



Online Professional Education for
Physiotherapists on Domestic Violence

OPEP-DV

INFORME SOBRE FISIOTERAPIA Y VIOLENCIA DOMÉSTICA: Resultados de la encuesta

Cofinanciado por el
programa Erasmus+
de la Unión Europea



Formación profesional en línea para fisioterapeutas y otros profesionales sanitarios sobre la violencia doméstica - OPEP-DV

2021-1-EE01-KA220-VET-000029791

KA 220-VET - Asociaciones de cooperación en materia de educación y formación profesionales

PR1: Informe sobre fisioterapia y violencia doméstica

Autores:

Mariia Chebotareva
Christina Kaili
Hanna Laius
Mónica Moreno
Héctor Carlos Pagán
Mari Puniste
Jelena Sokk
Anna-Liisa Tamm
Elis Vollmer

Universidad de Tartu

2023



Esta publicación fue elaborada en el marco del proyecto Educación Profesional en Línea para Fisioterapeutas y otros profesionales de la salud sobre Violencia Doméstica (OPEP-DV)

NÚMERO DE ACUERDO 2021-KA220-VET-07

NÚMERO DE PROYECTO 2021-1-EE01-KA220-VET-000029791



El apoyo de la Comisión Europea para la producción de esta publicación no constituye un respaldo de los contenidos que reflejan únicamente las opiniones de los autores, y la Comisión no se hace responsable del uso que pueda hacerse de la información contenida en ella.

Contenido

Introducción	4
1. 1. Resultados de la encuesta	7
1.1 Método y descripción de los datos	7
1.2. Expresión de opiniones y actitudes.....	12
1.3. Experiencia práctica en la identificación de la VD.....	17
1.4. Educación y formación sobre la VD.....	19
Resumen.....	23
Referencias.....	24
Anexo 1. Resumen de la revisión bibliográfica sobre violencia doméstica y fisioterapia	28
Anexo 2. Preguntas de la encuesta sobre fisioterapia y violencia doméstica	29

Introducción

La violencia doméstica (VD) es una forma de violencia contra las mujeres, ya que afecta de manera desproporcionada a mujeres y niñas, y es una de las violaciones de los derechos humanos más sistemáticas y comunes en todo el mundo. Los países europeos no son una excepción. Una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física o sexual, en su mayoría perpetrada por su pareja (FRA, 2014). Se produce en la unidad familiar o doméstica, independientemente de los vínculos familiares biológicos o jurídicos, ya sea entre parejas íntimas u otros miembros de la familia, incluidos padres e hijos. Las mujeres se ven desproporcionadamente afectadas por ambas formas de violencia debido a los patrones subyacentes de coerción, poder y/o control (Stark y Hester, 2019). Cada día en todo el mundo, 137 mujeres y niñas son asesinadas debido a su género por un miembro de la familia o por una pareja íntima actual o anterior (UNODC, 2019). Sin embargo, cualquier persona puede ser víctima potencial de este tipo de violencia, independientemente de su sexo o género. En el caso de la VD, en particular, puede afectar a cualquier persona, incluidos hombres, personas jóvenes o mayores, niños y personas LGBTIQ.¹

Durante la pandemia de COVID-19 se registró un aumento significativo de la violencia física y emocional contra las mujeres. Los informes indican que las llamadas a los teléfonos de ayuda contra la violencia de género se han quintuplicado en algunos países. La UE y sus Estados miembros trabajan en distintos frentes para acabar con la violencia de género, proteger a las víctimas de este atroz delito y castigar a los agresores. Los investigadores sobre el terreno informan de la falta de pruebas para evaluar la violencia contra las mujeres, lo que también es evidente en el Índice de Igualdad de Género de la UE para el indicador "Violencia contra las mujeres", por el que no se da ninguna puntuación a la UE en el ámbito de la violencia, debido a la falta de datos comparables a escala de la UE (Walby, 2016).

Dada la alta prevalencia de la violencia en la pareja (VPI) y la VD en la población, el personal sanitario debe saber cómo identificar y responder correctamente a los casos de VD.

Los términos VPI y VD no se definen de manera uniforme en la literatura. McCloskey et al. (2007), refiriéndose a la Asociación Médica Americana, definen la VPI como "maltrato y lesiones repetidas, abuso psicológico, agresión sexual, aislamiento social progresivo, privación e intimidación". La VPI puede incluir cualquier abuso físico, psicológico o sexual por parte de la pareja (Walton et al. 2015). Carlson y Worden (2005) sostienen que la VD incluye "una gama más amplia de comportamientos abusivos" que solo la agresión física. La investigación primordial de Stark (2019) sobre el "control coercitivo" destaca el patrón de comportamientos de los agresores que incluye actos de agresión, amenazas, humillación,

¹ Lesbianas, gays, bisexuales, trans, no binarias, intersexuales, queer.

intimidación u otros abusos utilizados para dañar, castigar o atemorizar a su víctima. Pasar de una comprensión situacional de la VD a patrones de comportamientos abusivos arraigados en dinámicas de poder de género en las relaciones. El control coercitivo crea cadenas invisibles y una sensación de miedo que impregna todos los elementos de la vida de la víctima. El objetivo de los agresores es ganar control y poder erosionando la autonomía y la autoestima de la persona, reconociendo el impacto desproporcionado sobre las mujeres y los niños. Por lo tanto, tanto la VPI como la VD incluyen componentes no sólo físicos, sino también emocionales y psicológicos (incluido el control coercitivo), que no son fáciles de identificar por el personal médico, ya que requieren formación en psicología, políticas públicas y ética (Hegarty & Roberts, 1998; McGrath et al., 2022).

La violencia contra las mujeres y la violencia doméstica son cuestiones de derecho penal, violaciones de los derechos humanos y formas de discriminación. Combatirlas forma parte de la actuación de la Comisión Europea para proteger los valores esenciales de la UE y garantizar el respeto de la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE.²

Y lo que es aún más importante, el Convenio de Estambul es el primer convenio jurídicamente vinculante sobre la violencia contra las mujeres en Europa. En concreto, el artículo 3 del Convenio define:

- "violencia contra la mujer" como violación de los derechos humanos y forma de discriminación contra la mujer, y se entenderá todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico 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 en la privada.
- "violencia doméstica": todo acto de violencia física, sexual, psicológica o económica que se produzca en el seno de la familia o unidad doméstica o entre antiguos o actuales cónyuges o parejas, independientemente de que el autor comparta o haya compartido la misma residencia con la víctima; y
- "violencia de género contra las mujeres": la violencia dirigida contra una mujer por el hecho de ser mujer o que afecta a las mujeres de manera desproporcionada.

El Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE) define la VPI como la "violencia física, sexual, psicológica o económica entre cónyuges actuales o anteriores, así como entre parejas actuales o anteriores. Constituye una forma de violencia que afecta de manera

² La violencia contra las mujeres y la violencia doméstica pueden afectar a numerosos de los derechos fundamentales consagrados en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Estos derechos incluyen el derecho a la dignidad humana (artículo 1), el derecho a la vida (artículo 2), la prohibición de la tortura y los tratos inhumanos o degradantes (artículo 4), el derecho a no ser discriminado, incluso por motivos de sexo (artículo 21) y el derecho a acceder a la justicia (artículo 47).

desproporcionada a las mujeres y que, por lo tanto, está claramente marcada por el género".³ La VPI se entiende como "un patrón de comportamientos agresivos y coercitivos, que incluyen actos físicos, sexuales y psicológicos, así como coerción económica, que los adultos o adolescentes pueden utilizar contra sus parejas íntimas sin su consentimiento. Los sentimientos resultantes de vergüenza, miedo e impotencia conducen a bajos niveles de denuncia y, en consecuencia, a relativamente pocas condenas "(EIGE, 2017). Las definiciones se proporcionan a efectos del proyecto OPEP-DV, que consiste en establecer una educación y formación especializadas para fisioterapeutas y profesionales sanitarios y, en consecuencia, contribuir a una política y una práctica integradas en consonancia con las normas jurídicas y políticas de la UE.

Aunque ambos géneros pueden sufrir VD, las mujeres siguen corriendo un riesgo mayor⁴ (Instituto Australiano de Salud y Bienestar, 2018). Basándose en datos de 2000 a 2018, las estimaciones han demostrado que el 26% de las mujeres mayores de quince años han sido previamente objeto de violencia física o sexual por parte de su pareja (Organización Mundial de la Salud, 2021). Identificar precozmente al sujeto de la VD física o emocional puede salvar muchas vidas. A pesar de ello, varios estudios indican que en la mayoría de los departamentos médicos no se pregunta a los pacientes sobre la VPI (Clark, McKenna y Jewell, 1996; Clark et al., 2016; Ballan et al., 2017). Por lo tanto, no se puede subestimar el papel vital de ciertos profesionales sanitarios que están en una buena posición para identificar signos de VD. Entre las especialidades sanitarias ventajosas se encuentran los médicos en obstetricia (Rhodes & Levinson, 2003), ginecología (Machtinger et al., 2015) y reumatología (Ruiz-Pérez et al., 2009); otros profesionales sanitarios (Haag et al. 2022) y especialmente los fisioterapeutas, ya que tienen contactos frecuentes y duraderos con sus pacientes que permiten establecer una relación de confianza (Hayden et al., 2014; Alshammari et al., 2018).

Al mismo tiempo, algunas barreras reducen la capacidad del personal sanitario para identificar y apoyar a las víctimas de la VPI. Entre ellas se pueden nombrar: la vacilación a la hora de hacer preguntas delicadas a los pacientes (Vasey, 1990), la falta de tiempo (Campbell et al., 2002; Ramsay et al., 2002), la falta de conocimientos sobre las derivaciones correctas (Walton et al., 2017), la falta de experiencia o educación sobre la detección (Walton et al., 2017), percepción de los propios pacientes de "violencia" y "abuso" (Walton et al., 2017; Sivagurunathan et al., 2019), funciones y responsabilidades no especificadas (Walton et al., 2017), miedo a poner en peligro a los pacientes (Sivagurunathan et al., 2019), sensación de incomodidad de los fisioterapeutas (Álvarez et al., 2016). Una de las principales barreras es la falta de conocimientos de los fisioterapeutas para identificar y responder correctamente a los

³ Cabe reconocer que el EIGE también proporciona una definición estadística de VPI para investigadores en el campo: https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1198?language_content_entity=en

⁴ 1 de cada 6 mujeres y 1 de cada 16 hombres han sufrido violencia física anteriormente por parte de su pareja actual o anterior en Australia (Instituto Australiano de Salud y Bienestar, 2018).

casos de VD (Chapin, Coleman y Varner, 2011; Madden et al., 2015; Álvarez et al., 2016; Pinto Dias et al., 2020). Tampoco se dispone de mecanismos sistemáticos de cribado. Solo en Walton et al. (2017) se ha sugerido una herramienta de cribado de VPI para fisioterapeutas con el fin de simplificar el cribado de la VD.

En cuanto a las obligaciones jurídicas y políticas, cabe destacar que la necesidad de formar a los profesionales se destaca en el Convenio de Estambul. Concretamente, en el artículo 15 - Formación de los profesionales, en virtud del cual todos los Estados Partes 1) proporcionarán o reforzarán la formación adecuada de los profesionales pertinentes que traten con las víctimas o los autores, sobre la prevención y detección de dicha violencia, la igualdad entre mujeres y hombres, las necesidades y derechos de las víctimas, así como sobre la forma de prevenir la victimización secundaria, y 2) fomentarán la formación sobre la cooperación coordinada entre organismos para permitir una tramitación completa y adecuada de las derivaciones en los casos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del Convenio.⁵ Por último, pero no por ello menos importante, sólo unos pocos estudios están dedicados a la educación y formación del personal sanitario para identificar signos de VD en los países europeos (por ejemplo, Warburton et al., 2006; Downie et al., 2019; Macpherson et al., 2022). Todas las investigaciones existentes se han realizado principalmente basándose en los casos y datos de los Estados Unidos (por ejemplo, Chapin et al., 2011), Canadá (por ejemplo, Sprague et al., 2013) o Australia (por ejemplo, Howard 2008). Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo llenar este vacío mediante el mapeo de los conocimientos, actitudes y experiencia de los fisioterapeutas en la identificación de signos (físicos y emocionales) de VD y la estimación de su disposición a hacer referencias correctas en Estonia, Grecia, España y Chipre.

Esto contribuirá a establecer un enfoque más global e integrado de la formación de los fisioterapeutas y, en consecuencia, a ofrecer una mejor calidad de los servicios a los pacientes (es decir, competentes en materia de género, centrados en las víctimas y supervivientes, e informados sobre los traumas).

1. 1. Resultados de la encuesta

1.1 Método y descripción de los datos

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Tartu (número de protocolo: 371/T-8, 21.11.2022). La encuesta se realizó utilizando la plataforma de

⁵ Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica: <https://rm.coe.int/168008482e>

cuestionarios LimeSurvey. Las respuestas se recogieron desde enero hasta abril de 2023 (excepto en Chipre, donde la encuesta estuvo abierta hasta el 14 de mayo de 2023, debido a la falta de respuestas en la primera ronda). Inicialmente se recogieron 215 respuestas. De ellas, 167 respuestas eran aplicables para su posterior análisis estadístico. Los socios del proyecto OPEP-DV distribuyeron el cuestionario de la encuesta a través de sus redes. Los socios del proyecto OPEP-DV se pusieron en contacto con los posibles encuestados varias veces en cada país hasta alcanzar el nivel de saturación.

Los resultados del cuestionario de la encuesta se descargaron de la plataforma LimeSurvey como archivo Excel, se codificaron y se analizaron mediante el programa R. No se calculó la tasa de respuesta, ya que la encuesta era completamente anónima (la función de recopilación de direcciones IP estaba desactivada). No obstante, el número de respuestas se comparó con el censo estadístico para contextualizar los resultados recibidos.

La Tabla 1 muestra cuántos fisioterapeutas de cada país respondieron a las preguntas de la encuesta. Debido a la limitada disponibilidad de datos, se utiliza el número de fisioterapeutas en ejercicio de Eurostat para 2019 y 2020. El 10,73% de todos los fisioterapeutas estonios respondieron a la encuesta, lo que muestra la mejor representación de todos los países en observación.

Tabla 1. Proporción de respuestas a la encuesta respecto al número total de fisioterapeutas participantes (elaboración propia a partir de Eurostat)*

	Número de fisioterapeutas en ejercicio ⁶	Número de respuestas a la encuesta	% de respuestas sobre el número total de fisioterapeutas de un país
Estonia	559	60	10.73%
Grecia	8869	40	0.45%
España	59791	50	0.08%
Chipre	1027	17	1.66%

*Nota: el número de fisioterapeutas de Grecia y Chipre es de 2019; los datos de Estonia y España son de 2020.

De las 167 respuestas, el 35,9% proceden de Estonia, el 29,9% de España, el 24% de Grecia y el 10,2% de los encuestados respondieron a la encuesta en griego e inglés en Chipre.

Como puede verse en la Figura 1, en los cuatro países predominan las mujeres entre los encuestados. En Grecia, el 60% de los encuestados eran mujeres fisioterapeutas que respondieron a las preguntas de la encuesta (véase el anexo 1). En Chipre, el 76,5% de los

⁶ Eurostat:

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_RS_PRS1_custom_3121608/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=b273df46-d28b-4cde-b48a-c09db18af6bf

encuestados eran mujeres. En Estonia, la muestra está más desequilibrada en cuanto al género: el 90% de los encuestados son mujeres. En España, el 72% de los encuestados son mujeres.

Según el Censo Anual de Fisioterapeutas del Mundo: Europe region (2020), el 63% de los fisioterapeutas del mundo y el 67% de los fisioterapeutas en ejercicio en Europa⁷ son mujeres, lo que coincide con los resultados de la encuesta. Tres países de la región europea -Estonia, Hungría y Eslovenia- muestran el mayor número de mujeres fisioterapeutas (Censo anual de fisioterapeutas del mundo: región de Europa, 2020). Por lo tanto, los resultados de género para Estonia, que muestra el mayor número de mujeres fisioterapeutas entre los cuatro países investigados, representan adecuadamente la situación real.



Figura 1. Distribución de fisioterapeutas hombres y mujeres entre países.

La edad media de los fisioterapeutas que participaron en la encuesta es de 34 años en Estonia, 37 en Grecia, 38 en Chipre y 43 en España (véase el cuadro 2). La experiencia profesional media varía en función de la edad media: 10 años de experiencia profesional media en Estonia, 11 años en Grecia, 17 años en Chipre y 19 años para los fisioterapeutas en España.

Los encuestados declararon trabajar principalmente en consultas privadas o centros médicos privados en Grecia, Chipre y España (29, 14 y 29 personas, respectivamente). Sin embargo, la situación es la contraria en Estonia, ya que 51 encuestados trabajan en clínicas u hospitales públicos, y sólo diez declararon estar empleados en centros médicos privados.

⁷ Para conocer la definición de la región de Europa, visite la página 11: <https://world.physio/sites/default/files/2021-02/AMC2020-Europe.pdf>

Cuadro 2 Descripción general de las respuestas por países

	Grecia	Chipre	Estonia	España
Número total de respuestas	40	17	60	50
Fisioterapeutas masculinos, nº de respuestas	16	4	6	14
Fisioterapeutas mujeres, nº de respuestas	24	13	54	36
Edad media de los participantes, años	37	38	34	43
Experiencia profesional media, años	11	17	10	19
Consultorio privado/centro médico privado, nº de respuestas	29	14	10	29
Clínica/hospital público, nº de respuestas	14	1	51	19
Otro tipo de organización, nº de respuestas	-	2	-	2
¿Ha sospechado alguna vez de maltrato doméstico en al menos uno de sus pacientes? %				
Sí	57.5	52.9	50.0	48.0
No	42.5	47.1	50.0	52.0
¿Ha derivado alguna vez a pacientes de los que sospechaba? %				
Sí	30.0	17.6	21.7	40.0
No	70.0	82.4	78.3	60.0
Proveedores de servicios para derivaciones anteriores, nº de respuestas:				
Policía	12	0	5	2
Servicios de apoyo a la mujer (WSS)/Centro de apoyo	5	0	5	7
Juzgado de guardia/ Violencia contra las mujeres o juzgado de guardia	3	0	0	0
Servicio de apoyo a las víctimas	3	2	6	6
Los participantes recibieron formación(es) profesional(es) sobre la identificación de la violencia doméstica, %.	5.0	23.5	10.0	12.0
Temas tratados en formaciones anteriores, nº de respuestas:				
Factores de riesgo	2	3	5	3
Remisiones	0	5	5	1
Legislación	1	2	3	5
Directrices	0	4	4	2
Se ha recibido formación profesional en, nº de respuestas:				
Universidad/Colegio (enseñanza superior)	2	5	4	3
Escuela de formación profesional/universidad (formación profesional)	0	1	0	0
Formación continua	2	2	4	3

En Grecia y Chipre, los fisioterapeutas trabajan en las siguientes especialidades:⁸

- Neurología
- Sistema musculoesquelético
- Enfermedades crónicas
- Enfermedades cardiorrespiratorias
- Enfermedades autoinmunes
- Niños

Las siguientes especializaciones son aplicables en Estonia y España:

- Neurología
- Sistema musculoesquelético
- Enfermedades internas
- Niños

En los cuatro países, el sistema musculoesquelético es el más frecuentemente marcado por los fisioterapeutas que respondieron a la encuesta, con un 67% en España, un 38% de los encuestados en Grecia, un 37% en Estonia y un 34% en Chipre. La segunda especialidad más solicitada por los fisioterapeutas es la neurología, con un 27% de respuestas en Estonia, un 24% en España, un 23% en Grecia y un 17% en Chipre (véase la Figura 2).

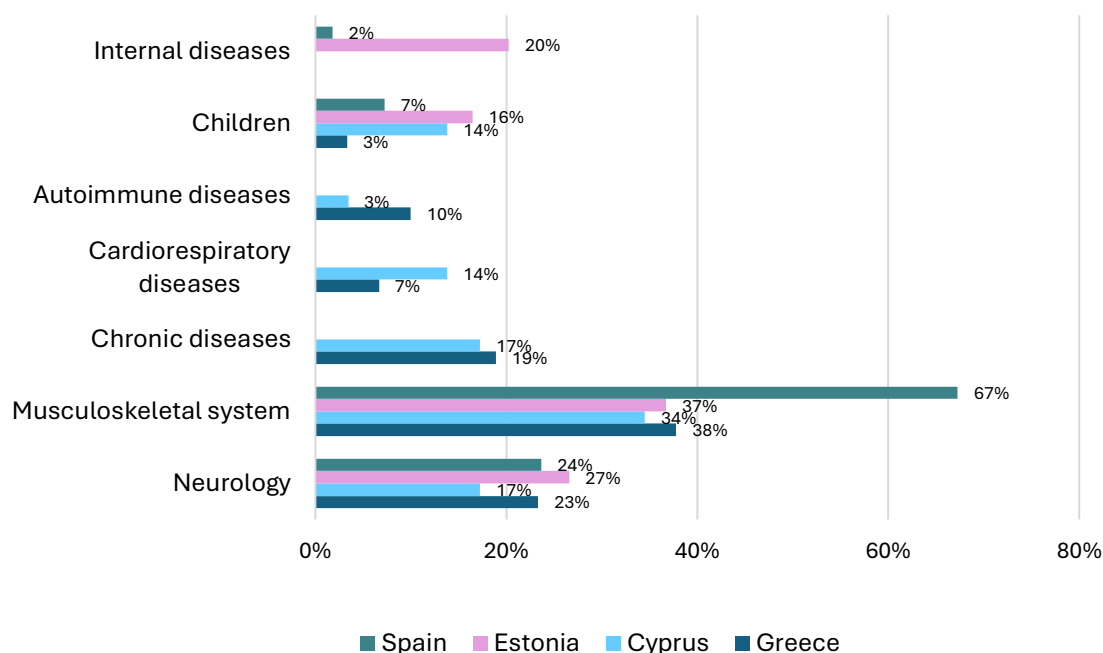


Figura 2. Especialidades en las que trabajan los fisioterapeutas

⁸ Esta clasificación se ha aplicado en consulta con los socios del proyecto OPEP-DV que trabajan en estrecha colaboración con fisioterapeutas en ejercicio en los países.

1.2. Expresión de opiniones y actitudes

Varias preguntas de la encuesta requerían que los participantes eligieran si estaban de acuerdo con las afirmaciones en una escala Likert de 1 a 6, donde 1 es "totalmente en desacuerdo" y 6 es "totalmente de acuerdo".

La figura 3 muestra la distribución de las respuestas a la pregunta de cómo estimarían los fisioterapeutas su papel en la identificación de la VD. En los cuatro países, los encuestados están mayoritariamente muy de acuerdo o más bien de acuerdo en que su papel es importante. En Grecia, el 15% están más bien de acuerdo, el 35% de acuerdo y el 50% de los fisioterapeutas que respondieron a la encuesta están totalmente de acuerdo en que su papel es importante.

En Chipre, las respuestas son más diversas. Algunos participantes (5,9% en cada categoría) están en desacuerdo, muy en desacuerdo o más bien en desacuerdo con la afirmación. El 17,6% está más bien de acuerdo, el 35,3% de acuerdo y el 29,4% muy de acuerdo. El 18,4% de los fisioterapeutas estonios están en desacuerdo y más bien en desacuerdo con que su papel en la identificación de los signos de DV sea importante, el 31,7% más bien de acuerdo, el 33,3% de acuerdo y sólo el 16,7% muy de acuerdo.

Más de la mitad (54%) de los fisioterapeutas españoles está muy de acuerdo en que su papel es crucial, el 38% está de acuerdo, el 6% más bien de acuerdo y el 2% muy en desacuerdo. En total, los encuestados que tienden a estar de acuerdo con la afirmación suman un 98%. Para comparar con los hallazgos de estudios anteriores, el 74% del personal ortopédico encuestado en el Reino Unido consideró que era importante/muy importante preguntar sobre la VPI (Downie et al., 2019), que es más bajo que en el presente estudio.

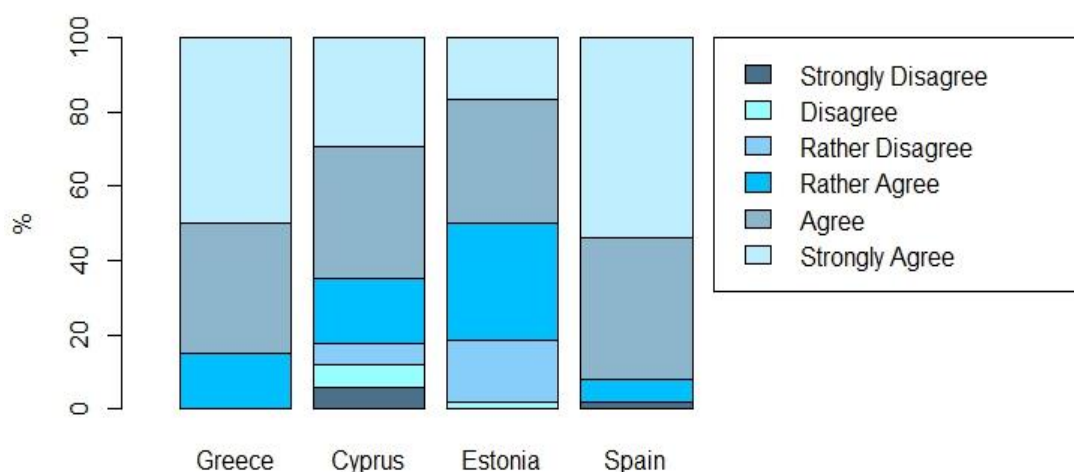


Figura 3. El papel de los fisioterapeutas en la identificación de la VD

En general, los encuestados han confirmado la idea de que la educación sobre cómo identificar la VD debería integrarse en los programas de formación de los fisioterapeutas. Todos los participantes de Grecia, el 82,4% de Chipre, el 84,9% de Estonia y el 96% de España están más bien de acuerdo, de acuerdo y muy de acuerdo con esta última afirmación (véase la Figura 4).

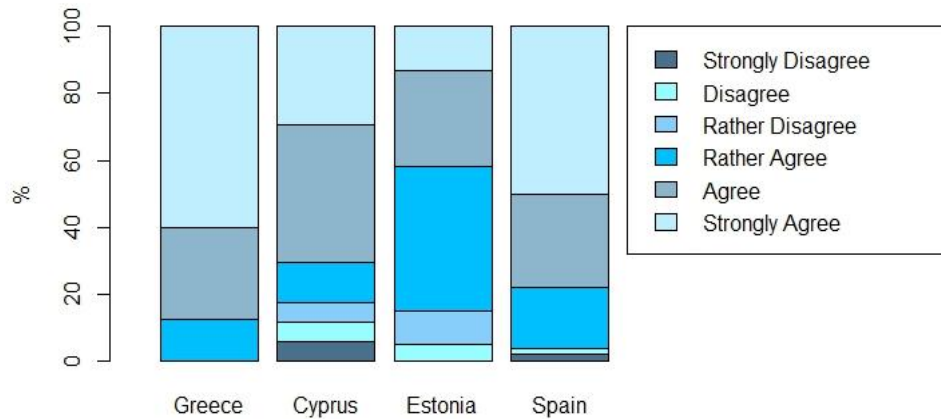


Figura 4. La educación sobre cómo identificar la violencia doméstica debería integrarse en los programas de formación de fisioterapeutas

El 22,5% de los fisioterapeutas de Grecia están totalmente de acuerdo en que pueden reconocer los signos de DV física, el 32,5% están de acuerdo, el 30% más bien de acuerdo, el 12,5% más bien en desacuerdo y el 2,5% en desacuerdo (véase la Figura 5). En Chipre, la proporción de fisioterapeutas que están de acuerdo con la afirmación (sólo el 5,9% está más bien en desacuerdo) es mayor que en Grecia, lo que también se corresponde con una mayor experiencia media en Chipre en comparación con Grecia. Estonia muestra el número más significativo de fisioterapeutas que están más bien en desacuerdo (23,3%) o en desacuerdo (6,7%) con que pueden reconocer los signos de la DV física. La muestra estonia es la más joven en términos de edad media, y también la menos experimentada. Hay un 10% de fisioterapeutas encuestados en España que, en cierta medida, están en desacuerdo, y un 90% de los que, en cierta medida, están de acuerdo en que pueden reconocer signos de VD física.

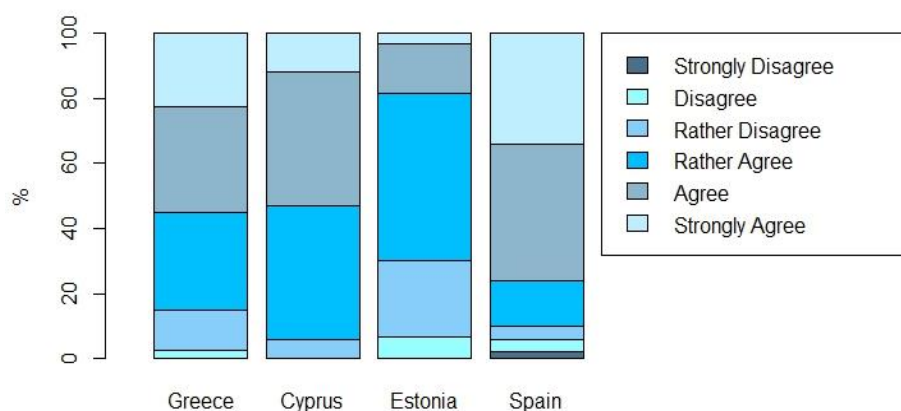


Figura 5. Reconocimiento de signos de VD física

Al responder a la pregunta relativa a la identificación de signos de VD emocional (véase la Figura 6), los fisioterapeutas de todos los países investigados se muestran en general menos seguros (la proporción de los que no están de acuerdo es más significativa en comparación con la pregunta sobre los signos físicos). Este cambio es más notable sobre todo en Estonia. La proporción de fisioterapeutas estonios que están muy en desacuerdo, en desacuerdo o más bien en desacuerdo es del 58,3% frente al 41,7% que está de acuerdo en cierta medida. Este resultado podría indicar que existen lagunas en la educación/formación de los fisioterapeutas para identificar signos de VD emocional (psicológica) en Estonia.

Además, estudios anteriores confirman estas conclusiones. Por ejemplo, Macpherson et al. (2022) revelaron que el plan de estudios de fisioterapia presenta deficiencias en cuanto a competencias éticas y conocimientos de psicología. En su lugar, los estudiantes de fisioterapia recurrirían a la consulta con psicólogos en lugar de acercarse a las víctimas de VD en una conversación personal como paso inicial. Además, McGrath et al. (2022) sugieren que los temas de salud mental deben introducirse como parte de la formación en fisioterapia.

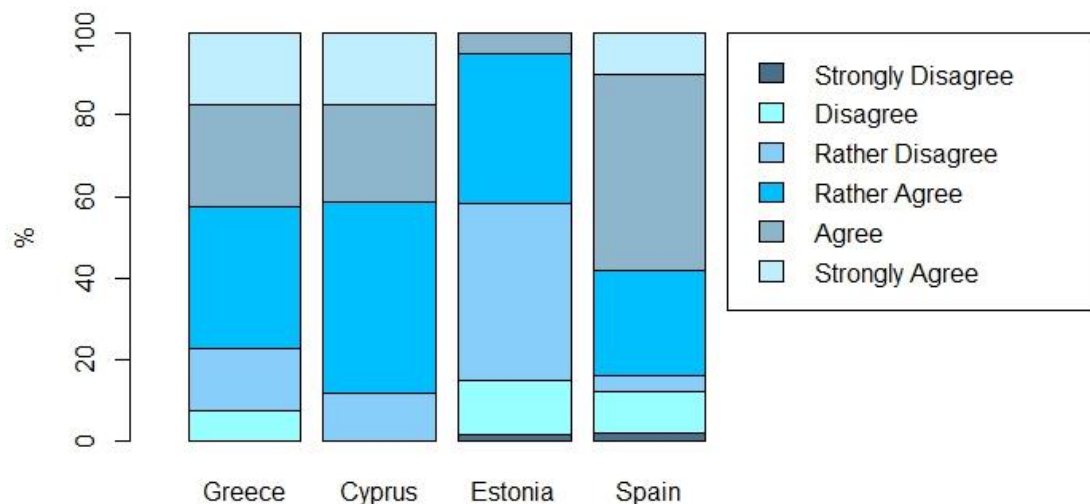


Figura 6. Reconocimiento de signos de VD emocional

En la Figura 7, el 31,7% de los fisioterapeutas estonios no están de acuerdo en que conocen las formas de preguntar a las víctimas de VD, lo que minimizará su negación a responder. Es la proporción más alta de encuestados en comparación con Grecia, con el 12,5% de los fisioterapeutas que están en desacuerdo o más bien en desacuerdo, Chipre con el 5,9% que están muy en desacuerdo, y el 24% en España que no pueden evaluar positivamente su capacidad para comunicarse con las víctimas de VD de la manera que minimizará su negación a responder.

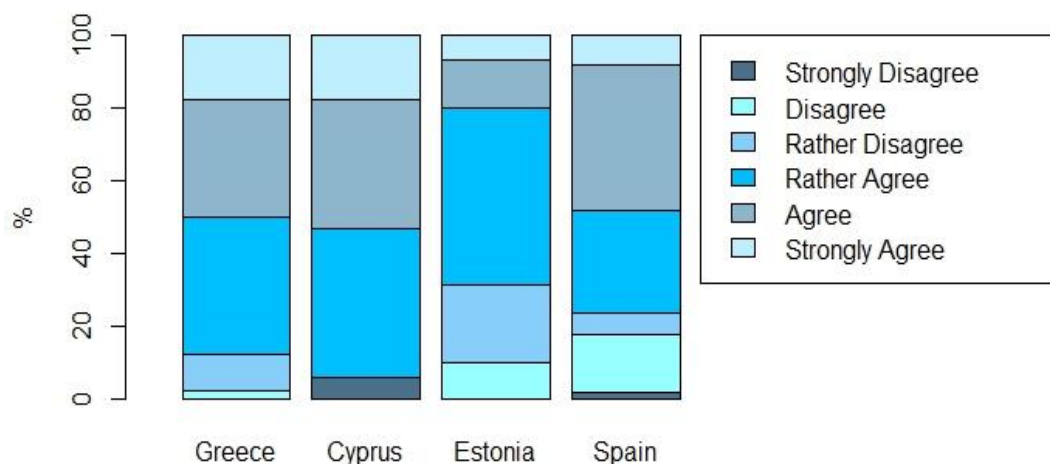


Figura 7. Conocimiento de los fisioterapeutas sobre las formas de preguntar a las víctimas de VD para minimizar su negativa a responder

El 2,5% de todos los encuestados en Grecia no están de acuerdo en que conozcan las estrategias que pueden utilizarse para animar a las víctimas de la VD a buscar ayuda (véase la figura 8). El otro 7,5% está más bien en desacuerdo, el 45% más bien de acuerdo, el 25% de acuerdo y el 20% muy de acuerdo. Así pues, la mayoría (90%) de los encuestados de Grecia tienden a estar de acuerdo en general con que conocen estrategias para animar a las víctimas de VD a buscar ayuda. En Chipre, el 5,9% de los encuestados no está seguro de conocer estrategias para animar a las víctimas de VD a buscar ayuda. En España, el 12% de los encuestados está en desacuerdo, y el 88% está de acuerdo en que posee estrategias para animar a las víctimas de VD a buscar ayuda. En Estonia, el 1,6% está muy en desacuerdo, el 6,7% en desacuerdo y el 8,3% más bien en desacuerdo con la afirmación de la Figura 8. Se trata, de nuevo, de la mayor proporción (16,7%) de encuestados en desacuerdo. Se trata de nuevo de la mayor proporción (16,6%) de los que están en desacuerdo general con la afirmación entre todos los países.

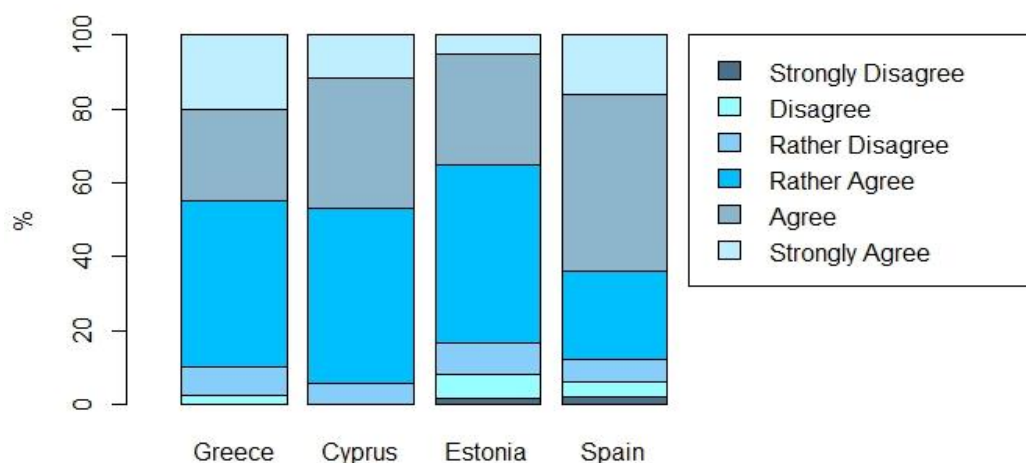


Figura 8. Conocimiento de los fisioterapeutas sobre las estrategias para animar a las víctimas de VD a buscar ayuda

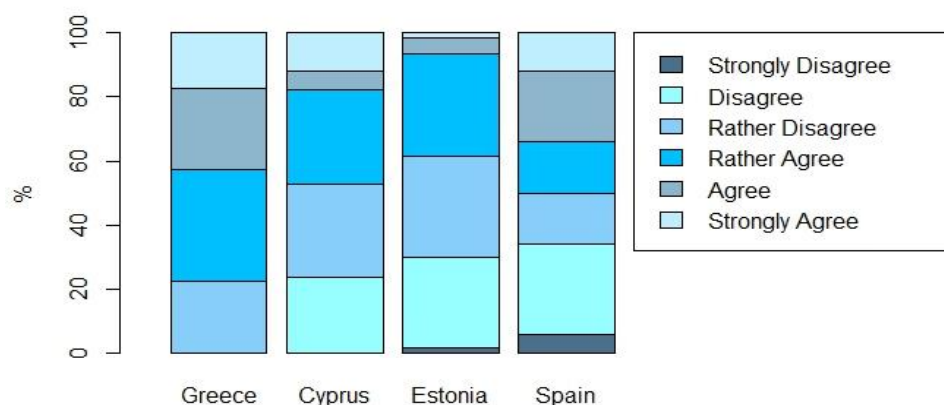


Figura 9. Acceso a la información sobre cómo responder a la VD por parte de los fisioterapeutas

En el gráfico 9 se muestran los resultados de la pregunta sobre la accesibilidad a la información sobre cómo responder a la violencia doméstica. El 22,5% de los encuestados de Grecia afirmaron estar en desacuerdo con tener acceso a esta información. El 35%, el 25% y el 17,5% de los encuestados, respectivamente, están más bien de acuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo en que tienen acceso a la información sobre cómo responder a la violencia doméstica.

En Chipre, el 23,5% está en desacuerdo, el 29,4% más bien en desacuerdo, el 29,4% más bien de acuerdo, el 5,9% de acuerdo y el 11,8% muy de acuerdo con la afirmación relativa a la accesibilidad a la información. La proporción de fisioterapeutas que están en desacuerdo es mayor en Estonia: 1,7% muy en desacuerdo, 28,3% en desacuerdo, 31,7% más bien en desacuerdo, lo que en total supone un 61,7% que en general no tiene acceso a la información necesaria sobre cómo responder a la VD. En comparación, en España hay un 50% de encuestados que en general están en desacuerdo con la afirmación; la otra mitad de la muestra está muy de acuerdo (12%), de acuerdo (22%) o más bien de acuerdo (16%).

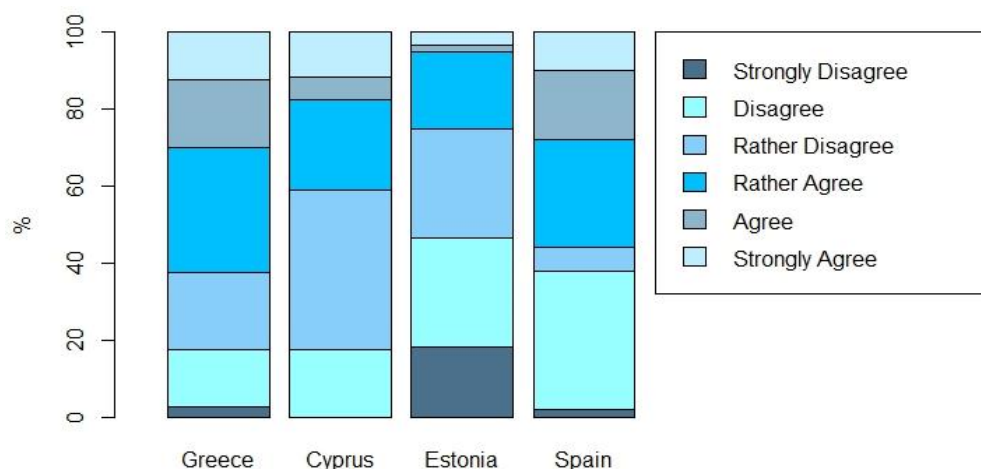


Figura 10. Confianza de los fisioterapeutas a la hora de derivar adecuadamente a las víctimas

La proporción de encuestados que no se sienten seguros a la hora de realizar derivaciones adecuadas para las víctimas de VD es la más alta en Estonia, con un 74,9% en total. En comparación con los otros tres países, el 37,5% de los fisioterapeutas de Grecia, el 58,8% de los de Chipre y el 44% de los de España están en desacuerdo hasta cierto punto en sentirse seguros a la hora de derivar a las víctimas de la violencia doméstica (véase la figura 10).

1.3. Experiencia práctica en la identificación de la VD

Sivagurunathan et al. (2019) examinaron a 189 fisioterapeutas de Canadá y Estados Unidos e informaron de un 66% de experiencia previa de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales con la VPI. El estudio actual encuestó a fisioterapeutas de los países de la UE a los que se les preguntó si alguna vez sospecharon de VD en al menos uno de sus pacientes (ver Figura 11).

El 57% de los fisioterapeutas de Grecia, el 52,9% de los de Chipre, el 50% de los de Estonia y el 48% de los de España declararon que sospechaban de abusos en al menos uno de sus pacientes. Sin embargo, solo el 30 % de los fisioterapeutas en Grecia, el 17,6 % en Chipre, el 21,7 % en Estonia y el 40 % en España realizaron derivaciones para los pacientes que han sospechado (ver Figura 12). Downie et al. (2019), que también llevaron a cabo un cuestionario con personal ortopédico en el Reino Unido, descubrieron que el 52% de los encuestados revelaron VPI de al menos uno de sus pacientes, pero solo el 24% conocía el apoyo disponible. Estos resultados coinciden con los hallazgos de este estudio.



Figura 11. Sospecha de VD de al menos uno de los pacientes

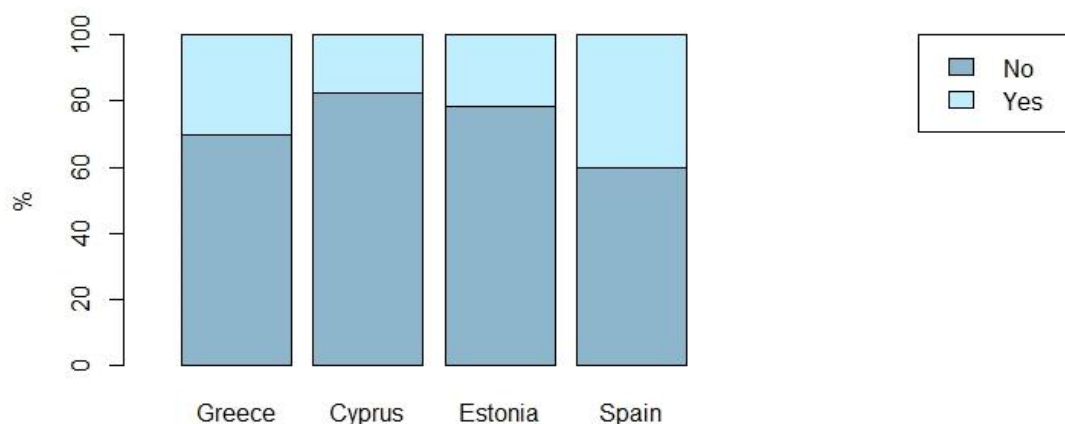


Figura 12. Remisiones previas de pacientes sospechosos

Según Howard (2008), los fisioterapeutas suelen carecer de la confianza necesaria para investigar los casos, aunque sospechen que las lesiones son consecuencia de la VD.

Los fisioterapeutas de Grecia remitieron a sus pacientes principalmente a la policía (12 personas informaron de ello), pero también a los Servicios de Apoyo a la Mujer (SAS)/Centro de Apoyo (5 personas), Juzgado de Guardia/ Violencia sobre la Mujer o Juzgado de Guardia (3 personas), y Servicio de Apoyo a la Víctima (3 personas) (véase la Figura 13).

En Chipre, se ha informado al Servicio de Apoyo a las Víctimas (2 personas). En Estonia, los fisioterapeutas informaron a la policía (5 personas), a los Servicios de Apoyo a la Mujer (WSS)/Centro de Apoyo (5 personas), y al Servicio de Apoyo a las Víctimas (6 personas). En España, se contactó con la policía (2 personas), los Servicios de Apoyo a la Mujer (WSS)/Centro de Apoyo (7 personas) y el Servicio de Apoyo a las Víctimas (6 personas) para informarles sobre casos de violencia doméstica.

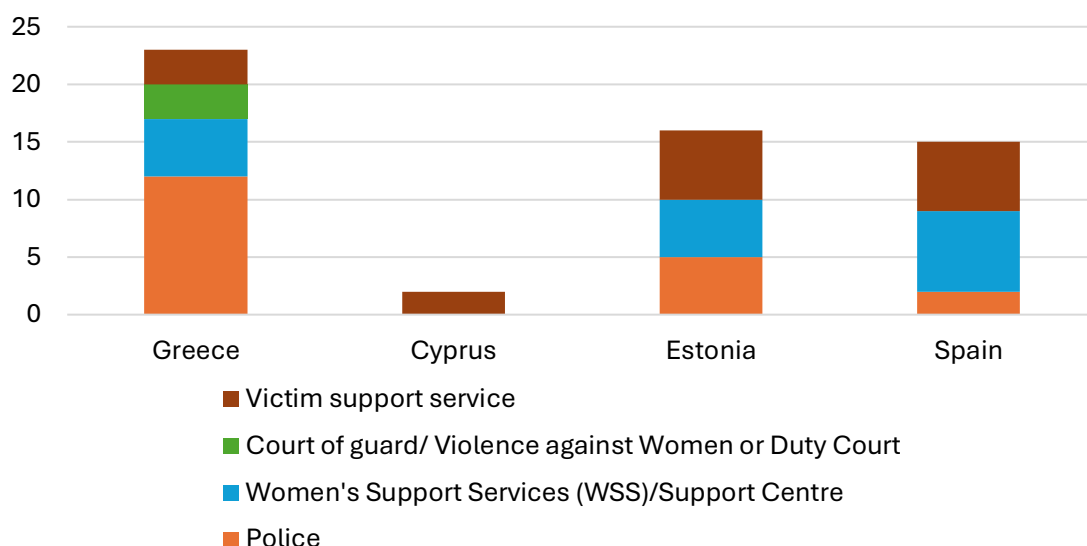


Figura 13. Proveedores de servicios para derivaciones anteriores, número de personas declaradas

1.4. Educación y formación sobre la VD

Según Madden et al. (2015) y Chapin, Coleman y Varner (2011), la formación profesional de los fisioterapeutas conduce a una mejor capacidad para identificar la VPI. La educación sobre la VPI debería incluirse en los programas de formación de los fisioterapeutas.

La figura 14 muestra que sólo el 5% de los encuestados de Grecia declararon haber recibido formación profesional sobre la identificación de la VD. La proporción más alta se da en Chipre, ya que el 23,5% de los encuestados han recibido formación previa sobre la identificación de la VD, el 10% de los fisioterapeutas estonios y el 12% de los españoles recibieron formación profesional sobre la identificación de la VD.

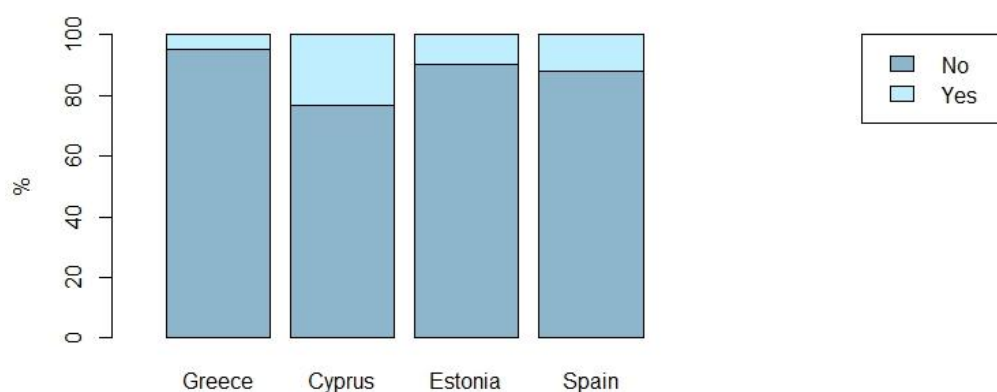


Figura 14. Fisioterapeutas que recibieron formación(es) profesional(es) sobre la identificación de la VD

Entre los que recibieron formación previa, 3 encuestados afirmaron haber estudiado factores de riesgo y legislación en Grecia (véase la Figura 15). En Chipre, se han enseñado derivaciones a 5 encuestados, directrices a 4 personas, factores de riesgo a 3 encuestados y legislación a 2 encuestados.

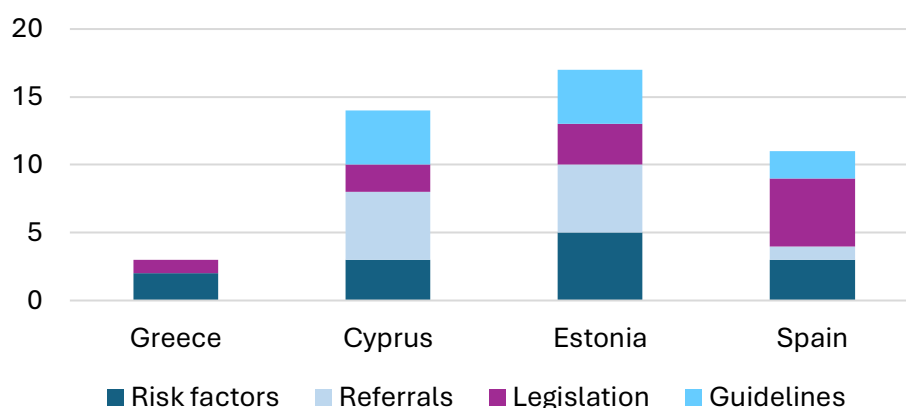


Figura 15. Temas que se han tratado en formaciones profesionales anteriores, número de encuestados que respondieron

En Estonia, 5 encuestados han estudiado los factores de riesgo y las derivaciones, 4 encuestados afirmaron haber estudiado directrices, y 3 encuestados, legislación. En España, 5 encuestados recibieron formación sobre legislación, 3 encuestados estudiaron factores de riesgo, 2 encuestados sobre directrices, y 1 encuestado informó de formación sobre derivaciones.

El gráfico 16 ilustra las instituciones en las que se ha recibido formación profesional sobre la identificación de la violencia doméstica. En los cuatro países, los encuestados recibieron su formación sobre VD principalmente en instituciones de educación superior - universidades o colegios (con 2 encuestados de Grecia, 5 de Chipre, 4 de Estonia y 3 de España). Algunos encuestados indicaron que habían recibido su formación a través de la educación continua (2 encuestados en Grecia y Chipre, 4 en Estonia y 3 en España). Un encuestado de Chipre señaló una escuela de formación profesional o universidad como institución en la que había recibido formación profesional sobre la identificación de la VD.

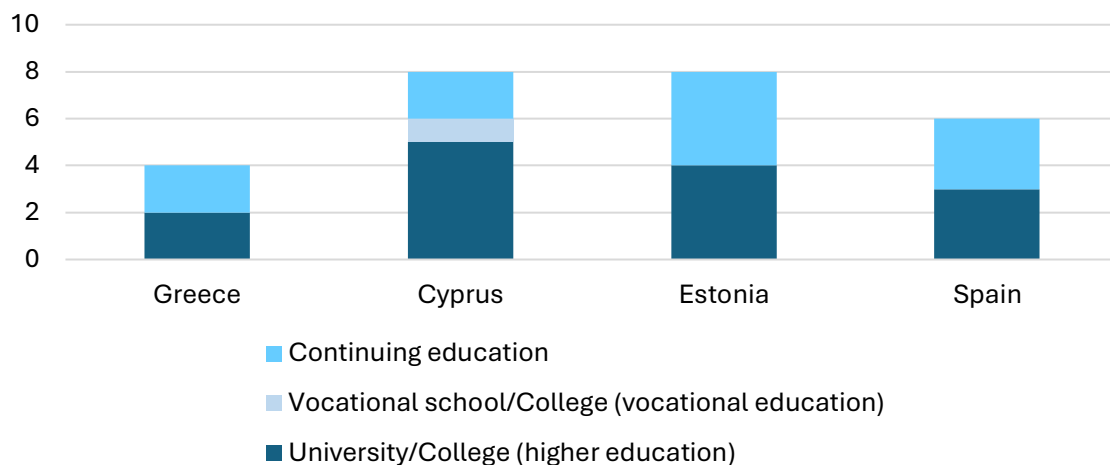


Figura 16. Instituciones en las que se ha recibido formación(es) profesional(es) sobre la identificación de la violencia doméstica, número de personas que han declarado

Estudios previos han demostrado que, además de la falta de habilidades de los fisioterapeutas, sus actitudes y creencias sobre la VD pueden obstaculizar su capacidad para atender adecuadamente a las víctimas de VD (Chapin, Coleman y Varner, 2011; Madden et al., 2015). Por ejemplo, Sivagurunathan et al. (2019) descubrieron que factores como el género, el país de práctica, la experiencia con la VPI, la formación profesional y otros factores determinan las creencias y actitudes de los fisioterapeutas sobre la VPI.

En comparación con estudios anteriores, esta investigación revela que la edad, la experiencia y la especialidad fisioterapéutica afectan a la capacidad de los fisioterapeutas para identificar casos de VD. Los fisioterapeutas con más experiencia que trabajan en las especialidades "Niños" y "Enfermedades crónicas" tienen más probabilidades de sospechar la existencia de

VD en al menos uno de sus pacientes. Supongamos que un fisioterapeuta trabaja en la especialidad "Niños". En ese caso, es un 25% más probable, y si trabajan en la especialidad de "Enfermedades crónicas", es un 34% más probable que sospechen VD en al menos uno de sus pacientes (véase la Tabla 3).

Tabla 3. Análisis de regresión logística de los predictores de maltrato doméstico de al menos uno de los pacientes

Variables	Coficiente	p-valor	Efectos marginales medios
Interceptar	-1.955e+00 (9.676e-01)	0.0434*	-0.42
País de origen:			
Chipre	-4.901e-02 (7.402e-01)	0.9472	-0.01
Estonia	-1.653e-01 (6.237e-01)	0.7910	-0.04
España	-3.023e-01 (5.551e-01)	0.5860	-0.06
sexo (femenino)	1.718e-01 (4.273e-01)	0.6877	0.04
formación	4.373e-01 (8.472e-01)	0.6057	0.09
edad	3.708e-02 (1.728e-02)	0.0319*	0.008
Lugar de trabajo:			
privado (sí/no)	6.522e-04 (5.717e-01)	0.9991	0.00
público (sí/no)	2.819e-01 (5.864e-01)	0.6307	0.06
Lugar de formación:			
universidad	-1.076e+00 (7.424e-01)	0.1473	-0.23
profesional	-1.223e+01 (8.827e+02)	0.9889	-2.61
formación continua	3.463e-01 (9.822e-01)	0.7244	0.07
Especialidades fisioterapéuticas:			
niños	1.150e+00 (5.561e-01)	0.0386*	0.25
neurología	2.149e-01 (3.843e-01)	0.5760	0.05
musculoesquelético	2.641e-01 (3.961e-01)	0.5048	0.06
enfermedades crónicas	1.586e+00 (7.661e-01)	0.0384*	0.34
Enfermedades cardiorrespiratorias	-5.820e-01 (9.333e-01)	0.5329	-0.12
enfermedades autoinmunes	-8.589e-01 (9.752e-01)	0.3785	-0.18
enfermedades internas	1.721e-01 (6.042e-01)	0.7758	0.04

Pseudo R ²	0.11
N	167

Nota: coeficientes de regresión logística con errores estándar entre paréntesis. La variable dependiente es la sospecha de maltrato doméstico de al menos uno de los pacientes (1 = sí, 0 = no).

*** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$

Se ha calculado la Pseudo R-cuadrado de McFadden para medir la bondad de ajuste del modelo. $R^2 = 0,11$ significa que el modelo sólo explica el 11% de la variación de los datos.

La comparación entre los fisioterapeutas que sospecharon VD en al menos uno de sus pacientes y los que no la sospecharon por países se realiza mediante una prueba de *Chi-cuadrado*. La hipótesis nula es que no hay diferencia entre los fisioterapeutas que sospecharon y no sospecharon VD en al menos uno de sus pacientes. Dado que el *valor p* es 0,8279 (*valor p* > 0,05), no se puede rechazar la hipótesis nula, lo que significa que la respuesta a esta pregunta por parte de los fisioterapeutas de distintos países no varía.

Tanto la *prueba t* (p -valor = 0,3524) como la prueba de *Chi-cuadrado* (p -valor = 0,4464) confirman que no hay diferencias entre fisioterapeutas hombres y mujeres a la hora de responder a la pregunta sobre la sospecha de VD en al menos uno de sus pacientes, así como tampoco diferencias basadas en el género a la hora de realizar derivaciones (p -valor = 0,843 y p -valor = 1 para la *prueba t* y la prueba de *Chi-cuadrado* respectivamente).

Una comparación de la experiencia media de los fisioterapeutas que sospecharon VD en al menos uno de sus pacientes y los que no la sospecharon la *prueba t* reveló que la experiencia profesional media del primer grupo es de 15,6 años y la del segundo de 11,4 años. Esta diferencia es estadísticamente significativa con un *valor p* de 0,007282, lo que significa que la experiencia profesional influye significativamente en la capacidad de los fisioterapeutas para identificar casos de VD.

Los años de experiencia profesional también afectan a la decisión de los fisioterapeutas de realizar derivaciones de pacientes sospechosos. Existe una diferencia estadísticamente significativa (*valor p* de la *prueba t* = 0,0007958) en la experiencia profesional media de los fisioterapeutas que han derivado pacientes y los que nunca lo han hecho.

Resumen

La violencia doméstica (VD) es un problema mundial que afecta a personas de diferente condición social, edad y sexo. Dada la alta prevalencia de la VD en la población, el personal sanitario debe ser consciente de cómo identificar y derivar correctamente los casos de VD. Mientras que la educación de los fisioterapeutas sobre la VD ha recibido una atención considerable en EE.UU., Canadá y Australia, no se ha investigado bien en los países europeos. Así pues, este estudio está motivado por la falta de conocimientos del personal sanitario fisioterapéutico sobre la identificación y la respuesta correcta a la VD en los países europeos.

Con la ayuda de un cuestionario de encuesta en línea, se han cartografiado los conocimientos, actitudes y experiencia de los fisioterapeutas en la identificación de signos (físicos y emocionales) de VD, así como su disposición a realizar derivaciones correctas en Estonia, Grecia, España y Chipre.

La mayoría de los encuestados en los cuatro países son mujeres fisioterapeutas que representan principalmente la especialización fisioterapéutica musculoesquelética. Los encuestados trabajan principalmente en consultas privadas o centros médicos en Grecia, Chipre y España. En Estonia, la mayoría trabaja en clínicas u hospitales públicos.

Los resultados que se han analizado estadísticamente (aplicando estadísticas descriptivas y regresión logística) muestran que los fisioterapeutas de todos los países investigados suelen tener menos confianza en la identificación de signos de VD emocional que física. Esto es especialmente notable en Estonia. Además, aproximadamente la mitad de los encuestados han sospechado previamente de abusos en al menos uno de sus pacientes; sin embargo, no todos ellos derivaron a los pacientes de los que sospechaban. La edad, la experiencia y la especialización afectan a la capacidad de los fisioterapeutas para identificar los casos de VD. Los fisioterapeutas con más experiencia que trabajan en las especialidades "Niños" y "Enfermedades crónicas" tienen más probabilidades de sospechar de VD en al menos uno de sus pacientes. Supongamos que un fisioterapeuta trabaja en la especialidad "Niños". En ese caso, es un 25% más probable, y si trabaja en la especialidad "Enfermedades crónicas", es un 34% más probable que sospeche VD en al menos uno de sus pacientes. Asimismo, los años de experiencia profesional influyen positivamente en la decisión de los fisioterapeutas de derivar a los pacientes de los que sospechan.

Referencias

- Alshammari, K. F., McGarry, J., Awoko Higginbottom, G. M. (2018). Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing Open*: 1-17.
- Alvarez, C., Fedock, G., Trister Grace, K., Campbell, J. (2016). Provider Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Practices and Influencing Factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(5): 479-495.
- Australian Institute of Health and Welfare (2018). Family, domestic and sexual violence in Australia 2018. Cat. no. FDV 2. Canberra: AIHW. Available at: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/d1a8d479-a39a-48c1-bbe2-4b27c7a321e0/aihw-fdv-2.pdf.aspx?inline=true>
- Ballan, M. S., Freyer, M. B., Powledge, L. (2017). Intimate Partner Violence Among Men with Disabilities: The Role of Health Care Providers. *American Journal of Men's Health*, 11(5): 1436-1443.
- Campbell, J., Snow Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., Wynne, C. (2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Arch Intern Med.*, 162(10): 1157–1163.
- Carlson, B.E., Worden, A.P. (2005). Attitudes and Beliefs About Domestic Violence: Results of a Public Opinion Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(10): 1197-1218.
- Catallo, C., Jack, S. M., Ciliska, D., Macmillan, H. L. (2013). Minimizing the risk of intrusion: A grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 69(6): 1366–1376.
- Chapin, J. R., Coleman, G., Varner, E. (2011). Yes we can! Improving medical screening for intimate partner violence through self-efficacy. *Journal of Injury & Violence Research*, 3(1): 19-23.
- Clark, C. J., Alonso, A., Everson-Rose, S. A., Spencer, R.A., Brady, S. S., Resnick, M. D., Borowsky, I. W., Connett, J. E., Krueger, R. F., Nguyen-Feng, V. N. (2016). Intimate partner violence in late adolescence and young adulthood and subsequent cardiovascular risk in adulthood. *Preventive Medicine*, 87: 132-137.
- Clark, T. J., McKenna, L. S., Jewell, M.J. (1996). Physical therapists' recognition of battered women in clinical settings. *Physical Therapy*, 76(1): 12-18.
- Downie, S., Madden K., Bhandari, M., Jariwala, A. C. (2019). A prospective questionnaire-

based study on staff awareness of intimate partner violence (IPV) in orthopaedic trauma patients. *Surgeon*, 17(4): 207-214.

European Institute for Gender Equality. Gender-based violence. Available at: <https://eige.europa.eu/gender-based-violence>

European Gender Equality Institute (EIGE). (2022). Gender equality index (European Institute for Gender Equality). Available at: <https://eige.europa.eu/newsroom/news/gender-equality-index-2022-gender-equality-under-threat-specific-groups-hardest-hit#:~:text=The%20freshly%20launched%20Gender%20Equality,points%20higher%20than%20in%202010.>

Eurostat (2023). Practising physiotherapists. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/bookmark/b273df46-d28b-4cde-b48a-c09db18af6bf?lang=en>

FRA. (2014). Violence against women: an EU-wide survey (European Union Agency for Fundamental Rights). Available at: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf.

Haag, H.L., Jones, D., Joseph, T., Colantonio, A. (2022). Battered and Brain Injured: Traumatic Brain Injury Among Women Survivors of Intimate Partner Violence-A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse*, 23(4): 1270-1287.

Hayden, A., Gelsthorpe, L., Morris, A. (2014). *A Restorative Approach to Family Violence. Changing Tack*. Routledge.

Hegarty, K., Roberts, G. (1998). How common is domestic violence against women? The definition of partner abuse in prevalence studies. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(1): 49-54.

Howard, J. (2008). Domestic Violence Screening: Findings of a Pilot Project Conducted by Allied Health Staff in Community Health. *Australian Journal of Primary Health*, 14(1): 43 – 51.

McCloskey, L. A., Williams, C. M., Lichter, E., Gerber, M., Ganz, M. L., Sege, R. (2007). Abused women disclose partner interference with health care: An unrecognized form of battering. *Journal of General Internal Medicine*, 22(8): 1067–1072.

Madden, K., Sprague, S., Petrisor, B. A., Farrokhyar, F., Ghert, M. A., Kirmani, M., Bhandari, M. (2015). Orthopaedic Trainees Retain Knowledge After a Partner Abuse Course: An Education Study. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 473: 2415-2422.

McGrath, R. L., Parnell, T., Verdon, S., Pope, R. (2022). "People suffer and we see this": a

qualitative study of the forms of patient psychological distress encountered by physiotherapists. *Physiotherapy Theory and Practice*.

Machtiger, E. L., Cuca, Y. P., Khanna, N., Rose, C. D., & Kimberg, L. S. (2015). From treatment to healing: the promise of trauma-informed primary care. *Women's Health Issues*, 25(3): 193–197.

Macpherson, I., Roqué, M.V., Martín-Sánchez, J.C., Segarra, I. (2022). Analysis in the ethical decision-making of dental, nurse and physiotherapist students, through case-based learning. *European Journal of Dental Education*, 26(2): 277-287.

Pinto Dias, A. L., de Almeida, A. M., Cabral Schweitzer, M., Queiroga Souto, R. (2020). Physiotherapeutic interventions aimed at old people in situations of violence: a scope review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(3): 1-15.

Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y.H., Davidson, L.L., Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *British Medical Journal*, 325(10): 1-13.

Rhodes, K., Levinson, W. (2003). Interventions for intimate partner violence against women. *Journal of the American Medical Association*, 89(5): 601-605.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Cáliz-Cáliz, R., Rodríguez-Calvo, I., García-Sánchez, A., Ferrer-González, M.A., Guzmán-Úbeda, M., del Río-Lozano, M., López-Chicheri García, I. (2009). Risk factors for fibromyalgia: the role of violence against women. *Clinical Rheumatology*, 28: 777–786.

Sivagurunathan, M., Packham, T., Dimopoulos, L., Murray, R., Madden, K., MacDermid, J. C. (2019). Hand therapists' attitudes, environmental supports, and self-efficacy regarding intimate partner violence in their practice. *Journal of Hand Therapy*, 32(3): 353-360.

Sprague, S., Kaloty, R., Madden, K., Dosanjh, S., Mathews, D.J., Bhandari, M. (2013). Perceptions of Intimate Partner Violence: a cross sectional survey of surgical residents and medical students. *Journal of Injury and Violence Research*, 5(1): 1-10.

Stark, E., & Hester, M. (2019). Coercive Control: Update and Review. *Violence Against Women*, 25(1): 81-104.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2019): Global Study on Homicide. Available at: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet1.pdf>

Vasey, L. (1990). DNAs and DNCTs - Why Do Patients Fail to Begin or to Complete a Course of Physiotherapy Treatment? *Physiotherapy*, 76(9): 575-578.

Walby, S. (2016). Ensuring Data Collection and Research on Violence Against Women and Domestic Violence: Article 11 Of the Istanbul Convention, Council of Europe. Available

at:

<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680640efc/>

- Walton, L. M., Aerts, F., Burkhart, H., Terry, T. (2015). Intimate Partner Violence Screening and Implications for Health Care Providers. *Online Journal of Health Ethics*, 11(1): <http://dx.doi.org/10.18785/ojhe.1101.05>.
- Walton, L.M, Schbley, B.H., Milliner, S.W., Muvati, F.T., Zaeed, N. (2017). Investigating the reliability and validity of an intimate partner violence screening tool for use in physical therapy practice. *International Physical Medicine & Rehabilitation Journal*, 1(4): 101-105.
- Warburton, A.L., Hanif, B., Roswell, C., Coulthard, P. (2006). Changes in the levels of knowledge and attitudes of dental hospital staff about domestic violence following attendance at an awareness raising seminar. *British Dental Journal*, 201(10): 653 - 9.
- World Health Organization (2021). Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- Wood, L. (2017). "I look across from me and I see me": survivors as advocates in intimate partner violence agencies. *Violence Against Women*, 23(3): 309-329.
- World physiotherapy annual membership census: Europe region (2020). Available at: <https://world.physio/sites/default/files/2021-02/AMC2020-Europe.pdf>

Anexo 1. Resumen de la revisión bibliográfica sobre violencia doméstica y fisioterapia

Tema	Métodos	Autor	País
Creencias y actitudes de los terapeutas de manos sobre la violencia de pareja	Cuestionario de encuesta, estadística descriptiva más análisis de la U de Mann-Whitney	Sivagurunathan et al. (2019)	Canadá y Estados Unidos
Formación en fisioterapia	Enfoque de investigación cualitativa	McGrath et al. (2022)	-
Formación en fisioterapia	Análisis de encuestas	Chapin et al. (2011)	Estados Unidos
Conocimientos, actitudes y prácticas de violencia intrafamiliar, capacitación	Cuestionario de la encuesta	Madden et al. (2015)	Canadá
Identificación y educación sobre violencia doméstica	Cuestionario de la encuesta	Clark, McKenna, Jewell (1996)	Estados Unidos
Violencia contra los ancianos	Revisión del alcance	Pinto Dias et al. (2020)	-
Detección de violencia de pareja	Revisión de la literatura	Walton et al. (2015)	-
Concientización sobre la violencia de pareja	Cuestionario de la encuesta	Downie et al. (2019)	Reino Unido
Preparación ética y psicológica de los fisioterapeutas para tratar con víctimas de violencia doméstica	Cuestionario de encuesta y análisis estadístico	Macpherson et al. (2022)	Europa
Detección y capacitación sobre violencia doméstica	Cuestionario y entrevistas	Howard (2008)	Australia
Detección de violencia doméstica en mujeres	Revisión de la literatura	Ramsay et al. (2002)	-
Herramienta de detección de violencia de pareja	Encuesta y revisión de expertos	Walton et al. (2017)	Estados Unidos

Fuente: elaboración propia.

Anexo 2. Preguntas de la encuesta sobre fisioterapia y violencia doméstica

Doy mi consentimiento para participar en esta encuesta y doy permiso para utilizar mis respuestas en futuras investigaciones, análisis y publicaciones

Expresión de opinión

Para cada pregunta, califique en qué medida está de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en Desacuerdo	En desacuerdo	Más Bien En Desacuerdo	Más Bien de Acuerdo	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo
1. El papel de los fisioterapeutas en la identificación de la violencia doméstica es importante						
2. La educación sobre cómo identificar la violencia doméstica debe integrarse en los programas de capacitación para fisioterapeutas.						
3. Creo que puedo reconocer signos de violencia doméstica física						
4. Creo que puedo reconocer signos de						

violencia doméstica emocional						
5. Hay formas en que puedo preguntarle a las víctimas que minimizarán su negación para responder						
6. Hay estrategias que puedo usar para alentar a las víctimas de violencia doméstica a buscar ayuda						
7. Tengo acceso a información sobre cómo responder a la violencia doméstica						
8. Confío en que puedo hacer referencias apropiadas para las víctimas						

Experiencia práctica

9. ¿Alguna vez ha sospechado de abuso doméstico de al menos uno de sus pacientes?

Sí No

10. ¿Alguna vez ha hecho referencias para pacientes que sospecha?

Sí No

11. Si ha hecho referencias en el pasado, ¿a qué proveedores de servicios lo ha hecho?

Policía

Servicios de Apoyo a la Mujer (WSS) / Centro de Apoyo

Juzgado de Guardia / Violencia contra la Mujer o Juzgado de Guardia

Servicio de apoyo a las víctimas

Otros

Por favor especifique _____

Educación y capacitación sobre violencia doméstica

12. ¿Ha recibido capacitación profesional para identificar la violencia doméstica?

Sí No

13. En caso afirmativo, ¿qué temas se han abordado en estas capacitaciones profesionales previas?

Factores de riesgo

Referencias

Legislación

Directrices

Otros

Por favor especifique _____

14. ¿Dónde ha recibido formación?

Universidad / Colegio (educación superior)

Escuela/Colegio vocacional (educación vocacional)

Educación continua

Otros

Por favor especifique _____

Tus antecedentes

15. ¿En qué institución médica trabaja?

Consultorio privado / centro médico privado

Clínica/hospital público

Otros

Por favor especifique _____

16. Marque en qué especialidad fisioterapéutica trabaja

Neuro

Sistema muscular esquelético

Enfermedades internas

Enfermedades crónicas (Grecia y Chipre)

Enfermedades cardiorrespiratorias (Grecia y Chipre)

Enfermedades autoinmunes (Grecia y Chipre)

Niños

Otros

Por favor especifique _____

17. Indique cuántos años de experiencia profesional tiene

18. Por favor indique su edad

19. Indique su sexo

Masculino

Femenino

Otros