

## **¿HEMOS CAMBIADO LA ACTUACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RED DE SALUD MENTAL? A PROPÓSITO DE UNA ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN PROFESIONALES**

Cristina Polo Usaola. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Hortaleza (Hospital Ramón y Cajal). Elena Panadero Utrilla. Psicóloga clínica. Centro de Salud Mental de Moratalaz (Hospital General Gregorio Marañón). Montserrat Mera García. Trabajadora Social. Centro Salud Mental de El Escorial. Leticia Camarillo Gutierrez. Psicóloga Clínica. Programa Atiende (Hospital General Gregorio Marañón). RED DE REFERENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO DE CENTROS DE SALUD MENTAL.

### **Resumen:**

Presentamos en este trabajo una encuesta realizada en mayo de 2025 a profesionales de la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid sobre sus conocimientos y actitudes en relación a la violencia de género (VG) y los recursos existentes para la atención a las víctimas. El cuestionario, en formato online, fue distribuido por las personas referentes de VG de los Centros de Salud Mental entre los y las profesionales de sus equipos. Al comparar los resultados de esta encuesta con otra similar realizada en 2017, observamos que en 2025 ha aumentado significativamente la proporción de profesionales que exploran habitualmente la VG en consulta. También ha incrementado la proporción de profesionales que han recibido formación específica y conocen protocolos de actuación vigentes. Finalizamos señalando el riesgo de que algunos retrocesos sociales actuales asociados a discursos antifeministas y negacionistas de la violencia de género puedan trasladarse a contextos profesionales.

### **La red de referentes de Violencia de género en Salud Mental**

La red de referentes de VG de Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se creó en 2016, a propuesta de la Comisión Técnica de Acciones en Salud contra la VG. Actualmente, salvo excepciones muy puntuales, existe al menos una persona referente en cada Centro de Salud Mental. En los últimos años se han incorporado también referentes de dos Hospitales de Día y del Hospital Rodríguez Lafora.

Al inicio se realizaron Jornadas de formación específica dirigidas a las personas que formaban parte de esta red. Desde entonces, se celebran encuentros trimestrales de formación y coordinación entre referentes, en los que se realizan detección de necesidades formativas, discusión de casos complejos, coordinación con redes específicas, visibilización de situaciones de discriminación en personas con problemas de salud mental en recursos específicos de VG, etc.

De manera global, el objetivo principal de esta red ha sido crear y consolidar una red de profesionales que refuerce la capacidad de formación, detección e intervención con perspectiva de género y en VG en los equipos y que construya un espacio de apoyo mutuo.

La puesta en marcha de este espacio responde, entre otras razones, a la observación tanto en la literatura como en la clínica, de que gran parte de los problemas de salud mental están atravesados en su origen y evolución por circunstancias vinculadas a desigualdades y violencias hacia las mujeres. Entendemos la VG desde una perspectiva interseccional que incluye otros elementos de vulnerabilidad y opresión. En el caso de mujeres con problemas de salud mental, los estudios muestran que la relación es bidireccional: las mujeres que son víctimas de VG tienen consecuencias psicológicas secundarias a sufrirla; pero, a su vez, las mujeres que tienen trastornos mentales son más vulnerables a sufrir VG.

En nuestro medio, un trabajo realizado en 161 mujeres atendidas en un Centro de Salud Mental mostró que en el último año un 40% había sufrido violencia psicológica por parte de su pareja o expareja, un 20% referían violencia física y un 9,6 % violencia sexual (1). Entre las mujeres diagnosticadas de trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar o trastorno de la personalidad grave) la probabilidad de sufrir este tipo de violencia aumenta notablemente. Un estudio en población española realizado en mujeres que habían recibido estos diagnósticos mostró una prevalencia de violencia a lo largo de la vida de un 79.6% y de un 30.3% en el último año (2)(3)

Entre las dificultades que tenemos los y las profesionales de Salud Mental para detectar y abordar las distintas formas de VG se han señalado carencias formativas, falta de tiempo en consultas, creencias erróneas (como considerar que explorar en consulta situaciones de violencia agrava la situación clínica de mujeres, especialmente en aquellas diagnosticadas de trastorno mental grave), sesgos ideológicos o experiencias personales relacionadas con la violencia, etc. A ello se suma el peso que tiene en nuestra

disciplina abordar la VG como un proceso interpersonal, recurriendo al psiquismo diferencial y a la psicopatología e infravalorando las desigualdades de género y el contexto patriarcal (4)(5). Aunque esta estructura social patriarcal es el caldo de cultivo común en todas las situaciones, en las mujeres en las que los vínculos y las relaciones de apego han estado gravemente dañadas, la salida de la situación de violencia se complica y la relación terapéutica también.

### **Encuesta de actitudes y conocimientos sobre Violencia de Género en profesionales de Salud Mental**

Con el objetivo de explorar el grado de sensibilización y formación en VG, así como el abordaje práctico en las consultas de Salud Mental, una de las acciones realizadas en estos años por parte de la red de referentes ha sido la elaboración de dos encuestas a profesionales de Salud Mental. La primera de ellas se realizó en 2017, un año después de la creación de la red. La segunda en mayo de 2025. Las preguntas formuladas fueron muy similares.

La carta de presentación que se envió a profesionales en la encuesta de mayo del 2025 se muestra en el ANEXO 1.

#### **Resultados de la encuesta realizada en 2017:**

La encuesta fue completada por 263 profesionales, un 71,3% mujeres. Cabe destacar que casi un 50% de las personas no habían realizado ninguna formación en VG. Este porcentaje era mayor en hombres, el 62,9% de hombres no había realizado ningún curso frente a un 43,8% de mujeres. En relación a profesiones, encontramos que un 57,8% de psiquiatras, un 52,4% de enfermeras/os y un 44,6% de psicólogas/os no habían hecho ningún curso. Eran las profesionales de Trabajo Social las que más formación habían realizado. En cuanto al uso de protocolos, un 45% de profesionales refirió que no los conocía ni los había usado.

En relación a la detección de violencia de género en consultas, solo un 38% de profesionales preguntaba habitualmente a las mujeres que atendía si sufría o había sufrido VG. Existía relación entre esta detección y haber realizado formación en violencia de género, coordinación con dispositivos y uso de protocolos.

### Resultados de la encuesta realizada en 2025:

La encuesta se confeccionó y distribuyó mediante Google Forms, incluye una muestra de 296 profesionales. Se emplearon análisis descriptivos y tablas cruzadas con prueba de chi-cuadrado para evaluar asociaciones. Para permitir un análisis estadístico fiable y adecuado, se procedió a la recodificación de algunas variables categóricas originalmente con múltiples categorías. Esta decisión se tomó al observar que ciertas categorías presentaban frecuencias muy bajas, lo que dificultaba la aplicación de pruebas como el chi-cuadrado con garantías estadísticas. La recodificación fue realizada cuidadosamente considerando, además de la distribución de las frecuencias, la relevancia teórica y conceptual de las categorías para el fenómeno estudiado, con el fin de conservar la validez y sentido de los resultados obtenidos.

Se presentan en ANEXO 2 características descriptivas y en ANEXO 3 las tablas de contingencia y pruebas de chi-cuadrado. Algunos resultados:

- La variable categoría profesional muestra una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 28,3$ ;  $p < 0,005$ ). El análisis de residuos corregidos indica que son los/as psicólogos/as clínicos los que preguntan significativamente más por VG ( $z = 3,5$ ), mientras profesionales de enfermería, trabajo social y otras profesiones preguntan menos habitualmente.
- Haber realizado formación sobre violencia de género se asocia con una mayor probabilidad de preguntar habitualmente ( $\chi^2 = 7,16$ ;  $p = 0,007$ ).
- Conocer la existencia de una persona referente de VG en el servicio también influye positivamente ( $\chi^2 = 11,7$ ;  $p = 0,001$ ).
- Conocer los recursos específicos sobre VG muestra asociación significativa ( $\chi^2 = 11,15$ ;  $p = 0,001$ ).
- Conocer los protocolos de actuación específicos en VG se relaciona con el hábito de preguntar ( $\chi^2 = 8,32$ ;  $p = 0,004$ ).

### Diferencias entre la encuesta realizada en 2017 y 2025

FECHA ENCUESTA	Haber hecho formación en VG	Preguntar sobre VG en consultas	Uso de protocolos
2017 N: 263	Si: 50,8% No: 49,2%	Habitualmente: 38%	Si: 21,8%

2025 N: 296	Si: 74,7% No: 24,3%	Habitualmente: 49%	Sí: 41.9%
----------------	------------------------	-----------------------	-----------

Comparando las dos encuestas observamos que en 2025 ha aumentado significativamente la proporción de profesionales de salud mental que preguntan habitualmente sobre VG en consultas. También aumenta la proporción que han hecho formación específica y utilizan protocolos.

### **Limitaciones**

El muestreo no probabilístico y la naturaleza transversal limitan la generalización y la causalidad. Además, la autodeclaración puede sesgar las respuestas. No se pudo realizar un análisis multivariado mediante regresión logística debido a la considerable pérdida de casos en diversas variables, lo que redujo la muestra disponible para análisis robustos. Esta limitación restringe la capacidad de obtener conclusiones sólidas a partir de modelos multivariados en este estudio.

### **Discusión**

Los resultados de las encuestas realizadas muestran un progreso significativo en sensibilización y abordaje de la VG en salud mental. Así, la proporción de profesionales que exploran de forma habitual la existencia de violencia casi se ha duplicado desde 2017. La asociación entre formación, conocimiento de recursos y protocolos y mayor detección, refuerza la utilidad de la formación específica y la necesidad de consolidar circuitos institucionales. No obstante, debido a la complejidad que supone el abordaje de estos tipos de violencia, la exploración y detección no deja de ser solo el primer paso.

Comparando con otros estudios observamos datos muy heterogéneos que reflejan las diferencias en la formación y en la práctica habitual. Por ejemplo, una investigación realizada en una muestra de 265 profesionales de Atención Primaria mostró que un 67,2% exploraba habitualmente la violencia en la pareja, este comportamiento se asociaba a tener 21 o más horas de formación (6). Los datos contrastan con otro estudio realizado en 2021 en una muestra de 124 profesionales sanitarios, en este caso solo habían realizado formación en VG un 12%; aunque un 56% había identificado algún caso en su práctica, referían que la exploración rutinaria fue

excepcional. (7). Un punto intermedio se aporta en otro estudio realizado en 159 tutores/as y MIR de Medicina de Familia donde el 60% habían recibido formación en VG pero solo el 18% exploraba de forma sistemática en consulta la VG. Estas diferencias son coherentes con lo señalado por un informe reciente del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido que denuncia la inconsistencia de la formación en VG y su impacto directo en la salud mental. Así, ese informe advierte que hasta un 26% de las mujeres atendidas en servicios de salud mental que se habían suicidado presentaban antecedentes de violencia de pareja (9).

En relación a nuestro contexto, un informe reciente sobre la atención a mujeres con trastorno mental grave y VG recogía valoraciones de profesionales de la red de referentes y mujeres atendidas en Centros de Salud Mental. Destacamos algunas opiniones y reflexiones de este informe: (4)

- Los últimos años muestran avances en formación y abordaje de la VG en las mujeres atendidas en el sistema de salud mental, pero estos progresos se perciben como parcelados y no generalizados en gran parte de profesionales.

- La falta de transversalidad implica que los avances en la atención se estén produciendo de manera fragmentada y sin los necesarios mecanismos de coordinación y diálogo entre los diferentes recursos.

- Algunos recursos contra la VG excluyen a mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave, especialmente en dispositivos de acogida. (3)(4)

- Entre las fortalezas señaladas por la red de referentes se resaltan la visibilización del tema en los recursos de Salud Mental, el sentido de pertenencia y aumento en la comunicación entre las personas que forman parte de la red y la calidad de la formación recibida. Entre las debilidades se muestra la presión asistencial que dificulta la tarea y las dificultades para motivar a profesionales que no realizan ninguna formación al respecto. También se señala como reto la necesidad de crear redes de coordinación con otros recursos y grupos de trabajo.

En este tema y de cara a pensar en la manera en la podemos abordar desde nuestro campo la formación, detección e intervención en VG, nos parece imprescindible introducir el aumento de los discursos negacionistas de la violencia de género y la crítica a las narrativas feministas. Por ejemplo, el Barómetro Juventud y Género del Centro Reina Sofía (2023) que incluye a 1.500 jóvenes, señala que un 23,1%

de jóvenes varones creen que la violencia de género “no existe o es un invento ideológico”. En este trabajo también se señala que un 44% de jóvenes creen que los hombres están desprotegidos ante denuncias falsas y un 37% que se ha perdido la presunción de inocencia para los hombres. Es reseñable que por primera vez en las diversas encuestas realizadas por esta entidad, el porcentaje de mujeres que se consideran feministas se ha reducido, pasando del 67,1% en 2021 al 57,4% en 2023. En el citado informe se señala la influencia de un nuevo ecosistema comunicativo digital.

El análisis de estas tendencias es tremendamente complejo y excede con creces al objetivo de este artículo. Remitimos a personas interesadas a revisar la obra de Almudena Hernando (11). En su último libro, ella señala el cambio de ontología que se produce con la aparición de internet e insiste en la importancia de que las jóvenes generaciones no pierdan la capacidad de construir identidad relacional y que dejen de asociarla a la feminidad. La historiadora considera necesario *“mantener el valor analítico y crítico del concepto de género porque si queda reducida a una categoría meramente descriptiva definida desde la percepción subjetiva se disolverá y neutralizará la capacidad de analizar críticamente para poder resistir y transformar la desigualdad e injusticia social inherente al orden patriarcal”* (11, p. 170-171) Desde otra línea, Beatriz Gimeno (12) señala que la toma de conciencia feminista en las mujeres ha producido con frecuencia un sentimiento de agravio y de relegación de los hombres a un lugar más conflictivo y cuestionado. *“El itinerario que lleva a los hombres a asumir las emociones marcadas por el género, a desarmar la masculinidad, puede implicar beneficios a largo plazo pero en un nivel inmediato supone una pérdida de privilegios, la desarticulación de una identidad férreamente armada que les produce un sentimiento de vulnerabilidad...”* (12, p. 174). La autora añade que además del avance feminista, las transformaciones sociales y económicas han contribuido a despojar a los hombres de algunos de los rasgos que ellos consideraban esenciales y ha hecho que las subjetividades masculinas estén en crisis.

Algunos de estos cambios se evidencian en la creciente polarización en el debate político y público de cuestiones relacionadas con el feminismo. Observamos la ruptura del consenso social en torno a muchos de estos temas que incluyen la negación de desigualdades de género, y esto se traduce en profesionales y en personas que consultan. ¿Es posible construir puentes en esas narrativas?

### **Algunas sugerencias y propuestas:**

#### 1- ¿Formación obligatoria?

Consideramos necesario mejorar la identificación del perfil de profesionales sin formación y explorar formas de aumentar su motivación. Los datos muestran que hay una gran brecha entre personas altamente sensibilizadas y comprometidas por un lado y profesionales sin ninguna formación en VG. Nos surge entonces la siguiente pregunta: ¿Sería útil una formación obligatoria? Un informe de 2025 del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido (9) recomienda financiar formación obligatoria y estandarizada para el personal sanitario e incluir asesores específicos en VG en Salud Mental. Creemos que esta obligatoriedad garantizaría mínimos comunes, pero también podría aumentar las resistencias y el desinterés en algunas personas críticas y/o negacionistas de la VG, especialmente en estos momentos en los que están avanzando los discursos negacionistas. En este sentido pensamos en la necesidad de que la formación se acompañe siempre de metodologías participativas y espacios que posibiliten la reflexión crítica.

#### 2- Coordinación y trabajo en red.

Para superar la situación de fragmentación actual, las y los profesionales que participaron en el informe ya mencionado (9) señalaron como prioritario institucionalizar circuitos de coordinación entre recursos de salud mental, de la red de atención a víctimas de violencia de género y otros dispositivos sociales, evitando que esta coordinación dependa exclusivamente del esfuerzo y la implicación voluntarista de algunas personas.

#### 3-La necesidad de un marco feminista de intervención

Consideramos que cualquier intervención sanitaria debe incluir un enfoque feminista interseccional. En Salud Mental implica el cuestionamiento del marco conceptual en el que se sustenta nuestro trabajo (diagnósticos, hipótesis, tipos de intervención propuestas, recursos utilizados, etc) En el caso de mujeres víctimas de VG obviar esta perspectiva supone un riesgo importante de victimización.

#### 4 -Espacios de encuentro y supervisión.

El trabajo con mujeres víctimas de VG genera un impacto significativo en los y las profesionales. Por ello, es fundamental generar espacios de encuentro interprofesionales donde compartir dificultades, dudas y emociones derivadas del trabajo con este tipo de violencia. Consideramos igualmente necesarios los espacios de supervisión externa, tanto individual como grupal, que proporcionen referencias, ayuden a la identificación de las propias revictimizaciones y refuercen la confianza necesaria frente al trabajo con acontecimientos traumáticos. Concretamente este aspecto de supervisión a día de hoy representa una dificultad añadida pues los programas de formación reglada para los profesionales sanitarios no contemplan el concepto de supervisión como una actividad formativa.

Para finalizar volvemos a resaltar el alto riesgo de que algunos retrocesos sociales actuales asociados a discursos antifeministas y negacionistas de la violencia de género puedan trasladarse a contextos profesionales, provocando actitudes de negación, minimización o victimización secundaria en las mujeres que atendemos y debilitando los avances logrados. Por ello, consideramos que es imprescindible que cualquier formación en VG se acompañe siempre de espacios de reflexión crítica que integren la dimensión social, estructural e ideológica de la violencia y afiancen el compromiso con la igualdad

**Agradecimientos:** Agradecemos a todas las personas que han participado en la realización de la encuesta y a las referentes de VG de Salud Mental por el compromiso mostrado durante estos años.

## REFERENCIAS

(1) Polo Usaola C. Visibilización de la violencia de género en las consultas sanitarias: un proyecto de atención primaria y salud mental. Convocatoria 2015 Buenas Prácticas Sistema sanitario de salud. Madrid, 2015. Disponible en:

[https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/violenciaDeGenero/comisionConsejoInterterritorial/buenasPracticas/docs/BBPP\\_VG\\_Madrid\\_3.pdf](https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/violenciaDeGenero/comisionConsejoInterterritorial/buenasPracticas/docs/BBPP_VG_Madrid_3.pdf)

(2) -González Cases J. Violencia en la Pareja hacia Mujeres con Trastorno Mental Grave, Tesis Doctoral: Universidad de Alcalá, 2010

(3)-González Cases, J., Polo Usaola, C., González Aguado, F., López Gironés, M., Rullas Trincado, M., & Fernández Liria, A. Prevalence and characteristics of

intimate partner violence against women with severe mental illness: A prevalence study in Spain. *Community Mental Health Journal*, 2014; 50(7), 841-847.

(4)-FEDEAFES. Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Informe de Resultados de la Investigación 2015 y 2016, Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, 2027

(5)-La atención a violencias de género en mujeres con trastorno mental grave en la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Unidad Técnica de Promoción de la Salud. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, 2023 Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/SaludPublica/PPES/ViolenciaGenero/Informe%20att%20VG%20mujeres%20con%20trastorno%20mental%20grave.pdf>

(6)-Rodríguez-Blanesa M. G., Vives Cases C. y col. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria* 2017;31(5):410-415

(7) Diéguez Méndez R., Rodríguez Calvo M.S. Percepciones del personal sanitario sobre la violencia de género. *Educación Médica* 2021; 22: 414-419

(8) -Portela Romero M., Cinza-Sanjurjo P y col. Conocimiento y experiencia en violencia de género de las tutoras/es médicas/os y residentes de medicina de familia de Galicia. *Semergen* 2020; 46 (8): 538-544

(9)-The Guardian (2025, 22 de junio) Domestic abuse is a public health emergency, experts say after a critical NHS report. Disponible en <https://www.theguardian.com/society/2025/jun/22/domestic-abuse-public-health-emergency-experts-critical-nhs-report>

(10) Sanmartín, A., Gómez, A., Kuric, S. y Rodríguez, E. Barómetro Juventud y Género 2023. Madrid: Centro Reina Sofía de Fad Juventud. DOI: 10.5281/zenodo.

(11) Hernando A. La corriente de la historia (y la contradicción de lo que somos) Madrid: Traficantes de Sueños, 2022

(12) Gimeno B. Alegato contra la prostitución. Razón y emoción. Madrid: Catarata, 2025

## ANEXO 1 CARTA ENVIADA A PROFESIONALES

*Estimado/a profesional de salud mental,*

*Con el objetivo de mejorar la formación en relación a la violencia de género, estamos realizando una pequeña encuesta anónima. Agradecemos tu colaboración respondiendo a las siguientes cuestiones:*

**1 Edad**

**2. Sexo:**

**3 Profesión:** *Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Psiquiatría, Terapia Ocupacional, MIR, PIR, EIR*

**3.Lugar de trabajo:** *Centro de salud mental, Hospital, Hospital de Día, Otros*

**4. ¿Has realizado alguna formación relacionada con la violencia de género a lo largo de tu vida profesional?**

*No, ninguna*

*Si, un curso*

*Si, más de un curso*

**5 En caso de haber respondido sí, ¿podrías señalar cuántos en los tres últimos años?**

**6. Si trabajas en un CSM ¿conoces la existencia de la persona referente de violencia de género en tu servicio?**

**7.En general, ¿preguntas a las mujeres y adolescentes que acuden a tu consulta si sufren o han sufrido algún tipo de violencia de género?**

*Sí, habitualmente*

*Solo en casos excepcionales*

*Nunca o casi nunca*

*No contesta*

**8. ¿Conoces los recursos específicos de violencia de género?**

**9 ¿Has contactado en alguna ocasión con los recursos específicos de violencia de género?**

**10 En caso de haber contestado sí, ¿puedes especificar qué recurso fue?**

**11 ¿Conoces y/o has usado en alguna ocasión protocolos específicos de actuación en VG?**

*-No conozco ni he usado protocolos*

*-Conozco los protocolos, pero no los he usado*

*-Sí, los conozco y los he usado*

*12 Realiza sugerencias sobre cursos de formación que te gustaría plantear para años siguientes*

ANEXO 2 : CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS

Variable	Categoría	N	% sobre total	Edad Media (años)
Sexo	Mujer	236	79.7%	42.7
	Hombre	59	19.9%	41.4
	Otra	1	0.3%	39
Categoría profesional	Psicólogo clínico	77	26.1%	43.3
	Psiquiatra	111	37.6%	44.3
	Enfermería	45	15.3%	38.3
	Trabajo social	30	10.2%	50.4
	Terapeuta ocupacional	5	1.7%	43.8
	PIR	12	4.1%	28.3
	MIR	10	3.4%	31.6
	EIR	3	1.0%	26.5
	Otros	2	0.7%	46.5
	Lugar de trabajo	Centro de salud mental (CSM)	217	74.3%
Hospital de día		17	5.8%	41.8
Hospital		50	17.1%	43.6
Otros		8	2.7%	27.6
Formación en VG	Sí	220	75.8%	43.7

	No	70	24.2%	39.3
Nº cursos en 3 años	0 cursos	43	14,48%	44,4
	Entre 1 y 3	139	46,80%	42,1
	4 cursos o más	30	10,10%	46,7
	NS/NC	85	28,62%	40,5
Conocimiento referente de VG persona	Sí	197	80,7%	43,3
	No	47	19,3%	39,6
Conocimiento específicos VG recursos	Sí	229	81,2%	43,3
	No	53	18,8%	38,5
Contacto con recursos específicos VG	Sí	161	55,9%	44,1
	No	127	44,1%	40,4
Conocimiento protocolos actuación VG	Sí	122	44,7%	45,7
	No	151	55,3%	40,0
Uso protocolos actuación VG	Sí	35	12,6%	42,7
	No	243	87,4%	42,5

Edad media total: 42.46 años (DT=10.89). No hubo diferencias significativas de edad entre sexos ( $p>0.44$ ).<sup>III</sup>

### ANEXO 3: TABLAS DE CONTINGENCIA Y PRUEBA CHI-CUADRADO

Variable	Categoría	Nunca + casi nunca n (%)	Sí, habitualmente n (%)	$\chi^2$ (gl)	p-valor
----------	-----------	--------------------------------	-------------------------------	------------------	---------

Sexo	Mujer	116 (50.0%)	116 (50.0%)	0.8 (2)	0.386
	Hombre	23 (43.4%)	30 (56.6%)		
Categoría profesional	Psic. clínico	24 (31.6%)	52 (68.4%)	<b>28.3</b> <b>(8)</b>	<b>&lt;0.005</b>
	Psiquiatra	46 (42.2%)	63 (57.8%)		
	Enfermería	27 (65.9%)	14 (34.1%)		
	Trabajo social	19 (65.5%)	10 (34.5%)		
	Otros	23 (76.7%)	7 (23.3%)		
Lugar de trabajo	CSM	99 (46.0%)	116 (54.0%)	6.97 (6)	0.073
	Otro	39 (56.5%)	30 (43.5%)		
Formación en VG	Sí	95 (44.0%)	121 (56.0%)	<b>7.16</b> <b>(2)</b>	<b>0.007</b>
	No	42 (62.7%)	25 (37.3%)		
Conocimiento persona referente de VG	Sí	84 (42.9%)	112 (57.1%)	<b>11.7</b> <b>(2)</b>	<b>0.001</b>
	No	32 (71.1%)	13 (28.9%)		

Conocimiento recursos específicos VG	Sí	98 (43.6%)	127 (56.4%)	<b>11.15</b> <b>(2)</b>	<b>0.001</b>
	No	36 (69.2%)	16 (30.8%)		
Contacto con recursos específicos VG	Sí	70 (44.3%)	88 (55.7%)	3.09 (2)	0.079
	No	68 (54.8%)	56 (45.2%)		
Conocimiento protocolos actuación VG	Sí	46 (38.7%)	73 (61.3%)	<b>8.32</b> <b>(2)</b>	<b>0.004</b>
	No	84 (56.4%)	65 (43.6%)		
Uso protocolos actuación VG	Sí	13 (37.1%)	22 (62.9%)	2.81 (2)	0.094
	No	125 (52.3%)	114 (47.7%)		

Notas: En negrita  $\chi^2$  y p significativos ( $p < 0.05$ ).[1]