre la atención sanitaria en la Violencia de Género en tu servicio?

SI NO

3. ¿Consideras a la población que padece un trastorno mental susceptible de padecer Violencia de Género?

- Igual que el resto de la población
- En menor medida que el resto de la población
- En mayor medida que el resto de la población

4. ¿Has recibido formación específica en Violencia de Género?

SI NO

En caso afirmativo especifica de qué tipo y cuántas horas

La segunda parte del cuestionario está relacionada con las actitudes de los profesionales sanitarios que determinan la atención a las víctimas de Violencia de Género. Por favor, marcad la opción que consideréis más oportuna:

5. ¿Crees que la detección de la Violencia de Género se incluye en tus funciones actuales?

SI NO

6. En tu opinión ¿En tu trabajo existen obstáculos para detectar la Violencia de género?

SI NO

En caso afirmativo, ¿Cuáles? (Indica todos los que consideres)

- Usuaría no quiere revelar
- Puede molestarle
- Falta de conocimientos
- Sentimiento de intrusión
- Falta de tiempo

Otros.....

La tercera parte del cuestionario es el Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia (IPDMV, elaborado por Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; adaptado por Ferrer et al., (2006)

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 pelea				
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				

La cuarta parte del cuestionario es la escala de aceptación de mitos sobre la violencia de pareja contra las mujeres (AMIVAW, Megía, Toro-García y Carretero-Dios, 2018).

Las frases siguientes expresan una serie de creencias sobre los mitos en la Violencia de género, 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. El hombre que maltrata a su pareja lo hace porque no sabe comportarse de otra forma.				
2. Algunos comportamientos de las mujeres son capaces de desquiciar a cualquier hombre.				
3. Los hombres que usan la violencia contra sus parejas no se pueden controlar a causa de los celos.				
4. Tras una denuncia por malos tratos, los hombres quedan desprotegidos ante la ley.				
5. Si las mujeres que sufren violencia de género realmente quisieran terminar con la relación dejarían a sus parejas.				
6. Los problemas laborales están en la base de los casos de malos tratos de hombres a mujeres.				
7. Si se escuchara más la opinión de los acusados por maltrato todo marcharía mejor.				
8. Las mujeres maltratadas disponen de suficientes recursos sociales como para salir de esa situación.				
9. De todos los casos de violencia de género que salen a la luz pública sólo una minoría son verdaderos.				
10. El Estado en realidad beneficia en exceso a las mujeres que denuncian malos tratos.				

11. Los hombres maltratan más físicamente a las mujeres pero las mujeres maltratan más psicológicamente a los hombres.				
12. Si se hablase con muchos de los maltratadores, uno se identificaría con su situación más de lo que se imagina.				
13. Las mujeres consiguen demasiadas ayudas sociales afirmando que sufren malos tratos.				
14. No se puede entender cómo una mujer maltratada no se separa para evitarle a sus hijos / as el infierno que están viviendo.				
15. Si una mujer sigue viviendo con un hombre que la maltrata, entonces es en buena medida responsabilidad de ella si la vuelve a maltratar.				

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

Estimado colega, el objetivo de esta encuesta es recoger tu opinión con el fin de mejorar la calidad de la formación y de los medios materiales y didácticos empleados. Rellenar esta encuesta es voluntario y anónimo. Los datos recogidos son de carácter confidencial y nos sirve para hacer más eficaz próximas experiencias formativas. Gracias de antemano por tu colaboración.

Nombre de la actividad formativa:

Número de sesión:

Fecha de la actividad:

Categoría profesional:

CRITERIOS: Por favor, puntúa cada criterio como 0, muy mal y 10 muy bien.

Criterios	Puntuación (0-10)
1. Se han cubierto las expectativas que tenía del curso	
2. Considero los objetivos logrados en un	
3. En general, mi grado de satisfacción del curso es	
4. La información previa del curso (difusión a través de la web) es	
5. La organización del curso (horarios, temario, duración...)	
6. La documentación aportada	
7. Los medios didácticos utilizados	
8. Los ejercicios y casos prácticos utilizados	
9. Los temas tratados han resultado interesantes	
10. El grado de aprendizaje resultado	
11. El curso será útil para el desempeño en mi puesto de trabajo actual	
12. La competencia de la persona formadora (conocimientos, actitud pedagógica...)	
13. La persona formadora ha favorecido la participación de los asistentes	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Ayúdanos a mejorar indicándonos sugerencias, cambios o aspectos de mejora según tu criterio:

