

TESIS DOCTORAL 2025

RESPUESTAS SOCIO SANITARIAS A
LA VIOLENCIA DE PAREJA Y LA
VIOLENCIA SEXUAL EN MUJERES
JÓVENES EN ESPAÑA

EVA DURÁN MARTÍN

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS
BIOMÉDICAS Y DE SALUD PÚBLICA

DIRECTORA: DRA. BELÉN SANZ BARBERO
DIRECTORA: DRA. LAURA OTERO GARCÍA

EVA DURÁN MARTÍN

Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Nacional de Educación a Distancia y el
Instituto Mixto de Investigación de la Escuela Nacional de Salud (UNED-IMIENS), Madrid,
España

DRA. BELÉN SANZ BARBERO

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

DRA. LAURA OTERO GARCÍA

CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España
Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a todas aquellas personas que han colaborado conmigo y me han acompañado en este camino durante estos cinco años, con una pandemia de por medio que ha influido tanto en el desarrollo de los estudios como en mi trabajo asistencial como sanitaria. Gracias al apoyo de todas ellas, a pesar de las dificultades, se ha hecho realidad esta tesis doctoral. Pido disculpas ante cualquier olvido involuntario.

En primer lugar, me gustaría agradecer a mis directoras de tesis. A Laura Otero García por contactar conmigo y animarme a comenzar esta aventura, por tener paciencia cuando se me atravesaba algo y acompañarme en este proceso. A Belén Sanz Barbero por su disponibilidad y acompañamiento en todo el proceso de aprendizaje. Agradecer a ambas la confianza que han depositado en mí para dar forma a esta investigación.

No puedo olvidarme del resto de compañeros y compañeras que han participado en esta investigación (Esther, Sebas y Aitana); cada cual en su campo me ha aportado cosas nuevas. Gracias también a todo el equipo docente del programa de doctorado que me ha acompañado en este proceso de aprendizaje. Me gustaría hacer una mención especial a Carmen Vives Cases, que ha estado presente en todo mi proceso formativo. Gracias por cada explicación, por tu asesoramiento y por la motivación que desprendes. Ha sido un auténtico placer trabajar contigo.

Agradecer a todas las personas que han participado en esta investigación, por mostrarnos su realidad para conocerla y poder mejorarla. También agradecer al personal de los recursos que cada día lucha por intentar dar una atención mejor a las mujeres que sufren violencia de género. También a todas aquellas mujeres activistas y feministas, que promueven la sensibilización de este problema en la sociedad, mostrando un apoyo incondicional hacia las mujeres. María Jesús, me acuerdo mucho de ti.

A mis amigas y amigos repartidas por los diferentes lugares donde he vivido. Paloma, Sara, Cata y Amanda, gracias por escucharme y tranquilizarme con mucho humor en nuestras quedadas. A la familia de Madarcos, que me ha visto crecer en cada periodo de mi vida y que, a pesar de los años, me recibe como si la distancia y el tiempo no existieran. Gracias Álvaro, Irene, Carmen, Carlos, Javi, Dani, Diego, Mario, Dani, tío Pepe, Fran, Conchita, Víctor, etc. Perdonad si me dejo a alguien. Mencionar a mis compis de la carrera que siguen estando ahí, y a todas las compañeras matronas que me han animado en este proceso y han facilitado en el trabajo poder cuadrar los horarios, que a veces no ha sido fácil.

Agradecer a la escalada y la montaña, por permitirme reconectar conmigo misma para recuperar fuerzas y continuar en el proceso de esta tesis doctoral. A la familia escaladora conquense por darme ese espacio siempre tan acogedor en los momentos en que lo he necesitado, a pesar de hacer *Tetris* para vernos por la distancia y mi apretada agenda. Gracias Nere, Sil, Fabio, Charly, Isaac, Diego, María, José, Lau, Irene, Paloma y Félix.

Gracias a mi psicóloga Oceanía, que me ha ayudado a gestionar los momentos de estrés y conocerme mejor a mí misma en este proceso, con sus luces y sombras.

Gracias a mi familia tanto paterna como materna. En especial, a mi prima Sara por ser tan atenta siempre, y a mi hermano Alberto, por estar ahí. Agradecer a mi padre y a mi madre por su apoyo incondicional, por apoyarme en cada proyecto en que me embarco, aunque sea lejos. Papá, gracias por enseñarme a ser constante, pero sin olvidar que la vida es mucho más que el ámbito profesional. Mamá, gracias por ser un referente de mujer, que me ha inspirado.

Por último, gracias a Guille, mi compañero de vida y cordada. Agradecer tu apoyo, cariño y amor siempre. Gracias por tu paciencia, serenidad e incondicionalidad. Gracias por hacer fácil y sencillo aquello que no lo parece. Gracias por tu acompañamiento en esta aventura, que ha costado mucho tiempo y esfuerzo, incluso más que algunas vías de escalada.

Índice

1 INTRODUCCIÓN.....	19
1.1. Marco conceptual: violencia contra la mujer, violencia de género, violencia de pareja contra las mujeres y violencia sexual.....	21
1.2. Características de la violencia de pareja y la violencia sexual en la población joven.....	23
1.3. Datos epidemiológicos de la prevalencia de violencia de pareja y violencia sexual en población joven en España	25
1.4. Recursos sociosanitarios disponibles para las mujeres en España. Accesibilidad y utilización por parte de mujeres jóvenes.....	26
2 MARCO TEÓRICO	31
2.1. Marco teórico de Aday y Andersen para el acceso a la atención sanitaria.....	33
2.2. Modelo de servicios amigables de la Organización Mundial de la Salud	36
2.3. Modelo de la cobertura efectiva	39
2.4. Modelo de activos en salud	44
3 JUSTIFICACIÓN Y DESARROLLO DE LA TESIS DOCTORAL.....	49
3.1. Justificación de la unidad temática de la tesis doctoral.....	51
3.2. Desarrollo y trayectoria de los proyectos de investigación	52
3.3. Reseña de la actividad investigadora.....	56
3.3.1. Actividad investigadora previa a la tesis doctoral.....	56
3.3.2. Actividad y formación en investigación durante el desarrollo de la tesis doctoral	57
4 OBJETIVOS E HIPÓTESIS	61
5 METODOLOGÍA	65
5.1. Metodología cualitativa.....	67
5.2. Participantes	68
5.2.1. Técnicas y procedimientos de reclutamiento de las personas participantes.....	68
5.2.2. Características de las personas participantes.....	69
5.3. Instrumentos para la recogida de datos	73

5.4. Procedimiento de recogida de datos.....	76
5.5. Métodos de análisis.....	77
5.6. Métodos para favorecer la calidad metodológica.....	85
5.7. Consideraciones éticas	85
6 RESULTADOS: COMPENDIO DE ARTÍCULOS.....	89
6.1. Artículo 1. «Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives»	91
Resumen	93
1. Introducción	95
2. Material y métodos	96
2.1. Diseño de estudio	96
2.2. Recopilación de los datos	97
2.3. Consideraciones éticas.....	98
2.4. Análisis de datos	98
2.5. Reflexividad	99
3. Resultados.....	99
3.1. Barreras relacionadas con la socialización de género de las jóvenes y el proceso de salida de una situación de violencia.....	100
3.2. Barreras relacionadas con el personal que trabaja en recursos contra la VPM.....	103
3.3. Barreras estructurales dentro de los recursos disponibles para abordar la VPM	104
3.4. Aspectos clave para mejorar la accesibilidad de los recursos	107
4. Discusión	110
4.1. Limitaciones y fortalezas	115
5. Conclusiones	116
Bibliografía.....	116
6.2. Artículo 2. «Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region?»	123
Resumen	125
1. Introducción	127
2. Material y métodos	128
2.1. Recogida de información.....	129
2.2. Consideraciones éticas.....	131
2.3. Análisis.....	131
3. Resultados.....	132

3.1. Accesibilidad	132
3.2. Aceptabilidad	134
3.3. Equidad.....	135
3.4. Adecuación	135
3.5. Efectividad	136
4. Discusión	139
Bibliografía.....	142
6.3. Artículo 3. «Perceived Barriers to Effective Coverage of Health and Social Services for Sexual Violence in Young Adults in Spain»	147
Resumen	149
1. Introducción	151
2. Material y métodos	152
2.1. Diseño de estudio	152
2.2. Estrategia de muestreo y participantes.....	152
2.3. Recogida de información.....	154
2.4. Consideraciones éticas.....	155
2.5. Análisis de datos	155
3. Resultados.....	155
3.1. Factores del contexto social que influyen en la cobertura efectiva.....	157
3.2. Factores que influyen a las personas afectadas (víctimas, agresores y entorno cercano) dificultando la cobertura efectiva	159
3.3. Factores relacionados con los servicios y sus profesionales que influyen en la cobertura efectiva	161
4. Discusión	165
4.1. Limitaciones y fortalezas	167
5. Conclusiones	167
Bibliografía.....	168
6.4. Artículo 4. «“Thanks to my activists friends”: A qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain»	173
Resumen	175
Contribuciones a la literatura.....	176
1. Introducción	177
2. Material y métodos	178
2.1. Ámbito y diseño muestral.....	178
2.2. Recogida de datos	181
2.3. Análisis de datos	181
2.4. Consideraciones éticas.....	183

3. Resultados.....	183
3.1. Comparación de los activos identificados y las funciones otorgadas a estos por los hombres y las mujeres jóvenes.....	184
3.2. Percepciones de las respuestas de apoyo a la VS: comparación de las perspectivas entre jóvenes y profesionales.....	194
4. Discusión	198
4.1. Limitaciones y fortalezas	200
4.2. Implicaciones del estudio para la investigación y la política	201
5. Conclusiones	201
Bibliografía.....	202
7 DISCUSIÓN INTEGRADORA.....	211
7.1. Factores que dificultan y facilitan la respuesta sociosanitaria a la VPM y la VS en jóvenes.....	213
7.1.1. Barreras comunes percibidas por profesionales y jóvenes, así como las estrategias para minimizarlas	213
7.1.2. Barreras percibidas solo por el personal de los recursos sociosanitarios y facilitadores para minimizarlas	220
7.1.3. Barreras percibidas solo por las personas jóvenes y facilitadores para minimizarlas.....	221
7.1.4. Activos que influyen en el proceso de búsqueda de ayuda ante la VS en la juventud	224
7.2. Evaluación de los servicios de VPM según las directrices de servicios amigables de la OMS	227
8 LIMITACIONES Y FORTALEZAS	231
8.1. Limitaciones.....	233
8.2. Fortalezas	234
9 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS.....	237
10 CONCLUSIONES	241
BIBLIOGRAFÍA.....	245
ANEXOS	271
Anexo 1. Artículos originales en inglés y su material suplementario.....	273

Anexo 1.1. Artículo 1. Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives	273
Anexo 1.2. Artículo 2. «Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region?»	297
Anexo 1.3. Artículo 3. «Perceived barriers to effective coverage of health and social services for sexual violence in young adults in Spain».....	311
Anexo 1.4. Artículo 4. «“Thanks to my activists Friends”: a qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain»	331
Anexo 2. Material del conjunto de la investigación, complementario a la discusión integradora	355
Tabla I. Barreras en el acceso y la respuesta de recursos sociosanitarios a la VPM, identificadas por los y las profesionales en el artículo 1 mediante el análisis de contenido [Resumen]	355
Tabla II. Barreras en el acceso y la respuesta de recursos sociosanitarios a la VPM, identificadas por las personas participantes en el artículo 2 mediante el análisis temático teórico (modelo de servicios amigables de la OMS) [Resumen]	356
Tabla III. Aspectos clave para mejorar la accesibilidad de los recursos de VPM, identificados por los y las profesionales del artículo 1 [Resumen].....	357
Tabla IV. Barreras en el acceso y la respuesta de los recursos sociosanitarios a la VS, identificadas por las personas participantes en el artículo 3 mediante el análisis temático inductivo [Resumen]	358
Tabla V. Activos para el acceso y la respuesta de los recursos sociosanitarios a la VS, identificados por las personas participantes en el artículo 4 mediante el análisis temático teórico e inductivo, con la adaptación del método comparativo constante [Resumen]	361
Tabla VI. Cambios necesarios para mejorar la respuesta sociosanitaria a la VPM en base al modelo de servicios amigables de la OMS.....	364

Lista de abreviaturas y siglas

APE	Associação Portuguesa de Epidemiologia
APHA	Animal and Plant Health Agency
AS	activos en salud
ATENPRO	Servicio Telefónico de Atención y Protección para víctimas de violencia contra las mujeres
AVG	Atención a la Violencia de Género
CAM	Comunidad Autónoma de Madrid
CC. AA.	comunidades autónomas
CIBERESP	Área de Epidemiología y Salud Pública del Centro de Investigación Biomédica en Red
COREQ	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
EE. UU.	Estados Unidos
EMUME	Equipos Mujer-Menor de la Guardia Civil en las CC. AA.
FCSE	Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
FECYT	Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología
FP	Formación Profesional
GRUME	Grupo de Menores de la Policía Nacional
H	hombre
HOM	hombres jóvenes
HP	hombre profesional
IMIENS	Instituto Mixto de Investigación de la Escuela Nacional de Sanidad
INIA	Instituto Nacional de Investigación y Tecnología Agraria y Alimentaria
Investén-ISCIII	Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud del Instituto de Salud Carlos III
IPV	<i>intimate partner violence</i>
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
LGTBI	lesbianas, gais, trans (transgénero, transexuales y travestis), bisexuales e intersexuales
M	mujer
MJ	mujer joven
MP	mujer profesional

MUJ	mujeres jóvenes
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PMVG	Punto Morado contra la Violencia de Género
SAF	Servicio de Atención a la Familia
SAM	Servicio de Atención a la Mujer de la Policía Nacional en las CC. AA.
SVG	Servicio de Atención a la Violencia de Género
SEE	Sociedad Española de Epidemiología
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
Sistema VioGén	Sistema de Seguimiento Integral en los casos de Violencia de Género
SJ	servicios para jóvenes
SRQR	<i>Standards for reporting qualitative research</i>
SV	<i>sexual violence</i>
UA	Universidad de Alicante
UAM	Universidad Autónoma de Madrid
UC3M	Universidad Carlos III de Madrid
UFAM	Unidad de Atención a la Familia y Mujer
UNED	Universidad Nacional de Educación a Distancia
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPAP	Unidad de Prevención, Asistencia y Protección contra los malos tratos a la mujer
UVa	Universidad de Valladolid
VG	violencia de género
VP	violencia de pareja
VPM	violencia de pareja contra las mujeres
VS	violencia sexual

Lista de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. Prevalencia de VPM y VS en mujeres jóvenes (16-24 años) y mujeres 25	25
años 25	25
Tabla 2. Resumen de actividad investigadora previa a la tesis doctoral..... 57	57
Tabla 3. Resumen de la actividad investigadora durante el desarrollo de la tesis	
doctoral..... 58	58
Tabla 4. Hipótesis y objetivos específicos relacionados con la respuesta a la VPM y	
la VS en mujeres jóvenes 64	64
Tabla 5. Criterios para la selección de participantes de los proyectos I y II 68	68
Tabla 6. Características de las personas participantes del proyecto I	
(PI17CIII/00022)..... 71	71
Tabla 7. Características de las personas participantes del proyecto II (Ref.	
ESP20PI02) 72	72
Tabla 8. Guiones del proyecto I (artículos 1 y 2) 75	75
Tabla 9. Métodos de análisis utilizados..... 77	77
Tabla 10. Definiciones operativas para realizar la categorización según	
formalidad/proximidad..... 84	84
Tabla 11. Tabla resumen de los criterios de calidad y métodos para garantizarla en	
investigación cualitativa..... 86	86
Tabla 12. Métodos para asegurar la calidad metodológica de los artículos 88	88

Figuras

Figura 1. Servicios de información 27	27
Figura 2. Recursos sociosanitarios que intervienen en la atención a la violencia	
contra las mujeres en España 28	28
Figura 3. Marco teórico de Aday y Andersen (1974) 35	35
Figura 4. Características de las dimensiones del modelo de servicios amigables de la	
OMS 38	38
Figura 5. Relaciones entre el proceso de presentación de servicios y las mediciones	
de la cobertura..... 40	40

Figura 6. Modelo adaptado de cobertura y utilización de los servicios para la población objetivo	41
Figura 7. Comparativa de las etapas del modelo de Tanahashi de 1978 y los determinantes de la cobertura efectiva de la adaptación de UNICEF de 2002.....	42
Figura 8. Factores que influyen en las distintas etapas/determinantes de la cobertura efectiva	43
Figura 9. Niveles en los que operan los activos.....	45
Figura 10. Elementos del modelo de activos	46
Figura 11. Ventajas del desarrollo del modelo de activos.....	47
Figura 12. Información sobre los proyectos de investigación y el compendio de artículos	54
Figura 13. Resumen del desarrollo de los artículos en los proyectos de investigación.....	55
Figura 14. Compendio de artículos en los que se enmarca esta tesis doctoral.....	67
Figura 15. Distribución geográfica de las personas participantes del proyecto II.....	73
Figura 16. Guiones de entrevista del proyecto II (artículos 3 y 4)	76
Figura 17. Modalidades de entrevistas de los proyectos I (artículos 1 y 2) y II (artículos 3 y 4)	77
Figura 18. Comparativa del proceso de análisis cualitativo de datos.....	79
Figura 19. Bloques temáticos del contenido del preanálisis	81
Figura 20. Fases del proceso de respuesta a la VS identificadas por las personas jóvenes	83

Tablas y figuras de los artículos traducidos

Artículo 1

Tabla 1. Características del personal de los recursos entrevistado	100
Tabla 2. Barreras estructurales de los recursos para responder a las mujeres jóvenes que experimentan VPM.....	104
Tabla 3. Cambios que deben aplicarse para resolver los problemas detectados	115

Artículo 2

Tabla 1. Características de las mujeres entrevistadas	128
Tabla 2. Características del personal de los recursos entrevistado	129
Tabla 3. Resumen del guion de entrevista dirigida a profesionales.....	130

Tabla 4. Guion de entrevistas con las mujeres jóvenes.....	130
Tabla 5. Árbol de códigos. Adaptación de criterios de la OMS y Goicolea <i>et al.</i> (2016)13,17.....	131
Tabla 6. Barreras de la accesibilidad de los recursos de VPM en mujeres jóvenes	133
Tabla 7. Barreras de la aceptabilidad de los recursos de VPM en mujeres jóvenes	134
Tabla 8. Barreras de la equidad de los recursos de VPM para las mujeres jóvenes	135
Tabla 9. Barreras de la adecuación de los recursos de VPM para las mujeres jóvenes ...	136
Tabla 10. Barreras de la efectividad en recursos de VPM para las mujeres jóvenes	138

Artículo 3

Tabla 1. Características de las personas jóvenes entrevistadas.....	153
Tabla 2. Características del personal profesional entrevistado.....	154
Tabla 3. Tabla resumen de temas identificados.....	156
Tabla 4. Factores relacionados con los servicios y sus profesionales	164

Artículo 4

Tabla 1. Perfiles de personas jóvenes y profesionales entrevistadas	180
Tabla 2. Estructura final de los guiones de las entrevistas.....	181
Tabla 3. Activos identificados por jóvenes y profesionales.....	185
Tabla 4. Funciones que las personas jóvenes atribuyen a los activos para la respuesta a la VS	186

Tablas y figuras de los anexos

Anexo 1. Artículos originales en inglés y su material suplementario

Artículo 1

S1 Table. COREQ checklist. Consolidated criteria for reporting qualitative research	293
S2 Table. Summary of the script used in the interviews of the professionals	295

Artículo 3

Table I. Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).....	325
---	-----

Table II. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist (COREQ).....	327
Table III. Final structure of the interview scripts	329
Table IV. Coding tree	329

Artículo 4

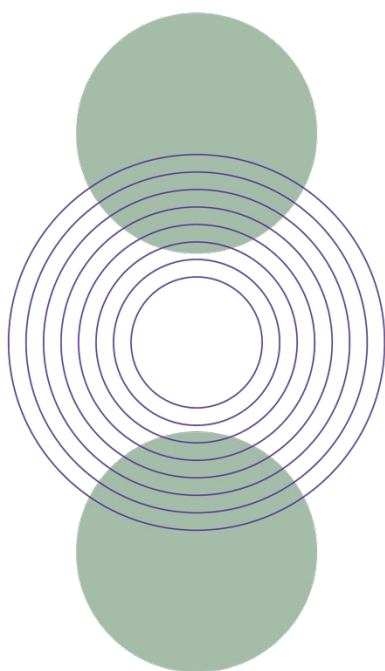
Table 1. Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)	350
Table 2. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist (COREQ).....	352
Figura 1. Representación simbólica de los activos en los ejes de formalidad y proximidad percibidos por las personas jóvenes	193
Figura 2. Diagrama de flujo de las relaciones entre activos para la respuesta a la VS	197

Anexo 2. Material del conjunto de la investigación, complementario a la discusión integradora

Tabla I. Barreras en el acceso y la respuesta de recursos sociosanitarios a la VPM, identificadas por los y las profesionales en el artículo 1 mediante el análisis de contenido [Resumen]	355
Tabla II. Barreras en el acceso y la respuesta de recursos sociosanitarios a la VPM, identificadas por las personas participantes en el artículo 2 mediante el análisis temático teórico (modelo de servicios amigables de la OMS) [Resumen]	356
Tabla III. Aspectos clave para mejorar la accesibilidad de los recursos de VPM, identificados por los y las profesionales del artículo 1 [Resumen].....	357
Tabla IV. Barreras en el acceso y la respuesta de los recursos sociosanitarios a la VS, identificadas por las personas participantes en el artículo 3 mediante el análisis temático inductivo [Resumen]	358
Tabla V. Activos para el acceso y la respuesta de los recursos sociosanitarios a la VS, identificados por las personas participantes en el artículo 4 mediante el análisis temático teórico e inductivo, con la adaptación del método comparativo constante [Resumen]	361
Tabla VI. Cambios necesarios para mejorar la respuesta sociosanitaria a la VPM en base al modelo de servicios amigables de la OMS.....	364

1

Introducción



1.1. Marco conceptual: violencia contra la mujer, violencia de género, violencia de pareja contra las mujeres y violencia sexual

En el año 1975 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) comenzó a celebrar conferencias mundiales sobre la mujer¹, en las cuales se fueron tratando distintos asuntos para luchar contra la discriminación que sufren las mujeres a nivel mundial. En concreto, se considera que la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing (1995), fue un punto de inflexión para la lucha por la igualdad de género a nivel global. La violencia contra la mujer fue una esfera crucial que se abordó en esta conferencia [1], si bien dos años antes, en 1993, en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, la ONU definió la *violencia contra la mujer* 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 en la privada» [2].

Esta violencia, en dicha declaración, «abarca con carácter no limitativo, la violencia física, sexual y psicológica que se produce en el seno de la familia o de la comunidad, así como la perpetrada o tolerada por el Estado» [3].

Además, en esta declaración (1993) se reconoció que la violencia contra la mujer es el resultado de la desigualdad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, siendo esta violencia un mecanismo social por el cual las mujeres se encuentran en una situación de subordinación con respecto a los hombres. Por ello, se considera una *violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales* [3], ya que ha conducido a la dominación y a la discriminación de las mujeres. Además, es una violencia generalizada en las sociedades, trascendiendo las distintas clases sociales, culturas, poder adquisitivo, formación, etc. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también considera esta violencia un *problema grave de salud pública*, especialmente la violencia de pareja (VP) y la violencia sexual (VS) contra las mujeres [4].

En el contexto europeo, en 2011 los Estados miembros del Consejo de Europa firmaron el Convenio de Estambul [5], con el objetivo de hacer frente a la violencia contra las mujeres.

¹ Se celebraron cuatro conferencias mundiales sobre la mujer: Ciudad de México (1975), Copenhague (1980), Nairobi (1985) y Beijing (1995). Posteriormente, se realizan asambleas cada cinco años para llevar a cabo un examen con la revisión y evaluación de lo acordado en las conferencias.

También se reconoció esta violencia como una forma de discriminación y una violación de los derechos humanos. Además, fue el primer tratado internacional que emplea el concepto de *género*, reconociendo que los hombres y las mujeres también se diferencian por funciones, roles, actividades y comportamientos socialmente contruidos. Por ello, se definió la *violencia contra las mujeres* como:

«todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada» [5].

También se definió la *violencia contra las mujeres por razones de género* como «aquella violencia contra la mujer porque es mujer o que afecte a las mujeres de manera desproporcionada» [5]. En España, en 2004 ya se hizo referencia a la *violencia de género* (VG) con la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género [6]. Esta ley fue una estrategia pionera para la atención a la violencia de género, reconocida por algunas instituciones del marco europeo e internacionales, como la ONU. De acuerdo con otras investigaciones, esta ley ha supuesto un incremento de la conciencia social sobre la violencia machista o VG, así como una garantía de la protección legal de las mujeres víctimas de VG con la institucionalización de la lucha contra la VG [7]. En esta ley se definió la VG como «una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de sus derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión». Además, se considera «una manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder entre hombres y mujeres» en nuestra sociedad [6]. El objeto de esta ley es actuar sobre la violencia ejercida hacia mujeres, sus familiares o personas allegadas menores de edad, por cónyuges o excónyuges o personas con relaciones similares de afecto, aunque no haya convivencia.

Esta tesis doctoral se centra en dos tipos de violencia contra las mujeres, la violencia de pareja (VP) y la violencia sexual (VS) ejercidas contra las mujeres por los hombres.

En primer lugar, la VP contra las mujeres (VPM) incluye aquellos comportamientos de la pareja o expareja que causan daño físico, sexual y/o psicológico, incluidas la agresión física, el maltrato emocional, las prácticas de control, la violencia económica y la coacción sexual [8]. También tiene un impacto negativo sobre el bienestar físico y mental de los niños y las niñas que experimentan esta violencia en el hogar [8].

En segundo lugar, la VS se considera todo acto o intento de consumir un acto sexual forzado físicamente o coaccionado sin consentimiento expreso [9]. También, se considera VS comentarios e insinuaciones no deseadas, o acciones para comercializar y/o utilizar la sexualidad de una persona mediante la coacción (presión psicológica, extorsión, amenazas, etc.) [9-11]. Se puede producir en múltiples ámbitos, incluido el digital, e independientemente de la relación con la víctima [9-11]; por eso, puede ocurrir dentro de una relación de pareja establecida (VS-VPM) o fuera de la pareja (VS sin pareja), por desconocidos o conocidos [9-11]. VS pueden sufrir tanto mujeres como hombres, si bien, a nivel internacional, la encuesta nacional de VP y VS realizada en Estados Unidos (EE. UU.) [12] muestra que las mujeres experimentan en mayor medida algún tipo de VS^{II} a lo largo de su vida frente a los hombres (36,3 % vs. 17,1 %, respectivamente). En el caso de las violaciones la diferencia es mayor (19,1 % vs. 1,5 %, respectivamente). En España también se observa una mayor prevalencia de VS, en los últimos doce meses, en mujeres (10,5 %) que en hombres (6,8 %) [13]. Además, el informe sobre delitos de la libertad sexual^{III} de 2022, realizado en el contexto español, muestra cómo el 82 % de las víctimas son mujeres, frente al 18 % de hombres. Asimismo, el 94 % de las personas que cometen los delitos son hombres [14].

Dado que la VS es muy amplia, esta tesis doctoral se ha enfocado principalmente en la VS contra la mujer y la cultura de la violación, entendidas como el entorno social que normaliza y justifica la VS culpabilizando a la mujer. Tiene su origen en el patriarcado y se sustenta en las desigualdades y mitos persistentes respecto al género y la sexualidad [3].

1.2. Características de la violencia de pareja y la violencia sexual en la población joven

Una vez contextualizados los diferentes tipos de violencia contra las mujeres que se tratan en esta tesis doctoral (VPM y VS), se hace necesario destacar que en la población joven estos tipos de VG suelen presentar algunas características distintas a otros grupos de población. Se conoce como *violencia en el noviazgo* (*dating violence*) a una serie de comportamientos dañinos (psicológicos, físicos o sexuales) dirigidos a la pareja entre adolescentes y personas jóvenes [15, 16]. Aunque este tipo de violencia pueda ser recíproca, la violencia ejercida por mujeres suele ser de forma reactiva, mientras que en los hombres

^{II} Se refiere a violencia sexual de contacto, que incluye: la violación, la imposición de penetrar a otra persona, la coacción sexual y/o el contacto sexual no deseado.

^{III} Incluye: agresión y abuso sexual, agresión y abuso sexual con penetración, exhibicionismo, contacto tecnológico <16 años, corrupción de menores/incapacitados, provocación sexual, acoso sexual, pornografía de menores, delitos relativos a la prostitución.

jóvenes es proactiva como forma de control [17, 18]. En España, varios estudios realizados muestran mayores tasas de perpetración en hombres jóvenes [15, 19, 20] y de victimización en mujeres [15, 21]. De hecho, las consecuencias son peores en las mujeres jóvenes [22].

La violencia psicológica hacia las mujeres jóvenes se caracteriza por conductas de control [23], violencia verbal-emocional [15] y desapego [24] hacia las víctimas. Además, entre las personas jóvenes la agresión verbal-emocional es la forma de violencia más aceptada [25]. A esto se unen los comportamientos de coacción o humillantes, que suelen pasar desapercibidos, si no son muy evidentes [26–28]. Esta normalización de la violencia durante estas edades es la consecuencia de algunos mitos del amor romántico. Por ejemplo, se considera que es normal sufrir por amor [29], o que los celos y actitudes controladoras son parte del enamoramiento [26, 30–32]. A esto se añade la violencia en el noviazgo ejercida *online*, incluyendo comportamientos dañinos, insultos, amenazas y formas de control, mediante mensajes o imágenes a través de las redes sociales u otras herramientas/aplicaciones de Internet [33].

La violencia física suele ser reconocida con mayor facilidad por las mujeres jóvenes [24]. En cambio, la violencia sexual en la pareja no se identifica siempre como abuso. «Seguir la corriente» o «complacer a la pareja» son conductas normalizadas entre jóvenes [24], y muchas mujeres muestran dificultades para reconocer dicha violencia ante una relación sexual no deseada [34]. Un estudio realizado en España identificó que la victimización sexual dentro de la pareja, en mujeres universitarias, se caracterizaba en mayor medida por la coerción sexual y el contacto sexual no deseado [35]. Otros estudios relacionan esto con las creencias heteronormativas que promulgan la dominación sexual de los hombres hacia las mujeres, y la finalidad del sexo como satisfacción masculina. Estas creencias se encuentran presentes en productos culturales (música, películas, videos, etc.), teniendo la pornografía una importante influencia [36, 37]. En esta línea, se ha visto que mujeres jóvenes que asumen un rol de género más tradicional, caracterizado por la pasividad y la sumisión, pueden sufrir una mayor victimización sexual dentro de la pareja [24].

Como se ha visto, la violencia en el noviazgo entre adolescentes y jóvenes es un fenómeno de estudio reciente [15, 18, 38, 39]. Ello viene justificado por dos razones: en primer lugar, por las diferencias que se han encontrado en la VPM y la VS en jóvenes con respecto a la VPM en parejas adultas heterosexuales [15, 18, 38, 39]; y, en segundo lugar, por el impacto de la violencia en las primeras relaciones sobre el bienestar y la salud de las mujeres jóvenes el resto de su vida [16, 22]. Por ese motivo, las mujeres adolescentes y jóvenes son un colectivo vulnerable ante la VPM y la VS [10, 22, 40–46].

1.3. Datos epidemiológicos de la prevalencia de violencia de pareja y violencia sexual en población joven en España

La última Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (España, 2019) recoge los datos de prevalencia de estos tipos de violencia en las mujeres entre 16-24 años (ver Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de VPM y VS en mujeres jóvenes (16-24 años) y mujeres ≥ 25 años

		PREVALENCIA DECLARADA	
		16-24 años	≥ 25 años
Violencia de pareja contra las mujeres (VPM) a lo largo de su vida	VPM física y/o sexual ***	19,3 %	14,4 %
	VPM física *	13,9 %	11,1 %
	VPM sexual *	12,4 %	8,9 %
	VPM psicológica (emocional, control, económica, miedo) ***	46,1 %	31,9 %
	Control***	43,8 %	26,5 %
	Emocional ***	29,6 %	23,6 %
	Económica ^{ns}	9,8 %	12,2 %
	Miedo **	18,1 %	14,0 %
Violencia sexual (VS) contra las mujeres a lo largo de su vida	VS fuera de la pareja ***	11 %	6 %
	VS en el contexto de la pareja *	12,4 %	8,9 %
	Violación por una persona distinta a su pareja **	3,5 %	2,1 %
	En alguna ocasión ***	60,5 %	38 %
	Acoso sexual Antes de cumplir 15 años ***	38 %	16,6 %

Fuente: Elaboración propia con datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer, España [23]. Nota:
*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; ns = no significativo.

En cuanto a la VPM, las jóvenes presentan mayor prevalencia declarada en todos los tipos de VPM que las mujeres de más de 25 años, excepto en la económica [23]. Hay que destacar que, dentro de la violencia psicológica de control, algunos comportamientos ocurren con mayor frecuencia en jóvenes que en mujeres ≥ 25 años. Estas diferencias son estadísticamente significativas cuando se habla de los celos, de impedir que vea a sus amistades o del control situacional, es decir, dónde se está en cada momento, o pedir permiso para hacer algo por su cuenta. En cambio, impedir que la mujer se relacione con su familia no sucede con mayor frecuencia en jóvenes [23]. En cuanto a la VS, el 13,7 % de las mujeres residentes en España declara haber sufrido VS a lo largo de su vida por cualquier persona (pareja actual, parejas pasadas o fuera de la pareja) [23, 47]. Además, las

jóvenes también han declarado con mayor frecuencia los distintos tipos de VS, tanto en la pareja como fuera de una relación, incluso el acoso sexual y la violación [23] (ver Tabla 1).

1.4. Recursos sociosanitarios disponibles para las mujeres en España.

Accesibilidad y utilización por parte de mujeres jóvenes

Los recursos sociosanitarios en España para dar respuesta a las víctimas de VG se basan en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género^{IV}. En esta ley se reconoce que las mujeres que han sufrido VG tienen derecho a recibir información, asesoramiento, atención de emergencia de apoyo, de acogida y recuperación integral a través de organismos u oficinas de las Administraciones públicas [6]. Por ese motivo, se han ido articulando recursos sociosanitarios que dieran respuesta a las mujeres víctimas de VG a nivel estatal, autonómico, provincial y municipal [48]. En el ámbito estatal se encuentran los servicios de información telefónica y algunas páginas web, cuya finalidad es facilitar información [49, 50] o ayudar en la búsqueda de distintos tipos de recursos de apoyo cercanos geográficamente [51] (ver Figura 1).

A nivel autonómico, cada Administración debe ofrecer un listado genérico de recursos [48]. Este listado también puede incluir servicios a nivel provincial y municipal. Estos recursos pertenecen a varios ámbitos: 1) ámbito sanitario; 2) Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE); 3) ámbito legal y judicial; 4) ámbito de atención psicosocial (ver Figura 2). Además, las comunidades autónomas (CC. AA.) deben facilitar material informativo con las guías de los recursos e información dirigidos a las mujeres víctimas [48]. El tipo de recursos a los que acceden las mujeres pueden ser: formales, donde la atención es brindada por profesionales de diferentes sectores (servicios sociales, de salud, legales, organizaciones, etc.), o la red de apoyo informal, que son personas del entorno cercano a la víctima (familiares, amistades, profesorado, etc.) [23, 52, 53].

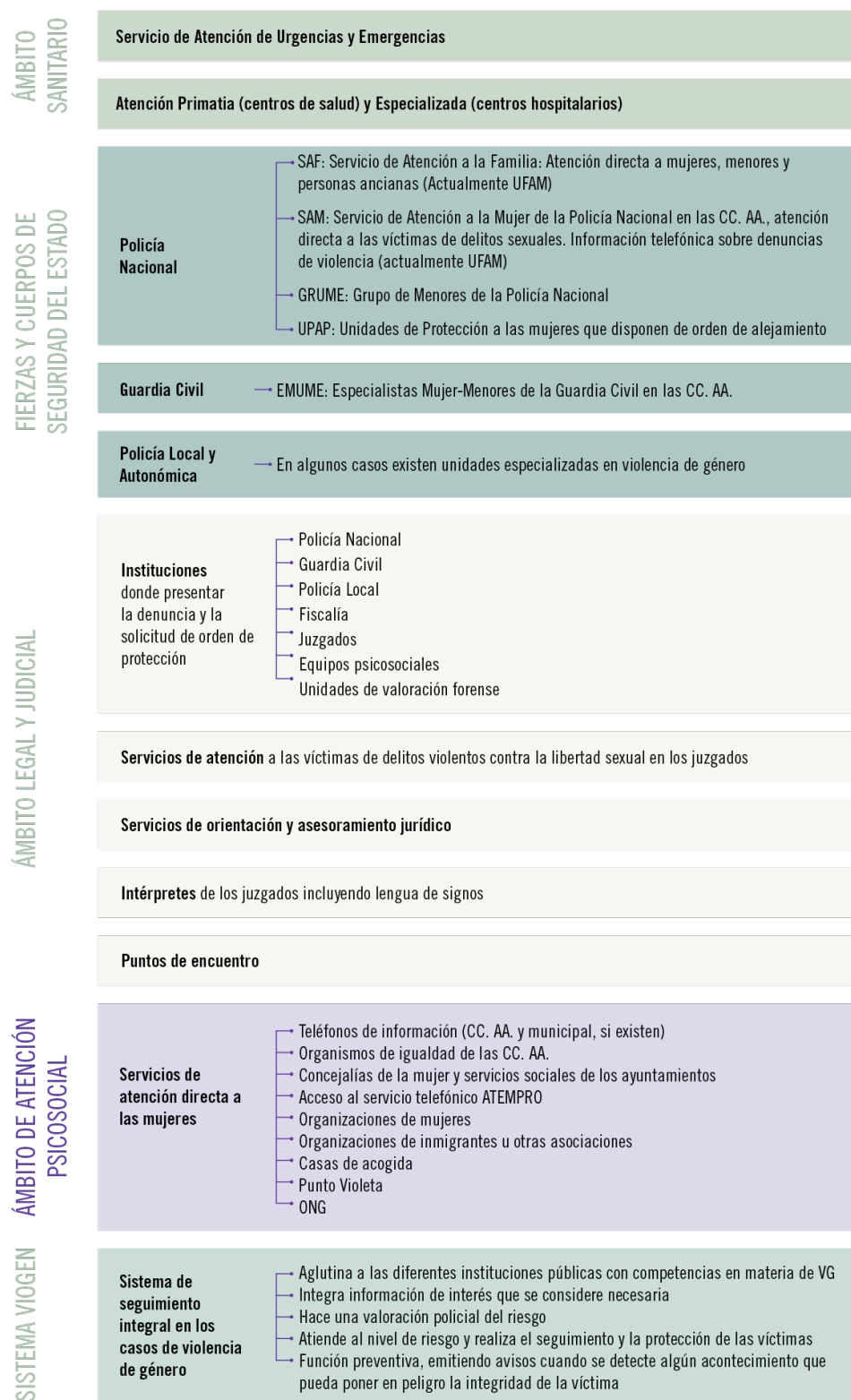
^{IV} Los datos de los recursos son de cuando se realizaron los estudios de esta tesis doctoral. Debido a la nueva legislación, Ley Orgánica 10/2022, de garantía integral de la libertad sexual, ha habido algunos cambios.

Figura 1. Servicios de información

SERVICIOS DE INFORMACIÓN TELEFÓNICA Y EN LÍNEA	Servicio Telefónico de Atención y Protección para víctimas de Violencia contra las Mujeres (ATENPRO)	Ofrece una atención inmediata a las mujeres las 24 horas al día todos los días. Las mujeres ante cualquier evento o emergencia pueden solicitar ayuda y entran en contacto con personal adecuado a dar respuesta a sus necesidades	900 22 22 92 https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacion-3/recursos/servicioTecnico
	Servicio de telefónico y on-line de información, de asesoramiento jurídico y atención psicosocial inmediata para las víctimas de VG	Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género: servicio gratuito en diferentes idiomas y accesible para personas con discapacidad auditiva y/o del habla y baja visión	016 ☎ 600 000 016 Chat online: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacion-3/recursos/telefono016 ✉ 016-online@igualdad.gob.es DTS o teléfono de texto: 900 116 016 Atención a personas con discapacidad auditiva o del habla: https://www.telesor.es
	Servicio de información y Asesoramiento de carácter general del Instituto de la Mujer	Ofrece información sobre los derechos de las mujeres relacionados con la igualdad, seguridad social, familia, consumo etc., y orientación sobre recursos de igualdad disponibles, así como consultas de orientación jurídica en estos ámbitos	900 191 010 Atención a personas con discapacidad auditiva y/o del habla: https://www.telesor.es Consultas online generales o jurídicas: https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/servInformacion/home.htm
	Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias		112
	Policía Nacional		091
PÁGINAS WEB	Guardia Civil		062
	Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud	Información y acceso a documentos para profesionales	https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicvgt/home.htm
	Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género del Ministerio de Igualdad	Web que contiene información sobre violencia de género y otras formas de violencia contra la mujer como la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, así como la mutilación genital femenina	https://violenciagenero.igualdad.gob.es
	Web de Recursos de apoyo y Prevención ante los Casos de violencia de género (WRAP)	Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género: permite acceder de forma interactiva con mapas y descripciones detalladas de los servicios disponibles en situaciones de violencia contra las mujeres. Estos servicios son ofrecidos por las administraciones públicas y entidades sociales, tanto para el apoyo de las víctimas como la prevención de la violencia.	https://wrap.igualdad.gob.es/recursos-vgd/search/SearchForm.action;jsessionid=-FEC0D581E468FDDE5057B22F7CE355B2.worker1
	Observatorio contra la violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial	Información y acceso a protocolos y guías para el personal de las administraciones públicas y servicios implicados que permita mejorar la prevención, protección y acompañamiento de las víctimas	https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/El-Observatorio-contra-la-violencia-domestica-y-de-genero

Fuente: Elaboración propia con la recopilación de los diferentes recursos [48–51].

Figura 2. Recursos sociosanitarios que intervienen en la atención a la violencia contra las mujeres en España



Fuente: Adaptado del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2012 [48, 54, 55].

El acceso y uso de estos recursos de ayuda es diferente entre las personas jóvenes con relación a las personas adultas, como han demostrado algunos estudios [23, 52, 56, 57]. La población joven tiende a buscar apoyo en su entorno cercano, es decir, familia y amistades (redes de apoyo informales) [52, 57–60], en vez de en los recursos formales dedicados a dar respuesta a este problema, descritos en la Figura 2. En concreto, en cuanto a la VPM, un estudio realizado en España [52] que exploraba las estrategias de búsqueda de ayuda mostró que las mujeres jóvenes víctimas de VPM utilizan los recursos formales en menor medida que otros grupos de edad. Las jóvenes acuden más a los servicios de psiquiatría/psicología, siendo los servicios jurídicos y/o sociales los menos utilizados por ellas [52]. Esto también se refleja en los datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2019 [23]. Las jóvenes también acudieron menos a los recursos de apoyo formal (27,2 %) que el resto de las mujeres (33,3 %). Dentro de los recursos formales, se observó que la utilización de atención psicológica o psiquiátrica es muy similar en ambos grupos de edad. En cambio, se produce una menor asistencia a los servicios médicos y sociales por parte de las mujeres jóvenes (6,6 % y 4,7 %, respectivamente) frente a las mujeres ≥ 25 años (11,8 % y 8,5 %, respectivamente). Además, las jóvenes denuncian en menor medida que las mujeres ≥ 25 años (14,5 % vs. 22,6 %). Por el contrario, cuando se habla de la red de apoyo informal ocurre lo opuesto; las jóvenes cuentan a su entorno haber sufrido VPM en mayor medida (89,7 %) que el resto de las mujeres (75,7 %) [23].

En cuanto a la VS sufrida fuera de la pareja, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la asistencia a los servicios de ayuda formal ni en la tasa de denuncia entre mujeres jóvenes y aquellas ≥ 25 años [23]. No obstante, sí hubo significación estadística cuando las jóvenes acuden a la red de ayuda informal tras sufrir VS fuera de la pareja o acoso sexual. Las mujeres entre 16-24 años suelen contar en mayor medida a su entorno cercano lo sucedido que las mujeres adultas (84,8 % vs. 70,1 % en VS fuera de la pareja; 68,5 % vs. 55,9 % en acoso sexual) [23].

Encontrar las causas para explicar los datos mencionados anteriormente ha sido el objeto de estudio de diferentes investigaciones comentadas a continuación. En el contexto sueco, se realizó un estudio para explorar la falta de adaptación de los recursos sanitarios a la población joven, y así mejorar el uso y el acceso de este grupo poblacional a la atención de salud [61].

En el campo de la VPM, algunos de estos obstáculos son la normalización de la violencia dentro de las relaciones de noviazgo y la información insuficiente sobre los recursos disponibles [61, 62]. A esto se une la escasa formación profesional para abordar este

problema en la juventud, así como la falta de concienciación y formación sobre la VPM por parte de los y las profesionales [62-66].

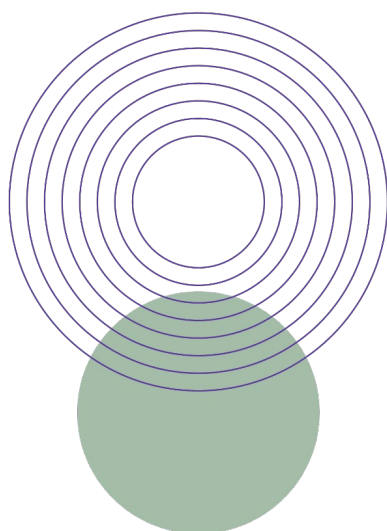
Cuando se habla de VS, se han encontrado barreras que se repiten, como la naturalización de la VS en las relaciones entre jóvenes y la falta de información acerca de los recursos [59, 67-70]; y a esto se añade la mayor estigmatización que produce la VS [71]. Esto provoca diferentes reacciones a la hora de buscar apoyo [71]. Además, otro obstáculo es la desconfianza por parte de las personas jóvenes hacia los recursos formales y sus profesionales, ya que son personas extrañas, ajenas a su círculo social próximo [59, 69, 72].

Por otro lado, encontrar factores que faciliten el acceso a los recursos formales ha sido el objeto de estudio de otras investigaciones. En la VPM, se han identificado como facilitadores los siguientes factores: promoción de grupos entre víctimas de VP jóvenes, sensibilización de la comunidad en relación con la VG y buena coordinación multidisciplinar, basada en la utilización de protocolos [64, 73].

Otros estudios han identificado facilitadores en la atención a víctimas jóvenes de VS que podrían mejorar la atención en los recursos formales. Se destaca la presencia de personal empático que preserve la confidencialidad en un entorno cómodo y seguro [58], la existencia de instalaciones de apoyo para acudir ante una agresión, así como la divulgación de recursos mediante el uso de las nuevas tecnologías [67, 74, 75].

2

Marco teórico



2.1. Marco teórico de Aday y Andersen para el acceso a la atención sanitaria

Aday y Andersen (1974) trataron de conceptualizar y poner en práctica el «acceso» a la atención médica. Lo hicieron a través de un marco teórico integrado para el estudio del acceso a los servicios, determinando diferentes indicadores empíricos del concepto de acceso y explicando cómo estos pueden derivarse de él [76].

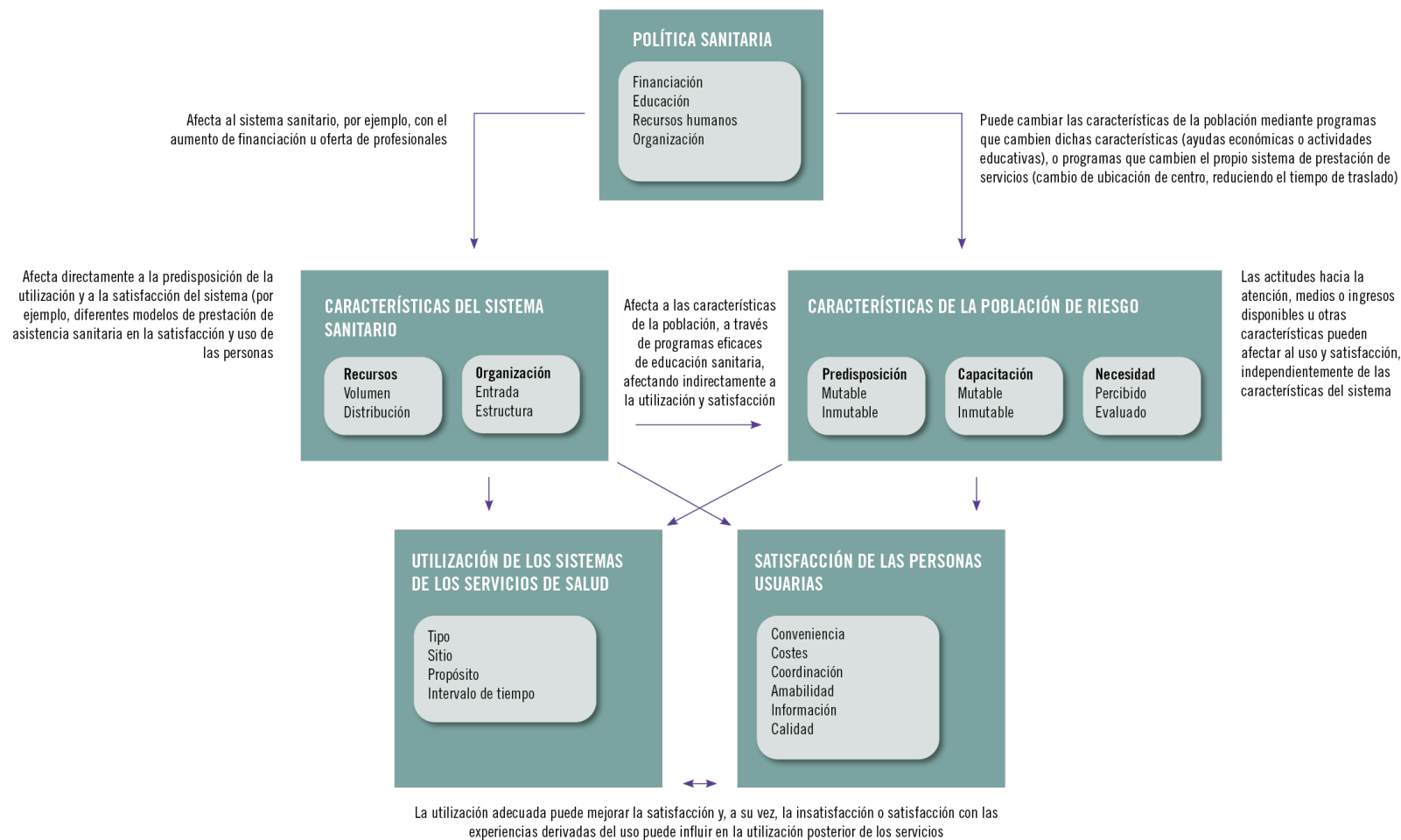
Este marco conceptualiza el acceso como un proceso que va desde los objetivos de la política sanitaria, pasando por las características del sistema sanitario y de la población de riesgo (*inputs* o entradas), hasta los resultados (*outputs* o salidas), que son la utilización real de los servicios sanitarios y la satisfacción de los usuarios y usuarias [76]. Así, el acceso a la atención a la salud estaría determinado por estas cinco variables que interaccionan entre sí. Las políticas de salud determinan las características del sistema de salud y las de la población de riesgo, y estas a su vez influyen en la utilización de los servicios y la satisfacción de las personas usuarias (ver Figura 3). A continuación, se explican detalladamente dichas variables:

- **Política sanitaria:** se considera el punto de partida para el acceso, ya que tiene un efecto directo sobre el mismo. Para mejorar el acceso, considerado un objetivo importante de muchas políticas de salud, se han introducido programas de financiación, educación, recursos humanos y reorganización sanitaria (ver Figura 3).
- **Características del sistema sanitario:** se caracteriza por dos elementos principales: los recursos y la organización (ver Figura 3).
 - En los *recursos* se incluye el personal de salud, las estructuras que proporcionan cuidados en salud y educación, el equipo y los materiales. En resumen, son el trabajo y el capital que se usa en la asistencia.
 - La *organización* es cómo el sistema gestiona los recursos, es decir, cómo se coordinan el personal y las instalaciones para la prestación de servicios. En la organización destacan dos componentes: 1) la *entrada*, que es el proceso por el cual la persona usuaria tiene acceso al sistema de atención (tiempo de viaje, tiempo de espera, etc.); y 2) la *estructura*, que son las características del sistema que determinan lo que le sucede a la persona usuaria después de su entrada en el sistema (el personal profesional que ve, cómo se le trata, etc.).
- **Características de la población de riesgo:** se definen en función de tres componentes: predisposición, capacitación y necesidad, descritos como determinantes individuales de la utilización [77]. La *predisposición* incluye variables que describen la «propensión» que tienen las personas a utilizar esos servicios. La *capacitación* engloba los «medios»

que tienen esas personas para utilizar los servicios. Estos medios pueden ser tanto de la persona o familia (ingresos, cobertura del seguro, etc.), como de la comunidad en la que vive la persona (región, zona rural o urbana). El componente de *necesidad* se refiere al nivel de enfermedad (o problema) que sufre la persona, ya que es la causa que promueve el uso de los recursos. Esta necesidad puede ser percibida por la persona y evaluada por el sistema de prestación de servicios (ver Figura 3).

- **Utilización de los servicios de salud:** es una medida que sirve para validar de forma externa el efecto de las características (de la población de riesgo y del sistema de prestación) sobre la entrada o no de personas en la red de recursos. Esta utilización puede caracterizarse en términos de: *tipo* de servicio utilizado, *sitio* o *lugar* donde se produce la atención, *propósito* de la atención (preventivo, curativo o de estabilización del problema), e *intervalo de tiempo* involucrado en una visita. Este último puede expresarse en medidas de contacto, volumen o continuidad. El *contacto* pretende determinar quién entra, y quién no, al sistema en un periodo determinado. El *volumen* hace referencia al número de contactos y de consultas de seguimiento en un intervalo de tiempo determinado, permitiendo averiguar quién entra en el sistema y la frecuencia con la que lo utiliza. Por último, la *continuidad* es el grado de vinculación y coordinación de los servicios en relación con un determinado episodio (experiencia o enfermedad). Resulta importante porque si el proceso de recibir asistencia se encuentra fragmentado y mal organizado, se considera que las personas, a pesar de entrar en el sistema, no tienen un acceso adecuado a los servicios para cubrir sus necesidades. La continuidad apropiada permite alcanzar el «nivel de integración» adecuado del proceso de obtención de asistencia (ver Figura 3).
- **Satisfacción de las personas usuarias:** se refiere a las actitudes que tienen aquellas personas que han experimentado un contacto con el sistema de atención. En este caso se mide la satisfacción de los usuarios y usuarias con la cantidad o la calidad de la atención realmente recibida. Para medirla se tienen en cuenta las siguientes características: la *conveniencia* de la atención, su *coordinación* y *coste*, la *amabilidad* mostrada por el personal de los servicios, la *información* al usuario o usuaria sobre cómo afrontar su problema, y su opinión sobre la *calidad* de la atención recibida [78] (ver Figura 3).

Figura 3. Marco teórico de Aday y Andersen (1974)



Fuente: Adaptado y traducido del marco teórico de Aday y Andersen [76].

Aday y Andersen (1972) establecen dos categorías de indicadores sociales que pueden relacionarse con el marco presentado. Estos son los indicadores de proceso y de resultado [79]. Los *indicadores de proceso* reflejan las características del sistema de prestación de servicios y de la población de riesgo (a su vez, estas características influyen en la entrada al sistema y en la satisfacción). Estos indicadores pueden clasificarse en función de su grado de manipulación por parte de la política sanitaria. Las *características mutables*, que pueden alterarse, influyen en la utilización o en la satisfacción (distribución del personal, cobertura económica, etc.). En cambio, las *características inmutables* sirven para definir las poblaciones destinatarias (en función de edad, sexo, etc.). El acceso en estos grupos poblacionales puede diferir y, por tanto, las políticas sanitarias deben dirigirse a ellos, facilitando su acceso, por ejemplo, cambiando algunas características del sistema (mutables). Los *indicadores de resultado* son aquellos relacionados con la utilización y la satisfacción, ya que reflejan los productos finales de las políticas instauradas para mejorar el «acceso». Estos indicadores miden el uso y la satisfacción, como se ha descrito anteriormente. Además, pueden incluir descriptores objetivos y subjetivos, tanto de la entrada como del paso de las personas usuarias en el sistema de prestación de servicios.

Este modelo se ha empleado principalmente en el ámbito de la atención sanitaria para evaluar el acceso, dependiendo de las diferentes características de la población de riesgo [80, 81]. Es un modelo que se ha aplicado en la salud sexual y reproductiva [82] y en población joven [83–86]. En España se ha utilizado para evaluar el acceso a los recursos sociosanitarios de la población inmigrante [87, 88] o de personas de etnia gitana [89], así como para evaluar los cambios en el acceso al sistema sanitario tras la pandemia de la covid-19 [90]. En el ámbito de la VPM también ha sido empleado para analizar la perpetración de dicha violencia, su relación con el consumo de sustancias y la salud mental, así como con las diferencias raciales o étnicas [89, 91, 92], si bien no tenemos constancia de que haya sido un modelo aplicado para el estudio del acceso a recursos sociosanitarios ante VS.

2.2. Modelo de servicios amigables de la Organización Mundial de la Salud

Para mejorar la calidad de la prestación de los servicios sociosanitarios en la población juvenil, la OMS diseñó un modelo para que los gobiernos pudieran aplicarlo en sus políticas y estrategias sanitarias, con el fin de adaptar la atención a las necesidades de este colectivo. De esta forma, desarrollaron las directrices para que los servicios de salud, de distintos países, fueran «amigables» con la juventud [93]. La OMS desarrolló este modelo en servicios del área de salud sexual y reproductiva, que cobra mayor relevancia a partir de

la adolescencia [93], ya que su utilización tiene efectos positivos sobre la salud de dicho colectivo [72, 93, 94]. Se establecieron cinco dimensiones para asegurar la calidad, por lo que un servicio amigable debe ser [93]:

1. **Accesible:** las personas jóvenes son capaces de hacer uso de los servicios sociosanitarios que tienen a su disposición.
2. **Aceptable:** las personas jóvenes quieren y están dispuestas a obtener dichos servicios.
3. **Equitativo:** todas las personas jóvenes pueden disponer de dichos servicios independientemente de su estatus o condición social.
4. **Apropiado:** los servicios aportan todo lo que puedan necesitar las personas jóvenes.
5. **Efectivo:** los servicios se brindan de una forma correcta haciendo una contribución positiva para la salud.

La OMS define una serie de características que cada dimensión debe presentar para conseguir que los servicios sean amigables (ver Figura 4) [93]. También se ha empleado para valorar la calidad de la atención sanitaria [61, 95-97], así como en la Atención Primaria [98, 99]. En los ámbitos específicos de la VPM y la VS no tenemos constancia de que haya sido utilizado anteriormente.

Figura 4. Características de las dimensiones del modelo de servicios amigables de la OMS

ACCESIBLE	ACEPTABLE	EQUITATIVO	APROPIADO	EFFECTIVO
Existen políticas y procedimientos para garantizar que la prestación de servicios sea gratuita o asequible para las personas jóvenes	Existen políticas y procedimientos para garantizar la confidencialidad de las personas usuarias	Existen políticas y procedimientos para garantizar que la prestación de servicios no esté restringida en ningún caso	Los servicios de salud y sociales necesarios para satisfacer las necesidades de todas las personas jóvenes se brindan en el centro o mediante medios de derivación	Los y las profesionales tienen las competencias necesarias
El punto de prestación de servicios sociosanitarios tiene horarios convenientes	El punto de prestación de los servicios de salud y sociales garantiza la privacidad	El personal proveedor de atención cualificada trata a todas las personas jóvenes con el mismo cuidado y respeto independientemente de su condición		Los y las profesionales utilizan protocolos y pautas basados en la evidencia para brindar servicios
Que estén bien informadas sobre los distintos servicios disponibles (de salud y sociales) y cómo obtenerlos	El punto de prestación de servicios tiene que ser un entorno limpio y atractivo	El personal de apoyo trata a todas las personas jóvenes con el mismo cuidado y respeto independientemente de su estatus		Los y las profesionales pueden dedicar el tiempo adecuado a las personas jóvenes
Las personas de la comunidad comprenden los beneficios que obtendrá el colectivo joven al acudir a los servicios sociosanitarios y apoyan su prestación	El punto de prestación de servicios garantiza las consultas con un tiempo de espera corto, con o sin cita previa, y, en caso necesario, con derivación rápida			Los puntos de prestación de servicios sociosanitarios cuentan con el equipo, los suministros y los servicios básicos necesarios para brindar los servicios de salud requeridos
Jóvenes, así como las personas que forman la comunidad y el personal de otros ámbitos, proporcionan algunos servicios de salud o sociales a las personas jóvenes en su comunidad	El punto de prestación de servicios proporciona información utilizando una gran variedad de métodos			
	El personal de los servicios no juzga, es considerado y muestra una relación cercana y fácil			
	Las personas jóvenes participan activamente en la evaluación y prestación de servicios			

Fuente: Adaptado y traducido del modelo de servicios amigables de la OMS [93].

2.3. Modelo de la cobertura efectiva

En 1978, Tanahashi definió varios conceptos en relación con la cobertura:

«La *cobertura de los servicios sanitarios* se considera un concepto que expresa el grado de interacción entre el servicio y las personas a las que va destinado, interacción que no se limita a un aspecto concreto de la prestación del servicio, sino que abarca todo el proceso, desde la asignación de recursos hasta la consecución del objetivo deseado» [100].

Este autor diferencia la *cobertura potencial*, que es «aquella relacionada con la capacidad del servicio», de la *cobertura real*, «aquella relacionada con el rendimiento del servicio». La relación entre dicha capacidad del servicio y su producción es lo que denomina *utilización o aprovechamiento del servicio*, que no debe confundirse con el término cobertura [100]. Tanahashi identifica cinco etapas que conducen sucesivamente a una intervención sanitaria deseada (ver Figura 5). La última etapa mide «el número de personas que han recibido un servicio satisfactorio», es decir, «personas que reciben *efectiva* atención sanitaria» (*people who receive effective care*), a lo que denomina *cobertura de eficacia* (*effectiveness coverage*). En esta etapa se alcanzaría el rendimiento de un servicio que se valoraría como satisfactorio en función de si logra un resultado específico [100].

Posteriormente, en otras investigaciones [101–105] se ha ido utilizando este modelo, surgiendo en la literatura el término *cobertura efectiva* (*effective coverage*), que fue usándose en referencia al concepto de cobertura de eficacia inicial de Tanahashi [101–105]. Por tanto, la cobertura efectiva sería la atención satisfactoria y de calidad tras la utilización de un servicio, en aquella población que necesita una intervención [101–105]. Es decir, se produce una fusión entre utilización y calidad [105]. Este concepto se puede aplicar a servicios sanitarios individuales o a intervenciones de salud pública [105]. Además, para ciertos autores y autoras, esa calidad se debe alcanzar con la cantidad mínima de recursos y procesos necesarios para conseguir los efectos en la salud requeridos [103, 105].

Figura 5. Relaciones entre el proceso de presentación de servicios y las mediciones de la cobertura

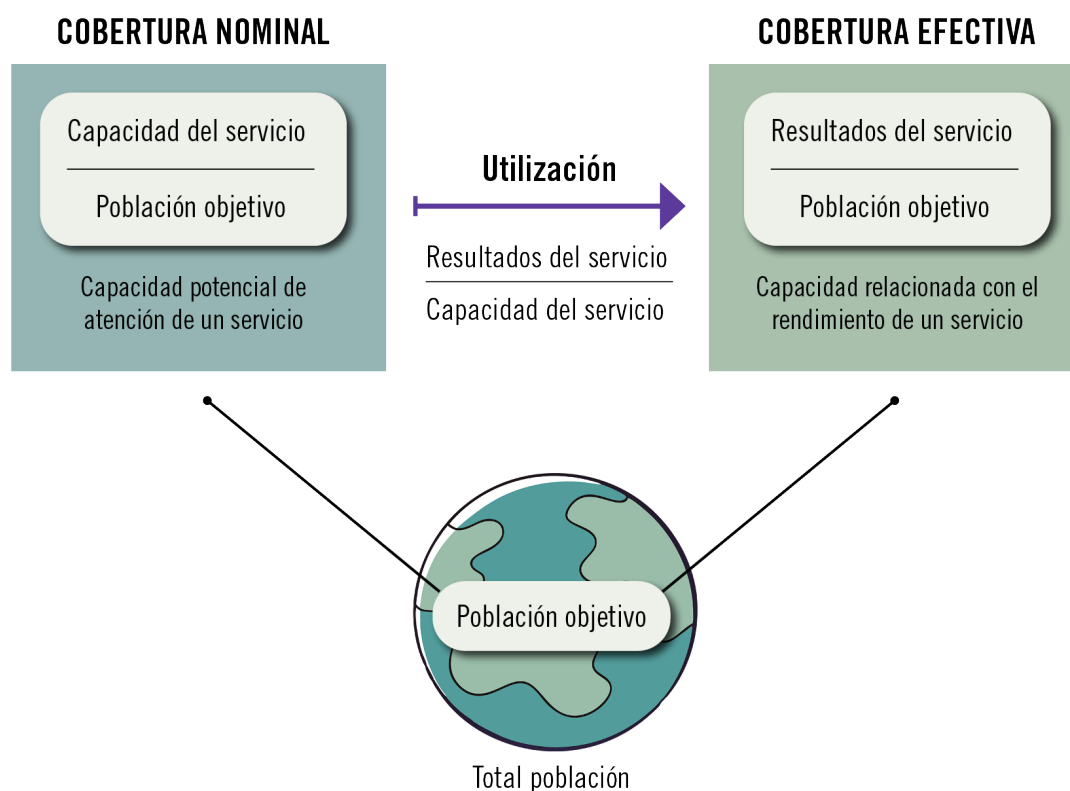


Fuente: Adaptado y traducido a partir de Tanahashi (1978) [100].

Para evaluar dicha cobertura efectiva se han de medir los dominios de cobertura o las etapas. Con este modelo, Tanahashi propone examinar la pendiente de la curva (ver Figura 5) de cada etapa de cobertura [100]. Así, se evalúa qué factores en cada etapa están dificultando la cobertura efectiva de los servicios. Estas etapas reflejan la compleja interacción entre el sistema de servicios sociosanitarios y la población diana, poniendo de manifiesto las carencias en la prestación de servicios [100].

En 2002, el modelo de Tanahashi de cobertura de eficacia fue modificado para formar la base del modelo conceptual de UNICEF. Esta modificación se puede ver reflejada principalmente en dos cuestiones. Por una parte, adapta los conceptos de *cobertura potencial* y *cobertura real*, denominándolos *cobertura nominal* y *cobertura efectiva*, respectivamente. La *utilización* mide la diferencia si la hubiera «entre lo que podría ser la cobertura en el sistema existente y lo que es realmente (es decir, la cobertura efectiva dividida por la cobertura nominal)» [103] (ver Figura 6).

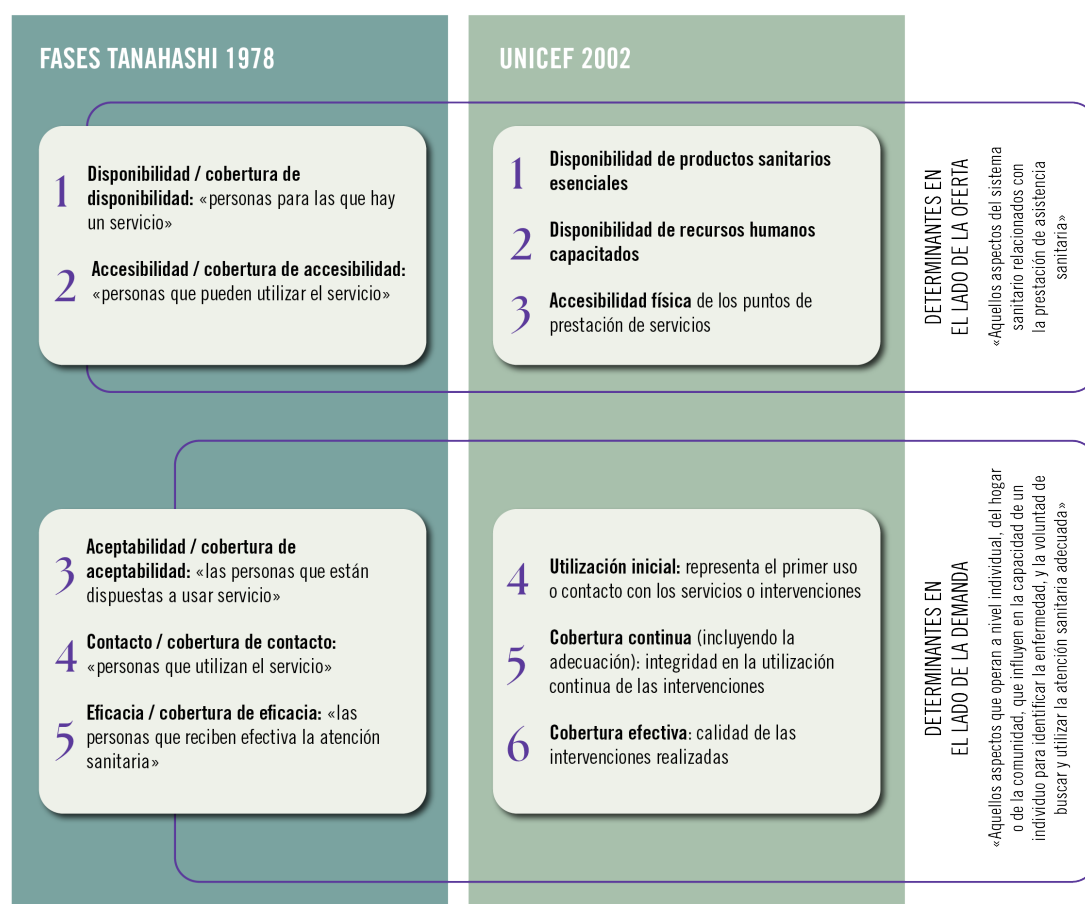
Figura 6. Modelo adaptado de cobertura y utilización de los servicios para la población objetivo



Fuente: Adaptado y traducido a partir de UNICEF (2002) [103], modelo de Tanahashi modificado.

Por otra parte, adapta las etapas o dominios para lograr la cobertura efectiva, y las denomina determinantes. Cada determinante es análogo a una etapa de Tanahashi y la «disponibilidad» se divide en dos determinantes (ver Figura 7). Como se ha visto, esta adaptación del modelo sigue manteniendo la distinción crítica del modelo de Tanahashi entre cobertura nominal (potencial) y efectiva (real), ya que pone de manifiesto la brecha entre la oferta disponible, es decir, la capacidad del recurso para dar una prestación —*capacidad del servicio*—, y los tres determinantes de la producción de servicios —*resultados del servicio*— (utilización inicial, cobertura de contacto y cobertura efectiva). Hay autores y autoras que simplifican esta distinción entre determinantes: los que se encuentran al lado de la oferta o de la demanda [106, 107] (ver Figura 7).

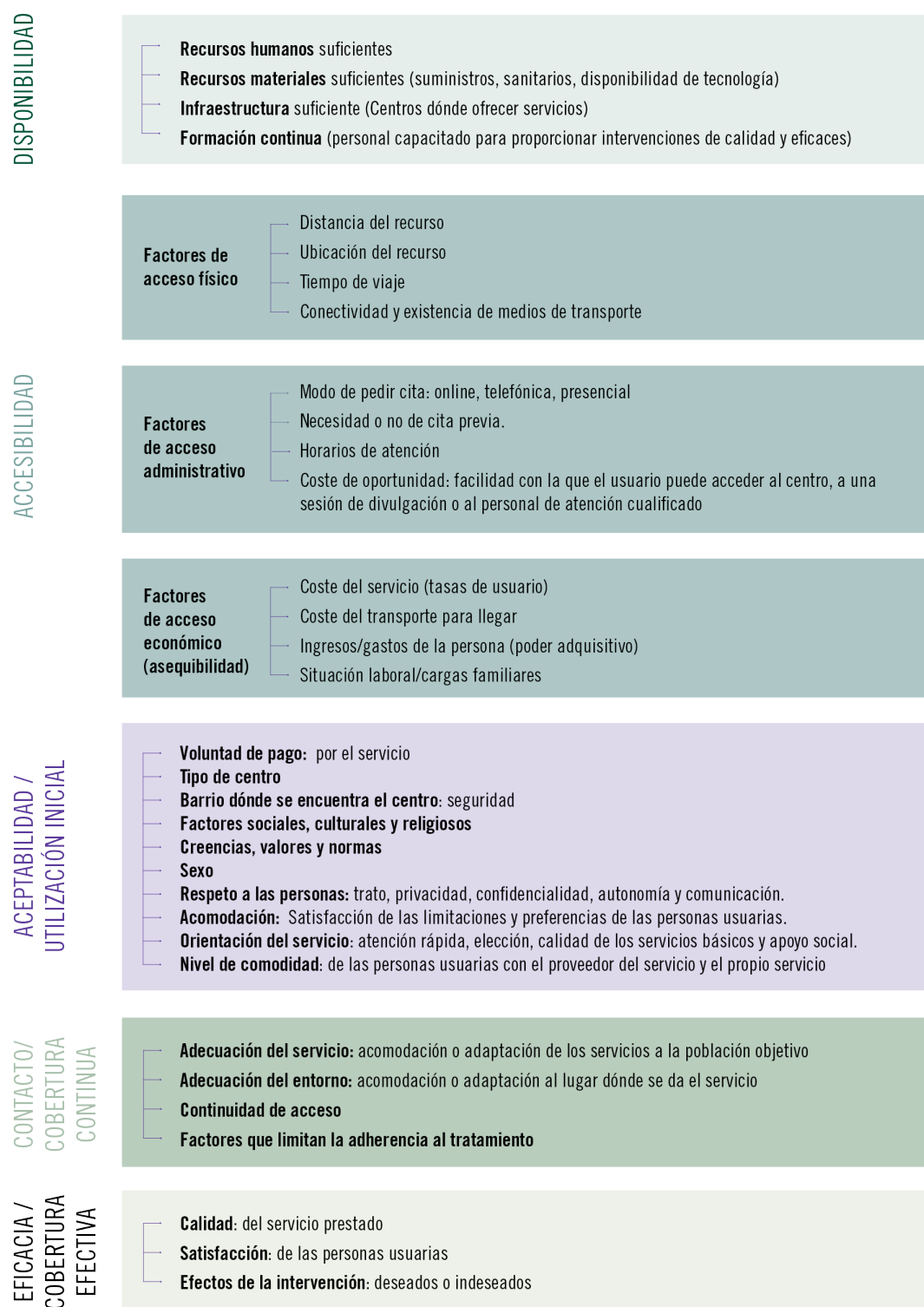
Figura 7. Comparativa de las etapas del modelo de Tanahashi de 1978 y los determinantes de la cobertura efectiva de la adaptación de UNICEF de 2002



Fuente: Adaptado y traducido a partir de ambos modelos [100, 103].

Como se ha comentado anteriormente, estas etapas se han de producir de forma sucesiva para que la prestación de un servicio sea adecuada y de calidad. Es decir, primero es necesario que los recursos estén disponibles para la población diana; después, ese servicio debe ser accesible y aceptado por la población, ya que si sucede lo contrario las personas no acudirán; y, a continuación, las personas que están dispuestas a asistir al recurso deben ir y utilizarlo. Este contacto no siempre es exitoso, por tanto, se llegaría a la cobertura efectiva con las personas que sí han recibido un servicio satisfactorio [100]. En cada etapa o determinante influyen distintos factores que permiten su cobertura adecuada (ver Figura 8).

Figura 8. Factores que influyen en las distintas etapas/determinantes de la cobertura efectiva



Fuente: Adaptado y traducido a partir del modelo de Tanahashi, modelo de Tanahashi modificado (UNICEF) y factores identificados en otras investigaciones dentro del mismo marco teórico [64, 100, 101, 103, 106, 108–110].

Ambos modelos han sido empleados, sobre todo, para evaluar el acceso a la atención sanitaria en países de renta baja [106, 109, 111–115]. En España se ha utilizado el modelo de Tanahashi de 1978 para conocer barreras en las vías de diagnóstico de la enfermedad de Chagas, y para evaluar el acceso a los servicios sociosanitarios ante la VPM [64, 110]. Además, este último, se ha aplicado en la salud sexual y reproductiva [116]. No tenemos constancia de que estos modelos se hayan utilizado para evaluar el uso de servicios dirigidos a la población joven, ni para estudiar el acceso a los servicios que prestan ayuda ante la VS.

2.4. Modelo de activos en salud

El modelo de activos en salud surge en el ámbito de la promoción de la salud, a raíz de que el abordaje de la salud fuera insuficiente con el *modelo de déficit* [117, 118]. Este tipo de modelo se centra en la identificación de problemas y necesidades de las poblaciones, que requieren atención por parte de los recursos profesionales. Esto implica un alto nivel de dependencia entre las personas y los recursos. Identificar las necesidades y establecer una priorización para solventarlas es fundamental e indispensable. No obstante, su implementación se requiere junto a otras perspectivas, porque presenta algunas desventajas. Entre estas, destaca que solo se centra en los aspectos negativos de las comunidades o las personas. Las soluciones a estos problemas identificados suelen ser genéricas y con pocas pruebas empíricas de que hayan funcionado en otros contextos de población. Es decir, se elaboran políticas centradas en el fracaso de las personas y las comunidades para evitar la enfermedad o los problemas, en vez de fomentar su potencial para crear y mantener su salud, al igual que el desarrollo constante de la comunidad. Por tanto, en este modelo de déficit se deja a un lado la parte positiva que tienen las personas y lo que funciona en determinadas comunidades [117, 118]. Morgan y Ziglio (2007) presentaron un *modelo de activos* para complementar la *perspectiva de déficit*, y así encontrar un modelo que aumente la capacidad positiva para identificar barreras y activar soluciones. De esta forma, las personas y las comunidades no dependen tanto de los servicios profesionales, ya que se promueve su autoestima y se mejora su afrontamiento ante los problemas [117].

En el modelo de Morgan y Ziglio [117], un *activo de salud* es definido como «cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de los individuos, las comunidades, las poblaciones, los sistemas sociales o las instituciones, para mantener y sostener la salud y el bienestar y para ayudar a reducir las desigualdades en materia de salud. Estos activos pueden operar a nivel del individuo, la familia o la comunidad y/o la población como factores de protección y promoción para amortiguar las tensiones de la vida» [117] (ver Figura 9).

Figura 9. Niveles en los que operan los activos



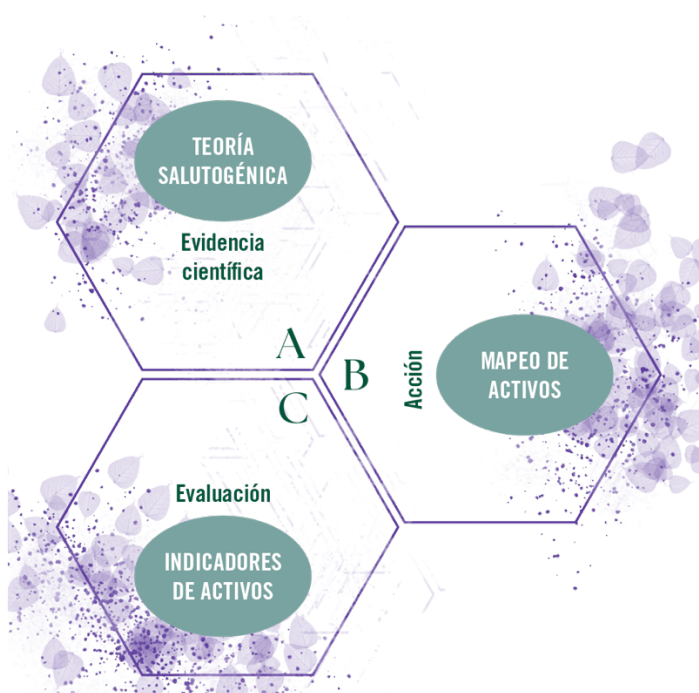
Fuente: Adaptado y traducido a partir del modelo de activos de Morgan y Ziglio [117].

Este modelo de activos está basado en tres ideas actuales presentes en la literatura (ver Figura 10). En primer lugar (A), la base conceptual de este modelo es el *concepto de salutogénesis*, que consiste en la generación de salud, fomentando la participación de las comunidades en el proceso. Desde este enfoque, se pueden identificar factores que promuevan o protejan la salud (activos). Estos son importantes, mejorando la capacidad de las personas para afrontar un problema y comprender qué implicaciones tiene dicho problema para llevar a cabo la «acción», es decir, para llevar a cabo las estrategias con el fin de solventar el problema o generar salud [119]. Destacar que dentro de este enfoque se ha identificado la capacidad de resiliencia^V como un activo importante para apoyar el desarrollo saludable en jóvenes, ayudándoles a recuperarse ante las circunstancias difíciles. En segundo lugar (B), para pasar a la «acción» y aplicar este concepto a las políticas se incorpora el *mapeo de activos*. Esto consiste en la elaboración de un inventario de fortalezas o factores positivos de las personas que componen una comunidad antes de realizar la intervención. De esta manera se tiene una visión general de los activos disponibles en la comunidad y las interconexiones entre ellos, revelando cómo acceder a ellos [120]. En tercer lugar (C), con este modelo se fomenta el uso de unos *indicadores salutogénicos (de activos)* para la evaluación multidisciplinar de los programas e iniciativas (de promoción de la salud) que se desarrollen en los diferentes contextos. Para los autores, este modelo

^V Capacidad de reaccionar y adaptarse positivamente cuando las cosas van mal.

posibilita la reconstrucción de marcos de evaluación mejorados porque comprende la combinación de los factores que permiten mejorar la salud de la población. Además, al emplear enfoques comunitarios se reconoce que las evaluaciones deben desarrollarse en base al proceso, al impacto y a la experiencia [117].

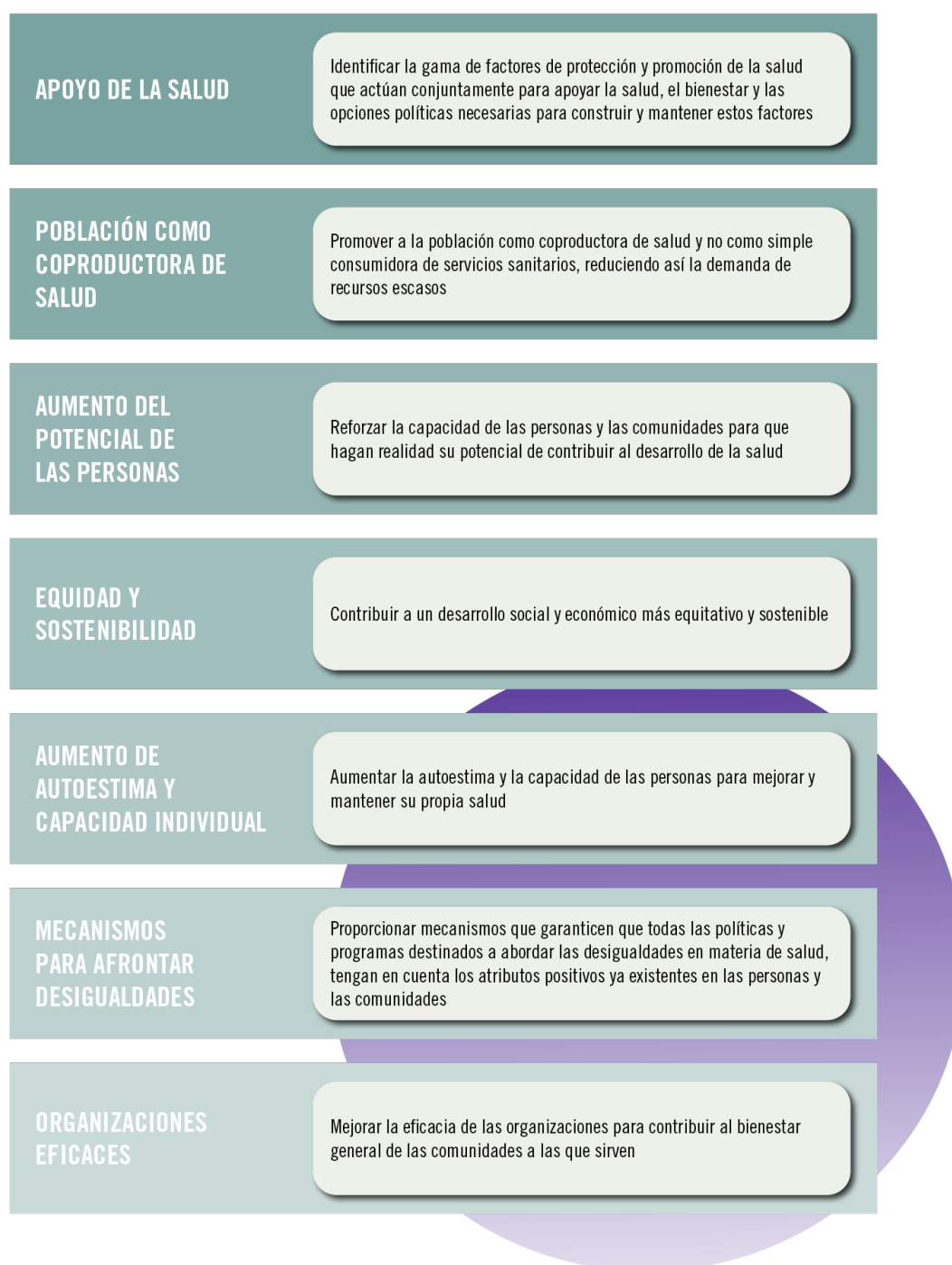
Figura 10. Elementos del modelo de activos



Fuente: Adaptado y traducido a partir de Morgan y Ziglio [117].

En conclusión, según los autores, el desarrollo de este modelo puede implicar una serie de ventajas (ver Figura 11). Por otro lado, dicho modelo ha sido aplicado en ámbitos como la evaluación de servicios dirigidos a la población infantil y juvenil [121–125], así como en la valoración de los activos comunitarios en ciertas poblaciones [126, 127]. En España también se ha empleado en estos ámbitos [121, 122, 126–131]. Hay que destacar también su utilización en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes [123, 132–134]. Asimismo, ha sido implementado en investigaciones que abordan la violencia durante el noviazgo [122, 130, 131], no teniendo constancia de haberse utilizado, concretamente, en situaciones en las que la VS ocurre fuera de la pareja.

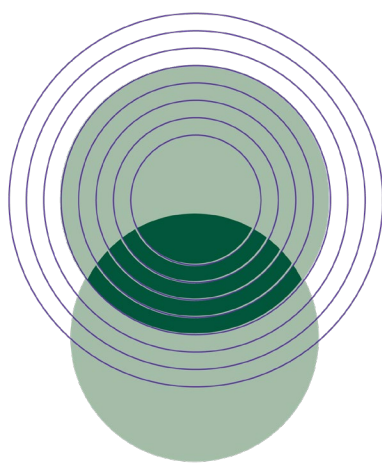
Figura 11. Ventajas del desarrollo del modelo de activos



Fuente: Adaptado y traducido a partir del modelo de activos de Morgan y Ziglio [117].

3

Justificación y desarrollo de la tesis doctoral



3.1. Justificación de la unidad temática de la tesis doctoral

La unidad temática de esta tesis doctoral se centra en la VPM y la VS en mujeres jóvenes, concretamente, en la respuesta que los recursos sociosanitarios prestan a las necesidades de dichas mujeres jóvenes. Se ha realizado una investigación en distintos estudios para abordar esta amplia y compleja problemática, dando lugar a una tesis doctoral por compendio de artículos.

En primer lugar, la importancia de realizar esta investigación radica en que estas violencias (VPM y VS) son un problema grave de salud pública [4, 135]. Como se ha visto en investigaciones anteriores [135–140], tanto la VPM como la VS presentan consecuencias a corto, medio y largo plazo en la salud física, psíquica y social de las mujeres. En concreto, se ha observado que este impacto es mayor en el caso de las mujeres jóvenes [22].

En segundo lugar, y de acuerdo con la OMS, es necesario mejorar el acceso de las mujeres jóvenes a los recursos sociosanitarios que dan respuesta a la VPM y la VS [141]. Así, también es necesario mejorar la prevención de la violencia en mujeres jóvenes. Es indispensable concienciar sobre estas violencias y difundir los recursos de apoyo para evitar que las mujeres jóvenes sean víctimas de dichas violencias y conozcan sus señales de alarma (prevención primaria). A su vez, esta sensibilización puede promover que mujeres identifiquen de forma precoz que son víctimas, y puedan poner fin a la situación de violencia lo antes posible (prevención secundaria). Por otro lado, también es necesario mitigar las consecuencias que tienen la VPM y la VS entre las mujeres jóvenes que la sufren, proporcionándoles un apoyo adecuado y habilidades para salir del proceso o manejar la situación lo mejor posible (prevención terciaria) [141].

En tercer lugar, es necesario generar más evidencia científica sobre la respuesta que brindan los recursos sociosanitarios a las mujeres jóvenes que son víctimas de VPM y/o VS. Por un lado, la mayoría de las investigaciones realizadas acerca de VPM y VS en mujeres jóvenes han tenido en cuenta la perspectiva de mujeres y hombres jóvenes. Esto ha permitido explorar el lugar que ocupan la VPM y la VS entre el ideario de la población joven, pudiendo así establecer diferencias por sexo [58, 59, 70, 71, 74, 75, 142–146]. Esto es interesante, de cara a nuestra investigación, para averiguar si existen diferencias por sexo en la percepción sobre el acceso de las mujeres jóvenes a los recursos sociosanitarios. Asimismo, las características de la VPM y la VS se han investigado desde la perspectiva de las víctimas [71, 75, 142–144], o desde la perspectiva de personas jóvenes que no han sufrido dichas violencias pero han podido presenciarlas en algún momento, dada la alta probabilidad de VPM y VS en la juventud [58, 59, 70, 74, 145, 146]. Por otro lado, se han

publicado escasos estudios que aborden concretamente la respuesta de los servicios sociosanitarios a la VPM y la VS en mujeres jóvenes [62]. Es cierto que existen investigaciones que se han centrado en estudiar dicha respuesta sociosanitaria, pero en mujeres con unas características demográficas concretas [68, 89, 110, 147–150], o en mujeres en general, sin distinciones por rangos de edad [63–66, 69, 151–155]; si bien, existe un estudio transversal en España que trata de diferenciar el uso de los recursos por rango de edad [52]. Fuera del ámbito de la VPM y la VS, también se han realizado estudios sobre el acceso de las personas jóvenes a los servicios sociosanitarios para solventar otros problemas de salud [61, 72, 94–98, 156]. Concretamente en España, se han realizado algunos de los estudios anteriormente mencionados [52, 62–65, 70, 89, 98, 110, 147, 148, 150, 152].

Por último, se hace necesario ampliar el campo de conocimiento identificado en investigaciones cualitativas previas con relación al problema de la VPM y la VS en jóvenes [62, 67, 71, 74, 145], adaptándolo al contexto español. El uso de otros marcos teóricos y metodológicos, dentro del enfoque cualitativo, permitirá profundizar en dicho problema y las complejidades que afectan a la respuesta que brinda el sistema sociosanitario español a las mujeres jóvenes víctimas de VPM y VS. En la actualidad, la mayor parte de los estudios abordan la perspectiva de las personas jóvenes [59, 67, 70, 71, 74, 75, 142–145, 155]. Solo algunas investigaciones tienen en cuenta la perspectiva del personal cualificado que trabaja en los recursos [62, 68, 146]. Es por ello por lo que hay que tener en cuenta ambas perspectivas, para así analizar las posibles similitudes y discrepancias. Esto puede aportar evidencia científica novedosa sobre la situación de las mujeres jóvenes y sus dificultades para obtener una respuesta adecuada de los recursos sociosanitarios.

3.2. Desarrollo y trayectoria de los proyectos de investigación

La unidad temática de esta tesis doctoral se ha enmarcado en dos proyectos de investigación relacionados con la VP y la VS en personas jóvenes. Ambos proyectos se han realizado en el contexto español. Como resultado de la investigación de estos proyectos se han obtenido varios artículos, de los cuales cuatro forman parte de esta tesis doctoral (ver Figura 12).

La participación de la doctoranda en los proyectos comenzó a mediados de 2020. Dicha participación consistió en la realización de búsquedas bibliográficas, la elección y adaptación de los marcos teóricos al fenómeno de estudio (VPM y VS en jóvenes), el análisis del conjunto de datos desde diferentes métodos analíticos para asegurar el rigor metodológico, así como la discusión de los resultados con el resto del equipo investigador. Dicha participación ha culminado con la difusión de los resultados obtenidos, realizando

la redacción de los manuscritos para su publicación, así como las revisiones pertinentes derivadas tras el envío de los manuscritos a revistas científicas. Además, la doctoranda ha realizado la difusión de los resultados en diversas reuniones científicas. A continuación, se puede ver un resumen del desarrollo de ambos proyectos para la publicación de los artículos que forman parte de esta tesis doctoral (ver Figura 13).

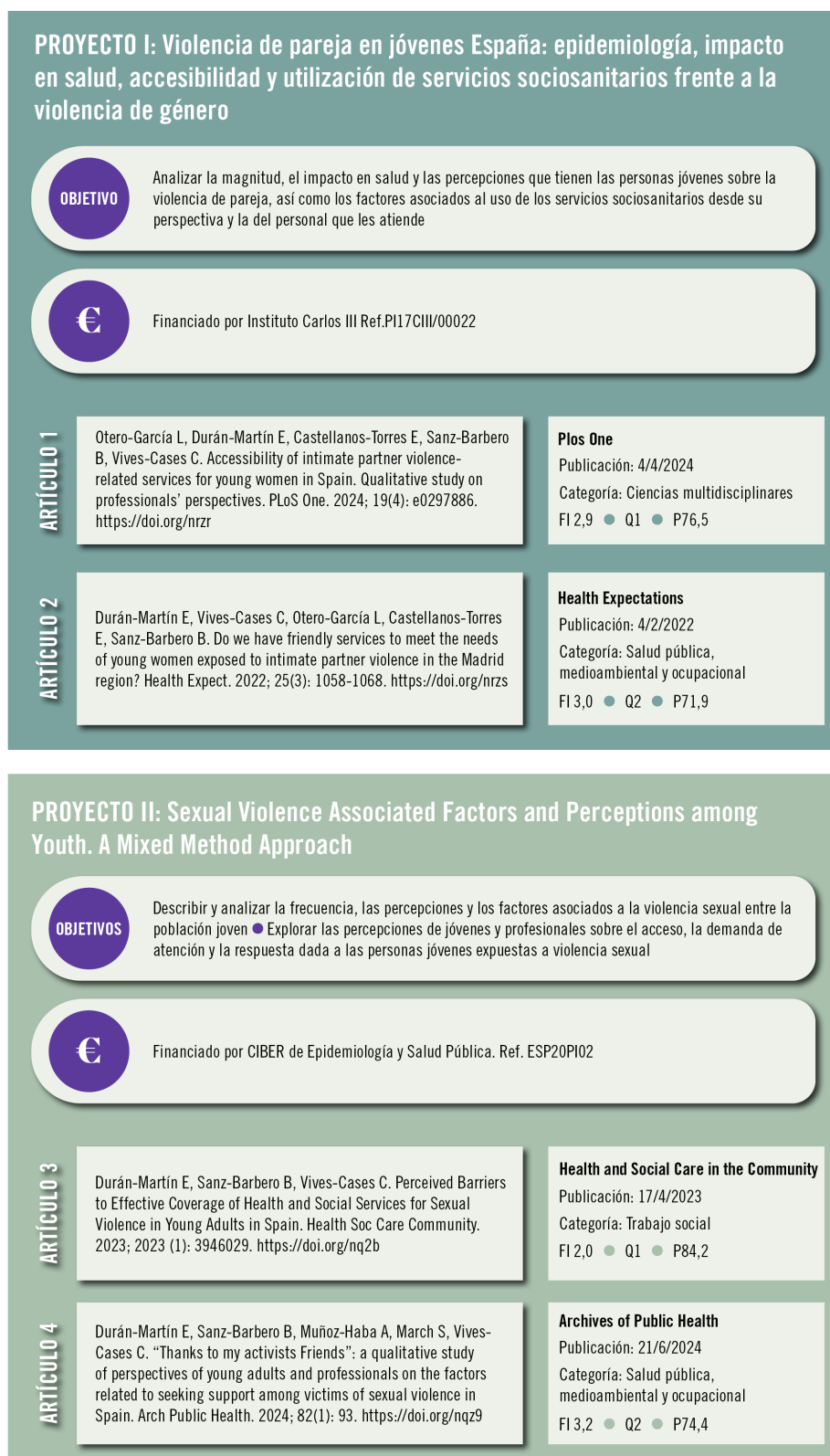
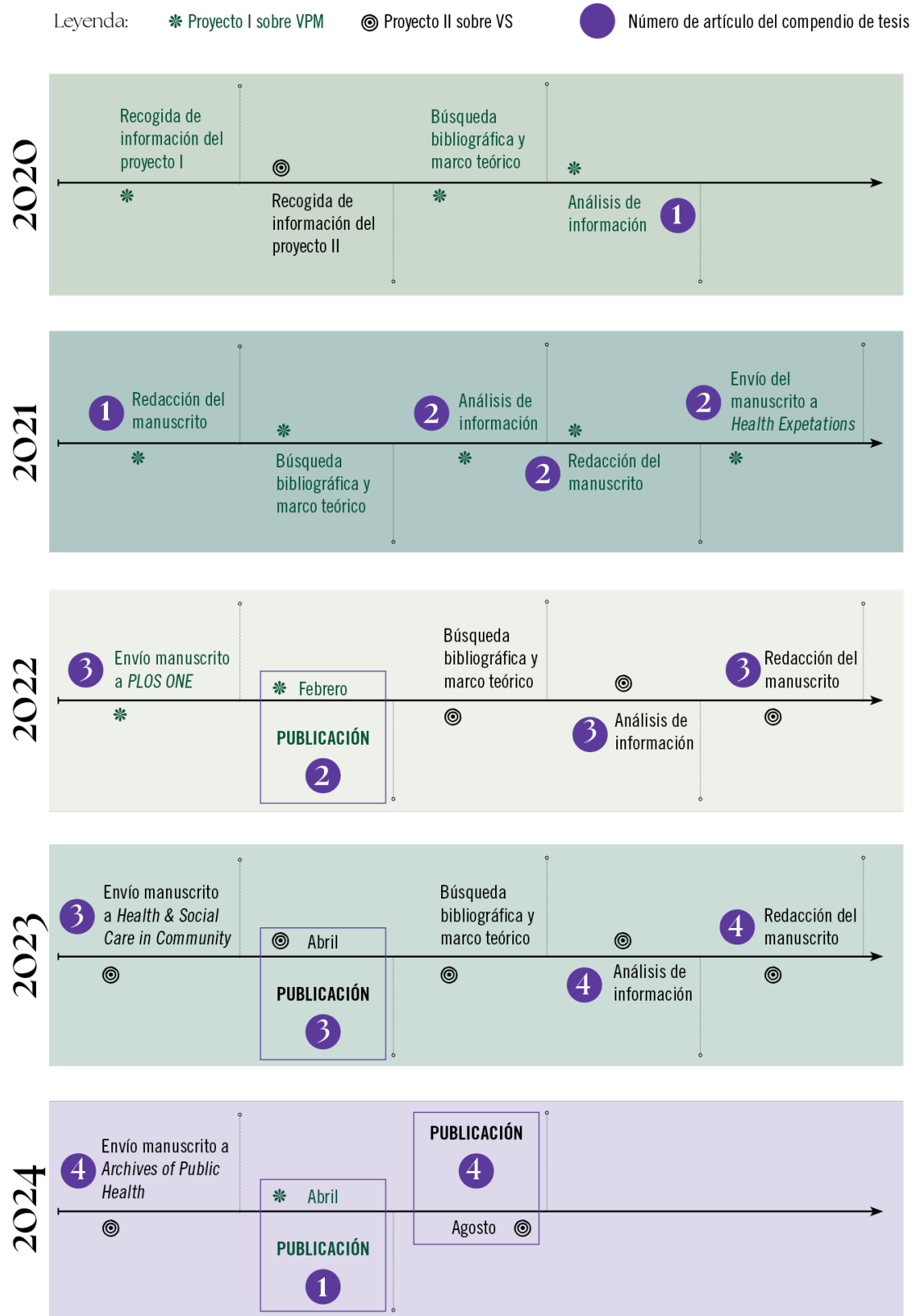


Figura 13. Resumen del desarrollo de los artículos en los proyectos de investigación



Fuente: Elaboración propia.

3.3. Reseña de la actividad investigadora

3.3.1. Actividad investigadora previa a la tesis doctoral

La experiencia previa en investigación de la doctoranda tuvo lugar entre los años 2015 y 2016 con la realización del Trabajo de Fin de Grado (TFG), en el Grado de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid, que llevaba por título «Violencia de pareja y expareja durante el embarazo, parto y postparto. Una revisión narrativa», cuya tutorización fue llevada a cabo por la Dra. Laura Otero García. Posteriormente, entre los años 2018-2020, la doctoranda participó en el proyecto de investigación titulado «Percepción de los y las profesionales sobre el parto humanizado desde una perspectiva de género», realizado en el Hospital Universitario Virgen de la Luz (Cuenca, España). Este proyecto, que no contó con financiación externa, estuvo liderado por la Dra. Gema Sanabria-Martínez y la Dra. Raquel Poyatos-León. Se obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del mismo hospital. Asimismo, formó parte del Trabajo de Fin de Residencia (TFR) de la doctoranda, en la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Dicha formación de posgrado fue realizada principalmente en la Unidad Docente de Matronas del Hospital Universitario Virgen de la Luz (Cuenca), complementando la formación en otros centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), como el Hospital Universitario 12 de Octubre, el Hospital Universitario Infanta Cristina, el Hospital Universitario de Getafe y el Centro de Salud Almendrales.

Para finalizar, hay que exponer que durante el periodo anterior descrito (2016-2020) la doctoranda ha asistido a diferentes reuniones científicas, participando en las mismas a través de la presentación de comunicaciones orales y pósteres (ver Tabla 2).

Tabla 2. Resumen de actividad investigadora previa a la tesis doctoral

AÑO	TÍTULO	PRESENTACIÓN/REUNIÓN CIENTÍFICA/FORMACIONES
2016	«Violencia de pareja y expareja durante el embarazo, parto y postparto. Una revisión narrativa»	TFG – defendido en la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), España (calificación: Matrícula de honor)
2017	«Violencia de pareja y expareja durante el embarazo, parto y postparto. Una revisión narrativa»	Comunicación oral – Reunión científica «Municipio y Salud, Ciudades que te cuidan» (10/03/2017, Segovia, España)
2018	«Violencia de pareja y expareja durante el embarazo, parto y postparto. Una revisión narrativa»	Comunicación oral – IX Aula Debate de Jóvenes Investigadores/as en Temática de Género 2018 (7-8/05/2018, Instituto Universitario de Estudios de la Mujer de la UAM)
2018-2020	Formación en investigación: búsquedas bibliográficas, metodología, gestores bibliográficos, proyectos de investigación clínica y bioética.	Formación de posgrado – Unidad Docente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) del Hospital Universitario Virgen de la Luz (Cuenca, España)
2019	«Dietas vegetarianas durante la gestación y la lactancia materna»	Póster (Premio al mejor póster de residentes) – XVIII Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (6-8/06/2019, Málaga, España)
2019	«Proyecto de investigación: Efectividad de las terapias en el tratamiento de la vulvodinia»	Póster – XVIII Congreso de la Federación de Asociaciones de Matronas de España (6-8/06/2019, Málaga)
2020	«Percepción de los y las profesionales sobre el parto humanizado desde una perspectiva de género»	TFR – presentado en la Comisión de Docencia del Hospital Universitario Virgen de la Luz (Cuenca)
2020	Curso de Introducción a la Metodología de la Investigación	Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias – n.º de registro 063/20-10. SalusPlay y Colegio de Enfermería de Cuenca (1-30/11/2020)
2020	Curso de Investigación Cualitativa y Métodos Mixtos en Ciencias Sanitarias	Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias – n.º de registro 065/20-10. SalusPlay y Colegio de Enfermería de Cuenca (1-30/11/2020)
2020	«Emociones y víctimas de violencia de género: Nuevos horizontes»	Asistencia al seminario – organizado por la Universidad Carlos III de Madrid (UC3M), España (2/12/2020)

Fuente: Elaboración propia.

3.3.2. Actividad y formación en investigación durante el desarrollo de la tesis doctoral

Esta tesis doctoral se ha desarrollado en el marco formativo del Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas y Salud Pública de la Universidad de Educación a Distancia (UNED) y el Instituto Mixto de Investigación de la Escuela Nacional de Sanidad (IMIENS), con líneas de investigación del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Durante el desarrollo de la tesis doctoral, la doctoranda ha asistido a diferentes actividades formativas impartidas por el ISCIII, la UNED y otras entidades que imparten formación (ver Tabla 3).

Tabla 3. Resumen de la actividad investigadora durante el desarrollo de la tesis doctoral

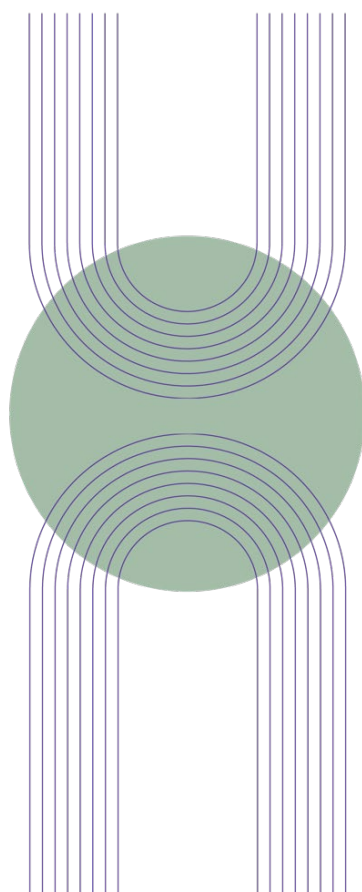
FORMACIÓN Y CURSOS		
2021	Curso <i>online</i> de Escritura y Divulgación científica	Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investén-ISCIII). Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, n.º de expediente 07-AFOC-02310.1/2021
2021-2022	Curso de Búsqueda, gestión, evaluación y comunicación de la información científica	Escuela Internacional de Doctorado de la UNED (EIDUNED)
2022	Formación <i>online</i> en Web of Science	Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) – Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, Gobierno de España (7-25/03/2022)
2022	Cómo plantear búsquedas avanzadas en bases de datos científicas (Taller)	IMIENS-ISCIII (26-27/09/2022)
2022	Curso de Excel Avanzado	IMIENS-ISCIII (17-28/10/2022)
2022	Curso de Ética en la Investigación en Seres Humanos. Buenas prácticas científicas	IMIENS-ISCIII (14-16/11/2022)
2022	Formación de <i>software</i> ATLAS.ti para análisis de datos en investigación cualitativa	Impartida por el equipo de investigación del proyecto II (03/2022)
2023	Curso de Conceptos básicos de Microsoft 365	IMIENS-ISCIII (22-26/05/2023)
2023	Curso de Introducción al manejo de Stata	IMIENS-ISCIII (11-15/09/2023)
2023	Curso de Introducción a R	IMIENS-ISCIII (18-20/09/2023)
2023	Curso de Manejo avanzado de datos con R	IMIENS-ISCIII (23-26/10/2023)
2023	Curso de Análisis estadístico con R	IMIENS-ISCIII (20-23/11/2023)
2023	Curso de Gráficos avanzados con R	IMIENS-ISCIII (29/11/2023-1/12/2023)
2024	Curso de Análisis estadístico con Stata	IMIENS-ISCIII (22-26/01/2024)
2025	Curso de Investigación cualitativa	IMIENS-ISCIII (20-23/01/2025)
PARTICIPACIÓN EN JORNADAS		
2022	II Jornada de Seguimiento del Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas y Salud Pública	Ponente en jornada del Programa de Doctorado – organizada por UNED, IMIENS e ISCIII (29-30/09/2022)
2023	Jornada de Encuentro del Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas y Salud Pública	Ponente en jornada del Programa de Doctorado – organizada por UNED, IMIENS e ISCIII (22/06/2023)
2024	III Jornada de Seguimiento del Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas y Salud Pública	Ponente en jornada del Programa de Doctorado – organizada por UNED, IMIENS e ISCIII (24-26/09/2024)

CONGRESOS		
2021	«Violencia de pareja y respuestas sociosanitarias en España. ¿Contamos con servicios “amigables” para las necesidades de las jóvenes?»	Comunicación oral presentada del trabajo de investigación de la tesis doctoral – XXXIX Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), XVI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE) y XIX Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), León, España (7-10/09/2021)
2022	«Cobertura efectiva de servicios de violencia sexual desde la perspectiva de jóvenes y profesionales»	Comunicación oral presentada del trabajo de investigación de la tesis doctoral – XL Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XVII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE), Donostia-San Sebastián, España (30/08/2022-2/09/2022)
2024	«Activos en la respuesta a la violencia sexual. Perspectiva de profesionales y jóvenes en España»	Comunicación oral presentada del trabajo de investigación de la tesis doctoral – XLII Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XIX Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE), Cádiz, España (10/09/2024-13/09/2024)
ASISTENCIA A SEMINARIOS Y JORNADAS		
2022	II Jornada de Presentación del Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas y Salud Pública	Jornada del Programa de Doctorado – organizada por UNED, IMIENS e ISCIII (13/01/2022)
2022	«Generación y caracterización de organoides cerebrales humanos a partir de células madre pluripotentes»	Seminario del Programa de Mentores ISCIII – organizado por ISCIII, Campus de Majadahonda (10/02/2022)
2022	«Los límites de la medición del consumo intensivo episódico de alcohol –binge drinking– en la vigilancia epidemiológica; el ejemplo de España»	Seminario del Programa de Mentores ISCIII – organizado por ISCIII, Campus de Majadahonda (10/03/2022)
2023	«Conociendo mejor al virus <i>Vaccinia</i> para su uso futuro»	Seminario del Dr. Rafael Blasco Lozano del Centro Nacional INIA-CSIC – organizado por ISCIII, Campus de Majadahonda (17/05/2023)
2023	«Ética en la Formación para la Investigación. El Pacto Verde Europeo»	IV Jornada Científica de la Escuela Internacional de Doctorado (EID) – organizada por EID (17/11/2023)
2024	I Jornada Transversal del Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas y Salud Pública y el Programa de Mentores ISCIII: «Competencias Básicas Científicas»	Jornada del Programa de Doctorado – organizada por ISCIII (11/06/2024)
2024	«Integrated Research on Vector Borne Diseases at the Animal and Plant Health Agency (APHA), UK»	Seminario del Dr. Luis M. Hernández Triana del Animal and Plant Health Agency (APHA) – organizado por ISCIII, Campus de Majadahonda (12/06/2024)
2024	II Jornada Transversal del Programa de Mentores ISCIII y el Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas y Salud Pública	Jornada del Programa de Doctorado – organizada por ISCIII (27/06/2024)
2024	II Jornada de Prevención y consecuencias de las Violencias Sexuales	Asistencia <i>online</i> – organizada por Ministerio de Política Territorial y Universidad de Valladolid (UVa-Palencia) (21/10/2024)

Fuente: Elaboración propia.

4

Objetivos e hipótesis



El *objetivo general* de esta tesis doctoral es explorar las percepciones que tienen jóvenes y profesionales de los recursos sociosanitarios, sobre el acceso a los servicios y las respuestas sociosanitarias en España a las diferentes formas de VPM y VS hacia las mujeres jóvenes.

Para ello, se plantearon hipótesis y objetivos específicos para explorar las respuestas sociosanitarias, por un lado, a la VPM y, por otro lado, a la VS. A todas las cuestiones planteadas se dio respuesta en los diferentes artículos^{VI} que constituyen esta tesis doctoral (ver Tabla 4).

^{VI} **Artículo 1:** Otero-García L, Durán-Martín E, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives. *PLoS One*. 2024;19(4): e0297886. <https://doi.org/nrzt>; **artículo 2:** Durán-Martín E, Vives-Cases C, Otero-García L, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B. Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region? *Health Expect*. 2022;25(3):1058-1068. <https://doi.org/nrzs>; **artículo 3:** Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Perceived barriers to effective coverage of health and social services for sexual violence in young adults in Spain. *Health Amp Soc Care Community*. 2023; 2023:1-12. <https://doi.org/nq2b>; **artículo 4:** Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Muñoz-Haba A, March S, Vives-Cases C. "Thanks to my activist friends": A qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain. *Arch Public Health*. 2024;82(1):93. <https://doi.org/nqz9>.

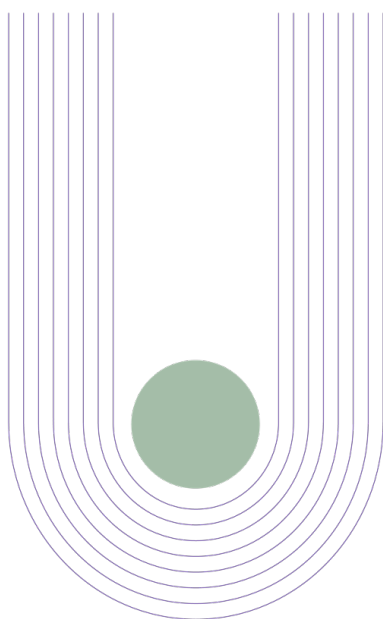
Tabla 4. Hipótesis y objetivos específicos relacionados con la respuesta a la VPM y la VS en mujeres jóvenes

	HIPÓTESIS PLANTEADAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ARTÍCULOS
Factores limitantes	H1: Existen diferencias entre mujeres jóvenes y mujeres adultas que sufren o han sufrido VPM y la respuesta que dan los servicios sociosanitarios.	Ob1: Identificar los factores que influyen en el proceso de VPM en mujeres jóvenes y su acceso a los recursos sociosanitarios desde la perspectiva de los y las profesionales.	1
	H2: Existen factores multicausales que dificultan la accesibilidad de las mujeres jóvenes a los servicios que dan respuesta a la VPM y la VS.	Ob2: Identificar barreras que influyen en el acceso y en la respuesta que dan los servicios sociosanitarios a las mujeres jóvenes expuestas a VPM desde la perspectiva de las jóvenes y de los y las profesionales.	1 y 2
		Ob3: Identificar barreras que influyen en el acceso y en la respuesta que dan los servicios sociosanitarios a las mujeres jóvenes expuestas a VS desde la perspectiva de jóvenes y profesionales.	3
Comparación	H3: Existen similitudes y discrepancias, entre los discursos de jóvenes y profesionales, sobre los factores que influyen en la respuesta sociosanitaria a la VPM y la VS.	Ob4: Comparar los discursos entre las jóvenes y el personal de los recursos sociosanitarios para identificar similitudes y discrepancias en las barreras que influyen en la respuesta a la VPM.	2
		Ob5: Comparar los discursos entre jóvenes y profesionales con el fin de identificar las similitudes y discrepancias en torno a las barreras y factores facilitadores que influyen en la respuesta sociosanitaria a la VS.	3 y 4
Servicios	H4: La respuesta de los recursos sociosanitarios frente a la VPM no se encuentra adaptada a las jóvenes.	Ob6: Evaluar si los recursos sociosanitarios que dan respuesta a la VPM responden al marco de servicios amigables de la OMS (accesibilidad, aceptabilidad, equidad, adecuación y efectividad), desde la perspectiva de jóvenes y profesionales.	2
Facilitadores	H5: En las mujeres jóvenes, la accesibilidad de los recursos que dan respuesta a la VPM mejoraría con la creación de espacios adaptados a ellas y el aumento de conocimientos de toda la comunidad sobre el proceso de VPM.	Ob7: Identificar factores facilitadores que influyen en el acceso y en la respuesta que dan los servicios sociosanitarios a las mujeres jóvenes expuestas a VPM desde la perspectiva de los y las profesionales.	1
	H6: Existen agentes, es decir, colectivos de personas y profesionales, que favorecen la búsqueda de apoyo en la respuesta de los servicios sociosanitarios a la VS.	Ob8: Identificar agentes que actúen como factores facilitadores y que influyan en el proceso de búsqueda de ayuda por parte de las personas jóvenes ante situaciones de VS, desde la perspectiva de jóvenes y profesionales.	4

 Fuente: Elaboración propia. *Nota:* VPM: violencia de pareja contra las mujeres; VS: violencia sexual.

5

Metodología



5.1. Metodología cualitativa

El desarrollo de esta tesis se plantea desde el paradigma cualitativo. Se utilizan herramientas que permiten averiguar la complejidad del fenómeno de la búsqueda de ayuda y la respuesta que tiene el sistema sociosanitario en los procesos de VPM o VS en mujeres jóvenes. De esta forma, se pretende indagar en profundidad desde el punto de vista de las personas entrevistadas. Esta tesis doctoral se enmarca en dos proyectos de investigación diferentes, mencionados anteriormente (ver Figura 14)^{VII}.

Figura 14. Compendio de artículos en los que se enmarca esta tesis doctoral

PROYECTO I	
ARTÍCULO 1	[Accesibilidad de los servicios relacionados con la violencia de pareja para mujeres jóvenes en España. Estudio cualitativo sobre las perspectivas de los y las profesionales] Otero-García L, Durán-Martín E, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives. PLoS One. 2024; 19(4): e0297886. https://doi.org/nrzt
ARTÍCULO 2	[¿Contamos con servicios «amigables» para las necesidades de las mujeres jóvenes expuestas a violencia de pareja en la Comunidad de Madrid?] Durán-Martín E, Vives-Cases C, Otero-García L, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B. Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region? Health Expect. 2022; 25(3): 1058-1068. https://doi.org/nrzs
PROYECTO II	
ARTÍCULO 3	[Barreras percibidas para la cobertura efectiva de los servicios sanitarios y sociales de la violencia sexual en personas adultas jóvenes en España] Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Perceived Barriers to Effective Coverage of Health and Social Services for Sexual Violence in Young Adults in Spain. Health Soc Care Community. 2023; 2023 (1): 3946029. https://doi.org/nq2b
ARTÍCULO 4	[«Gracias a mis amigas activistas»: un estudio cualitativo de las perspectivas de personas jóvenes adultas y profesionales sobre los factores relacionados con la búsqueda de apoyo entre las víctimas de violencia sexual en España] Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Muñoz-Haba A, March S, Vives-Cases C. "Thanks to my activists Friends": a qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain. Arch Public Health. 2024; 82(1): 93. https://doi.org/nqz9

Fuente: Elaboración propia.

^{VII} Cuando a lo largo del texto se nombra «proyecto I y II» se hace referencia al trabajo de campo de los artículos mencionados en esta tesis doctoral, coincidente para los artículos 1 y 2, así como, el 3 y 4, respectivamente.

5.2. Participantes

5.2.1. Técnicas y procedimientos de reclutamiento de las personas participantes

En todos los artículos el muestreo fue intencional con la técnica de bola de nieve, es decir, los y las participantes se fueron seleccionando a raíz de otras personas entrevistadas que facilitaron el contacto con ellos y ellas. La muestra se completó cuando se obtuvo la saturación discursiva o teórica de los datos.

Como se ha mencionado anteriormente, las personas participantes de los estudios de esta tesis doctoral pertenecen a dos proyectos de investigación diferentes. Para obtener unas muestras heterogéneas se definieron las características que las personas entrevistadas debían tener (ver Tabla 5).

Tabla 5. Criterios para la selección de participantes de los proyectos I y II

PROYECTO	JÓVENES	PROFESIONALES
I	Mujeres expuestas a violencia de pareja y expareja (VPM)	Trabajo en el ámbito de la intervención de la VG
	Edad: 15-29 años (aproximadamente)	Trabajar en diferentes áreas asistenciales (enfermería, trabajo social, psicología, FCSE, personal de la Administración pública, etc.)
	Diferentes niveles de estudios y situaciones socioeconómicas	
	Diferentes zonas de residencia en la Comunidad de Madrid: ciudad, municipios medianos y entorno rural	
II	Mujeres y hombres	Diferentes ámbitos de intervención de los recursos (juventud, VS y VG)
	Edad: 18-24 años	Diferentes tipos de gestión de los recursos (pública o tercer sector)
	Diferentes niveles de estudios	Diferentes zonas geográficas: Madrid, Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana, Navarra y Baleares
	Lugar de origen (extranjero o nacional)	
	Distintas zonas geográficas: Madrid, Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana, Navarra y Baleares	

Fuente: Elaboración propia. *Nota:* tercer sector: conjunto de entidades privadas no lucrativas, como organizaciones no gubernamentales (ONG), asociaciones, fundaciones, etc.

En el proyecto I (artículos 1 y 2), la estrategia de identificación, selección y reclutamiento de las personas participantes tuvo lugar en varias fases. En primer lugar, dichas personas se propusieron en función de los contactos en la comunidad de una de las autoras que trabajaba como agente de igualdad. Se discutió dicha selección entre el resto de las autoras y se aportaron nuevas personas informantes para completar la muestra. Cuando las

personas participantes aceptaron entrar en el estudio, se contactó formalmente con ellas por correo electrónico. En dicho correo se explicaba tanto el objetivo de la entrevista como la contextualización del estudio. Después se concretó la realización de la entrevista.

En el proyecto II (artículos 3 y 4), la estrategia de identificación, selección de recursos y reclutamiento de personas entrevistadas se realizó mediante una prospección *online* inicial de los y las potenciales participantes. Esto se hizo mediante la difusión *online* de materiales informativos sobre el estudio. También se usaron las redes de contactos de las entidades identificadas (asociaciones y recursos de atención a la VS o a la juventud) para conseguir potenciales participantes de las diferentes regiones del estudio. Una vez seleccionadas las personas participantes según los criterios establecidos, se les facilitó la documentación sobre el estudio y se concretó la realización de la entrevista.

5.2.2. Características de las personas participantes

A continuación, se muestran las características de las personas participantes del proyecto I (ver Tabla 6). Para llevar a cabo el artículo 1, se contó con los y las profesionales de diferentes áreas que participaron en este proyecto (ver Tabla 5 y Tabla 6), porque se quería indagar de forma profunda en su percepción. De esta forma, se pretendía encontrar las características que ha de tener la atención a mujeres jóvenes por el hecho de ser jóvenes, al margen de otros determinantes que también influyen en otros colectivos de mujeres (adultas, inmigrantes, con discapacidad, etc.). Por otro lado, en el artículo 2 participaron tanto jóvenes como profesionales para contraponer sus discursos en el marco teórico de servicios amigables de la OMS [93], con la finalidad de identificar las barreras percibidas y las diferencias entre las distintas perspectivas.

Las personas participantes del proyecto II presentaron las siguientes características (ver Tabla 7 y Figura 15). Se escogieron diferentes regiones para que hubiera heterogeneidad en las personas participantes según el contexto geográfico, con el fin de encontrar aquellas barreras y facilitadores que emergen en todos los contextos de la sociedad española. La población total de estas regiones representa alrededor del 50 % del total de la población española en 2021 (ver Figura 15). Para llevar a cabo tanto el artículo 3 como el artículo 4, se contó con ambos grupos de participantes (profesionales y jóvenes). En las personas jóvenes se seleccionaron ambos sexos por dos motivos. En primer lugar, se pretendía averiguar qué lugar ocupa la VS contra las mujeres en el discurso de las personas jóvenes, ya que es más prevalente en mujeres que en hombres [12, 13], o, por el contrario, averiguar si aparecen otros discursos entre las personas jóvenes. En segundo lugar, se consideró importante la participación de hombres y mujeres por la alta probabilidad de situaciones

de VS observadas entre ellos y ellas. Por ese motivo, ser víctima de VS no fue un criterio de selección. No obstante, durante el desarrollo de las entrevistas algunas personas participantes desvelaron haber experimentado algún tipo de VS. También, otras personas entrevistadas desvelaron que tenían conocidos o conocidas expuestas a VS. Ninguno de los hombres jóvenes se identificó como autor de VS.

Tabla 6. Características de las personas participantes del proyecto I (PI17CIII/00022)

MUJERES JÓVENES							PROFESIONALES			
ID	Edad	Localidad	Nivel de estudios	Empleo	Convivencia	Hijos/as	ID	Sexo	Área o perfil profesional	Ámbito de actuación
MJ1	36	San Fernando de Henares	ESO	Sí	Con su madre y su hermana	No	HP12	H	Profesionales de las FCSE encargados del Registro de Vigilancia de la VPM a nivel policial	Psicología
							HP16			Máster en Criminología. Especialista en psicología forense Trabajo social
MJ2	35	Madrid	Licenciatura	Sí	Sola	No	MP13	M	Enfermeras	Responsable de VPM en un centro de salud
MJ3	27	Fuenlabrada	Bachillerato	Sí	Sola	No	MP3			Dirección en un centro sanitario
MJ4	19	Fuenlabrada	ESO	No	Con su familia	No	MP10	M	Psiquiatra en un centro de salud mental	
MJ5	16	Fuenlabrada	Estudiante	No	Con su madre	No	MP15	M	Psicólogas	En un centro específico de VS
MJ6	22	Daganzo de Arriba	FP superior	Sí	Con su familia	No	MP14			En un centro específico de violencia juvenil
MJ7	24	Torres de la Alameda y Torrejón de Ardoz	ESO	No	Con su padre	No	MP7			En una asociación feminista
MJ8	18	Daganzo de Arriba	ESO	No	Con su familia	No	MP4	M	Trabajadora social y psicóloga en un centro específico de VPM	
MJ9	29	Madrid	Máster de posgrado	Prácticas	Con amistades	No	MP9	M	Trabajadoras sociales	En un centro específico de VPM y con formación en antropología
MJ10	22	Tielmes	ESO	Sí	Sola	No	MP5			
MJ11	27	Madrid	Bachillerato	Sí	Con su hija y su madre	Sí	MP1			En una corporación local
							MP11			En un centro de salud mental
MJ12	27	Campo Real	FP superior	Sí	Con su hijo (6 años)	Sí	MP2	M	Responsables del área de Juventud en una corporación local	Municipal
							MP6			Municipal
MJ13	21	Madrid	FP superior integración	Sí	Sola de alquiler	No	MP8	M	Directora de una entidad relacionada con la VPM en el sector terciario con formación en psicología y trabajo social	

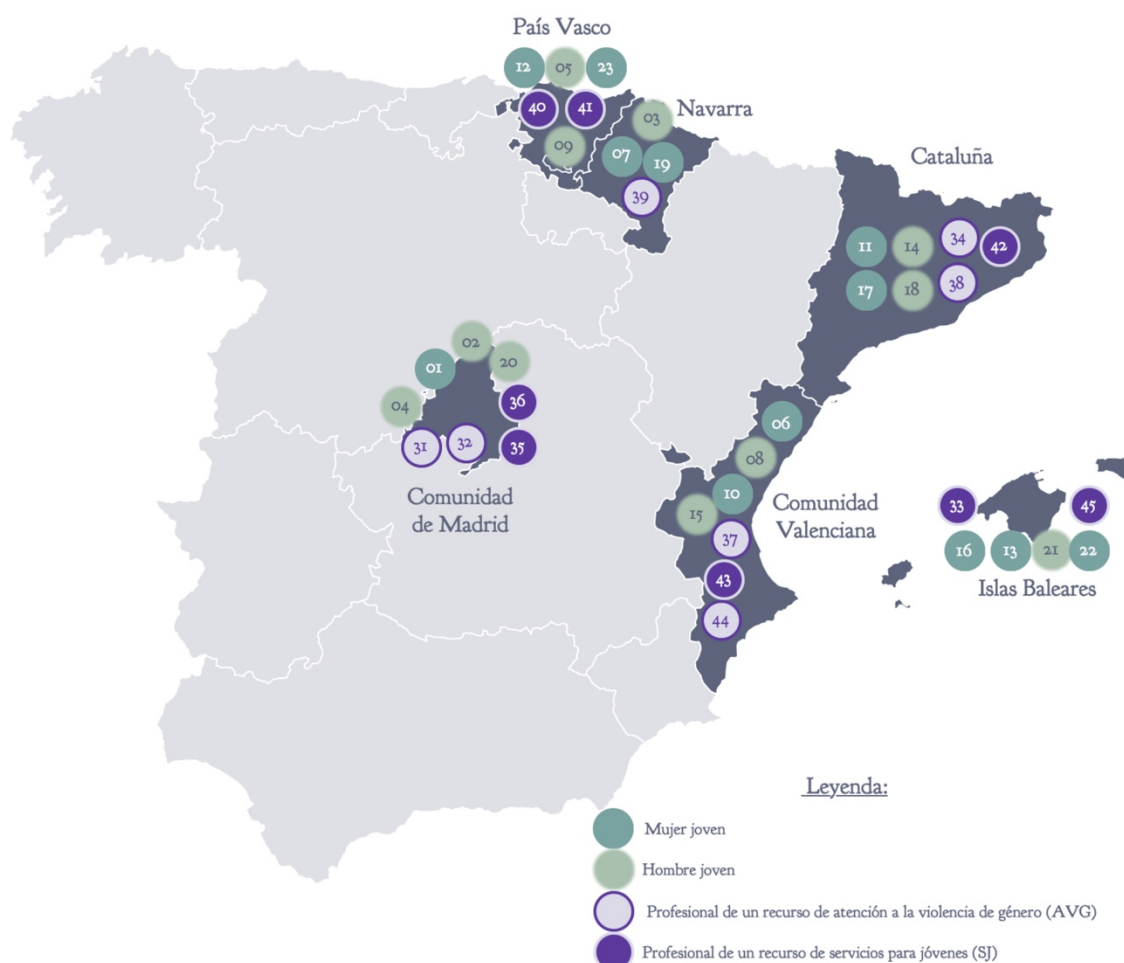
Fuente: Elaboración propia. *Nota:* FP: Formación Profesional; ESO: Educación Secundaria Obligatoria; MJ: mujer joven; HP: hombre profesional; MP: mujer profesional; M: mujer; H: hombre; ID HP12 identifica a dos profesionales que estuvieron presentes en la misma entrevista.

Tabla 7. Características de las personas participantes del proyecto II (Ref. ESP20PI02)

JÓVENES					PROFESIONALES		
Código*	Edad	Sexo	Estudios	Origen	Código*	Tipo de servicio	Tipo de gestión
M_01	23	M	Universitarios	Nacional	SVG_31	Servicio de atención a víctimas de VS	Administración pública
H_02	24	H	No universitarios	Extranjero	SVG_32	Servicio de atención a víctimas de VS	Administración pública
H_03	23	H	No universitarios	Nacional	SVG_34	Asociación especializada en atención a víctimas de VS	Asociaciones tercer sector**
H_04	19	H	Universitarios	Nacional	SVG_37	Servicio de atención a la VG	Administración pública
H_05	18	H	Universitarios	Nacional	SVG_38	Asociación feminista especializada en atención a la VG	Asociaciones tercer sector
M_06	19	M	Universitarios	Nacional			
H_07	18	H	Universitarios	Nacional	SVG_39	Servicio de atención a víctimas de VG	Administración pública
H_08	19	H	Universitarios	Nacional			
H_09	19	H	Universitarios	Nacional	SVG_44	Servicio de atención a víctimas de VS	Asociaciones tercer sector
M_10	23	M	Universitarios	Nacional			
M_11	20	M	Universitarios	Nacional	SJ_33	Asociación de teatro social y educación con programas de sensibilización sobre VS	Asociaciones tercer sector
M_12	22	M	No universitarios	Extranjero			
M_13	19	M	No universitarios	Extranjero	SJ_35	Asociación LGTBI especializada en sensibilización sobre diversidad sexual	Asociaciones tercer sector
H_14	24	H	No universitarios	Extranjero			
H_15	23	H	No universitarios	Nacional	SJ_36	Asociación de intervención e inclusión social con programas de sensibilización sobre VS	Asociaciones tercer sector
M_16	23	M	No universitarios	Extranjero			
M_17	23	M	No universitarios	Extranjero	SJ_40	Centro educativo de FP	Administración pública
H_18	24	H	Universitarios	Nacional			
M_19	19	M	No universitarios	Nacional	SJ_41	Asociación sociocultural y de ocio	Asociaciones tercer sector
H_20	25	H	No universitarios	Extranjero	SJ_42	Club deportivo	Asociaciones tercer sector
H_21	18	H	No universitarios	Nacional	SJ_43	Concejalía de Juventud	Administración pública
M_22	19	M	No universitarios	Nacional	SJ_45	Centro universitario	Administración pública
M_23	24	M	No universitarios	Extranjero			

Fuente: Elaboración propia. *Nota:* *El código de las personas jóvenes indica el sexo de la persona (M: mujer; H: hombre). Los códigos de las personas jóvenes en el artículo 3 mantienen el mismo número pero con otras letras (MUJ: mujer; HOM: hombre) (ver en artículo 3). El código del tipo de recurso para profesionales: SVG: Servicio de atención a la Violencia de Género; SJ: servicios para jóvenes); **tercer sector: conjunto de entidades privadas no lucrativas, es decir, asociaciones y fundaciones.

Figura 15. Distribución geográfica de las personas participantes del proyecto II



Fuente: Elaboración propia. Nota: El n.º del participante coincide con el n.º del código presentado en la Tabla 7.

5.3. Instrumentos para la recogida de datos

La *entrevista cualitativa* fue el instrumento elegido para realizar la recogida de datos en todos los artículos de esta tesis. Este tipo de entrevista «es una conversación entre dos personas, un entrevistador y un informante, dirigida y registrada por la persona entrevistadora con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional, continuo y con cierta línea argumental (no fragmentado, segmentado, precodificado y cerrado por un cuestionario previo) de la persona entrevistada sobre un tema definido en el marco de una investigación» [157].

En función de las personas investigadoras, la diversidad y clasificación de las entrevistas es heterogénea. Las entrevistas realizadas en estos proyectos se consideran *entrevistas semiestructuradas*. Estas suponen un modelo mixto entre la *entrevista estructurada*,

cuestionarios cerrados con el mismo orden y número de preguntas, y la *entrevista en profundidad o abierta*, que suele abordar pocos temas y las preguntas van emergiendo de las respuestas de la persona entrevistada. Por lo tanto, las entrevistas realizadas en estos proyectos parten de un guion preliminar con preguntas abiertas, que se fueron formulando a lo largo de la misma sin un orden preestablecido [158]. Estos guiones fueron diseñados, discutidos y consensuados por el equipo de investigación de ambos proyectos (ver Tabla 8 y Figura 16). De esta forma, se promovió una estructura flexible y dinámica, permitiendo a las personas entrevistadoras profundizar en ideas relevantes que fueron surgiendo a lo largo de las entrevistas [159]. Así, se recreó una conversación, con un hilo conductor, en la que se abordaron vivencias, sensaciones y percepciones de la realidad. Esta entrevista permitió la comprensión del fenómeno que da respuesta a la VPM y la VS en población joven, así como alcanzar los objetivos específicos de cada artículo, señalados en el apartado anterior [159].

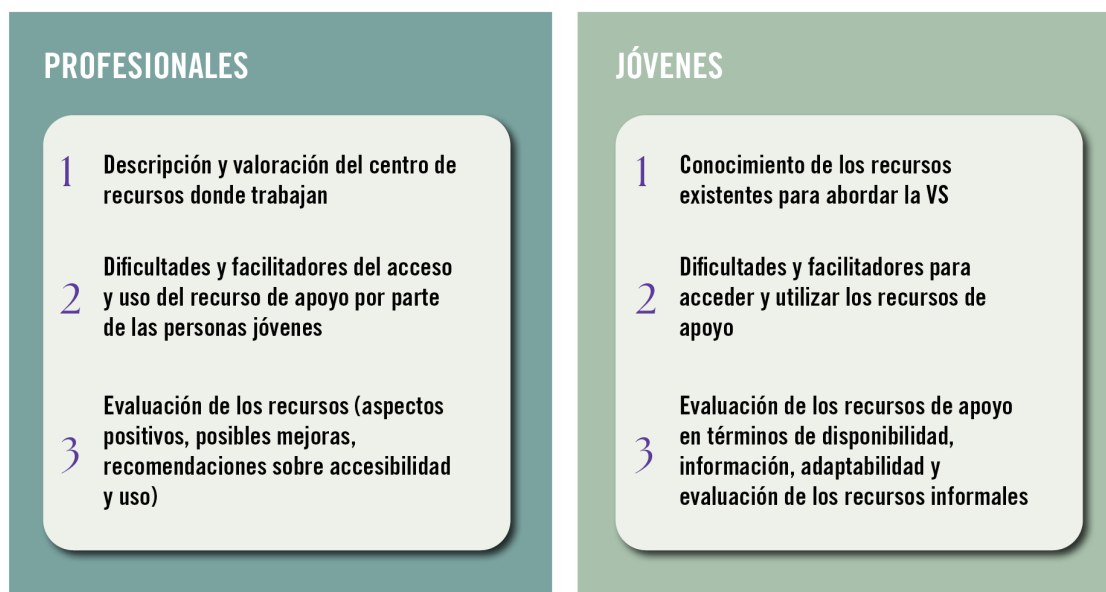
En estos proyectos se tuvo presente el *rappport o clima familiar y de confianza* que favorece que las personas entrevistadas se abran y expresen sus percepciones de una forma auténtica y profunda [159]. Para ello se tuvo en cuenta el sexo de las personas jóvenes y entrevistadoras. Así, en el proyecto I una entrevistadora mujer fue quien realizó las entrevistas a las mujeres jóvenes. En cambio, en el proyecto II se contó con un entrevistador y una entrevistadora, realizando cada cual las entrevistas a jóvenes de su mismo sexo.

Tabla 8. Guiones del proyecto I (artículos 1 y 2)

PROFESIONALES		JÓVENES	
1: Bienvenida y presentación	Contextualización; trayectoria profesional; vínculo con la intervención en VPM y con la población juvenil.	Inicio	¿Cómo estás actualmente?; ¿cómo te sientes?
2: Situación actual de la VPM en las jóvenes	Opinión sobre la VPM, concretamente en un contexto de pareja en mujeres jóvenes; diferencias en la VPM en jóvenes/adolescentes y mujeres mayores, y cómo influyen en su trabajo diario.	Bloque 1	¿Cómo fue tu proceso de salida de la violencia?; ¿cuándo empezaste a pensar que podías estar viviendo violencia?; ¿por qué empezaste a pensar esto?; ¿cuál fue el detonante?; ¿cuánto tiempo tardaste en darte cuenta?; ¿cuándo le pusiste nombre y qué nombre?
3: Abordaje de la VPM desde la práctica profesional	Percepciones sobre el conocimiento de los servicios por parte de las mujeres jóvenes y su respuesta ante una situación de VPM; percepciones sobre el acceso y uso de los servicios sociosanitarios y recursos formales por parte de las mujeres jóvenes; cuáles son las motivaciones de las mujeres jóvenes para hacer uso, o no, de este tipo de servicios; contribución del servicio a modificar la situación de violencia sufrida por la mujer joven; sistema de seguimiento o implementación del caso; valoración de otros recursos formales disponibles para la VPM y su trabajo con mujeres jóvenes.	Bloque 2	¿Cómo fue el proceso de contárselo a otras personas?; ¿a quién se lo contaste primero?; ¿por qué decidiste contárselo a esa persona en concreto?; ¿cómo reaccionó o reaccionaron las personas en las que te apoyaste?; luego, ¿qué hiciste?; ¿qué papel tuvo tu familia en este proceso?
		Bloque 3	¿Cómo reaccionó ante esto tu pareja/agresor? (considerando todos los episodios que hayas vivido con las parejas o la pareja); ayuda formal: ¿a qué servicios accediste?; ¿tuviste dificultades para acceder a la ayuda formal?; ¿conocías los servicios de ayuda?; ¿cómo te llegó la información de ese recurso?; ¿acudiste a algún recurso especializado?; ¿te marearon de un sitio a otro?
		Bloque 4	¿Cómo te trataron?; ¿qué te gustó y qué no te gustó de cómo te trataron?; ¿qué esperabas encontrar, qué contraste y qué te hubiera gustado encontrar en el recurso o servicio de ayuda que te atendió?
		Bloque 5	¿Pusiste denuncia?; (Si) ¿alguien la puso por ti?; ¿qué sentiste en este proceso?; ¿pasaste miedo?; y tu familia, ¿qué papel tuvo en el proceso?; ¿tus amigas?; (No) ¿a qué se debió que no pusieras la denuncia?
4: Dificultades para acceder a los servicios destinados a abordar la VPM en las jóvenes	Principales barreras para que las mujeres jóvenes accedan y utilicen los recursos formales para la VPM; dificultades profesionales para gestionar eficazmente la VPM en mujeres jóvenes; percepciones sobre si las mujeres jóvenes encuentran los servicios «amigables»; posibles barreras estructurales o relacionadas con la formación o concienciación sobre la igualdad de género y la utilización de un enfoque interseccional; adaptaciones de los servicios que son necesarias para ayudar a las mujeres jóvenes, y factores que facilitan una atención de calidad.	Bloque 5 bis	Solo en caso de estar aún expuesta a violencia. Por el contexto de la covid-19, ¿te has visto con necesidad de usar los servicios durante este tiempo, o de interrumpir el uso que estuvieses haciendo de ellos?
		Bloque 6	Tras tu experiencia, ¿qué recomendaciones darías a las personas que trabajan en estos servicios formales para que sean más cercanos y amigables a las jóvenes?
		Bloque 7	Siguiendo con tu experiencia, ¿qué hace falta para mejorar la atención a las chicas jóvenes que estén en una situación de malos tratos con su novio/pareja y quieran romper con él? O, si ya han roto, ¿qué sería posible hacer?; ¿cómo se las puede ayudar?
5: Propuestas de mejora	Reflexión sobre las propuestas de mejora; otras consideraciones.	Cierre	Y ahora, en este momento de tu vida, ¿qué te gustaría regalarte?; ¿cuáles son tus expectativas y necesidades?

Fuente: Elaboración propia.

Figura 16. Guiones de entrevista del proyecto II (artículos 3 y 4)

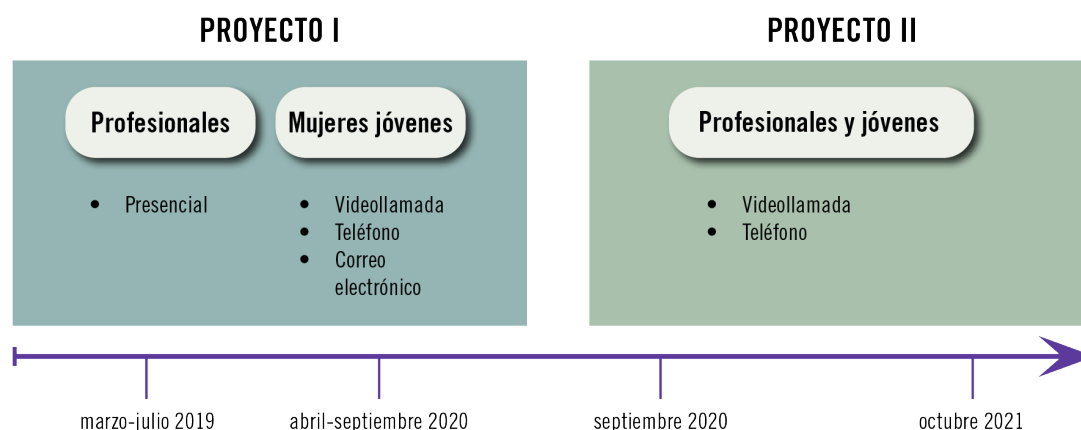


Fuente: Elaboración propia.

5.4. Procedimiento de recogida de datos

El trabajo de campo a partir de 2020 se vio condicionado por la pandemia de la covid-19 y las restricciones gubernamentales [160–162], que limitaron las reuniones físicas e interacciones interpersonales (a partir de marzo de 2020). Por este motivo, la recolección de datos fue distinta después de dicha fecha para evitar las interacciones personales. Como se muestra en el eje cronológico (ver Figura 17), se cambió de entrevistas presenciales, en los y las profesionales del primer proyecto, a entrevistas telemáticas en el resto de las personas participantes. En el caso del proyecto II, se llevaron a cabo sesiones de trabajo con el equipo de investigación para reflexionar sobre las estrategias de comunicación verbal y no verbal necesarias, para así minimizar las barreras asociadas a las entrevistas telemáticas. La duración de las entrevistas fue de 45-90 minutos (artículos 1 y 2) y de 50-70 minutos (artículos 3 y 4).

Figura 17. Modalidades de entrevistas de los proyectos I (artículos 1 y 2) y II (artículos 3 y 4)



Fuente: Elaboración propia.

Para comprobar la fluidez en el desarrollo de las preguntas de los guiones diseñados para la recogida de datos en los dos proyectos, se utilizaron las primeras entrevistas. Los cambios de dicha comprobación se consideraron para el desarrollo del resto de entrevistas. Dichas entrevistas fueron grabadas digitalmente. Asimismo, durante el desarrollo de las entrevistas se tomaron notas de campo.

5.5. Métodos de análisis

Una vez transcritas las entrevistas recogidas en ambos proyectos, se realizó un preanálisis del contenido de las mismas y posteriormente un análisis en profundidad. En la siguiente tabla se muestra el tipo de análisis que se llevó a cabo en cada uno de los artículos (ver Tabla 9).

Tabla 9. Métodos de análisis utilizados

FASE	ARTÍCULO 1	ARTÍCULO 2	ARTÍCULO 3	ARTÍCULO 4
Preanálisis	Análisis de contenido [163, 164]		Análisis de contenido [163, 164]	
Análisis	Análisis de contenido con enfoque inductivo [163, 164]	Análisis temático teórico [165]	Análisis temático inductivo [165]	Análisis temático teórico e inductivo [165] Análisis comparativo constante (adaptación) [166]

Fuente: Elaboración propia.

El análisis de contenido cualitativo y el análisis temático son dos enfoques comúnmente utilizados en el análisis de datos de investigación en el ámbito sociosanitario. A menudo

existe confusión entre sus similitudes y diferencias, haciendo que se usen indistintamente [167].

El análisis de contenido consiste en un conjunto de técnicas para el análisis sistemático de textos. Se trata de un enfoque sistemático de codificación y categorización. Tiene como fin establecer las tendencias y patrones de las palabras utilizadas, su frecuencia, sus relaciones, y las estructuras y discursos en la comunicación [164, 168, 169]. Se pone énfasis en la creación de categorías, a partir de los códigos, de forma inductiva [163]. Posteriormente, vincular los significados subyacentes de las categorías conllevaría la creación de temas [163] (ver Figura 18).

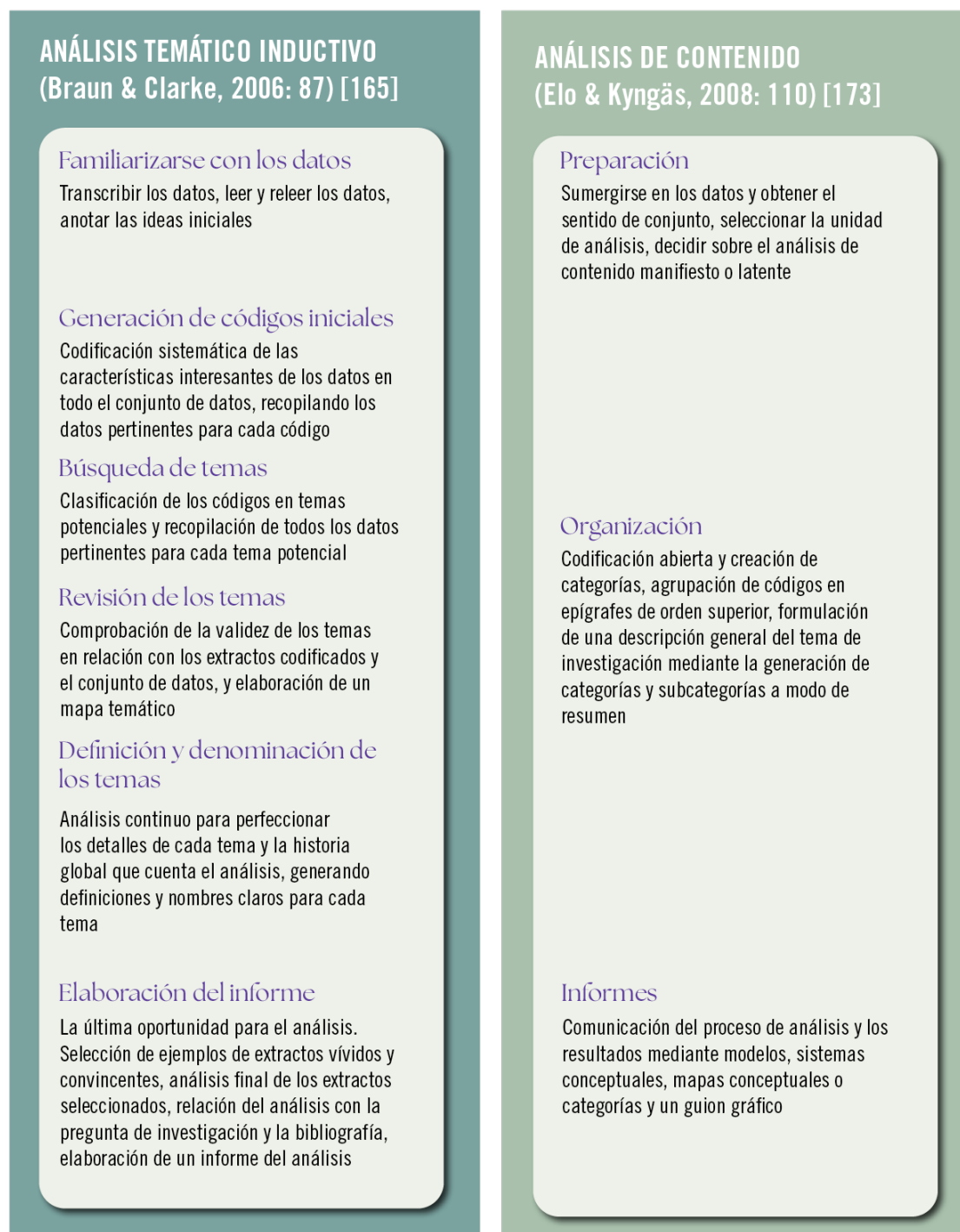
En cambio, el análisis temático se describe «como un método para identificar, analizar y reportar temas dentro de los datos» [165]. También, se ha presentado como método independiente y fiable que proporciona a las personas investigadoras habilidades básicas para llevar a cabo otras formas de análisis cualitativo [170]. De esta forma la persona investigadora puede ir más allá, realizando una interpretación de diversos aspectos del tema de investigación [171]. Este tipo de análisis, cuando se realiza de forma teórica, tiene un enfoque deductivo y requiere un compromiso con la bibliografía antes del análisis [165]. Es decir, los códigos y categorías están predefinidas según un marco teórico concreto, y la búsqueda de información en el conjunto de datos está guiada por un árbol de códigos predefinido [165]. Por el contrario, en el análisis temático inductivo los temas identificados están vinculados a los propios datos y no existe un marco de codificación preexistente [165]. A partir de los códigos generados, se clasifican y se buscan los temas, en función de su homogeneidad interna y su heterogeneidad externa. Pueden aparecer temas y subtemas [165]. Después de las primeras fases de análisis, algunos autores y autoras sostienen que el compromiso con la bibliografía podría mejorar el análisis, al sensibilizar sobre características más sutiles de los datos [172] (ver Figura 18).

Ambos enfoques permiten el análisis cualitativo de los datos, la diferencia radica en que mediante el uso del análisis de contenido es posible analizar datos cualitativamente y al mismo tiempo cuantificarlos; en cambio, en el análisis temático se proporciona una descripción de los datos puramente cualitativa, detallada y matizada [165, 169, 170].

El análisis comparativo constante se usa en el enfoque de la teoría fundamentada [166]. Este es un análisis inductivo que surge de los datos, en el cual las categorías resultantes de la codificación se van comparando unas con otras, estableciendo diferenciaciones, hasta obtener unas categorías analíticas que permiten la interpretación de los datos y la generación de una teoría. La teoría fundamentada se caracteriza en el análisis del conjunto

de datos desde diferentes perspectivas, realizando varios ciclos de recogida y análisis de datos para finalmente establecer una teoría que explique el fenómeno de estudio [166].

Figura 18. Comparativa del proceso de análisis cualitativo de datos



Fuente: Adaptado y traducido a partir de Vaismoradi *et al.* [170].

A continuación, se detallan para cada artículo los procesos de análisis y la justificación de los tipos de análisis desarrollados.

Proyecto I

En el proyecto I (artículos 1 y 2), se realizó un preanálisis de contenido ordenando la información según las distintas dimensiones del guion de la entrevista, relacionadas con los objetivos de la investigación. Este tipo de análisis se realizó así porque el fin era ordenar la información, buscando patrones y palabras clave que se repitieran. De esta manera, se debatió con el resto del equipo de investigación la forma más adecuada de realizar un análisis en profundidad de los datos.

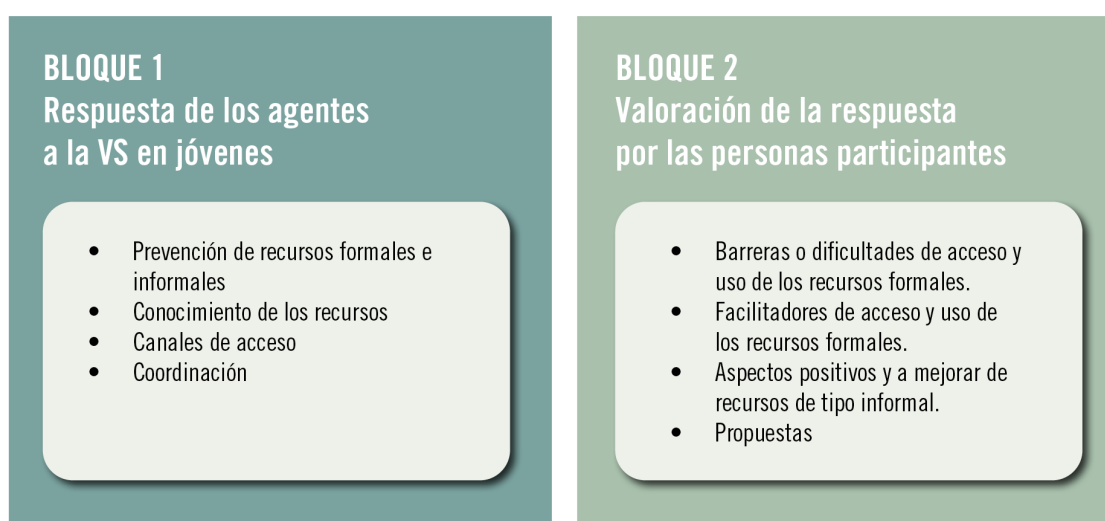
En el artículo 1 se realizó una codificación del contenido de cada entrevista. Los códigos se agruparon en categorías en función de las similitudes, siguiendo un enfoque inductivo de análisis de contenido [163, 164]. Los resultados obtenidos se triangularon con el equipo de investigación y fueron comparados en el contexto de bibliografía similar. En el artículo 2 las entrevistas se analizaron mediante un análisis temático teórico basado en el modelo de servicios amigables para jóvenes de la OMS [93]. Inicialmente, se desarrolló un árbol de códigos, describiendo las definiciones operativas de cada dominio: accesible, aceptable, equitativo, apropiado y efectivo (ver *codebook* en el artículo 2). A continuación, la información de las barreras fue agrupada y clasificada doblemente en los diferentes dominios, asegurando así la triangulación de los datos. Tras lecturas repetidas, junto con el resto del equipo de investigación se debatieron, concretaron y ajustaron los códigos a las definiciones operativas.

En el primer artículo se escogió ese enfoque metodológico para tener una aproximación directa a los datos. Así, las categorías surgieron de los propios datos, aunque luego se pusieran en contexto con bibliografía similar. En las percepciones del personal de los recursos sociosanitarios, se buscaban patrones similares entre barreras y facilitadores. Con esta primera aproximación a los datos, se decidió realizar un análisis temático teórico en el segundo artículo por dos motivos. En primer lugar, se decidió contraponer las percepciones de las barreras identificadas entre el personal de los recursos sociosanitarios y las jóvenes; de esta forma se pudo analizar los datos de manera detallada y matizada entre ambos grupos, y así establecer las diferencias para hacer hincapié en ellas. En segundo lugar, se consideró apropiado y pertinente analizar el contenido de las entrevistas bajo el marco teórico de servicios amigables de la OMS [93]. Cabe destacar que esto no se había realizado con anterioridad en relación a recursos frente a la VPM.

Proyecto II

En el proyecto II (artículos 3 y 4), también se elaboró un preanálisis de contenido de las entrevistas, con el fin de organizar la información para debatir con el resto del equipo de investigación el enfoque de los análisis posteriores. Este preanálisis se realizó en colaboración con un equipo externo, usando una doble codificación de las entrevistas. Se utilizó un árbol de códigos basado en los objetivos del proyecto y la información del trabajo de campo. El árbol de códigos incluía los siguientes aspectos: conocimientos de los recursos; mecanismos de acceso a los servicios; barreras y facilitadores de acceso y uso de los recursos; prevención y abordaje. Con un enfoque inductivo, los códigos con contenido similar se agruparon y clasificaron en temas potenciales. La información fue triangulada por dos analistas, dividiendo todo el contenido en dos bloques con diferentes temas (ver Figura 19).

Figura 19. Bloques temáticos del contenido del preanálisis



Fuente: Elaboración propia.

En los artículos 3 y 4 se realizó un análisis temático inductivo [165], usando de apoyo el programa informático ATLAS.ti (v.8 y v.9). En el artículo 3, se volvió a realizar una lectura detallada de todas las entrevistas para mejorar la comprensión del contexto. Además, se añadió nuevo contenido a los códigos del segundo bloque. El conjunto de datos denominado «dificultades percibidas en la respuesta» se volvió a codificar doblemente por contenido y similitud. De esta manera, se consiguió profundizar en los tipos de dificultades de acceso, realizando una codificación de todo el conjunto de datos enfocada a dichas barreras. Bajo el enfoque inductivo, los códigos con ideas similares se agruparon y clasificaron en subtemas potenciales. Se trianguló la información con el resto de las autoras,

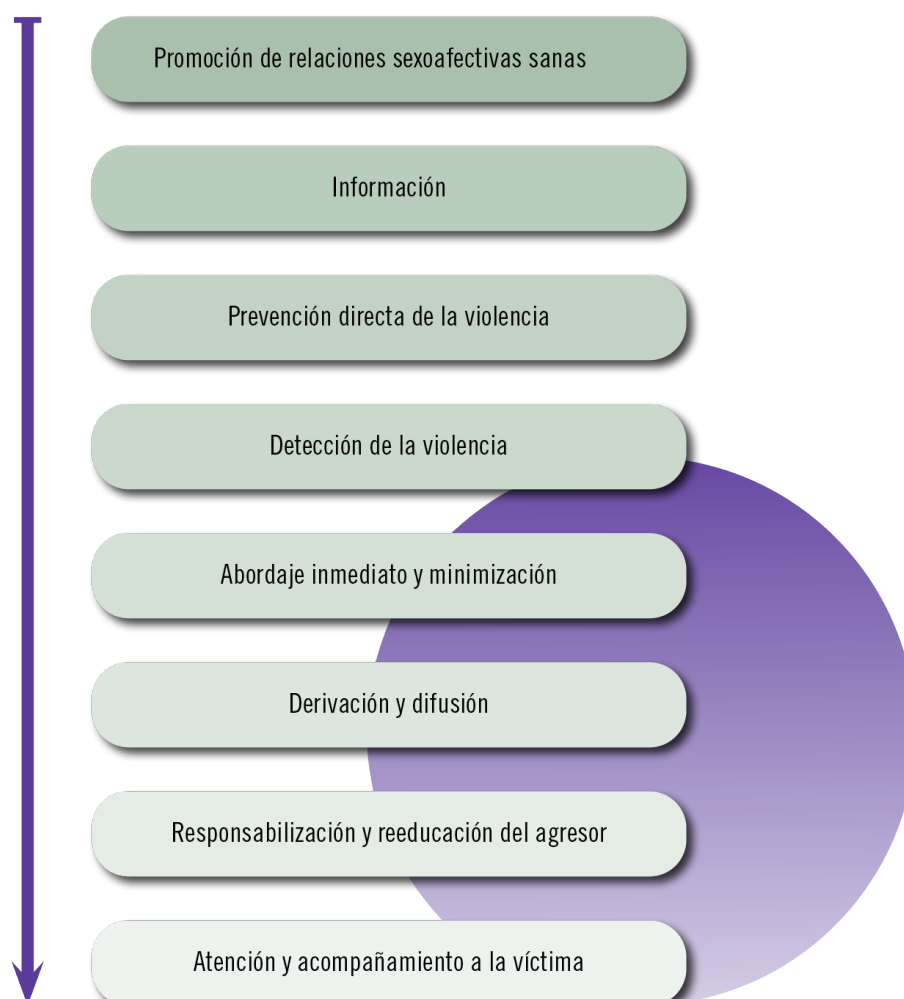
con el fin de obtener los subtemas (o categorías finales) y los temas principales del análisis. Este proceso implicó constantes movimientos bidireccionales entre códigos, subtemas y temas. Además, las fases finales estuvieron influenciadas por el marco teórico relacionado con la cobertura efectiva [100–105] y otros modelos teóricos de acceso a los servicios [76].

En el artículo 4, tras el preanálisis, se llevó a cabo un análisis más teórico guiado por el marco conceptual de activos en salud [117], para, de esta manera, identificarlos en las narrativas de las personas participantes sobre factores y circunstancias que prevenían y protegían de la violencia. Se realizó dicho análisis temático teórico [165] estableciendo una definición operativa de activos y buscando recursos facilitadores que ayudan en la búsqueda de ayuda ante la VS^{VIII}. Siguiendo el marco de activos, se buscaron aquellos facilitadores que fueran comunitarios e institucionales, es decir, que fueran externos a las habilidades propias de la persona [117]. Una vez identificados los facilitadores, se categorizaron mediante la adaptación del análisis comparativo constante [166], bajo el enfoque de la teoría fundamentada, dando lugar a 14 activos diferentes. A su vez, las características de estos activos fueron comparadas unas con otras y se pudo definir unas categorías que agrupaban varios activos identificados con características similares (por ejemplo: entorno cercano; activos feministas; determinantes de la opinión pública, recursos que trabajan para jóvenes y recursos institucionales). Posteriormente, se realizó un análisis temático inductivo [165] en el que se compararon las funciones percibidas de los diferentes activos con sus similitudes y discrepancias, categorizándolas en una secuencia de fases del proceso de respuesta a la VS. Estas fases comprendían desde la prevención de la VS hasta la prestación de atención a las víctimas (ver Figura 20). A su vez, también se analizaron y categorizaron los activos en dos ejes: uno, formalidad, y, otro, grado de proximidad o accesibilidad (ver Tabla 10). El primer eje de categorización fue elaborado por el equipo de investigación, mientras que el segundo eje se desprende directamente de las percepciones de las personas jóvenes recogidas en las entrevistas. A continuación, dichas funciones de los activos y percepciones de proximidad/formalidad fueron estudiadas conjuntamente para establecer los canales de derivación percibidos por las personas participantes. La parte final de este análisis temático inductivo fue el resultado del análisis comparativo de los resultados anteriores, haciendo diferenciación por grupos de participantes (jóvenes de ambos sexos y profesionales). Por ello, dio lugar a dos temas principales: 1) Comparación de los activos

^{VIII} Concepto de activos en salud de Morgan y Ziglio (2007) [117]: «cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de los individuos, las comunidades, las poblaciones, los sistemas sociales o las instituciones, para mantener y sostener la salud y el bienestar y para ayudar a reducir las desigualdades en materia de salud. Estos activos pueden operar a nivel del individuo, la familia o la comunidad y/o la población como factores de protección y promoción para amortiguar las tensiones de la vida».

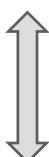
identificados y las funciones otorgadas a estos por los hombres y las mujeres jóvenes; y 2) Comparación de las percepciones sobre la respuesta a la VS entre jóvenes y profesionales.

Figura 20. Fases del proceso de respuesta a la VS identificadas por las personas jóvenes



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. Definiciones operativas para realizar la categorización según formalidad/proximidad

EJE DE FORMALIDAD		CARACTERÍSTICAS	EJEMPLOS
		ACTIVOS FORMALES Aquellos donde las normas y rutinas perduran en el tiempo y tienen una regulación rígida (sistema policial, sanitario, etc.). De esta manera, la organización es menos dependiente de las personas que la componen.	Activos institucionalizados (por ejemplo, sistema judicial o policial).
EJE DE GRADO DE PROXIMIDAD O ACCESIBILIDAD		ACTIVOS INFORMALES Aquellos en los que las normas, rutinas y miembros están poco definidos. Por lo tanto, dependen más de las personas.	Activos relacionados con las personas del entorno (amistades, familiares, profesorado).
		ACTIVOS PRÓXIMOS Y ACCESIBLES Aquellos activos que las personas jóvenes perciben como cercanos y de fácil acceso.	ACTIVOS POCO ACCESIBLES Y LEJANOS Aquellos activos que las personas jóvenes perciben como lejanos y de difícil acceso.

Fuente: Elaboración propia.

El proceso de análisis se llevó a cabo de esta manera, porque la primera aproximación al corpus de datos (o unidad de análisis), con el preanálisis, dio lugar a distintas áreas de contenido, que se podían analizar de forma separada [163, 165, 166, 174]. En el artículo 3 se realizó un análisis temático inductivo [165], centrado en el área de contenido que se relacionaba con las dificultades percibidas. Se escogió este enfoque de análisis para contraponer los discursos de profesionales y jóvenes; también, por su potencial para identificar los temas, teniendo presente la influencia del marco teórico de cobertura efectiva. El artículo 4 se centró en el área de contenido relacionada con los agentes y recursos facilitadores que actúan en el proceso de respuesta a la VS. Contraponer los discursos también fue una razón para escoger el enfoque temático inductivo [165]. A su vez, el análisis temático, como se ha explicado anteriormente, permite llevar a cabo otras formas de análisis, más guiadas por la persona investigadora. Esto permitió ordenar y relacionar el contenido con la herramienta de los mapas conceptuales. Fue usado, sobre todo, en el análisis de los ejes de formalidad/accesibilidad y en las relaciones de derivación entre los distintos activos. Por otro lado, previo a este análisis inductivo, se decidió hacer un análisis teórico con el modelo de activos [165, 117], junto con el análisis comparativo constante [166], porque aporta un valor añadido al análisis de facilitadores; es decir, con el fin de activar soluciones, mejorando la capacidad del sistema que da respuesta a la VS.

5.6. Métodos para favorecer la calidad metodológica

En los últimos años, en algunas revistas se ha puesto énfasis en criterios de calidad o rigor metodológico para la publicación de investigación cualitativa [175]. Para la elaboración de los proyectos y los artículos de esta tesis se ha intentado tener en cuenta dichos criterios. Para favorecer dicha calidad metodológica, se han tenido en cuenta los cuatro criterios de Lincoln y Guba, que desarrollaron para la fiabilidad (*trustworthiness*): credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad [176]. Además, en la redacción de los artículos se consultó bibliografía específica de este tema con el fin de abordarlo de forma exhaustiva [176–186]. Tras esto, también se tuvieron en cuenta otros criterios (ver Tabla 11). En todos los artículos se abordaron estos conceptos en el apartado de limitaciones y fortalezas, o en un apartado específico de reflexividad. Esto dependió de las normas de la revista. El uso de la terminología en los artículos no fue exactamente la misma que la presentada en la Tabla 11, ya que estuvo influenciada por las personas revisoras y fue cambiando. Asimismo, en tres de los cuatro artículos se utilizaron listas de comprobación para sintetizar los criterios de calidad y recomendaciones. Estas recomendaciones metodológicas fueron *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) [187] y *Standards for reporting qualitative research* (SRQR) [188] (ver material suplementario del Anexo 1). En la Tabla 12 se pueden observar los distintos métodos o herramientas que se llevaron a cabo para asegurar la calidad metodológica en cada artículo.

5.7. Consideraciones éticas

La participación en los estudios fue voluntaria y no retribuida. A todas las personas participantes se les facilitó un consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato. En ambos proyectos se obtuvo aprobación por un comité de ética. El proyecto I (artículos 1 y 2) fue aprobado en el Instituto de Salud Carlos III (CEIPI612020-v3.), y el proyecto II (artículos 3 y 4) en la Universidad de Alicante (UA-2020-07-07).

Tabla 11. Tabla resumen de los criterios de calidad y métodos para garantizarla en investigación cualitativa

CRITERIO	PARADIGMA CUANTITATIVO	CARACTERÍSTICAS	MÉTODOS PARA MEJORAR EL CRITERIO
Credibilidad	Validez interna	Aproximación de los resultados de una investigación frente al fenómeno observado. Garantizar y mostrar pruebas que apoyen que los resultados representan lo que se estudió.	• Trabajo prolongado en un mismo lugar • Observación persistente • Adoptar un compromiso con el trabajo de campo • Juicio crítico de los y las compañeras • Triangulación • Recogida de material de adecuación referencial: obtener datos ricos teóricamente • Establecer corroboración y coherencia estructural: comprobar cada dato y la interpretación con todos los otros, para asegurarse que no existen conflictos internos ni contradicciones. Otros autores y autoras: búsqueda de casos negativos (aquellos que no encajan con el patrón [177]) e integridad intelectual (generación de hipótesis rivales, patrones divergentes, explicaciones y sistemas alternativos de clasificación. Todo de manera inductiva y lógica [177]) • Comprobación con las personas participantes • Revisión por parte de personas investigadoras pares y ajenas a la investigación
Transferibilidad	Validez externa o generalización.	Proporcionar información contextual detallada para determinar si los resultados se pueden transferir de un contexto a otro, dependiendo del grado de similitud entre dichos contextos.	• Muestreo teórico o intencional: selección intencionada con el fin de optimizar las fuentes de datos y maximizar la cantidad de información abierta al sondeo público • Saturación teórica [181] • Recogida exhaustiva de abundantes datos descriptivos • Desarrollo de descripciones minuciosas: del contexto y las personas participantes
Dependencia (confiabilidad o fiabilidad por otras y otros autores y traducciones [185, 186])	Fiabilidad	Descripción del proceso de estudio con detalle suficiente con el fin de que los resultados puedan replicarse si se repite el estudio. Implica la no variación rastreable (variación que se puede atribuir a determinados factores: error, cambios en la realidad, incremento de la pericia instrumental, es decir, mejor conocimiento). Esta rastreabilidad requiere explicar los cambios en la instrumentalización.	• Métodos solapados: un tipo de triangulación en la que se pueden usar varios métodos a la vez para compensar las insuficiencias de los métodos individuales • Réplica paso a paso: descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos • Establecer pista de revisión: documentos que permiten examinar progresivamente el proceso llevado a cabo, como un diario de investigación • Revisión externa: de la dependencia por una persona observadora externa y evaluando la pista de revisión • Reflexividad de la persona investigadora: es decir, que tenga en cuenta las ideas preconcebidas y prejuicios sobre el fenómeno a estudiar; así como tener en cuenta la formación, sus creencias y sus experiencias [185]
Confirmabilidad	Objetividad	Garantizar y comunicar que los resultados se basan en la información obtenida de las personas participantes y no en las interpretaciones y sesgos de la persona investigadora.	• Triangulación de los datos: desde diferentes perspectivas (diferentes personas investigadoras) • Triangulación de métodos: usando una variedad • Triangulación bibliográfica: apoyándose en una variedad de fuentes • Ejercicio de reflexión con el «diario de investigación»: para recoger las introspecciones durante la investigación, aquello relacionado con la grabación de datos, incluso incertidumbres del proceso, los detalles del lenguaje no verbal, sensaciones del proceso, etc. [159]

CRITERIO	PARADIGMA CUANTITATIVO	CARACTERÍSTICAS	MÉTODOS PARA MEJORAR EL CRITERIO
			• Revisión externa: llegar a un acuerdo para que una persona observadora externa revise la confiabilidad
Auditabilidad (confirmabilidad por otras y otros autores [184, 185])	-	Los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por las personas participantes.	• Transcripciones textuales: de las entrevistas (uso de citas literales) • Contraste de los resultados con la literatura existente • Revisión: de hallazgos por otras personas investigadoras • Identificación y descripción de limitaciones y alcances de la persona investigadora
Relevancia	-	Permite evaluar el logro de los objetivos planteados y saber si se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno estudiado.	• Configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales • Comprensión amplia del fenómeno • Correspondencia entre la justificación y los resultados obtenidos
Adecuación teórica-epistemológica	-	Correspondencia adecuada del problema por investigar y la teoría existente.	• Contraste de la pregunta con los métodos • Ajuste del diseño

Fuente: Adaptado a partir de la tabla de Noñera *et al.* con diferentes fuentes [176–179, 181]. *Nota:* Triangulación: contraposición y comparación constante de distintas miradas hacia el objeto de estudio.

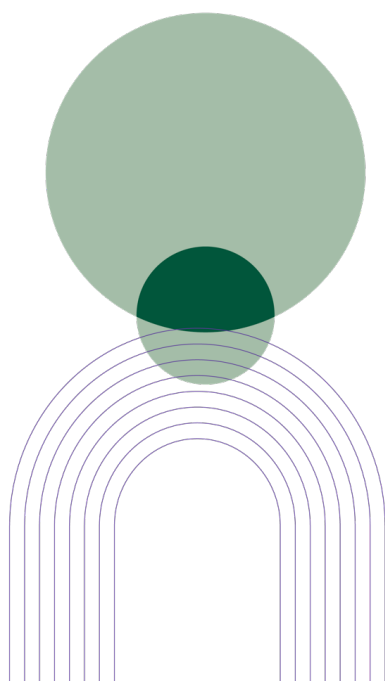
Tabla 12. Métodos para asegurar la calidad metodológica de los artículos

FASE	ARTÍCULO 1	ARTÍCULO 2	ARTÍCULO 3	ARTÍCULO 4
Reclutamiento de las personas participantes	Muestreo intencional con criterios de selección Saturación teórica	Muestreo intencional con criterios de selección Saturación teórica	Muestreo intencional con criterios de selección Saturación teórica	Muestreo intencional con criterios de selección Saturación teórica
Recogida de información	Se tuvo presente el <i>rappport</i> Diario de investigación Uso de citas literales de las entrevistas	Se tuvo presente el <i>rappport</i> Diario de investigación Uso de citas literales de las entrevistas	Se tuvo presente el <i>rappport</i> Diario de investigación Uso de citas literales de las entrevistas	Se tuvo presente el <i>rappport</i> Diario de investigación Uso de citas literales de las entrevistas
Preanálisis	Doble codificación y triangulación de los datos para el primer análisis de contenido		Doble codificación y triangulación de los datos para el primer análisis del contenido	
Análisis	Triangulación de los datos con el resto de las autoras Enfoque inductivo basado en los datos Búsqueda de casos negativos e integridad intelectual	Doble codificación Triangulación de los datos (dos autoras) Solapamiento de métodos (inductivo en el preanálisis y teórico en el análisis) Búsqueda de casos negativos e integridad intelectual	Doble codificación de las entrevistas Triangulación de los datos (dos investigadoras) Enfoque inductivo Búsqueda de casos negativos e integridad intelectual	Doble codificación de las entrevistas Triangulación de los datos (tres personas investigadoras) Solapamiento de métodos (teórico e inductivo, análisis comparativo constante) Búsqueda de casos negativos e integridad intelectual
Redacción de los artículos	Revisión crítica de los resultados por el resto de las autoras Elaboración de apartado de reflexividad Identificación y descripción de las limitaciones Contraste de los resultados con la literatura existente Recomendaciones metodológicas COREQ [187]	Revisión crítica de los resultados por el resto de las autoras Identificación y descripción de las limitaciones Contraste de los resultados con la literatura existente	Revisión crítica de los resultados por el resto de las autoras Identificación y descripción de las limitaciones Contraste de los resultados con la literatura existente Recomendaciones metodológicas SRQR [188] y COREQ [187]. Abordan la reflexividad	Revisión crítica de los resultados por el resto de las personas del equipo de investigación Identificación y descripción de las limitaciones Contraste de los resultados con la literatura existente Recomendaciones metodológicas SRQR [188] y COREQ [187]. Abordan la reflexividad

Fuente: Elaboración propia.

6

Resultados: compendio de artículos



6.1. Artículo 1. «Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives»

[«Accesibilidad de los servicios relacionados con la violencia de pareja para mujeres jóvenes en España. Estudio cualitativo sobre las perspectivas de profesionales»]

Laura Otero-García^{1,2,3}, Eva Durán-Martín⁴, Esther Castellanos-Torres^{5,6},
Belén Sanz-Barbero^{2,3}, Carmen Vives-Cases^{2,5}

¹ Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España

² CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

³ Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

⁴ Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Nacional de Educación a Distancia y el Instituto Mixto de Investigación de la Escuela Nacional de Salud (UNED-IMIENS), Madrid, España

⁵ Grupo de Investigación en Salud Pública, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante (UA), Alicante, España

⁶ Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Carlos III, Madrid, España

Autora de correspondencia: Eva Durán-Martín

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (Ref. PI17CIII/00022)

Fecha de publicación: 4 de abril de 2024

Revista: PLOS ONE

Categoría: Ciencias multidisciplinares

Factor de impacto: 2,9

Cuartil: Q1

Cita: Otero-García L, Durán-Martín E, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives. PLoS One. 2024; 19(4): e0297886. <https://doi.org/nrzt>

Ver Anexo 1.1 para texto original en inglés e información suplementaria

Resumen

Introducción: La violencia de pareja contra la mujer (VPM) es común entre jóvenes, pero el uso de los recursos de VPM entre mujeres jóvenes adultas y adolescentes es limitado. El objetivo de este estudio es analizar las percepciones de los y las profesionales sobre las principales barreras y facilitadores que encuentran las mujeres jóvenes (16-29 años), expuestas a violencia de pareja, a la hora de acceder a servicios formales en España.

Métodos: Estudio cualitativo basado en 17 entrevistas en profundidad realizadas en 2019 a profesionales que gestionan recursos de atención a la violencia de pareja (VPM), en Madrid (España), de diferentes sectores (servicios sociales, sanidad, fuerzas de seguridad, centros municipales de la mujer o juventud, asociaciones). Se realizó un análisis de contenido cualitativo.

Resultados: El personal de los recursos entrevistado percibe las siguientes barreras relacionadas con: 1) El tiempo que tardan en reconocer la VPM las jóvenes, debido a que la construcción social de las relaciones sexoafectivas está impregnada de desigualdad de género; 2) El proceso de salida de una situación de maltrato; y 3) Barreras inherentes a los servicios de atención a la VPM. Los aspectos clave para mejorar la accesibilidad a los recursos se encuentran relacionados con los servicios de atención, la praxis profesional y las propias jóvenes.

Conclusiones/Recomendaciones: Existen tanto barreras psicosociales, derivadas del proceso de salida de una situación de violencia, como barreras estructurales para que las mujeres jóvenes accedan y utilicen adecuadamente los servicios formales dirigidos a juventud o atención integral de violencia de género. Es necesario adaptar los servicios a las necesidades de las mujeres jóvenes para que puedan ser recursos realmente eficaces para salir de la VPM.

Palabras clave: violencia de pareja; adulto joven; adolescente; accesibilidad a los servicios [intimate partner violence; young adult; adolescent; services accessibility].

1. Introducción

La violencia infligida por la pareja (VPM) ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres. Incluye aquellos comportamientos de la pareja o expareja que causan daño físico, sexual y/o psicológico, incluidas la agresión física, el maltrato emocional, las prácticas de control, la violencia económica y la coacción sexual¹. La VPM y/o la violencia sexual se consideran un problema de salud pública que impacta a corto, medio y largo plazo en la salud física y psíquica de las mujeres expuestas a este tipo de violencia²⁻⁶. También tiene efectos negativos en el bienestar físico y mental de las personas expuestas a esta violencia durante su infancia¹. Es necesario encontrar estrategias para mejorar el acceso a los servicios de las mujeres jóvenes que sufren VPM, así como proporcionarles las habilidades y el apoyo necesarios para abandonar las relaciones violentas, previniendo sus consecuencias⁷.

En los últimos años, la violencia en el noviazgo (*dating violence*) entre adolescentes y jóvenes ha sido foco de investigación tanto en España como a nivel internacional⁸⁻¹¹, encontrándose diferencias entre la violencia en el noviazgo en jóvenes y la VPM que se produce en parejas adultas. Los datos en España reflejan la mayor prevalencia de VPM física y sexual en las mujeres jóvenes (16 a 29 años), en comparación con las adultas (30 a 49 años)¹². Además, dentro de los tipos de violencia psicológica, la violencia de control es la más reportada por las mujeres jóvenes en relación con las adultas y las mujeres mayores (de más de 50 años). Sin embargo, las mujeres adultas y mayores sufren violencia psicológica de tipo emocional con más frecuencia que las jóvenes¹².

En España, existen servicios especializados y no especializados en VPM que se prestan tanto en unidades especializadas en VPM como en servicios comunitarios. Se han puesto a disposición de las mujeres víctimas de VPM diferentes servicios asistenciales como: asistencia policial y de seguridad, asistencia y orientación jurídica, atención integral sanitaria y social, tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria, así como otros servicios prestados por asociaciones feministas y centros de atención a la mujer^{13,14}. Un estudio transversal muestra que los servicios formales han sido utilizados en menor medida por las mujeres jóvenes, en este caso solo el 41 %, frente al 51 % y 48 % de las mujeres adultas y mayores, respectivamente. Los servicios formales de psicología/psiquiatría fueron los más utilizados por todas las mujeres, jóvenes (27,4 %), adultas (33,6 %) y mayores (29,3 %). Sin embargo, los servicios jurídicos y/o sociales fueron los menos utilizados por las mujeres jóvenes, un 9-10 % frente a un 12 % y 19 % en las mujeres adultas y mayores, respectivamente¹⁵. Estudios previamente publicados muestran cómo las jóvenes se enfrentan a una serie de barreras para acudir a los servicios formales,

lo que podría explicar los datos anteriormente mencionados. En España, estas barreras incluyen la normalización de la violencia dentro de las relaciones de noviazgo, por parte de la gente joven, y la escasa formación del personal de los recursos para abordar este problema en mujeres jóvenes¹⁶⁻¹⁹. Otros estudios internacionales también reflejan una falta de formación, así como de concienciación, sobre la VPM entre profesionales, y destacan la escasa información existente sobre los recursos disponibles^{20,21}. Además, un estudio realizado en Suecia refleja las barreras causadas por la falta de adaptación de los recursos al colectivo de jóvenes²¹.

Al igual que lo observado en las jóvenes, los colectivos de mujeres que experimentan VPM en otros contextos de vulnerabilidad también sufren diferencias en el acceso a los recursos. Las mujeres mayores con un nivel socioeconómico bajo acuden menos a los servicios formales y denuncian menos. Algunos estudios reflejan que esto puede verse favorecido por la dependencia económica de las mujeres de edades avanzadas^{15,22}. En España, las mujeres inmigrantes y gitanas, tanto jóvenes como adultas, utilizan con menor frecuencia los servicios formales^{23,24}. Por otro lado, un estudio que utiliza metodología mixta concluye que las mujeres con discapacidad apenas utilizan los recursos formales debido a la falta de acceso universal, no estando los servicios adaptados a sus necesidades. Esto también ocurre en otros ámbitos en una sociedad marcada por la discriminación o perjuicio a las personas con discapacidad²⁵.

La revisión de la evidencia pone de manifiesto la escasez de estudios sobre el acceso a los recursos por parte de las mujeres jóvenes víctimas de VPM. Abordar esta cuestión desde la perspectiva del personal que trabaja en este tipo de servicios nos permite valorar la situación de las mujeres jóvenes y sus dificultades para acceder a los mismos. Por ello, este estudio tiene como objetivo analizar las percepciones de los y las profesionales sobre las principales barreras y facilitadores que se encuentran las mujeres jóvenes (16-29 años) expuestas a VPM a la hora de acceder a los servicios formales en España.

2. Material y métodos

2.1. Diseño de estudio

Este estudio forma parte del proyecto de investigación «Violencia de pareja en jóvenes en España: epidemiología, impacto en salud, accesibilidad y utilización de servicios sociosanitarios frente a la violencia de género». Dicho estudio se ha realizado en la Comunidad de Madrid en 2019 y tiene un diseño cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a 17 profesionales. Se utilizó el COREQ *checklist* para la presentación de

informes de investigación cualitativa, que se adjunta como información suplementaria (ver Anexo 1.1, S1 Table del material suplementario).

Para diseñar una muestra heterogénea, las autoras ECT y BSB establecieron los siguientes criterios de selección. En primer lugar, las personas entrevistadas debían ser profesionales del ámbito de la intervención en violencia de género. En segundo lugar, el personal seleccionado trabajaba en diferentes áreas asistenciales (enfermería, trabajo social, psicología, FCSE, trabajadores de la Administración pública, etc.). Y, en tercer lugar, las personas seleccionadas pertenecían a diferentes niveles de la Administración (estatal, regional, municipal, comunitario), para que la muestra tuviera representados diversos niveles de la Administración.

El muestreo fue de tipo intencional, identificándose una serie de informantes clave. La estrategia de identificación, selección y reclutamiento de los participantes fue la siguiente: ECT propuso una selección de personas participantes en función de sus contactos en la comunidad y en su ámbito profesional como agente de igualdad^{IX}. Entre todas las autoras se discutió dicha selección y se aportaron nuevas personas, que fueran posibles informantes, para completar la muestra. ECT contactó primero por teléfono con los y las 17 posibles participantes, y cuando aceptaron participar en el estudio se les invitó formalmente a través de un correo electrónico. En dicho correo electrónico se contextualizaba el estudio y se explicaba el objetivo de la entrevista. Finalmente, todas las personas contactadas aceptaron participar como profesionales de los recursos de apoyo a la VPM. Una vez aceptada la participación, se concretó la realización de la entrevista presencial en el centro de trabajo de las personas entrevistadas. Todas las entrevistas fueron individuales, excepto en un caso excepcional en que dos profesionales estuvieron presentes en la misma entrevista con ECT. Los y las 17 profesionales (14 mujeres y 3 hombres) tenían una formación y experiencia profesional variada, incluyendo personal de enfermería, psiquiatría, psicología, trabajo social, profesionales de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y responsables en centros de juventud o de violencia de género. Además, estas personas trabajaban en uno de los cuatro niveles administrativos requeridos: estatal, regional, municipal y comunitario.

2.2. Recopilación de los datos

Previamente a la realización de las entrevistas semiestructuradas, se diseñó el guion de entrevista que incluía temas relacionados con: la percepción de la situación actual de la VPM en las mujeres jóvenes, su abordaje desde la perspectiva de la práctica profesional, las

^{IX} El o la agente de igualdad es una figura profesional cualificada en el ámbito de las políticas de igualdad y la violencia contra las mujeres.

dificultades y los facilitadores en el acceso a los recursos de VPM, y las propuestas de mejora (ver Anexo 1.1, S2 Table del material suplementario). En este estudio, cuando nos referimos a las mujeres jóvenes, son aquellas de entre 16 y 29 años que han sido previamente identificadas como pertenecientes a un grupo vulnerable relacionado con la violencia en nuestro estudio anterior¹². Este guion fue elaborado y discutido por todo el equipo investigador antes de ser validado. No se realizó una prueba piloto, pero las dos primeras entrevistas se utilizaron para comprobar la fluidez entre las preguntas de cada sección. Los resultados de esta comprobación se tuvieron en cuenta para las entrevistas restantes. Todas las entrevistas se grabaron en audio y se tomaron notas de campo. Además, la entrevistadora (ECT) también grabó su experiencia y sus percepciones de la entrevista. Las entrevistas duraron entre 45 y 90 minutos, con una media de 1 hora, siendo una entrevista repetida por un problema de grabación. Cuando las últimas entrevistas realizadas no generaron información adicional, se consideró que se había alcanzado la saturación de datos. El trabajo de campo fue llevado a cabo desde marzo a julio de 2019.

2.3. Consideraciones éticas

A cada profesional se le entregó un formulario de consentimiento informado, donde se explicaban los objetivos del estudio, así como los motivos de la entrevista. Se garantizó su anonimato y la confidencialidad de las opiniones que expresaran. Todas las personas participantes firmaron un formulario de consentimiento. Además, se les aseguró que su participación era voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento de las entrevistas sin tener que dar ninguna explicación. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Salud Carlos III (CEIPI612020-v3).

2.4. Análisis de datos

Una vez recogida la información, se procedió a la transcripción literal de cada una de las entrevistas. Tras leer cada entrevista, ECT llevó a cabo un preanálisis (con el apoyo de LOG) para organizar la información según las diferentes dimensiones del guion de entrevista (definidas a partir de los objetivos de la investigación) e identificar patrones. Después, ECT, en una lectura detallada, realizó una codificación inicial del contenido de cada entrevista, siguiendo el enfoque del análisis de contenido cualitativo^{26,27}. A continuación, los códigos se agruparon en categorías en función de las similitudes, siguiendo el enfoque inductivo de análisis de contenido. Los resultados iniciales se depuraron hasta completar el análisis, situando estos hallazgos en el contexto de bibliografía similar. Esto fue realizado por el resto de las autoras (LOG, BSB, EDM y CVC). De este modo, los datos de la investigación quedaron triangulados adecuadamente.

2.5. Reflexividad

Las integrantes del equipo de estudio tienen experiencia en investigación cualitativa en VPM, salud pública y estudios de género. Esta experiencia previa influyó positivamente en los marcos teóricos que se han tenido en cuenta para este estudio. Sobre todo, aquellos marcos teóricos que se han usado para analizar los factores que intervienen en el acceso de las mujeres a los servicios relacionados con la VPM. Estos factores, que intervienen en el acceso a los recursos, han sido aplicados con anterioridad, por algunas de las autoras, en el ámbito de desigualdades de género en el acceso a los servicios sanitarios. Asimismo, esta experiencia fue relevante para el diseño de estudio, la selección de la muestra y la recogida de datos. Para garantizar la fiabilidad de los resultados, estos fueron revisados críticamente por todas las autoras. Se utilizaron citas literales y se alcanzó la saturación de datos. Además, se realizó un análisis de contenido cualitativo con enfoque inductivo, es decir, basado en los datos, lo que permitió minimizar el impacto de las investigadoras en los resultados; o sea, permitió que los resultados estuvieran menos influenciados por la subjetividad de las investigadoras. Esto facilitó la formación de categorías a partir de la similitud de los códigos, en lugar de ajustar los datos a patrones o temas predefinidos, o a un modelo teórico preestablecido.

3. Resultados

Los y las profesionales (ver Tabla 1) han identificado tres tipos de barreras que afectan a las mujeres jóvenes y dificultan su acceso a los recursos formales relacionados con la VPM. Por otro lado, el personal de los recursos entrevistado identifica ciertos aspectos clave que podrían minorizar estas barreras.

Tabla 1. Características del personal de los recursos entrevistado

N.º de entrevistas	Sexo	Área o perfil profesional		ID	Ámbito de actuación
3	H	Profesionales de las FCSE encargados del Registro de Vigilancia de la VPM a nivel policial	Psicología	HP12	Estatat
			Máster en Criminología Especialista en psicología forense		
			Trabajo social	HP16	
2	M	Enfermeras	Responsable de VPM en un centro de salud	MP13	Regional/ municipal
			Dirección en un centro sanitario	MP3	Municipal
1	M	Psiquiatra en un centro de salud mental		MP10	Regional/ municipal
3	M	Psicólogas	Centro específico de violencia sexual	MP15	Regional/ comunidad
			Centro específico de violencia juvenil	MP14	Regional/ comunidad
			Asociación feminista	MP7	Comunidad
1	M	Trabajadora social y psicóloga en un centro específico de VPM		MP4	Municipal
4	M	Trabajadoras sociales	Centro específico de VPM	MP9	Regional/ comunidad
			Grado de Antropología	MP5	Municipal
			Corporación local	MP1	Municipal
			Centro de salud mental	MP11	Regional/ municipal
2	M	Responsable del área de Juventud en corporación local		MP2	Municipal
				MP6	Municipal
1	M	Directora de entidad relacionada con la VPM en el sector terciario con Grado de Psicología y Grado de Trabajo Social		MP8	Comunidad

Fuente: Elaboración propia. Nota: M: Mujer; H: Hombre; HP: hombre profesional; MP: mujer profesional; FCSE: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

3.1. Barreras relacionadas con la socialización de género de las jóvenes y el proceso de salida de una situación de violencia

A) Barreras relacionadas con el proceso de socialización de las mujeres en materia de género

En España, los y las profesionales afirman que la *normalización de la violencia en las relaciones de pareja* se basa en la socialización de género. En este sentido, creen que existen ciertas *prácticas asociadas a la violencia psicológica de control y/o emocional* que las jóvenes no identifican como VPM. Existen *mitos sobre el amor* que son *dañinos* para las parejas, pero que están normalizados en la música, el cine y las series de televisión. Por ejemplo, expresiones de «amor» que justifican los celos, la dependencia emocional, la falta de autonomía, etc. Las personas entrevistadas señalan que esta legitimación de la VPM se ve reforzada por el *falso espejismo de igualdad actual*, en el que a pesar de la igualdad formal en derechos de

mujeres y hombres siguen existiendo prácticas cotidianas de desigualdad. Por ejemplo, pueden pensar que la VPM es algo del pasado, cuando las mujeres tenían menos derechos y dependían de sus maridos. Ahora que tienen «igualdad» y son mujeres independientes, no les puede ocurrir.

«Se ha normalizado la violencia en las relaciones diarias [...] la música que escuchan, las series que ven, *Crepúsculo* [...] Eso no ayuda nada a poder detectar situaciones que les ponen en riesgo» (HP16).

«Piensan que no les va a pasar o que estamos en una situación de igualdad y ya los chicos no son así [...] Pensar que a mí no me va a pasar es una de las ideas irracionales» (MP7).

Los y las profesionales sanitarios exponen que, solo cuando se produce violencia física, esta se identifica claramente como VPM por parte de las jóvenes, siendo un detonante para buscar ayuda.

«La mayoría de las veces, el acceso a la violencia es cuando ya es una violencia física importante. Las mujeres acuden con las lesiones físicas, o con graves crisis de ansiedad porque las han maltratado físicamente» (MP13).

Asimismo, una de las trabajadoras sociales entrevistadas señala que existe una *negación social de la VPM*. Esta negación es cultural y está asociada a una ideología patriarcal en la que la violencia es una cuestión individual, no estructural, y, por tanto, debe tratarse como un «conflicto de pareja». En otras palabras, es un problema creado por algunas mujeres y no existe ni afecta a la sociedad. Esta barrera de carácter ideológico, o que se produce como resultado de una reacción patriarcal, hace que identificar la propia violencia sea un problema, ya que algunos comportamientos están socialmente aceptados.

«Tenemos una barrera ideológica también en nuestro trabajo [...] es algo de cuatro locas que quieren sacar un tema que no es un problema y que no es real [ironía]. Se dice en la calle y genera mucha fricción en la intervención. Es complicado hacerles entender: mira, esto es real, lo que le pasa a tu hija» (MP5).

B) Barreras derivadas del propio proceso de salida de una situación de VPM

Desde la perspectiva de las mujeres profesionales entrevistadas, las mujeres jóvenes también se enfrentan a diferentes miedos derivados del propio proceso de salida de la situación de violencia. En primer lugar, *desconocen los recursos disponibles*, así como los protocolos de actuación al respecto. En segundo lugar, tienen *miedos relacionados con la respuesta familiar*,

con la soledad y con la pérdida de amistades. Temen el rechazo, la estigmatización o que la gente crea que no están diciendo la verdad. Además, el proceso de salida dependerá del tipo de violencia que haya vivido la joven. Por ejemplo, la violencia física es más fácil de identificar y para buscar ayuda que la violencia psicológica. En este sentido, las profesionales señalan que, en una situación de violencia sexual, las jóvenes no saben a dónde ir ni qué se encontrarán:

«No conocen recursos, se han quedado sin amigas [...] se van a enterar mis padres [...] Bueno, y si es una paliza es una exploración, poner la denuncia a la policía, al médico cuando le va a explorar [examen físico]. Si ha habido agresión sexual, recogida de muestras, que tienes que avisar al forense^x [...] Y luego para acceder a los recursos [...] sobre todo, es el desconocimiento porque no saben lo que tienen que hacer» (MP11).

«Miedo, eh [...] por lo que se van a encontrar aquí, piensan que a lo mejor tienen que denunciar [...] A lo mejor no saben que aquí se les apoya, que el denunciarlo es una cosa opcional, que se las va a respetar su decisión [...] Y como no lo saben pues hay mucha gente que no llama porque no está segura» (MP6).

Otra barrera percibida es la propia *situación psicoemocional de las jóvenes* y su capacidad para hablar de la situación de violencia y salir de ella.

«Y evidentemente las barreras propias, las defensas, que la chica sienta que realmente es el momento adecuado para poder acudir y para poder plantear un proceso terapéutico» (MP14).

Para las psicólogas, otra barrera inherente a las *jóvenes menores de edad* es su *situación legal*. Al ser menores de 18 años, dependen de una autorización materna, paterna o en su defecto de tutores, para hacer uso del recurso:

«Tengo 14 años, quiero entrar en terapia, mi madre está absolutamente de acuerdo, pero mi padre no lo firma. [...] está la dificultad de que tiene que estar la autorización» (MP15).

«En el caso de las adolescentes menores de 16 años, siempre se requiere la firma de ambos progenitores para ser atendidas» (MP14).

^x En España, las muestras de laboratorio y las pruebas para el proceso judicial deben ser recogidas por un forense y enviadas al tribunal. Por lo tanto, el personal de ginecología y medicina forense está implicado.

3.2. Barreras relacionadas con el personal que trabaja en recursos contra la VPM

Otra de las dificultades aludidas por las informantes que obstaculiza la accesibilidad a estos recursos es la infradetección por *falta de formación específica del personal*, tanto en igualdad y en perspectiva de género, como de manera concreta en VPM en población adolescente y juvenil.

«La formación en violencia por los profesionales sanitarios es escasa y, sobre todo, no hay formación en perspectiva de género, ni hay formación en igualdad, ni hay formación en acceso a recursos para mujeres a los que puedan ser derivadas» (MP13).

Además, los *estereotipos sobre la juventud*, presentes en el personal de los recursos que trabaja con mujeres jóvenes y adolescentes, juegan un papel importante en la atención a las víctimas. Algunos y algunas creen y perpetúan estos estereotipos, observándose cierta permisividad con respecto a situaciones conflictivas relacionadas con el periodo de desarrollo de la adolescencia y la juventud.

«En las chicas jóvenes yo creo que se minimiza mucho [...] si todavía eres muy joven [...] si es que los adolescentes son así, se sabe que los chicos beben alcohol y ya sabes [...] las primeras relaciones no son muy estables [...] que a partir de los 13, pues venga [...] si es que realmente ha sido rebelde [...] cuando llegue los 18 pues ya pasará [...] y entonces pues la violencia que vemos ahí, sobre todo violencia sexual a partir de los 14 años que ya empiezan con relaciones hasta los 16-18, se trabaja poco o no se trabaja nada» (MP13).

Hay profesionales que creen que *no se valora la formación en cuestiones de género*. En concreto, apenas hay profesionales con formación específica para abordar la violencia sexual. Desde el punto de vista de las personas entrevistadas, esto supone que las jóvenes que desean obtener ayuda y utilizar los recursos disponibles no reciben una atención de calidad e, incluso, en ocasiones son cuestionadas por el personal de los recursos, lo que provoca una victimización secundaria.

«Violencia sexual, de esto no se habla, y no hay profesionales formados. Entonces, bueno, si no estás formada estás potenciando que esto siga pasando. Reacciones de “Bueno, chica, pero no fue para tanto porque no hubo penetración”, o situaciones muy revictimizantes como “Que te pongan un detective” [detective privado que investiga a la víctima después de la agresión para ver si sigue con su vida] o el susto de la violencia sexual que genera miedo, genera dudas, horror, asco, por esa primera negación de “no

me puede estar pasando a mí”, pero no solo a la víctima, también a quienes escuchan» (MP15).

Esta victimización secundaria puede provocarles situaciones de ansiedad, llegándose a cuestionar la decisión de salir de la violencia.

«Tienes que ir contando la historia a cada profesional que vas, repetir una y otra vez lo mismo. Entonces eso, muchas veces a la hora de pensar o a la hora de actuar hay que tenerlo muy en cuenta» (MP11).

3.3. Barreras estructurales dentro de los recursos disponibles para abordar la VPM

A continuación, se presentan las barreras estructurales identificadas por las personas participantes (ver Tabla 2).

Tabla 2. Barreras estructurales de los recursos para responder a las mujeres jóvenes que experimentan VPM

Barreras estructurales de los recursos
• Servicios no adaptados a las jóvenes • No identificación con recursos de «víctimas» de VPM • Falta de interseccionalidad en la atención (mujeres inmigrantes, jóvenes, discapacitadas, otros grupos étnicos, etc.) • Ubicaciones poco atractivas y confusas de los recursos contra la violencia de género para las personas jóvenes (por ejemplo, servicios sociales) • Falta de disponibilidad de servicios especializados en VPM para jóvenes • Problemas de acceso geográfico • Falta de confidencialidad de los servicios en zonas rurales • Falta de difusión y contacto real de los servicios de VPM con las personas jóvenes • Recursos humanos, materiales y financieros limitados • Espacios poco acogedores e inseguros

Fuente: Elaboración propia.

Una barrera identificada por las profesionales de un servicio específico de violencia juvenil es que *no existen recursos de VPM adaptados a las mujeres jóvenes*. La percepción de las profesionales entrevistadas es que son recursos pensados para mujeres adultas. Las jóvenes que acuden a estos recursos son empujadas por familiares, amistades, o porque ya se ha interpuesto una denuncia.

«La cuestión es si se sienten identificadas o no [con las mujeres adultas maltratadas que acuden a los servicios]. Eh, algunas de las chicas que han pasado por aquí vienen de recursos de atención a mujeres adultas, donde no se han sentido tan identificadas [como para buscar ayuda y apoyo de forma independiente para cubrir sus necesidades tras la violencia sufrida]» (MP14).

Así también, las profesionales señalan cómo *el propio nombre de los recursos* puede alejar a las mujeres jóvenes.

«En otras palabras, la propia estructura del servicio pues no está diseñada para gente joven [...] Y encima el nombre también habría que verlo, porque no ayuda [...] hay gente que no quiere ir a un sitio que se llame víctimas» (MP9).

Además, están diseñados teniendo en cuenta un perfil muy concreto de atención a las usuarias, que alude a mujeres de mediana edad. Por lo tanto, *no se tiene en cuenta la interseccionalidad* de otras situaciones de opresión o discriminación que estén viviendo las mujeres.

«Los recursos formales no están adaptados para nadie que se salga de la categoría de mujer española media [...] no llegan mujeres mayores, no llegan mujeres con problemas de salud mental, no llegan otras mujeres con lo que sea, no vienen [...] o cuando llegan no se las atiende porque no están preparados los servicios [...] falta interseccionalidad [...] Los recursos no están preparados» (MP9).

Al mismo tiempo, las participantes mencionan que la mayoría de los recursos para la VPM se encuentran *ubicados dentro de los servicios sociales*, lo que dista mucho de aquello que una joven imagina como el tipo de ayuda que necesita. Existe una imagen tradicional de lo que son las intervenciones de atención social, pero esta imagen se aleja mucho de la perspectiva de trabajo que se lleva a cabo para el abordaje de la VPM.

«No acuden básicamente, en general, porque los puntos municipales no están ubicados normalmente junto a recursos de juventud, lo habitual es un centro de servicios sociales, con lo cual es muy difícil dar una imagen, por así decirlo, cercana a las chicas jóvenes» (MP8).

Por otro lado, en los municipios pequeños (ámbito rural) los servicios sociales *comparten emplazamiento con otros servicios municipales*. Esto puede llevar a que la gente no los utilice, ya que la *confidencialidad* de quienes acuden al servicio de apoyo a la VPM *se pierde*, al ser atendidos en las salas de espera conjuntas a los otros servicios.

«Estamos en siete pueblos [...] y la puerta de Policía local está al lado, esto hay que tenerlo en cuenta. A lo mejor tú no te das cuenta cuando llegas y te sientas en la mesa, pero cuando miras un poco a tu alrededor dices: claro, es que yo no entraría, yo no entraría con esta situación [víctima de VPM] porque yo solamente me quiero informar» (MP5).

Asimismo, una de las informantes, que procede del ámbito sanitario, refiere que hay una *falta de contacto real con la población juvenil*, así como de conocimiento de los recursos que pueden utilizar.

«Yo creo que falta contacto de los recursos. Vamos, estamos hablando de gente fundamentalmente joven con el resto de los recursos formales y no formales de la red; es decir, asociaciones de jóvenes. Hay que salir, hay que darte a conocer para facilitarlo, que te puedan ver las propias chicas» (MP10).

Otra de las barreras identificadas es el *problema de accesibilidad a los recursos especializados* por parte de las mujeres jóvenes y adolescentes, las cuales viven fuera del municipio de Madrid y/o residen en municipios de zonas rurales. Esta percepción depende, en gran medida, de la distancia entre el municipio de residencia y el recurso, así como de los medios de transporte público disponibles y de la capacidad económica de las mujeres y su entorno familiar^{XI}. Esto puede suponer una barrera de acceso para mujeres jóvenes que no viven en la ciudad de Madrid, que necesitan disponer, por un lado, del tiempo necesario para acudir al servicio y, por otro, de la capacidad económica para desplazarse.

«El coste económico, el tiempo, perder clase [...] Si tú te vas a un recurso de Madrid y tienes que estar a las dos, a las tres o las seis de la tarde, [...] tienes que salir superpronto de tu casa, después puede que no vuelvas a la segunda cita porque claro, me tengo que ir hasta allí, [...] ver a alguien extraño, porque el vínculo hay que trabajarlo y con mucho tiempo. Entonces el viaje no compensa para trabajarlo» (MP5).

Los servicios de los municipios colindantes a grandes núcleos urbanos no tienen el grado de especialización que tiene el recurso del programa concreto de adolescentes. En algunos municipios de la Comunidad de Madrid sí existe *una necesidad generalizada de centros específicos para adolescentes*.

«Se les suele ofrecer atención desde los recursos de sus municipios, pero claro no tienen el grado de especialización y de especificidad que tenemos nosotras como recurso de adolescentes» (MP14).

En esta misma línea, sobre las condiciones estructurales de los recursos que limitan o suponen una barrera para el acceso de las jóvenes, se encuentra la *falta de profesionales con formación específica para atender a las jóvenes y adolescentes*, en concreto psicólogas. Aun así,

^{XI} Actualmente, la Comunidad de Madrid, donde se centra el estudio, cuenta con un único servicio específico para jóvenes que han sufrido violencia sexual. Sin embargo, en agosto de 2021 se anunció otro, pero aún no está en marcha. Ambos estarán ubicados en la ciudad de Madrid.

las propias profesionales hacen lo posible para atenderlas. Sin embargo, para algunos y algunas profesionales la falta de recursos humanos formados es una de las barreras que, a su vez, dificulta el abordaje profesional con las jóvenes y adolescentes.

«En general tratamos adultas, no tenemos psicóloga infantil. Es verdad que, debido a las circunstancias del municipio y a que los recursos principales para atender a adolescentes están en Madrid, [...] pues terminan cayendo o bien con nosotras o bien en salud mental infantil [...] las vemos un poco por no dejarlas abandonadas, pero realmente no seríamos nosotras las que tendríamos que atenderlas» (MP4).

Las profesionales denuncian que la *cantidad de personal* y las *partidas presupuestarias* destinadas no son suficientes para la prevención y atención a la VPM, y ello se transforma en una barrera estructural.

«El presupuesto, el personal. En otras palabras, siempre es lo mismo, no tenemos pasta para muchas cosas que queremos poner en marcha, somos las mismas personas, queremos hacer cosas, pero si hacemos más tenemos que quitar las otras» (MP6).

Por otro lado, los informantes policiales señalan que la infraestructura policial donde se atiende a las jóvenes no es la más adecuada. *Falta intimidad y un espacio físico que genere complicidad y confianza* para relatar los hechos.

«Ojalá tuviéramos esta posibilidad de recibir a la víctima en un despacho cerrado. Durante estos años yo he recogido denuncias en las que he tenido aquí a la víctima y, por detrás, hay otro chico recogiendo una denuncia por extravío del DNI, un robo por fuerza, o a veces por detrás pasando gente, detenidos [...] o sea, un desastre» (HP16).

3.4. Aspectos clave para mejorar la accesibilidad de los recursos

A) Facilitadores de los servicios de atención a la mujer para atender a las jóvenes expuestas a VPM

Para facilitar el acceso de las jóvenes a los servicios asistenciales y mejorar la detección de casos, algunas personas entrevistadas llevan a cabo *actividades de sensibilización sobre VPM*. De esta manera, se mejoran los conocimientos sobre salud mental en torno a este problema y se informa acerca de los recursos disponibles para jóvenes. Además, participan en eventos organizados en torno a días clave, como son el Día Internacional de la Mujer (8 de marzo) y el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (25 de noviembre).

También señalan que el trabajo realizado con intervenciones en sexualidad y relaciones afectivas, desde recursos no específicos de violencia (como servicios de planificación familiar, centros juveniles centrados en la educación sexoafectiva, institutos, etc.), favorece un mayor conocimiento y acceso a los recursos.

«Todos los recursos vamos una vez al mes al centro educativo, y nos van conociendo [...] De esta forma, estamos ahí, y generamos ese clima de confianza, cercanía, y accesibilidad» (MP3).

«Participamos en las fechas clave del 25 de noviembre y del 8 de marzo, [...] es una satisfacción muy grande ver que hay tantísimas jóvenes, muchísimas y cada vez se ven más» (MP2).

«Acuden a nuestro recurso para planificación familiar [...] al realizar nuestra intervención, somos conscientes de situaciones de VPM» (MP3).

La *flexibilidad horaria*, así como la *disponibilidad de espacios seguros, accesibles y adaptados* para las personas jóvenes, también se consideran facilitadores. Por otro lado, la *coordinación* entre centros docentes, servicios sociales, puntos de violencia (mesas de atención a la violencia) y departamentos de orientación es percibida por las informantes como fundamental para una apropiada atención a las jóvenes. Para garantizar dicha coordinación son necesarios *protocolos de coordinación concretos y transversales* entre todos los servicios que atienden a las víctimas. Finalmente, también ayuda a las personas jóvenes a acudir a este tipo de servicios que *los movimientos comunitarios se involucren en proyectos de la sociedad*. Dichos facilitadores han sido efectivos en algunos recursos como muestran las personas participantes.

«Tener un horario accesible a ellas y una imagen más atractiva [...] Este cambio de ubicación, también es accesible [...], nos está acercando a más gente nueva» (MP6).

«En cada sitio nos organizamos de forma diferente [...] No hay una estrategia institucional, pero es directa porque ella tiene interés [la trabajadora social] y nosotros también» (MP4).

«El hecho de que la gente de tu barrio esté implicada creo que ayuda para meter el tema de violencia de género como algo transversal [...] que tenemos que estar todo el mundo, en la vida cotidiana» (MP10).

B) Facilitadores relacionados con la praxis profesional para atender a las jóvenes expuestas a VPM

Uno de los factores que ha facilitado que el personal de los recursos preste una atención adecuada a las jóvenes es contar con *formación en perspectiva de género*, así como con *formación específica en juventud*. Por otro lado, el personal debe responder a las situaciones a medida que surgen y dar soluciones de calidad a las jóvenes, si bien, en muchos casos, los y las profesionales deben dedicar su tiempo libre para dar esas soluciones adecuadas, algo que no se reconoce a nivel institucional.

«Estar formada en trabajo de grupos, manejo de adolescentes complicados, género, [...] ser consciente de mi propio recorrido [...] me ha facilitado la forma para trabajar con ellos y ellas para prevenir la VPM» (MP3).

«La implicación personal es fundamental. Esto es algo en lo que tú tienes que dejar el corazón. Desde luego, no te lo van a pagar» (MP14).

Así, también resulta un elemento facilitador, identificado por la mayoría de las personas informantes, que los y las profesionales tengan *experiencia en trabajo multidisciplinar y especializado*. El desempeño profesional desde la *escucha activa*, la *empatía* y el *sentirse creídas* son otros de los principios clave que permiten una mejor intervención. Una buena praxis debe realizarse sin culpabilizar, generando un clima de confianza que propicie la creación de un vínculo con la víctima. Además, cuando el personal muestra una *actitud de disponibilidad*, haciendo sentir a las chicas que pueden acudir cuando lo necesiten, facilita el seguimiento asistencial.

«La empatía, el que se sientan creídas, eso es fundamental» (MP1).

«Hay que escucharlas con más atención [...] necesitan saber que ellas no tienen la culpa [...] con las chicas jóvenes sus tiempos son diferentes [...], en el momento en que empiezan a encontrarse mejor van a dejar de venir, aunque no cierren el proceso [...] Y dejarles esa libertad y dejarles esa autonomía también es importante» (MP8).

Otra de las adaptaciones que han realizado algunos y algunas profesionales de los servicios ha sido *modificar el lenguaje, la imagen y los canales de comunicación* a través de las redes sociales para llegar mejor a las jóvenes.

«Estamos adaptando nuestro lenguaje para que ellas nos conozcan, que ellas pues se sientan cómodas» (MP5).

«Estamos haciendo una apuesta desde que ya gestionamos las redes de forma profesional» (MP7).

Disponer de una *figura referente de VPM* en los centros de Atención Primaria ha ayudado a mejorar la coordinación.

«Ahora en sanidad hay referentes de VPM [...]. Se nota muchísimo el cambio. [...] una apertura mucho mayor a la coordinación en este tipo de situaciones» (MP8).

C) Mejora de los servicios de respuesta a la VPM que pueden venir de la mano de las propias jóvenes

Para el personal que trabaja en la gestión de estos recursos, los *grupos autogestionados* y que las jóvenes tengan *referentes entre iguales* han mostrado su efectividad. Las mujeres de estos grupos han ayudado a otras a acceder a los recursos. Finalmente, algunas profesionales consideran que es eficaz que *las mujeres jóvenes que han confrontado VPM asuman un papel protagonista y participativo*, dando lugar a acciones en las que pueden implicarse tanto ellas como otras jóvenes.

«Las chicas que participan activamente se convierten un poco en referencia para otras chicas en situaciones similares, porque pueden ayudarlas desde ese lado» (MP8).

«Las jóvenes nos pidieron un taller de defensa personal y también lo hicimos, eso fue demandado por ellas» (MP2).

4. Discusión

Los resultados de la presente investigación han mostrado la existencia de tres tipos de barreras de acceso a los recursos para las mujeres jóvenes que experimentan VPM: 1) barreras relacionadas con la socialización diferencial y el proceso de salida de la situación de violencia; 2) barreras relacionadas con los y las profesionales que trabajan en recursos de VPM; y 3) barreras estructurales en los propios recursos. A continuación, se discutirán los aspectos clave para mejorar el acceso de las mujeres jóvenes a los recursos de VPM, relacionados con cada una de las barreras identificadas, con el fin de proponer algunas soluciones.

Las barreras encontradas en este estudio son similares a las encontradas en otros estudios que abordan el acceso a los servicios por parte de las mujeres y otros grupos vulnerables^{20,28,29}. Desde una perspectiva profesional en España, concretamente desde el

ámbito sanitario, surgen barreras similares, como la falta de formación específica en VPM en Atención Primaria, no poder trabajar en equipos multidisciplinares o las dificultades que encuentran las mujeres inmigrantes para acceder a los servicios¹⁸. Así también, la Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, incluye una cláusula para realizar una consideración especial a mujeres en situación de vulnerabilidad³⁰. Es decir, tener en cuenta sus características y así adaptar a sus necesidades la respuesta a la VPM que sufren. A pesar de ello, los y las profesionales consideran que los protocolos específicos adaptados a cada colectivo siguen siendo insuficientes. No obstante, también existen barreras similares en investigaciones centradas en el acceso de las personas jóvenes a los recursos sociosanitarios en contextos como el sueco. Por ejemplo, servicios que no están adaptados al colectivo joven o que son poco acogedores, así como servicios que no tienen en cuenta la interseccionalidad de las personas²¹. Por último, los retos identificados en este estudio coinciden con los encontrados en otros trabajos, tanto desarrollados en España como en otros contextos, donde destacan la importancia de promover grupos de apoyo entre las mujeres jóvenes, la sensibilización de la comunidad, unidas a la coordinación y apoyo entre los y las diferentes profesionales^{18,28}. Además, un aspecto clave para la mejora es contar con protocolos de actuación, ya que carecer de ellos es un obstáculo para una adecuada atención y detección^{18,28}.

En cuanto a las barreras relacionadas con el proceso de socialización de las mujeres jóvenes y las derivadas del propio proceso de salida de la violencia, nuestros resultados muestran que este tipo de violencia está más normalizada en este grupo de edad que en otros, debido a las falsas creencias acerca del proceso de construcción de las relaciones amorosas. Las conductas de control y los celos son naturalizados como muestras de amor, complicando que las jóvenes identifiquen este tipo de violencia y busquen ayuda^{16,31,32}. Por otro lado, según la percepción de las personas participantes, una barrera destacable es el desconocimiento de los recursos disponibles para salir del proceso de violencia. Esto podría deberse a que las campañas de los medios de comunicación no se adaptan adecuadamente a las necesidades de las mujeres jóvenes¹⁶. Las campañas no reflejan las características de la VPM entre jóvenes¹⁶ y la información no llega a las víctimas, ni a sus círculos de amistades y familiares. Para solventar dicho desconocimiento, es imprescindible estar presente en el entorno educativo, no solo para prevenir y detectar la violencia, sino para informar a las personas jóvenes sobre los servicios de ayuda disponibles para estas situaciones. Existe evidencia sobre cómo la implantación de programas de prevención aumenta el conocimiento de qué hacer y dónde acudir para solicitar ayuda en caso de exposición a VPM en jóvenes³³⁻³⁶. Además, estos programas preventivos dirigidos a personas jóvenes

podrían ayudar a reducir los casos de violencia al sensibilizar sobre VPM a los chicos jóvenes y, por otro lado, ayudar a las mujeres jóvenes a detectar antes dicha violencia, reduciendo así sus consecuencias, es decir, prevención secundaria y terciaria. En este estudio, los y las profesionales han identificado algunos aspectos que podrían ayudar a superar estas barreras, como la presencia sistemática en los centros educativos y la organización de actividades en fechas señaladas (8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, y 25 de noviembre, Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer). Esto potenciaría el conocimiento y el acercamiento a los recursos de apoyo a la VPM a las jóvenes. Así también, incorporar la educación sexoafectiva a través de recursos no específicos de violencia permite que las jóvenes reconozcan con mayor facilidad los signos de violencia, y demanden ayuda³⁷. Dos barreras más, ambas relacionadas entre sí, son las relativas a la negación cultural de la VPM y al miedo a la reacción de su entorno social. Estas barreras en mujeres jóvenes podrían deberse a varias razones. Por una parte, a la falsa creencia de la equidad de género que puede provocar dicha negación¹⁶. Un estudio europeo también reflexiona sobre la discordancia de datos que existe en los países nórdicos; datos que pueden generar desconcierto, ya que presentan los índices más altos de igualdad de género y la mayor prevalencia de VPM en la población general europea³⁸. A esto se denomina la «paradoja nórdica», para la que se han intentado dar varias explicaciones. Una de ellas se encuentra relacionada con la falsa creencia en la igualdad de género, que puede producir que algunas mujeres se perciban independientes y autosuficientes para luchar contra la VPM. Esto produce una infradeclaración porque este problema se limita a la esfera privada, luchando ellas mismas contra la violencia y no en la esfera pública, donde se evidencia la existencia del problema³⁹. Por otra parte, se suma que la VPM en jóvenes suele ser sutil y cotidiana, ya que está vinculada a las características románticas de las relaciones en este grupo de edad. Estos aspectos colocan a las jóvenes en una posición de vulnerabilidad¹⁶.

Entre las barreras relacionadas con el personal de los recursos sociosanitarios destaca la formación limitada en perspectiva de género y en la atención dirigida a jóvenes, teniendo en cuenta las características de la VPM en este grupo etario. Esta barrera se muestra también en otros estudios realizados en el contexto español, tanto en recursos sanitarios como sociales¹⁷⁻¹⁹. El conjunto de informantes de esta investigación pone en valor que exista una figura de referencia con formación específica en VPM en recursos sanitarios como la Atención Primaria, ya que, entre otras cuestiones, mejora la coordinación con recursos internos de Atención Primaria y los servicios externos, entre otros¹⁷. Nuestros resultados muestran que las personas participantes perciben que la falta de formación de profesionales dificulta la coordinación entre los distintos recursos y, además, puede promover la

victimización secundaria de las jóvenes. Un aspecto clave de mejora sería formar de manera conjunta a profesionales de diferentes recursos para permitir una coordinación más eficaz entre los distintos servicios^{40,41}. Al igual que en otros estudios, se vislumbra falta de trabajo multidisciplinar, lo que impide un abordaje integral que sitúe en el centro a las jóvenes¹⁸. Así, otro aspecto clave de mejora sería que los recursos contaran con equipos multidisciplinarios. Por otro lado, los y las profesionales refieren carencias en la atención a la VPM en jóvenes debido a los estereotipos sobre este grupo etario y a cómo se construyen las relaciones de pareja en estas edades. Esto dificulta la detección y atención de las jóvenes que han vivido situaciones de VPM. La actuación del personal puede agravar la situación provocando una victimización secundaria. Esto se debe a sus creencias influenciadas por los estereotipos de género y la minimización de la VPM entre personas jóvenes. Como se ha mencionado anteriormente, sería clave para abordar esta cuestión contar con profesionales de referencia en el equipo multidisciplinar que se dediquen a formar a otras personas sobre VPM, en todas las edades¹⁷. Fuera del ámbito de la VPM, se ha demostrado que la adaptación de los recursos a las personas jóvenes o la creación de recursos específicos para este colectivo con profesionales formados tienen efectos beneficiosos⁴². Centrarse en conocer a las personas jóvenes y las actitudes adaptadas a ellos y ellas es clave para garantizar una atención integral²¹. Un aspecto clave para superar esta barrera sería formar específicamente a profesionales en la atención a jóvenes, posibilitando la adopción de habilidades interpersonales como la escucha activa y la empatía, con el objetivo de generar espacios de confianza.

Dentro de las barreras estructurales de los recursos, el personal entrevistado identifica carencias en la adaptación de dichos recursos a las jóvenes. Concretamente, definen las infraestructuras de estos recursos como poco acogedoras para las jóvenes, cuestionando incluso cómo se nombran los recursos. Por lo tanto, es importante mejorar el espacio en sí, no solo promoviendo espacios más acogedores para las mujeres jóvenes, sino también las dinámicas, basándolas más en actividades y sesiones informales en comparación con las que se llevan a cabo con mujeres adultas. De esta manera, se fomenta lo que Aday y Andersen en 1974 denominaron el «nivel de integración» de todo el proceso de atención de los recursos⁴³. Es decir, adaptar los espacios y dinámicas a las jóvenes permitiría una continuidad en el uso de los recursos, ya que se sentirían a gusto. Esta continuidad es un aspecto esencial para el uso de los servicios e integraría todo el proceso de atención⁴³. Otra barrera estructural destacada es la falta de conocimiento y visibilidad de los recursos por parte de la población. En contextos educativos, se ha observado que la realización de intervenciones grupales mixtas en adolescentes disminuye la violencia, debido a la prevención primaria de la misma³⁵. También, en estas intervenciones se da a conocer entre

las personas adolescentes la existencia de los recursos. Asimismo, las intervenciones grupales con las jóvenes fomentan que estas encuentren referentes y se apoyen en otras adolescentes que han pasado por lo mismo^{44,45}. Hay evidencia de que los espacios grupales ayudan a las mujeres a conectar con sus iguales y a compartir sus vivencias, lo que supone una alternativa preventiva para la promoción de la salud. En otras palabras, estos grupos de autoayuda son herramientas de promoción de la salud para la prevención terciaria, que pretenden ayudar a las mujeres a recuperarse con el menor perjuicio posible. El intercambio de percepciones, ideas, sentimientos y proyectos permite a algunas mujeres salir de su aislamiento y participar en un espacio de escucha. Aquí pueden compartir sus vivencias, sentirse comprendidas y tomar conciencia de su situación^{46,47}.

Los y las profesionales, que han aportado sus percepciones para el desarrollo de la presente investigación, coinciden en los problemas de accesibilidad existentes en sus recursos como una barrera estructural importante. Sobre todo, la rigidez de horarios, la ubicación de algunos servicios y el hecho de que no tengan en cuenta la igualdad de acceso por parte de jóvenes con diferentes condiciones sociales. Por ejemplo, esto incluye no tener en cuenta la capacidad económica de cada joven. Según el marco de Tanahashi sobre los determinantes del uso de los servicios de salud, para lograr la participación de las jóvenes es esencial que los servicios estén disponibles y sean accesibles, y que funcionen en sus mismos entornos, ya sea en vivencias comunitarias o en redes sociales⁴⁸. Por último, otra barrera estructural es la falta de recursos económicos y humanos formados. Esto provoca la saturación de algunos servicios impidiendo brindar una atención de calidad a las mujeres jóvenes. Otros estudios hacen más hincapié en la barrera que supone la falta de recursos, de las propias mujeres, para solicitar ayuda a estos recursos²⁸.

A continuación, se resumen los cambios identificados que serían necesarios para abordar los obstáculos percibidos por las personas participantes (ver Tabla 3).

Tabla 3. Cambios que deben aplicarse para resolver los problemas detectados

Cambios relacionados con las jóvenes	• Adaptación de los servicios a las necesidades de las personas jóvenes (horarios, ubicación y capacidad económica) • Creación de recursos específicos sobre VPM para jóvenes • Adaptación de las campañas de sensibilización de recursos a la VPM entre las personas jóvenes • Promover grupos de apoyo entre las mujeres • Promover programas de sensibilización de la comunidad y programas de prevención de la VPM en el entorno educativo • Tener en cuenta la interseccionalidad de las personas (inmigrantes, jóvenes, discapacidad, etc.)
Cambios relacionados con los y las profesionales	• Formación específica para profesionales sobre la VPM y la atención a las personas jóvenes • Trabajar en equipos multidisciplinarios • Mejora de la coordinación entre profesionales con la creación de protocolos de actuación
Cambios relacionados con los recursos	• Mejorar la infraestructura y la dinámica de los servicios para hacerlos más acogedores para las jóvenes • Proporcionar más recursos financieros a los servicios de lucha contra la violencia de género

Fuente: Elaboración propia.

4.1. Limitaciones y fortalezas

El método de muestreo intencional podría dirigir a un sesgo de selección. Es probable que los sujetos seleccionados fueran más sensibles con la problemática de la VPM en jóvenes debido a su experiencia profesional. Otra limitación del estudio es que las personas entrevistadas ofrecen un relato de segunda mano de las vivencias de las mujeres jóvenes. No obstante, el relato de su experiencia y de las dificultades para ofrecer una atención integral a las mujeres jóvenes es valioso. Sería recomendable en el futuro abordar la perspectiva de las mujeres jóvenes. La credibilidad del estudio se garantizó mediante las distintas revisiones y aportaciones realizadas por todas las autoras. Para garantizar la fiabilidad, se utilizaron citas literales de las personas informantes, un diseño con categorías emergentes y una descripción detallada del proceso metodológico. Al mismo tiempo, la utilización del enfoque inductivo con un proceso de codificación ayuda a refrendar los resultados del estudio. Por último, al describir el contexto del estudio, sus resultados pueden adaptarse más fácilmente a otros contextos similares⁴⁹.

5. Conclusiones

Este estudio ha identificado barreras y aspectos de mejora que posibilitarán cambios que es necesario implementar, así como nuevas intervenciones y estrategias; estas últimas, dirigidas tanto a los servicios de prevención y respuesta a la VPM como al colectivo de profesionales que trabajan en dichos servicios. Dichos cambios mejorarían la atención prestada a las mujeres jóvenes, quienes conforman un grupo con características concretas a las que dar respuesta, como se ha explicado a lo largo de este artículo. Se hace necesario aplicar la evidencia científica generada para mejorar tanto los recursos como la formación que reciben los y las profesionales, con el fin de conseguir una mejor respuesta del sistema al problema social y de salud pública que supone la violencia de pareja ejercida contra mujeres jóvenes. Dicho problema condiciona y condicionará el bienestar de las futuras generaciones, principalmente el de estas mujeres y su entorno.

Bibliografía

1. World Health Organization, Pan American Health Organization, editores. Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence. Ginebra: World Health Organization; 2012.
2. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja [Health status and intimate partner violence]. Gac Sanit. 2014; 28(2):102-8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
3. Wood L, Voth Schrag R, Busch-Armendariz N. Mental health and academic impacts of intimate partner violence among IHE-attending women. J Am Coll Health. 2020; 68(3):286-93. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1546710>
4. Hing N, O'mullan C, Mainey L, Nuske E, Breen H, Taylor A. Impacts of male intimate partner violence on women: A life course perspective. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(16):8303. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18168303>
5. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JE. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. Am J Obstet Gynecol. 2017; 217(2):141-4. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042>
6. Abrahams N, Mhlongo S, Chirwa E, Lombard C, Dunkle K, Seedat S, et al. Rape survivors in South Africa: analysis of the baseline socio-demographic and health characteristics of a rape cohort. Glob Health Action. 2020; 13(1):1834769. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1834769>

7. World Health Organization. Violence against women [Internet]. 25 marzo 2024 [citado 23 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
8. Rizzo CJ, Joppa MC, Barker D, Zlotnick C, Warren J, Saint-Eloi Cadely H, et al. Individual and relationship characteristics of adolescent girls with histories of physical dating violence. *J Interpers Violence*. 2020; 35(5-6):1389-414. <https://doi.org/10.1177/0886260517696859>
9. Dosil M, Jaureguizar J, Bernaras E, Burges Sbicigo J. Teen dating violence, sexism, and resilience: A multivariate analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(8):2652. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17082652>
10. Courtain A, Glowacz F. Exploration of dating violence and related attitudes among adolescents and emerging adults. *J Interpers Violence*. 2021; 36(5-6):NP2975-NP2998. <https://doi.org/10.1177/0886260518770185>
11. Muñiz-Rivas M, Vera M, Povedano-Díaz A. Parental style, dating violence and gender. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(15):2722. <https://doi.org/10.3390/IJERPH16152722>
12. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One*. 2019; 14(10):e0221049. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049>
13. Ministerio de Igualdad. Recursos - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Resources - Government Delegation against Gender Violence]. Published 2020. Accessed November 24, 2020. <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacion-3/recursos>
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2012 [Common Protocol for Health Action against Gender Violence. 2012]. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
15. Sanz-Barbero B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Fernández-García C, Vives-Cases C. Spanish intimate partner violence survivors help-seeking strategies across the life Spain. *J Interpers Violence*. 2020; 37(11-12):NP8651-69. <https://doi.org/10.1177/0886260520976213>

16. Maquibar A, Vives-Cases C, Hurtig AK, Goicolea I. Professionals' perception of intimate partner violence in young people: A qualitative study in northern Spain. *Reprod Health*. 2017; 14:86. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0348-8>
17. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010 [Workers in primary health care and partner violence against women in 2010]. *Rev Esp Salud Publica*. 2012; 86:85-99. <https://tinyurl.com/29j5p6ln>
18. García-Quinto M, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Goicolea I, Vives-Cases C. Social workers' perspectives on barriers and facilitators in responding to intimate partner violence in primary health care in Spain. *Health Soc Care Community*. 2021; 30(1):102-13. <https://doi.org/10.1111/hsc.13377>
19. Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Cases C. Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain [Atributos de atención primaria y respuestas a la violencia de compañero íntimo en España]. *Gac Sanit*. 2017; 31(3):187-193. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012>
20. Colombini M, Dockerty C, Mayhew SH. Barriers and facilitators to integrating health service responses to intimate partner violence in low- and middle-income countries: A comparative health systems and service analysis. *Stud Fam Plann*. 2017; 48(2):179-200. <https://doi.org/10.1111/SIFP.12021>
21. Thomée S, Malm D, Christianson M, Hurtig AK, Wiklund M, Waenerlund AK, et al. Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services. A qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reprod Health*. 2016; 13:147. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0261-6>
22. Otero-García L, Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, García-Quinto M, Sanz-Barbero B, Goicolea I. A qualitative study on primary health care responses to intimate partner violence during the economic crisis in Spain. *Eur J Public Health*. 2018; 28(6):1000-5. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky095>
23. Briones-Vozmediano E, la Parra D, Vives-Cases C. Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain. *Health Expect*. 2015; 18(6):2994-3006. <https://doi.org/10.1111/HEX.12283>

24. Briones-Vozmediano E, Castellanos-Torres E, Goicolea I, Vives-Cases C. Challenges to detecting and addressing intimate partner violence among Roma women in Spain: Perspectives of primary care providers. *J Interpers Violence*. 2021; 36(19-20):NP10433-52. <https://doi.org/10.1177/0886260519872299>
25. Castellanos Torres E. Estudio sobre la situación de violencia contra las mujeres con discapacidad en Extremadura [Internet]. CERMI Extremadura; 2020 [citada 18 diciembre 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11181/6521>
26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2):105-12. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2003.10.001>
27. Mayring P. Qualitative content analysis. *Forum Qual Soc Res*. 2000; 1(2):20. <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>
28. Robinson SR, Ravi K, Voth Schrag RJ. A Systematic review of barriers to formal help seeking for adult survivors of IPV in the United States, 2005-2019. *Trauma Violence Abuse*. 2020; 22(5):1279-95. <https://doi.org/10.1177/1524838020916254>
29. Fernet M, Hébert M, Couture S, Brodeur G. Meeting the needs of adolescent and emerging adult victims of sexual violence in their romantic relationships: A mixed methods study exploring barriers to help-seeking. *Child Abuse Negl*. 2019; 91:41-51. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2019.01.019>
30. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Organic Law 1/2004, of December 28, on Comprehensive Protection Measures against Gender Violence.]. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>
31. Bonilla-Algovia E, Rivas-Rivero E, Pascual Gómez I. Myths of romantic love in adolescents: Relationship with sexism and other variables from socialization. *Educacion XX1*. 2021; 24(2):441-64. <https://doi.org/10.5944/educxx1.28514>
32. Ruiz-Palomino E, Ballester-Arnal R, Giménez-García C, Gil-Llario MD. Influence of beliefs about romantic love on the justification of abusive behaviors among early adolescents. *J Adolesc*. 2021; 92(1):126-36. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2021.09.001>
33. Avery-Leaf S, Cascardi M, O'leary KD, Cano A. Efficacy of a dating violence prevention program on attitudes justifying aggression curriculum evaluation dating

- violence prevention program attitude change adolescents. *J Adolesc Health*. 1997; 21(1):11-7. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(96\)00309-6](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(96)00309-6)
34. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Linder GF, Benefield T, Suchindran C. Assessing the long-term effects of the safe dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *Am J Public Health*. 2004; 94(4):619-624. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.4.619>
35. Racionero-Plaza S, Ugalde L, Merodio G, Gutiérrez-Fernández N. «Architects of their own brain.» Social impact of an intervention study for the prevention of gender-based violence in adolescence. *Front Psychol*. 2020; 10:3070. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.03070>
36. Fox CL, Hale R, Gadd D. Domestic abuse prevention education: Listening to the views of young people. *Sex Educ*. 2014; 14(1):28-41. <https://doi.org/10.1080/14681811.2013.816949>
37. Venegas M. Educar las relaciones afectivosexuales, prevenir las diferentes formas de violencia de género [To educate sexual-affective relationships, to prevent the different kinds of gender violence]. *Glob Soc Work*. 2010; 1(2):162-82. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v1i2.909>
38. Sanz-Barbero B, López Pereira P, Barrio G, Vives-Cases C. Intimate partner violence against young women: Prevalence and associated factors in Europe. *J Epidemiol Community Health*. (1978) 2018; 72(7):611-6. <https://doi.org/10.1136/JECH-2017-209701>
39. Ruuskanen M. The “Good Battered Woman”: A silenced defendant. En: Nousiainen K, Gunnarsson Å, Niemi-Kiesiläinen J, Lundström K, editores. *Responsible selves. Women in the Nordic legal culture*. Aldershot: Ashgate; 2018. p. 311-329.
40. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Estrategia madrileña contra la violencia de género 2016/2021. [Madrid Strategy against gender violence]. 2016. Madrid: Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid.
41. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: Lessons from practice. *The Lancet*. 2015; 385(9978):1672-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61797-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61797-9)

42. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet*. 2007; 369(9572):1565-73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60371-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60371-7)
43. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974; 9(3):208-20. PubMed PMCID: PMC1071804.
44. Myers B, Carney T, Browne FA, Wechsberg WM. Development of a trauma-informed substance use and sexual risk reduction intervention for young South African women. *Patient Prefer Adherence*. 2018; 12:1997-2006. <https://doi.org/10.2147/PPA.S175852>
45. Myers B, Carney T, Browne FA, Wechsberg WM. A trauma-informed substance use and sexual risk reduction intervention for young South African women: A mixed-methods feasibility study. *BMJ Open*. 2019; 9(2):e024776. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-024776>
46. Castellanos-Torres E, Caballero Pérez I. La violencia contra las mujeres con discapacidad en tiempos de COVID-19 y experiencias grupales de sororidad *online* [Violence against women with disabilities in times of COVID-19 and experiences of sisterhood online groups]. *REDIS*. 2020; 8(2):211-21. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.08.02.10>
47. Page RL, Montalvo-Liendo N, Nava A, Chilton J. «Now my eyes are open»: Latina women's experiences in long-term support groups for intimate partner violence survivors. *Int J Ment Health Nurs*. 2021; 30(3):713-21. <https://doi.org/10.1111/INM.12840>
48. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ* 1978; 56(2):295-303. PubMed PMID: 96953.
49. Johnson JL, Adkins D, Chauvin S. A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *Am J Pharm Educ*. 2020; 84(1):138-46. <https://doi.org/10.5688/AJPE7120>

6.2. Artículo 2. «Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region?»

[«¿Contamos con servicios “amigables” para las necesidades de las mujeres jóvenes expuestas a la violencia de pareja en la Comunidad de Madrid?»]

Eva Durán-Martín¹, Carmen Vives-Cases², Laura Otero-García³, Esther Castellanos-Torres⁴, Belén Sanz-Barbero⁵

¹ Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Nacional de Educación a Distancia y el Instituto Mixto de Investigación de la Escuela Nacional de Salud (UNED-IMIENS), Madrid, España

² Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante (UA), Alicante, España. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

³ Departamento de Enfermería, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

⁴ Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Carlos III, Madrid, España

⁵ Departamento de Epidemiología y Bioestadística, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

Autora de correspondencia: Carmen Vives-Cases

Financiación: Instituto de Salud Carlos III (Ref. PI17CIII/00022)

Fecha de publicación: 24 de febrero de 2022

Revista: Health Expectations

Categoría: Salud pública, medioambiental y ocupacional

Factor de impacto: 3,0

Cuartil: Q2

Cita: Durán-Martín E, Vives-Cases C, Otero-García L, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B. Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region? Health Expect. 2022;25(3):1058-1068. <https://doi.org/nrzs>

Ver Anexo 1.2 para texto original en inglés e información suplementaria

Resumen

Introducción: Las mujeres jóvenes en situación de violencia de pareja contra la mujer (VPM) tienden a acudir con poca frecuencia a servicios de apoyo formales. El objetivo de este trabajo es identificar barreras relacionadas con la accesibilidad, aceptabilidad, equidad, adecuación y efectividad de los servicios de VPM desde su perspectiva y la del personal de servicios públicos de apoyo a la VPM.

Métodos: Estudio cualitativo basado en 13 entrevistas semiestructuradas a mujeres jóvenes supervivientes de VPM y 17 entrevistas a profesionales que trabajan en recursos que atienden a mujeres expuestas a VPM. Se realizó un análisis del contenido temático guiado por las dimensiones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de servicios amigables para jóvenes.

Resultados: Desde la perspectiva de jóvenes y profesionales, se identificaron barreras relacionadas con todas las dimensiones de servicios amigables para jóvenes de la OMS. *Accesibilidad:* falta de información y apoyo del entorno social, escasa divulgación de los recursos, costes económicos, horarios no adaptados, ubicaciones inadecuadas o falta de servicios en entornos cercanos para jóvenes. *Aceptabilidad:* falta de protocolos que garanticen la confidencialidad, lentitud en la prestación o derivación de servicios, entornos poco acogedores o actitudes de mala praxis profesional poco empáticas. *Equidad:* actitudes profesionales discriminatorias hacia colectivos con diferente condición social y falta de protocolos para asegurar la atención de dichos colectivos. *Adecuación:* falta de cobertura de las necesidades y de equipos multidisciplinares. *Efectividad:* escasez de tiempo, recursos, profesionales competentes, protocolos y coordinación.

Conclusiones: Se precisan estrategias para realizar cambios que favorezcan el potenciar los servicios amigables para la atención de las jóvenes en los recursos de VPM. Se enfatiza la necesidad de dotar a los servicios con más recursos económicos y humanos para mejorar la atención y trabajar la sensibilización y divulgación en VPM, así como la formación de profesionales.

Contribución del paciente o del público: Este trabajo se basa en las perspectivas de mujeres jóvenes que han sufrido VPM y de profesionales de servicios públicos relacionados con la VPM de diferentes disciplinas (psicología, trabajo social, enfermería, psiquiatría, educación social). Dichas y dichos profesionales trabajan en Administraciones públicas a nivel local, regional o estatal o bien en ONG en la Comunidad de Madrid (España).

Palabras clave: violencia de pareja contra la mujer (VPM); servicios amigables; mujeres jóvenes [friendly services; intimate partner violence; young women].

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la violencia de pareja contra las mujeres (VPM) como una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres. Incluye cualquier comportamiento de la pareja o expareja que ocasione daño físico, sexual y/o psicológico, incluyendo la agresión física, el maltrato emocional, la coacción sexual y las conductas de control¹. La VPM produce un impacto a corto, medio y largo plazo en la salud tanto física como psicológica de las mujeres expuestas a este problema de salud pública².

Las características de las mujeres y sus circunstancias sociales influyen en la VPM y en el riesgo de mortalidad por VPM^{3,4}. En este sentido, las mujeres jóvenes y adolescentes pertenecen a grupos especialmente vulnerables a la VPM⁵⁻⁹. En España, el 19,3 % de las mujeres entre 16 y 24 años han experimentado alguna vez en su vida VPM física y/o sexual y el 46,1 % VPM psicológica¹⁰.

Las estrategias utilizadas en la búsqueda de ayuda ante una situación de VPM también pueden diferir en función de la edad de las mujeres^{11,12}, siendo las más jóvenes las que tienden a recurrir con menor frecuencia a profesionales y servicios de apoyo formales, como servicios sanitarios, de apoyo social y legal e incluso asociaciones¹². Ante situaciones de VPM, las jóvenes buscan ayuda en las personas de confianza de su entorno próximo¹².

Con el objetivo de acercar los servicios sociosanitarios a la población juvenil, la OMS propuso un modelo con dimensiones básicas que caracterizaban a los servicios «amigables» para jóvenes¹³. Este modelo se desarrolló en el ámbito de la salud sexual y reproductiva debido al impacto beneficioso que podía suponer su utilización para la salud de la juventud. Dicho modelo contempla que un servicio, para ser amigable, debe ser: 1) *accesible*: las personas jóvenes son capaces de hacer uso de los servicios sociosanitarios que tienen a su disposición; 2) *aceptable*: las personas jóvenes quieren y están dispuestas a obtener dichos servicios; 3) *equitativo*: todas las personas jóvenes pueden disponer de dichos servicios independientemente de su estatus/condición social; 4) *apropiado*: los servicios aportan todo lo que puedan necesitar las personas jóvenes; y 5) *efectivo*: los servicios se brindan de una forma correcta haciendo una contribución positiva para la salud¹³.

En España, la Atención Primaria presenta muchas oportunidades para implementar servicios «amigables» para jóvenes¹⁴, aunque es necesaria una transformación de esta para mejorar la satisfacción de las necesidades de la juventud^{14,15}. Una de estas necesidades es el abordaje de la VPM juvenil, la cual debería ser una prioridad no solo en la Atención Primaria, sino también en el resto de los servicios sociosanitarios que pretenden dar

respuesta a este problema. Para ello, se hace necesario acercar los servicios a las jóvenes en situación de violencia, dado el escaso uso que hacen de dichos servicios¹².

El objetivo de este estudio es identificar barreras relacionadas con la accesibilidad, aceptabilidad, equidad, adecuación y efectividad de los servicios de VPM para las jóvenes en la Comunidad de Madrid (España), desde su perspectiva y la de profesionales de servicios públicos creados para dar respuesta al problema de la VPM.

2. Material y métodos

Este estudio incluye 13 entrevistas semiestructuradas a mujeres jóvenes afectadas por la violencia de pareja (ver Tabla 1) y 17 entrevistas a profesionales (14 mujeres y 3 hombres). Estos y estas profesionales trabajan con situaciones de VPM en diferentes áreas como psicología, trabajo social, enfermería, psiquiatría y educación social. Desarrollan su labor en las Administraciones públicas a nivel local, autonómico, estatal o en ONG (ver Tabla 2). Este estudio se ha realizado en la Comunidad de Madrid (CAM), que incluye la capital de España, Madrid, importantes municipios y también una amplia zona rural. Cabe destacar que, en 2019, el 15 % (n = 163 772) de las mujeres empadronadas en toda la región tenían entre 15 y 29 años; entre estas mujeres, el 16,7 % (27 320) no habían nacido en España¹⁶.

Tabla 1. Características de las mujeres entrevistadas

Mujeres jóvenes	Datos sociodemográficos
MJ1	36 años. San Fernando de Henares. Estudios secundarios. Trabaja. Vive con su madre y su hermana. No menores a su cargo
MJ2	35 años. Madrid. Estudios de licenciatura. Trabaja. Vive sola. No menores a su cargo
MJ3	27 años. Fuenlabrada. Estudios de Bachillerato. Trabaja. Vive sola. No menores a su cargo
MJ4	19 años. Fuenlabrada. Estudios secundarios. Desempleada. Vive con su familia. No menores a su cargo
MJ5	16 años. Fuenlabrada. Estudiante. Vive con su madre. No menores a su cargo
MJ6	22 años. Daganzo de Arriba. FP Superior. Trabaja. Vive con su familia. No menores a su cargo
MJ7	24 años. Torres de la Alameda y Torrejón de Ardoz. ESO. Desempleada. Vive con su padre. No menores a su cargo
MJ8	18 años. Daganzo de Arriba. ESO. Desempleada. Vive con su familia. No menores a su cargo
MJ9	29 años. Madrid. Máster de posgrado. Visa de estudios que solo le permite hacer prácticas. Comparte piso con amistades. No menores a su cargo
MJ10	22 años. Tielmes. ESO. Trabaja. Vive sola. No menores a su cargo
MJ11	27 años. Madrid. Bachillerato. Trabaja. Vive con su hija y su madre
MJ12	27 años. Campo Real. FP Superior. Desempleada queriendo emprender. Vive sola con su hijo de 6 años
MJ13	21 años. Madrid (Tetuán). FP de Integración. Trabaja y estudia. Vive sola de alquiler. No menores a su cargo

Fuente: Elaboración propia. Nota: CAM, 2019.

Tabla 2. Características del personal de los recursos entrevistado

Sexo	Área o perfil de profesional	Ámbito de intervención del recurso
H	Profesional de VioGén	Estatal
H	Profesional de VioGén	Estatal
H	Profesional de VioGén	Estatal
M	Enfermera responsable de violencia de género en un centro de salud	Autonómico/municipal
M	Médica psiquiatra en un centro de salud mental	Autonómico/municipal
M	Trabajadora social en un centro de salud mental	Autonómico/municipal
M	Psicóloga en un recurso específico de violencia sexual	Autonómico/asociativo
M	Psicóloga en un recurso específico de violencia en jóvenes	Autonómico/asociativo
M	Trabajadora social de un centro específico de violencia de la CAM	Autonómico/asociativo
M	Trabajadora social de una corporación local	Municipal
M	Trabajadora social y psicóloga en una corporación local. Punto Morado contra la Violencia de Género (PMVG) en un municipio de la CAM	Municipal
M	Trabajadora social del PMVG en un municipio de la CAM	Municipal
M	Responsable del área de Juventud de una corporación local	Municipal
M	Responsable del área de Juventud de una corporación local	Municipal
M	Dirección de Enfermería en un centro de salud	Municipal
M	Psicóloga en una asociación feminista	Asociativo
M	Dirección de una entidad del tercer sector relacionada con la violencia de género	Asociativo

Fuente: Elaboración propia. *Nota:* CAM, 2019.

2.1. Recogida de información

En el guion de las entrevistas de profesionales se incluyeron temas en relación con la percepción actual de la VPM en mujeres jóvenes, su abordaje profesional desde los distintos ámbitos, y las barreras y propuestas de mejora en el acceso a los recursos para jóvenes expuestas a VPM (ver Tabla 3). Estas entrevistas se llevaron a cabo de manera presencial entre marzo y julio de 2019. Fueron grabadas, con una duración de 45 a 90 minutos. Por otro lado, en el guion de las jóvenes se incluyeron temas relacionados con su experiencia personal en relación con la VPM, cómo identificaron estar sufriendo VPM y el proceso de salida de esta. También se abordaron temas sobre los recursos informales y formales de ayuda, así como propuestas de mejora en la atención de otras mujeres jóvenes (ver Tabla 4). En el caso de las jóvenes, debido al contexto de la pandemia de la covid-19, las entrevistas fueron realizadas entre abril y septiembre de 2020 utilizando medios telemáticos (llamada telefónica, videollamada o correo electrónico).

Tabla 3. Resumen del guion de entrevista dirigida a profesionales

1: Bienvenida e introducción	Contextualización; trayectoria profesional; vínculo con la intervención en VPM y población joven.
2: Situación actual de la VPM en las mujeres jóvenes	Opinión sobre la VPM, específicamente, en el contexto de la pareja en mujeres jóvenes; diferencias entre VPM jóvenes/adolescentes y mujeres mayores, y cómo influyen en su trabajo diario.
3: Abordaje de la VPM desde la práctica profesional	Percepciones sobre el conocimiento de los recursos por parte de las jóvenes y su respuesta ante una situación de VPM; percepciones sobre el acceso y uso de servicios sociosanitarios y recursos formales por parte de las jóvenes; motivaciones de las jóvenes para acudir o no a este tipo de recursos; contribución del recurso a modificar la situación de violencia que vive la joven; sistema de seguimiento de casos y ejecución; valoración de otros recursos formales de violencia de género y su trabajo con mujeres jóvenes.
4: Dificultades en el acceso a los recursos destinados a hacer frente a la VPM entre mujeres jóvenes	Principales barreras de acceso y uso de los recursos formales de atención a la VPM por parte de mujeres jóvenes; dificultades profesionales para el abordaje efectivo de la VPM en mujeres jóvenes; percepciones sobre si los servicios son «amigables» para jóvenes; posibles barreras estructurales y de formación y/o sensibilización en relación a la igualdad de género y al enfoque interseccional; adaptaciones necesarias de los recursos para dar respuesta a mujeres jóvenes y factores que facilitan una atención de calidad.
5: Propuestas de mejora	Reflexionar sobre propuestas de mejora; otras consideraciones.

Fuente: Elaboración propia. *Nota:* Servicios amigables para jóvenes relacionados con la violencia de pareja en la CAM, 2019.

Tabla 4. Guion de entrevistas con las mujeres jóvenes

Inicio	¿Cómo estás actualmente?; ¿cómo te sientes?
Bloque 1	¿Cómo fue tu proceso de salida de la violencia?; ¿cuándo empezaste a pensar que podías estar viviendo violencia?; ¿por qué empezaste a pensar esto?; ¿cuál fue el detonante?; ¿cuánto tiempo tardaste en darte cuenta?; ¿cuándo le pusiste nombre y qué nombre?
Bloque 2	¿Cómo fue el proceso de contárselo a otras personas?; ¿a quién se lo contaste primero?; ¿por qué decidiste contárselo a esa persona en concreto?; ¿cómo reaccionó o reaccionaron las personas en las que te apoyaste?; luego, ¿qué hiciste?; ¿qué papel tuvo tu familia en este proceso?
Bloque 3	¿Cómo reaccionó ante esto tu pareja/agresor? (considerando todos los episodios que hayas vivido con las parejas o la pareja); ayuda formal: ¿a qué servicios accediste?; ¿tuviste dificultades para acceder a la ayuda formal?; ¿conocías los servicios de ayuda?; ¿cómo te llegó la información de ese recurso?; ¿acudiste a algún recurso especializado?; ¿te marearon de un sitio a otro?
Bloque 4	¿Cómo te trataron?; ¿qué te gustó y qué no te gustó de cómo te trataron?; ¿qué esperabas encontrar, qué encontraste y qué te hubiera gustado encontrar en el recurso o servicio de ayuda que te atendió?
Bloque 5	¿Pusiste denuncia? (Si) ¿Alguien la puso por ti?; ¿qué sentiste en este proceso?; ¿pasaste miedo?; y tu familia, ¿qué papel tuvo en el proceso?; ¿tus amigas? (No) ¿A qué se debió que no pusieras la denuncia?
Bloque 5 bis	Solo en caso de estar aún expuesta a violencia. Por el contexto de la covid-19, ¿te has visto con necesidad de usar los servicios durante este tiempo, o de interrumpir el uso que estuvieses haciendo de ellos?
Bloque 6	Tras tu experiencia, ¿qué recomendaciones darías a las personas que trabajan en estos servicios formales para que sean más cercanos y amigables a las jóvenes?
Bloque 7	Siguiendo con tu experiencia, ¿qué hace falta para mejorar la atención a las chicas jóvenes que estén en una situación de malos tratos con su novio/pareja y quieran romper con él?; o si ya han roto, ¿qué sería posible hacer?; ¿cómo se las puede ayudar?
Cierre	Este momento de tu vida, ¿qué te gustaría regalarte?; ¿cuáles son tus expectativas y necesidades?
Datos sociodem.	Edad: ____ Situación de convivencia: ____ Situación laboral: ____ Nivel de estudios finalizados: ____ Municipio: ____ Hijas/os o no al cargo: ____

Fuente: Elaboración propia. *Nota:* Servicios amigables para jóvenes relacionados con la violencia de pareja en la CAM, 2019.

2.2. Consideraciones éticas

A cada participante se le entregó una hoja con el consentimiento informado, en el cual se explicaban los objetivos del estudio y el motivo de la entrevista. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de las opiniones expresadas. Además, se les aseguró que la participación era voluntaria y que podían retirarse en cualquier momento de las entrevistas, si así lo deseaban. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Salud Carlos III (CEI PI 61_2019-v3).

2.3. Análisis

Las entrevistas se analizaron mediante análisis temático basado en el modelo de servicios amigables para jóvenes de la OMS¹³. Previamente, se realizó un árbol de códigos o *codebook*, para describir las definiciones operativas de cada dominio: accesible, aceptable, equitativo, apropiado y efectivo (ver Tabla 5). Una vez definidos estos dominios, dos miembros del equipo investigador agruparon y clasificaron la información de las barreras resultante de las entrevistas en función de estos dominios. Tras lecturas repetidas, todas las autoras del artículo debatieron, concretaron y ajustaron los códigos con las definiciones operativas.

Tabla 5. Árbol de códigos. Adaptación de criterios de la OMS y Goicolea et al. (2016)^{13,17}

Accesible	• Servicios gratuitos o asequibles • Adaptación de horarios • Localización conveniente • Conocimiento y obtención de servicios • Apoyo de la comunidad • Divulgación a la comunidad • Servicios en entornos cercanos
Aceptable	• Protocolo: confidencialidad • Entorno adecuado: privacidad, seguridad y acogedor • Celeridad en servicios o derivación • Divulgación en múltiples formatos • Actitudes profesionales: buen trato • Jóvenes evalúan los servicios
Equitativo	• Protocolo: equidad • Actitudes profesionales: no discriminatorias • Diversidad del personal
Apropiado	• Necesidades cubiertas • Equipos multidisciplinares • Enfoque holístico
Efectivo	• Profesionales competentes • Protocolos y guías de práctica clínica • Recursos-tiempo: suficientes y adecuados

Fuente: Adaptado y traducido a partir de los criterios de la OMS y de Goicolea et al. (2016) sobre servicios sanitarios amigables para jóvenes en relación con los recursos de violencia de pareja en la CAM^{13,17}.

3. Resultados

En el análisis de la información se identificaron barreras referentes a la accesibilidad, aceptabilidad, equidad, adecuación y efectividad de los servicios de atención a la VPM en relación con las mujeres jóvenes en la CAM.

3.1. Accesibilidad

Tanto el personal de los recursos como las mujeres jóvenes entrevistadas coinciden en señalar que existe *falta de información* sobre los distintos servicios y cómo obtener la ayuda necesaria. Esto dificulta el acceso a los mismos. Muchas jóvenes desconocían la existencia de los servicios o solo conocían la línea de información telefónica 016. Profesionales y jóvenes comparten que el *desconocimiento del funcionamiento* de los servicios se potencia por el miedo a la situación de la propia VPM. Este miedo supone un freno para pedir ayuda o buscar otros recursos, ya que muchas piensan que se verán obligadas a denunciar. Asimismo, comparten que la *falta de apoyo del entorno social* a la problemática de la VPM dificulta que las jóvenes acudan. Una joven remarca la necesidad de «asesoramiento a familiares para que puedan apoyar a las mujeres y entender los procesos por los cuales puedan pasar y cómo gestionarlos» (MJ1). Para el personal entrevistado, esta falta de apoyo está relacionada con la tendencia de las personas adultas a *negar la VPM*, lo que tiene una gran repercusión en la accesibilidad, dado que las menores de edad, para utilizar estos servicios, deben ir acompañadas de aquella persona que sea su tutora legal.

Las jóvenes refieren que la *falta de divulgación a nivel comunitario* de los beneficios y las necesidades que cubren los servicios específicos de violencia actúa como una barrera para la accesibilidad.

Por último, los y las profesionales reconocen otras barreras. En primer lugar, que los servicios no fueran asequibles o gratuitos no fue reflejado como una barrera directa, pero una profesional sí remarca *el coste económico* (relacionado con el desplazamiento, por ejemplo) y de tiempo para llegar al recurso. También inciden en la *falta de adaptación a los horarios de las jóvenes* o la falta de una amplia disponibilidad horaria como una barrera para su acceso. En relación con la *ubicación*, también perciben como barreras la *centralización de los recursos* de violencia en la ciudad principal y *compartir espacios* con servicios sociales o municipales, es decir, no tener un espacio propio. Una profesional destaca que la *falta de prestación de servicios en entornos cercanos a las jóvenes*, como centros educativos, supone una barrera para que obtengan información, la cual les permitiría acceder más fácilmente a los servicios (ver Tabla 6).

Tabla 6. Barreras de la accesibilidad de los recursos de VPM en mujeres jóvenes

Tipos	Barreras
Conocimiento y obtención de servicios	«No me facilitaron ningún tipo de ayuda ni de acercamiento a las ayudas, así que no tuve ningún acceso a la información y no llegué a conocer los servicios ni los recursos que podrían haberme ayudado» (MJ7); «Yo creo que no lo conocen. Yo creo que lo escuchan, pero que no lo reciben como un mensaje para ellas porque sí conocen el número de teléfono del 016» (MP4); «El miedo [...] por lo que se van a encontrar aquí [...] piensan que a lo mejor tienen que denunciar [...] A lo mejor no saben que aquí se les apoya, que el denunciarlo es una cosa opcional, que se las va a respetar su decisión» (MP6); «También por el miedo, porque tenía mucho miedo de todo esto así que no, no, no. Simplemente acudí ahí a mujeres progresistas [...] Pero luego no acudí a ninguno más» (MJ11).
Apoyo de la comunidad	«Entonces, cada vez más, la violencia de género es algo que no existe [...] pues genera mucha fricción en la intervención. Es complicado hacerles entender: mira esto es real, tu hija puede salir muy bien de esta situación, e incluso salir fortalecida» (MP5); «Yo creo que una de las barreras tiene que ver con la situación legal. No puede pedir ayuda hasta determinada edad sin el consentimiento de los padres» (MP15); «Asesoramiento a familiares para que puedan apoyar a las mujeres y entender los procesos por los cuales puedan pasar y cómo gestionarlos» (MJ1).
Divulgación a la comunidad	«La mayoría no saben cómo contárselo a sus padres o familiares, se debería hacer educación a los padres para que puedan establecer relaciones sanas con sus hijas y que puedan hablar con ellos en este tipo de situaciones» (MJ1); «Creo que hay que dar más visibilidad al servicio psicológico gratuito y hay que concienciar a la juventud de que ciertas actitudes no son aceptables» (MJ3).
Servicios gratuitos o asequibles	«El coste económico, el tiempo, tiene que perder clase. Si tú vas a un recurso de Madrid y tienes que estar a las dos [...]» (MP6).
Adaptación de horarios	«Por el horario, porque están las citas muy pilladas. También esa es otra. Una mujer que decide [...] pero si hoy decido hoy ya tomar el paso o denunciar o ir, por lo menos, a contárselo a alguien, necesito hacerlo hoy y ahora [...] Si, el horario de tarde, pero no a primera hora, sino como a las siete o a las ocho, porque a las cinco ya se acaba y entonces hay gente que no llegamos» (MP6).
Localización conveniente	«Ubicarnos en el centro de servicios sociales no nos ayuda. La gente nos confunde mucho [...] los servicios sociales tienen su carga, su carga de estereotipo, de lo que la gente cree que hacemos y esto no ayuda con lo que queremos hacer en el punto de violencia [...] La zona rural está olvidada [...] Si yo quiero mandar a una chavala adolescente para un recurso de violencia específico para adolescentes, tiene que hacer una excursión de una hora y media ida y una hora y media vuelta» (MP5); «La dificultad de que hay chicas que les es costoso poder venir aquí en cuanto a tiempo, distancias y demás [...] los recursos de sus municipios no tienen el grado de especialización y de especificidad que tenemos nosotras como recurso de adolescentes» (MP14).
Servicios entornos cercanos	«Alguna de las maestras que te tocan son capaces de abrirte esa puerta a puedes hablarme de lo que quieras [...] en un contexto educativo debería de estar esa figura siempre [...] yo creo que hay muchas barreras porque en la infancia no estamos haciendo bien la prevención ni la información» (MP7).

Fuente: Elaboración propia. Nota: CAM, 2019.

3.2. Aceptabilidad

Jóvenes y profesionales expresan la *necesidad de políticas y procedimientos para garantizar la confidencialidad* en algunos recursos con el objetivo de que estos sean aceptables. También, coinciden identificando barreras del entorno físico de los recursos, tales como *espacios poco acogedores* para jóvenes. Otra barrera, en la que están de acuerdo ambos grupos, es la *falta de celeridad de los servicios o en la derivación* a otros recursos. Esto produce que los servicios sean menos aceptados por las jóvenes. Estas, sobre todo, remarcan la lentitud para obtener ayuda psicológica y la falta de continuidad de la misma.

Por otro lado, algunas jóvenes han manifestado las *actitudes de mala praxis profesional* como una barrera para aceptar los servicios y hacer uso de ellos (ver Tabla 7).

Tabla 7. Barreras de la aceptabilidad de los recursos de VPM en mujeres jóvenes

Tipos	Barreras
Protocolo: confidencialidad	«La funcionaria que me atendió no tuvo la perspectiva de mantener confidencialidad de mi situación [...] habló en alto para que el resto de las personas alrededor supieran que yo solicitaba la ayuda por violencia de género» (MJ1); «Durante estos años yo he recogido denuncias en las que he tenido aquí a la víctima y, por detrás, hay otro chico recogiendo una denuncia por extravío del DNI, un robo por fuerza, o a veces por detrás pasando gente, detenidos [...] o sea, un desastre. Pues aparte de mejorar eso en la medida de lo posible [...] el informarles» (HP16).
Entorno adecuado: privacidad, seguridad y acogedor	«Tampoco me gustaron las instalaciones. Me recordaban a servicios sociales y me ofrecían connotaciones negativas» (MJ2); «Yo, en primer lugar, creo que ellas piensan que este tipo de recursos es muy de adulto [...] hay que adaptar los mensajes [...] que ellas pues se sientan cómodas entrando en un despacho como este [...] intervenir de una manera mucho más informal» (MP5).
Celeridad en servicios o derivación	«Intenté ver a psicólogos por la Seguridad Social, pero me daban cita cada tres meses» (MJ3); «Me dijeron que no hiciera la denuncia ese día, tuve que ir tres días porque no me creían o no lo consideraban tan grave, aparte tardan en darte la cita para psicólogo» (MJ4); «Eh, servicios sociales de la zona y del área, eso no funciona [...] hay muchísima lista de espera» (MP13).
Actitudes de mala praxis profesional	«Y en el hospital, la doctora que me atendió me dijo que la culpa era mía por irme con él» (MJ4); «Creo que todo el mundo debe dudar de una palabra de quien sea, pero aun así debes tratarlo bien [...] A mí con la sentencia me hicieron creer que no era para tanto y que mentía» (MJ4); «Lo que no me gustó fue la contestación de un policía [...] me dijo “mucho cuidado con lo que vas a decir, que lo que digas ahora va a manchar el expediente para toda la vida de él”, me dijo “ten cuidado, no inventes”, algo así y claro yo me quedé flipada. Yo que no había hecho nada y que por fin pedía ayuda a la Policía» (MJ12).

Fuente: Elaboración propia. Nota: CAM, 2019.

3.3. Equidad

Profesionales y mujeres jóvenes coinciden en que las *actitudes discriminatorias y estereotipadas* en el trato profesional a las mujeres suponen una barrera importante, sobre todo para la atención a menores de edad, mujeres con discapacidad o mujeres inmigrantes.

El personal entrevistado expresa la *necesidad de protocolos para asegurar de forma equitativa la prestación de servicios* a jóvenes, teniendo en cuenta el racismo y también a los colectivos vulnerables mencionados anteriormente. En el caso de las mujeres inmigrantes o de etnias minoritarias, como la etnia gitana, el personal entrevistado incide en que dichas mujeres tienen una mayor vulnerabilidad debido a barreras como el idioma, los prejuicios sociales de profesionales, como el racismo, y la falta de apoyo en su entorno social (ver Tabla 8).

Tabla 8. Barreras de la equidad de los recursos de VPM para las mujeres jóvenes

Tipos	Barreras
Actitudes profesionales discriminatorias	«En poblaciones vulnerables existe mucho sesgo de atención porque, por ejemplo [...] con las gitanas como no se puede hacer nada, pues es que con las gitanas (eso es lo que dicen las compañeras), no se puede hacer nada, porque además te juegas la vida porque los gitanos son muu gitanos, entonces [...] se las deja aparte» (MP13); «No me gustó el trato [...] por otra parte, que tuvieran comentarios racistas, yo qué sé [...] vino la monja superiora y me dijo “que no quede ninguna mancha porque en tu casa no teníais suelo” [...] y “en tu país estas cosas no pasan” o “en tu país es peor”» (MJ10).
Protocolo: equidad	«Hay un problema en los recursos que es la falta de eso, de interseccionalidad. En cuanto a que se da eso, alguna condición que te hace más vulnerable, los recursos no están preparados para ellos ni están orientados para ese colectivo [...] no hay políticas dirigidas a la juventud en general» (MP9); «Hay una situación de máxima vulnerabilidad con las personas migrantes, que claro, muchas veces el idioma, muchas veces [...] hay muchos problemas» (MP2); «Las mujeres migrantes cuando ven que tienen un marco que las protege, piden ayuda y se van [...], están sobrerrepresentadas en la red y en los recursos residenciales, también porque cuando deciden irse tienen mucha menos red de apoyo que las mujeres españolas» (MP9).

Fuente: Elaboración propia. Nota: CAM, 2019.

3.4. Adecuación

Ambos grupos de informantes reflejan que las *necesidades de las jóvenes no están cubiertas*. Esto se debe a no encontrar ayuda, a sentirse «mareadas» de un servicio a otro, sin encontrar una solución que les ayude en su proceso, o debido a la falta de adaptación de los servicios a la gente joven. Todo esto obstaculiza para que los servicios sean amigables. Como consecuencia de lo anterior, entre las jóvenes se vislumbra la victimización secundaria, ya que, al no cubrirse sus necesidades, se ven obligadas a seguir buscando, recibiendo una atención inadecuada por el sistema y reviviendo constantemente su proceso. Por otra parte,

una profesional indicó que esta carencia en cobertura de necesidades podría estar relacionada con el hecho de que los centros están más adaptados a las mujeres adultas.

La *falta de equipos multidisciplinares* con profesionales formados específicamente en la atención a adolescentes es percibida por las profesionales como una barrera importante que dificulta que los servicios sean amigables (ver Tabla 9).

Tabla 9. Barreras de la adecuación de los recursos de VPM para las mujeres jóvenes

Tipos	Barreras
Falta de necesidades cubiertas	«En la Seguridad Social me marearon muchísimo y sentí que no tenían ningún interés en ayudarme» (MJ3); «Me molestaba que nadie supiese dónde mandarme o dónde acudir, que nadie mostrase ningún tipo de interés en ayudarme ni en mi familia, ni en mis amigos y tampoco en la ayuda profesional que yo traté de obtener pues no tenía fuerzas para asimilar o verbalizar lo que me estaba pasando, yo solo quería acabar con mi vida y tampoco me sentía capaz» (MJ7); «Por lo general, en mi experiencia los centros están más adaptados para atender a mujeres adultas que para atender a mujeres adolescentes [...] a veces, no encuentran que ese sea su lugar» (MP14).
Falta de equipos multidisciplinares	«Tratamos adultas. No tenemos psicóloga infantil [...] los recursos principales para atender a adolescentes están en Madrid, esto supone unas dificultades terroríficas para las personas en cuanto a traslado, en cuanto a dinero, en cuanto a tiempo» (MP4).

Fuente: Elaboración propia. Nota: CAM, 2019.

3.5. Efectividad

Tanto para profesionales como para jóvenes, la *escasez de recursos* y la *falta de tiempo* adecuado para cubrir las necesidades de las jóvenes suponen una barrera en la efectividad de un recurso amigable. Hacen referencia a las demoras de tiempo entre sesiones, y a la necesidad de dedicar más tiempo a la consulta para adaptarse a los procesos de recuperación de las jóvenes. También, hacen visible el *déficit de presupuesto económico* y refieren la necesidad de recursos económicos para el desarrollo de más actividades. Asimismo, profesionales y jóvenes coinciden en la falta de recursos humanos o la organización inadecuada del servicio. Esto no permite una atención de calidad a las jóvenes, sobre todo en la atención psicológica. También, ambos grupos de participantes perciben como obstáculos la *falta de habilidades comunicativas* en el personal que trabaja en recursos de apoyo a la VPM, así como la *falta de competencias profesionales* requeridas para una intervención frente a la violencia de género con mujeres jóvenes o adolescentes.

Igualmente, vuelven a coincidir en que la *medicalización de los procesos* o las *dificultades para encontrar ayuda psicológica* son barreras para que los servicios sean efectivos. Dicha medicalización se refiere al hecho de que algunos o algunas profesionales recetan

tranquilizantes, entre otros medicamentos, como solución al problema, en lugar de derivarlas a terapia psicológica. Una profesional relaciona esta medicalización con la *falta de formación en perspectiva de género* del personal sanitario. Ambos grupos de informantes también coinciden en que esta *falta de formación en perspectiva de género y en atención a la juventud* actúa como barrera para la efectividad de los servicios.

Por otro lado, algunas jóvenes identifican como barrera la *carencia de habilidades interpersonales* de algunos y algunas profesionales, la falta de empatía o escucha activa. También, las jóvenes coinciden en otras barreras que merman la efectividad de estos recursos. Estas son la *falta de protocolos de actuación* y el poco seguimiento de guías de práctica clínica basadas en evidencia, que estén actualizadas y adaptadas a las jóvenes.

En cambio, para los y las profesionales, a pesar de la existencia de protocolos, lo que les supone una barrera es la *falta de coordinación entre los distintos recursos*, dado que se usan diferentes protocolos en los distintos servicios, existiendo falta de coordinación formal (ver Tabla 10).

Tabla 10. Barreras de la efectividad en recursos de VPM para las mujeres jóvenes

Tipos	Barreras
Recursos: suficientes y adecuados	Recursos-tiempo: «No me gustó las demoras en el tiempo [...] Era directamente falta de recursos» (MJ2); «Necesitábamos un poco más de tiempo porque a veces me costaba arrancar y con tan poco tiempo no sentía que cubriese todos los temas que necesitaba en una sesión» (MJ6); «Para hacer la revisión [...] vacunas y todo lo que es lo físico, todo lo que es lo social, lo escolar. O sea, que en quince minutos estamos muy muy limitadas» (MP13). Recursos económicos: «Me hubiera gustado que se aportara más recursos económicos para haber podido realizar talleres, actividades y reuniones con otras mujeres» (MJ1); «El presupuesto, el personal [...] O sea, que es siempre que no tenemos pasta para muchas cosas que queremos poner en marcha [...] pero si hacemos más tenemos que quitar las otras. O sea, los recursos» (MP6). Recursos humanos: «Intenté ver a psicólogos por la Seguridad Social, pero me daban cita cada tres meses y cada vez que iba era una persona distinta y tenía que volver a contar todo de nuevo [...] nunca avanzaba» (MJ3); «Eso, los servicios psicológicos de la Seguridad Social pues están saturadísimos [...] no tenemos capacidad realmente, o sea, que no tenemos personal para estar atendiendo aquí a la gente» (MP9).
Profesionales competentes	Medicalización del proceso: «La psiquiatra [...] iba una vez al mes, entraba cinco minutos a la consulta y ya [...] Cuando me preguntaba qué tal estaba, y respondía que mal, lo único que hacía era subir la medicación (tomaba hasta diez-quince pastillas al día) [...] no sentía ni padecía, no vivía ningún tipo de sensación, parecía un zombi, no era vida» (MJ8); «Tendrían que estudiar más la medicina desde una perspectiva de género porque sí que se medicaliza muchísimo el dolor, sí que se medicaliza muchísimo el malestar de las mujeres [...] con todos los tratamientos que les ponen» (MP13). Falta de formación: «Yo creo que esto debería ser una lucha de todos los profesionales, de tener una formación obligatoria igual que la gente que está comprometida ahora y todo el mundo se ha concienciado con el coronavirus cinco meses [...] ¿Por qué todavía hay gente que dice que la violencia no existe?» (MJ12); «No tenemos una formación específica para atender casos de adolescentes [...] Nos gustaría formación» (MP5); «Los profesionales están dispuestos a formarse, pero cuando son sobre género o sobre violencia pues hay muchísimos sesgos, muchísimas reticencias [...] el SERMAS [Servicio Madrileño de Salud] ha puesto la figura, pero ni la apoya ni la forma [...] y la formación tiene que ser por nuestra cuenta [...] O sea, que en muchos centros hay muchas responsables de violencia, pero que no están formadas» (MP13); «Por lo tanto, una de las mayores barreras es la no formación de los profesionales, de cualquier institución» (MP15). Falta de habilidades interpersonales: «Que transmitan cariño y comprensión [...] Contarlo no es nada fácil, piensas que no te van a creer o que van a pensar que estás loca [...] Escucha activa y que hagan las pausas que se necesiten» (MJ3); «Respeto de los tiempos y procesos personales [...] en la juventud la intensidad de las vivencias es diferente [...] En caso contrario, afecta al vínculo con la profesional y, con ello, a la implicación en la terapia o, incluso, continuidad de la misma» (MJ2).
Protocolos y guías de práctica clínica	«Se debe establecer protocolos de tratamiento y posteriormente según edad y situación familiar. Considero que los protocolos son muy estandarizados como si todas las mujeres tuvieran las mismas cargas o necesidades familiares y laborales» (MJ1); «El tema de la coordinación es un tema complicado [...] Cada uno tenemos nuestros protocolos, pero deberían existir unos protocolos comunes, que todas las personas supiesen lo que hay que hacer» (MP3); «Trabajadores sociales, por un lado, abogadas por otro, y psicólogas [...] No hay espacios formales de coordinación» (MP5).

Fuente: Elaboración propia. Nota: CAM, 2019.

4. Discusión

Los resultados de esta investigación señalan la existencia de múltiples barreras para que los servicios de atención a mujeres víctimas de VPM sean amigables. Es decir, adaptados a las jóvenes en el contexto estudiado. Estas barreras están relacionadas con la falta de información sobre recursos disponibles dentro del entorno social, la escasa divulgación de dichos recursos en la comunidad, el coste de los desplazamientos para acceder a los servicios, los horarios no adaptados a las necesidades de las jóvenes, la ubicación inadecuada de los recursos y la falta de prestación de servicios en entornos cercanos para las jóvenes, como centros educativos. Las barreras también están vinculadas con la necesidad de políticas y procedimientos que garanticen la confidencialidad de las usuarias, con entornos poco acogedores para las jóvenes, con la falta de celeridad en la prestación de servicios y/o derivaciones y, finalmente, con las actitudes de mala praxis profesional. A esto se suma la limitación que suponen las actitudes discriminatorias por parte del personal de los recursos sociosanitarios hacia determinados grupos de población, ya de por sí discriminados socialmente, y la necesidad de protocolos para asegurar de una forma equitativa la prestación de servicios a las jóvenes con condiciones sociales diferentes (a nivel de raza, discapacidad, edad, origen, etc.). Además, se han identificado obstáculos relacionados con la falta de cobertura de las necesidades de las jóvenes y la escasez de equipos multidisciplinares. Por último, hay que destacar como barreras: la escasez de tiempo y recursos (económicos y humanos) de los servicios donde trabajaban las personas informantes, la falta de profesionales competentes con formación adecuada unida a las carencias en habilidades interpersonales, la falta de protocolos y la falta de coordinación entre los distintos servicios.

Que los recursos sean accesibles para las jóvenes es el primer paso para la atención efectiva de la VPM en la población joven. Como se ha mostrado en otros estudios, las jóvenes se apoyan primero en las redes de apoyo informales y de confianza^{12,18}. Para que conozcan los servicios es fundamental su divulgación en la comunidad, así como las prestaciones que ofrecen. De esta forma, se obtiene el apoyo del entorno cercano de cada mujer joven (amistades y familiares)¹⁹. Un estudio desarrollado en clínicas para jóvenes en Suecia, basado en el modelo de la OMS, implementó estrategias para subsanar barreras similares a las encontradas por los y las profesionales en este trabajo²⁰. Para solventar las barreras en la accesibilidad, se centraron en que la disponibilidad de los horarios fuera amplia, adaptándose al modo de vida de la población juvenil. Transferir esta medida a los servicios de atención a VPM sería muy positivo para las jóvenes, y coincide con nuestros resultados en que no sea necesaria cita previa para el uso de dichos servicios. Otro estudio también lo corrobora, señalando en sus resultados que las jóvenes valoran este hecho positivamente²¹.

Por otro lado, en el dominio de la aceptabilidad, tanto jóvenes como profesionales hacen referencia a la falta de políticas y procedimientos para garantizar la confidencialidad en el espacio físico de los servicios, es decir, donde se les permite intimidad para describir su situación y buscar ayuda. Esto supone una barrera importante para que los servicios sean aceptados por las jóvenes, similar a la que muestran otros estudios²²⁻²⁵.

En el dominio de la equidad, se debe tener presente que las jóvenes en situación de vulnerabilidad social, como las mujeres con discapacidad, las inmigrantes o minorías étnicas, tienen dificultades añadidas para ser atendidas en estos recursos por su falta de adaptación. Esto puede intensificar las situaciones de vulnerabilidad social de estas jóvenes. Aunque en España, concretamente en la CAM, el acceso a estos servicios es universal, existen otro tipo de barreras relacionadas con el idioma, los prejuicios sociales y la potencial falta de apoyo del propio entorno social. Estos son los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres inmigrantes adultas o las mujeres con discapacidad^{26,27}. También hay otro tipo de barreras a las que se confrontan las mujeres inmigrantes (jóvenes y adultas) que deben tenerse en cuenta, por ejemplo, la inexistencia de servicios culturalmente apropiados, no tener permiso de residencia, la falta de confianza en el personal de los recursos sociosanitarios y la falta de formación específica. Esta última puede implicar una falta de sensibilidad cultural por parte de los y las profesionales hacia las jóvenes que experimentan la VPM, con las complicaciones que supone la búsqueda de apoyo en el proceso migratorio²⁷⁻²⁹.

Dentro del dominio de la adecuación, la falta de satisfacción de algunas usuarias en este estudio refleja una barrera notoria para que las jóvenes vuelvan a utilizar los servicios. Es necesario que exista una comunicación entre usuarias y profesionales. En este sentido, estudios publicados previamente muestran cómo la evaluación de los recursos por parte de las jóvenes mejora la satisfacción de las usuarias^{22,30}. En concordancia con Sheikh *et al.*³¹, es necesario incorporar las demandas de las jóvenes, de forma que puedan ser tenidas en cuenta en la configuración de los recursos, atendiendo así mejor sus necesidades³¹.

En el dominio de la efectividad, las barreras identificadas por ambos grupos de informantes estaban relacionadas, sobre todo, con la escasez de recursos económicos disponibles para los servicios de violencia de género. Mayor nivel formativo en violencia de género para el personal sanitario de Atención Primaria, así como su familiaridad con protocolos específicos, permiten una prevención secundaria más efectiva. Esto se debe a que las y los profesionales tienen mayor probabilidad de indagar sobre el tema³²⁻³⁴.

Según algunos estudios^{35,36}, las mujeres con antecedentes de violencia utilizan con frecuencia medicación antidepresiva o tranquilizante. Tras el análisis de las entrevistas, las

jóvenes, y algunas profesionales, mencionaron la medicalización y la falta de acceso a terapia psicológica como principales problemas a abordar en la respuesta a la VPM, especialmente en mujeres jóvenes. Todo ello está relacionado con la falta de formación profesional en perspectiva de género y con la escasez de profesionales en psicología dentro del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, en algunos estudios, la falta de formación se percibe como una barrera para desarrollar una respuesta sanitaria eficaz^{32,33,37}. Es importante que los y las profesionales conozcan los protocolos, pero aún más que estos protocolos estén homogeneizados para los distintos servicios, y que permitan una coordinación transversal y real entre los mismos para que los recursos sean efectivos. Por otra parte, la comunicación y las habilidades interpersonales con la población juvenil es un factor asociado a las competencias profesionales. De acuerdo con Ambresin *et al.*²² y Rutherford *et al.*³⁸, la habilidad de la escucha activa y la claridad también son valoradas positivamente.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la forma en la que se recogió la información por escrito de las jóvenes supervivientes de VPM. Como no se realizó una entrevista personal, es posible que no se recogiera toda la información posible, dado el papel que puede desempeñar quien lleva a cabo la entrevista, reformulando preguntas para así recabar más información. Otra limitación del trabajo es que la información facilitada por las jóvenes se basa en sus vivencias personales con los servicios de apoyo formal a los que han acudido. Dichas situaciones vividas pueden variar en función del personal o el servicio. Por ello, es posible que estos resultados no sean generalizables a otros contextos, aunque sí aplicables a algunos contextos con los que se han comparado nuestros resultados. La credibilidad del estudio se aseguró con la participación de dos de las autoras (EDM y CVC) en la fase de análisis de resultados y la revisión de los mismos por las demás autoras. El uso de citas literales del conjunto de informantes y la descripción detallada del proceso metodológico favorecen la confiabilidad del estudio. Por otro lado, la descripción detallada del contexto y de las personas participantes en el estudio mejora la posible transferibilidad a otros contextos³⁹.

En este estudio se ha identificado un número considerable de barreras relacionadas con la accesibilidad, aceptabilidad, equidad, adecuación y efectividad. Por lo tanto, es importante elaborar estrategias para introducir cambios en los servicios de atención a la VPM en el entorno del estudio y en otros similares, para de esta forma facilitar el desarrollo de servicios adaptados a las mujeres jóvenes. Es fundamental aumentar y mejorar la dotación de estos servicios para sensibilizar y difundir este problema a la comunidad, así como potenciar una formación de calidad entre los y las profesionales. Esta tiene como objetivo prevenir la VPM entre jóvenes, y prestar una mejor atención a las jóvenes que la afrontan. Por último, es básico incorporar la perspectiva de las mujeres jóvenes en el diseño de los recursos de

atención. Esto sería posible, por ejemplo, incluyendo a las juventudes feministas de la sociedad civil organizada en el proceso de toma de decisiones.

Bibliografía

1. World Health Organization, Pan American Health Organization, editores. Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence. Ginebra: World Health Organization; 2012.
2. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja [Health status and intimate partner violence]. Gac Sanit. 2014; 28(2):102-8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
3. Heise L, Garcia-Moreno C. Chapter 4: Violence by intimate partners. En Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. World report on violence. Ginebra: World Health Organization; 2002. p. 87-113.
4. World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. Ginebra: World Health Organization; 2010.
5. Kameg BN, Constantino R. Intimate partner violence in adolescents: Preventive strategies for psychiatric-mental health nurse practitioners. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2020; 33(3):163-8. <https://doi.org/10.1111/jcap.12286>
6. Vélez MA, Rentería AL, Basozabal EU, Loroño AIDV. Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao [Gender violence in the relationships of adolescents and young people in Bilbao]. Zerbitzuan: Gizarte Zerbitzuetarako Aldizkaria/Revista de Servicios Sociales. 2010; 47:121-34.
7. De la Villa Moral M, García A, Cuetos G, Sirvent C. Violencia en el noviazgo, dependencia emocional y autoestima en adolescentes y jóvenes españoles [Dating violence, emotional dependence and self-esteem in Spanish adolescents and young adults]. Rev iberoam psicol salud. 2017; 8(2):96-107. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2017.08.009>
8. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. Partner Abuse. 2012; 3(2):231-80. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>

9. Taquette SR, Monteiro DLM. Causes and consequences of adolescent dating violence: a systematic review. *J Inj Violence Res.* 2019; 11:137-47. PubMed PMID: 31263089.
10. Ministerio de Igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Macro-survey of violence against women. Government Delegation against Gender Violence.]. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2019. p. 18-23.
11. Cho H, Shamrova D, Han J-B, Levchenko P. Patterns of intimate partner violence victimization and survivors' help-seeking. *J Interpers Violence.* 2020; 35(21-22):4558-82. <https://doi.org/10.1177/0886260517715027>
12. Sanz-Barbero B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Fernández-García C, Vives-Cases C. Spanish intimate partner violence survivors help-seeking strategies across the life Spain. *J Interpers Violence.* 2020; 37(11-12):NP8651-69. <https://doi.org/10.1177/0886260520976213>
13. World Health Organization. Making health services adolescent friendly - Developing national quality standards for adolescent friendly health services. Ginebra: World Health Organization; 2012.
14. Goicolea I, Aguiló E, Madrid J. ¿Es posible una atención primaria «amigable para las/los jóvenes» en España? [Is youth-friendly primary care feasible in Spain?] *Gac Sanit.* 2015; 29(4):241-3. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.009>
15. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet.* 2007; 369(9572):1565-73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60371-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60371-7)
16. Instituto Nacional de Estadística. Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y lugar de nacimiento (agrupación de países) [Resident population by date, sex, age group and place of birth (country grouping)] [Internet]. 2019 [citado 17 enero 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9690>
17. Goicolea I, Christianson M, Hurtig AK, Marchal B, San Sebastian M, Wiklund M. Searching for best practices of youth friendly services - A study protocol using qualitative comparative analysis in Sweden. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16:321. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1570-8>

18. Bundock K, Chan C, Hewitt O. Adolescents' help-seeking behavior and intentions following adolescent dating violence: A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2020; 21(2):350-66. <https://doi.org/10.1177/1524838018770412>
19. Lachman P, Zweig J, Dank M, Yahner J. Patterns of help-seeking behavior among victims of teen dating violence and abuse: Variations among boys and girls. *J Sch Health*. 2019; 89(10):791-9. <https://doi.org/10.1111/josh.12816>
20. Thomée S, Malm D, Christianson M, Hurtig AK, Wiklund M, Waenerlund AK, et al. Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services - A qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reprod Health*. 2016; 13:147. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0261-6>
21. Johnston K, Harvey C, Matich P, Page P, Jukka C, Hollins J, et al. Increasing access to sexual health care for rural and regional young people: Similarities and differences in the views of young people and service providers. *Aust J Rural Health*. 2015; 23(5):257-64. <https://doi.org/10.1111/ajr.12186>
22. Ambresin AE, Bennett K, Patton GC, Sanci LA, Sawyer SM. Assessment of youth-friendly health care: A systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *J Adolesc Health*. 2013; 52(6):670-81. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.12.014>
23. Baltag V, Mathieson A, World Health Organization. Youth-friendly health policies and services in the European region: Sharing experiences. Ginebra: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2010.
24. Geary RS, Gómez-Olivé FX, Kahn K, Tollman S, Norris SA. Barriers to and facilitators of the provision of a youth-friendly health services programme in rural South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14:259. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-259>
25. Brittain AW, Loyola Briceno AC, Pazol K, Zapata LB, Decker E, Rollison JM, et al. Youth-friendly family planning services for young people: A systematic review update. *Am J Prev Med*. 2018; 55(5):725-35. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.010>
26. Castellanos-Torres E, Caballero Pérez I. La violencia contra las mujeres con discapacidad en tiempos de COVID-19 y experiencias grupales de sororidad *online* [Violence against women with disabilities in times of COVID-19 and experiences of sisterhood online groups]. *REDIS*. 2020; 8(2):211-21. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.08.02.10>

27. Briones-Vozmediano E, la Parra D, Vives-Cases C. Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain. *Health Expect.* 2015; 18(6):2994-3006. <https://doi.org/10.1111/HEX.12283>
28. Briones-Vozmediano E, Davó-Blanes MC, García-de la Hera M, Goicolea I, Vives-Cases C. Discursos profesionales sobre la violencia del compañero íntimo: implicación en la atención de las mujeres inmigrantes en España [Professional discourses on intimate partner violence: Implication for care of immigrant women in Spain]. *Gac Sanit.* 2016; 30(5):326-32. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.022>
29. Briones-Vozmediano E, Goicolea I, Ortiz-Barreda GM, Gil-González D, Vives-Cases C. Professionals' perceptions of support resources for battered immigrant women: Chronicle of an anticipated failure. *J Interpers Violence.* 2014; 29(6):1006-27. <https://doi.org/10.1177/0886260513506059>
30. Mazur A, Brindis CD, Decker MJ. Assessing youth-friendly sexual and reproductive health services: A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2018; 18(1):216. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2982-4>
31. Sheikh K, Ranson MK, Gilson L. Explorations on people centredness in health systems. *Health Policy Plan.* 2014; 29(Supl 2):ii1-ii5. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu082>
32. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados [Detection of intimate partner violence in primary care and related factors]. *Gac Sanit.* 2017; 31(5):410-5. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008>
33. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria [Gender violence: Knowledge and attitudes of nurses in Primary Care]. *Aten Primaria.* 2016; 48(10):623-31. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>
34. Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Cases C. Atributos de atención primaria y respuestas a la violencia de compañero íntimo en España. *Gac Sanit.* 2017; 31(3):187-193. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012>

35. Montero I, Escriba V, Ruiz-Perez I, Vives-Cases C, Martín-Baena D, Talavera M et al. Interpersonal violence and women's psychological well-being. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011; 20(2):295-301. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2136>
36. Wuest J, Merritt-Gray M, Lent B, Varcoe C, Connors AJ, Ford-Gilboe M. Patterns of medication use among women survivors of intimate partner violence. *Can J Public Health*. 2007; 98(6):460-4. <https://doi.org/10.1007/BF03405439>
37. Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G, Escribà-Agüir V, Maroto-Navarro G. Intimate partner violence in women with disabilities: Perception of healthcare and attitudes of health professionals. *Disabil Rehabil*. 2018; 40(9):1059-65. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1288273>
38. Rutherford KA, Pitetti RD, Zuckerbraun NS, Smola S, Gold MA. Adolescents' perceptions of interpersonal communication, respect, and concern for privacy in an urban tertiary-care pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2010; 26(4):257-73. <https://doi.org/10.1097/pec.0b013e3181d6da09>
39. Rojas Bravo X, Osorio Acosta BE. Criterios de calidad y rigor en la metodología cualitativa [Quality and rigor criteria in the qualitative methodology]. *Gaceta Pedagógica*. 2017; 36:63-75. <https://doi.org/10.56219/rgp.vi36.566>

6.3. Artículo 3. «Perceived Barriers to Effective Coverage of Health and Social Services for Sexual Violence in Young Adults in Spain»

[«Barreras percibidas para la cobertura efectiva de los servicios sanitarios y sociales de la violencia sexual en personas adultas jóvenes en España»]

Eva Durán-Martín¹, Belén Sanz-Barbero^{2,3}, Carmen Vives-Cases^{3,4}

¹ Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Nacional de Educación a Distancia y el Instituto Mixto de Investigación de la Escuela Nacional de Salud (UNED-IMIENS), Madrid, España

² Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

³ CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

⁴ Universidad de Alicante (UA), Alicante, España

Autora de correspondencia: Eva Durán-Martín

Financiación: CIBER de Epidemiología y Salud Pública (Ref. ESP20PI02)

Fecha de publicación: 17 de abril de 2023

Revista: *Health & Social Care in the Community*

Categoría: Trabajo Social

Factor de impacto: 2,0

Cuartil: Q1

Cita: Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Perceived Barriers to Effective Coverage of Health and Social Services for Sexual Violence in Young Adults in Spain. *Health Soc Care Community*. 2023; 2023 (1): 3946029. <https://doi.org/nq2b>

Ver Anexo 1.3 para texto original en inglés e información suplementaria

Resumen

A pesar del aumento de la violencia sexual (VS) entre jóvenes, el uso de los servicios formales es escaso. La cobertura efectiva de los servicios de salud está relacionada con una atención satisfactoria y de calidad para las personas que necesitan una intervención específica. El objetivo de este estudio es identificar los factores que influyen en la cobertura efectiva de los servicios de VS desde la perspectiva de las personas jóvenes y los y las profesionales en España. Se realizó un estudio cualitativo utilizando un enfoque de análisis temático inductivo basado en 38 entrevistas semiestructuradas con jóvenes y profesionales que trabajan en recursos de VS y/o servicios de juventud en España, desde septiembre de 2020 hasta octubre de 2021. Tanto el personal entrevistado como las personas jóvenes refieren que la cobertura efectiva está limitada por los factores relacionados con la normalización y estigmatización de la VS, la escasa formación del personal y la falta de recursos humanos y económicos. Además, las personas jóvenes participantes perciben que la educación sexual se centra en contenido biologicista y no en VS. Además, perciben que existe demasiada burocracia para obtener ayuda, una medicalización de los procesos y una falta de confianza en los recursos. Sin embargo, las profesionales mencionaron la excesiva especialización de los programas de acompañamiento para la recuperación psicológica y la falta de especialización de las instituciones judiciales. En conclusión, ambos grupos de participantes identificaron factores que reducen la cobertura efectiva de los servicios. Dichos factores se relacionaron con la construcción social del problema, la formación y la disponibilidad de recursos. Las personas jóvenes también perciben otros factores relacionados con la atención y los servicios, mientras que los y las profesionales ponen más énfasis en factores relacionados con la población usuaria.

Palabras clave: violencia sexual; persona adulta joven; cobertura efectiva [*sexual violence; young adult; effective coverage*].

1. Introducción

La violencia sexual (VS) es todo acto o intento de consumir un acto sexual físicamente de forma forzada o coaccionada sin un consentimiento expreso, como la violación¹. Asimismo, se considera VS a otras formas de abuso que no implican contacto físico, como comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas y acciones para comercializar y/o utilizar la sexualidad de una persona mediante la coacción (psicológica, extorsión, amenazas, etc.), que a menudo se producen en el entorno digital¹. Se puede producir en cualquier ámbito e independientemente de la relación con la víctima¹.

La VS es un problema de salud pública muy prevalente en todo el mundo². En España, el 13,7 % de las mujeres declara haber sufrido VS a lo largo de su vida, dentro o fuera de una relación de pareja. En concreto, las jóvenes (16-24 años) han sufrido violencia sexual a lo largo de sus vidas en mayor proporción que las mujeres de 25 o más años, tanto en el contexto de la pareja (12,4 % vs. 8,9 %) como fuera de la pareja (11 % vs. 6 %)³. Estudios publicados recientemente muestran una mayor prevalencia de VS en los últimos doce meses en mujeres (10,5 %) que en hombres (6,8 %)⁴.

El recurso más utilizado por las personas adultas jóvenes ante una situación de VS son las redes de apoyo informal como amigos y familiares^{5,6}. El apoyo de los recursos formales se ve limitado por algunas barreras que influyen en las personas jóvenes, como intentar solucionar los problemas por sí mismas, el desconocimiento sobre los recursos, ver a los y las profesionales como personas extrañas, la banalización de los actos de VS en el noviazgo, entre otras⁷. Asimismo, la desconfianza en los recursos formales, así como el estigma en situaciones de VS, influyen en el comportamiento de la víctima para buscar ayuda^{6,8,9}. En la actualidad, la mayoría de los estudios se centran en la perspectiva de las personas jóvenes^{7,10-15}. Solo algunas investigaciones complementan esta perspectiva con la de los y las profesionales que trabajan en servicios relacionados con VS^{16,17}.

La cobertura efectiva de los servicios sociosanitarios hace referencia a la capacidad que tienen de prestar una atención satisfactoria y de calidad¹⁸⁻²³. En la efectividad de la cobertura de los servicios influyen factores como la infraestructura, la disponibilidad de recursos humanos adecuados y la accesibilidad física y económica. Por otra parte, las actitudes, percepciones, valores y creencias influyen en la aceptación del recurso y su predisposición para usarlo. Para que la cobertura continúe en el tiempo, el servicio tiene que ser percibido como útil y estar adaptado a la población objetivo.

La alta frecuencia de VS, en especial entre la población joven, el escaso uso de los servicios formales entre las personas expuestas a la VS, así como el papel clave de estos servicios para

que las personas recuperen su bienestar⁶, hacen necesario profundizar sobre los factores que influyen en el acceso y uso de los servicios formales de atención a la VS. El objetivo de este estudio es identificar los factores que influyen en la cobertura efectiva de los servicios de VS desde la perspectiva de profesionales y jóvenes.

2. Material y métodos

2.1. Diseño de estudio

Estudio cualitativo mediante un análisis temático inductivo, a través de 38 entrevistas semiestructuradas, realizadas en España entre los meses de septiembre de 2020 y octubre de 2021. Se realizó siguiendo un enfoque de análisis temático por su potencial para identificar temas relacionados con la cobertura efectiva y comparar las percepciones entre jóvenes y profesionales. Se han seguido las guías para la realización y redacción de estudios cualitativos SRQR²⁴ y COREQ²⁵ (ver Anexo 1.3, Material suplementario).

2.2. Estrategia de muestreo y participantes

Los criterios para la selección de las personas jóvenes fueron: 1) edad (18-21 años y 22-24 años); 2) sexo; 3) nivel de estudios (universitarios y no universitarios); 4) lugar de origen (extranjero y nacional); 5) distribución geográfica por comunidad autónoma. Para la selección del personal de los recursos se tuvieron en cuenta las siguientes características del centro donde trabajaban: 1) tipo de gestión del recurso (Administración pública o asociaciones); 2) ámbito de actuación (abordaje de VS y los servicios de juventud); 3) distribución geográfica por comunidad autónoma. Las CC. AA. incluidas fueron: Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana, Islas Baleares y País Vasco.

Tras una primera búsqueda *online*, el equipo de investigación contactó con potenciales participantes a los que se informó sobre los objetivos del estudio. La tasa de participación fue del 100 %. El criterio para finalizar la recogida de información fue la saturación del discurso. Finalmente, se entrevistó a 23 jóvenes y a 15 profesionales. Las características de las personas participantes se muestran a continuación (ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Características de las personas jóvenes entrevistadas

Código*	Edad	Sexo	Estudios	Origen	CC. AA.
MUJ-01	23	M	Universitarios	Nacional	Madrid
HOM-02	24	H	No universitarios	Extranjero	Madrid
HOM-03	23	H	No universitarios	Nacional	Navarra
HOM-04	19	H	Universitarios	Nacional	Madrid
HOM-05	18	H	Universitarios	Nacional	País Vasco
MUJ-06	19	M	Universitarios	Nacional	Comunidad Valenciana
HOM-07	18	H	Universitarios	Nacional	Navarra
HOM-08	19	H	Universitarios	Nacional	Comunidad Valenciana
HOM-09	19	H	Universitarios	Nacional	País Vasco
MUJ-10	23	M	Universitarios	Nacional	Comunidad Valenciana
MUJ-11	20	M	Universitarios	Nacional	Cataluña
MUJ-12	22	M	No universitarios	Extranjero	País Vasco
MUJ-13	19	M	No universitarios	Extranjero	Islas Baleares
HOM-14	24	H	No universitarios	Extranjero	Cataluña
HOM-15	23	H	No universitarios	Nacional	Comunidad Valenciana
MUJ-16	23	M	No universitarios	Extranjero	Islas Baleares
MUJ-17	23	M	No universitarios	Extranjero	Cataluña
HOM-18	24	H	Universitarios	Nacional	Cataluña
MUJ-19	19	M	No universitarios	Nacional	Navarra
HOM-20	25	H	No universitarios	Extranjero	Madrid
HOM-21	18	H	No universitarios	Nacional	Islas Baleares
MUJ-22	19	M	No universitarios	Nacional	Islas Baleares
MUJ-23	24	M	No universitarios	Extranjero	País Vasco

Fuente: Elaboración propia. *Nota:* * El código indica el sexo: MUJ: mujeres jóvenes; HOM: hombres jóvenes.

Tabla 2. Características del personal profesional entrevistado

Código*	Tipo de servicio	Tipo de gestión	CC. AA.
AVG-31	Servicio de atención a víctimas de violencia sexual	Administración pública	Madrid
AVG-32	Servicio de atención a víctimas de violencia sexual	Administración pública	Madrid
SJ-33	Asociación de teatro social y educación con programas de sensibilización sobre violencia sexual	Asociaciones	Islas Baleares
AVG-44	Asociación especializada en atención a víctimas de violencia sexual	Asociaciones	Cataluña
SJ-35	Asociación LGTBI especializada en sensibilización sobre diversidad sexual	Asociaciones	Madrid
SJ-36	Asociación de intervención e inclusión social con programas de sensibilización sobre violencia sexual	Asociaciones	Madrid
AVG-37	Servicio de atención a la violencia de género (VG)	Administración pública	Comunidad Valenciana
AVG-38	Asociación feminista especializada en atención a la VG	Asociaciones	Cataluña
AVG-39	Servicio de atención a víctimas de VG	Administración pública	Navarra
SJ-40	Centro educativo de Formación Profesional (FP)	Administración pública	País Vasco
SJ-41	Asociación sociocultural y de ocio	Asociaciones	País Vasco
SJ-42	Club deportivo	Asociaciones	Cataluña
SJ-43	Concejalía de Juventud	Administración pública	Comunidad Valenciana
AVG-44	Servicio de atención a víctimas de violencia sexual	Asociaciones	Comunidad Valenciana
SJ-45	Centro universitario	Administración pública	Islas Baleares

Fuente: Elaboración propia. Nota: * El código indica el tipo de recurso: AVG: Atención a la Violencia de Género; SJ: servicios para jóvenes.

2.3. Recogida de información

Se elaboraron dos guiones temáticos adaptados a cada perfil (ver Anexo 1.3, Material suplementario) que fueron testados y adaptados en las primeras fases del trabajo de campo. Las entrevistas fueron semiestructuradas y el seguimiento del guion fue abierto para mantener la lógica conversacional. En las entrevistas de las personas jóvenes se tuvo en cuenta el sexo de las personas participantes, para que coincidiera con el sexo de la persona que realizaba las entrevistas (un hombre y una mujer). Las entrevistas fueron realizadas por teléfono (26) y por videollamada (12). Las entrevistas se realizaron en español, de forma individual (persona entrevistadora y participante) y duraron entre 50-70 minutos. Fueron grabadas digitalmente con audio y transcritas literalmente. No fue necesario repetir ninguna entrevista.

2.4. Consideraciones éticas

La participación en el estudio fue voluntaria. En todo momento se garantizaron los derechos de confidencialidad y anonimato. Todas las personas participantes recibieron de forma previa documentación sobre el estudio y firmaron una hoja de consentimiento informado. El proyecto obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Alicante (UA-2020-07-07).

2.5. Análisis de datos

Se realizó un análisis temático inductivo²⁶ con el programa informático ATLAS.ti (versión 8). El proceso de análisis tuvo lugar en dos fases. En la primera, junto a un equipo externo se realizó el preanálisis del contenido de las entrevistas. Se elaboró un árbol de códigos en base a los objetivos del proyecto y a la información y experiencia obtenida en el desarrollo del trabajo de campo. Se realizó una doble codificación de las entrevistas y se trianguló la información entre dos analistas. Este contenido fue dividido en dos bloques: 1.º Respuesta de los agentes a la violencia sexual, y 2.º Valoración de la respuesta por parte de las personas entrevistadas (ver Anexo 1.3, Material suplementario).

En la segunda fase de este estudio se realizó una lectura detallada de las entrevistas para entender el contexto y familiarizarse con los datos. Además, dos de las coautoras (EDM y CVC) realizaron de nuevo la codificación, añadiendo nuevos datos a los códigos del segundo bloque relacionados con las dificultades percibidas en la respuesta. Este conjunto de datos se codificó por contenido y similitud. Los códigos con ideas similares se agruparon y clasificaron en temas potenciales denominados categorías, siguiendo un enfoque inductivo. Las categorías finales se redefinieron, discutieron y negociaron entre todas las autoras para obtener los temas principales de todo el contenido.

Este proceso implicó constantes movimientos bidireccionales entre los códigos, categorías y temas preliminares, influenciado por el marco teórico relacionado con la cobertura efectiva¹⁸⁻²³ y otros modelos teóricos²⁷.

3. Resultados

A partir del análisis emergen como factores que merman la cobertura efectiva de los servicios: i) el contexto social; ii) las características de las personas afectadas; y iii) las características de los servicios y profesionales. Las categorías y códigos correspondientes se resumen a continuación (ver Tabla 3).

Tabla 3. Tabla resumen de temas identificados

Temas	Categorías	Códigos
Factores del contexto social que influyen en la cobertura efectiva	Escasa concienciación sobre la violencia sexual	Confusión del concepto de VS o VG
		Normalización de la VS
		Resistencia para hablar sobre sexualidad
		No identificación con estereotipos de víctimas
		Prácticas de ocultación-silencio
		No formación educativa en VS-VG
		Educación sexual biologicista
	Falta de aceptación social de los recursos	Rechazo al feminismo y a la lucha contra la VG
		Falta de confianza
Factores que influyen a las personas afectadas (víctimas, agresores y entorno cercano)	Situación social diferente	Situación socioeconómica precaria
		Edad
		Estatus migratorio
		Discapacidad
	Estigmatización social	Sentimientos de miedo, vergüenza, culpa
		Juicios del entorno hacia la víctima
		Prejuicios de la víctima hacia los y las profesionales
		Sobreprotección familiar
Factores relacionados con los servicios y sus profesionales	Formación de los y las profesionales	Formación en perspectiva de género-VS
		Formación en jóvenes
	Atención institucional mejorable	Poca terapia psicológica
		Procesos legales: duros, poco eficaces y adaptados
		Instituciones legales no especializadas en VS
		Especialización excesiva de los programas de acompañamiento de recuperación psicológica
		Exceso de burocratización-repetición de entrevistas
		Retraso en la atención psicosocial
		Medicalización
	Infraestructura de los servicios	Atención centrada en VG y mujeres de mediana edad
		Captación no centrada en VS y jóvenes
		Información (de los recursos y procedimientos burocráticos): poca y no adaptada a jóvenes
		Falta de recursos: humanos-económicos
		Falta de protocolos
		Escasa difusión de recursos cercanos
		Desigualdad en la distribución territorial

Fuente: Elaboración propia.

3.1. Factores del contexto social que influyen en la cobertura efectiva

A) Escasa concienciación sobre la violencia sexual

Ambos grupos de participantes consideran que algunos y algunas *jóvenes no son conscientes de los tipos de VS* que existen. Existe dificultad para identificar la violencia sexual en situaciones de acoso sexual o determinadas agresiones sexuales. Esto supone una dificultad para buscar ayuda, tanto formal como informal.

«Porque es que yo he visto que, o sea, en mis colegas normalmente lo hacen, [...] y la chica se molesta y digo y es evidente, tío. [...] porque dime tú a quién le gusta [...], que le estén piropeando o le estén diciendo cosas una persona que no, no, no, no le conoce» (HOM-02).

«Cuando ella se identifica en la emoción o acompañada de ese acto, sí que entienden que eso no querían [mantener una relación sexual no consentida] [...] Les cuesta identificar que no querían [...] no saben poner nombre a lo que les ha pasado» (AVG-31).

La dificultad para identificarla se asocia a la *normalización de comportamientos de VS* integrados en las relaciones sexoafectivas, en los grupos de amistades o en la sociedad.

«Se mantienen algunas dificultades [...] con el tema del acoso y con el tema de determinados tocamientos, que tienen que ver con lo próximo [...] Y sobre todo cuando son en entornos [...] que sigue manteniéndose la presión del tema del grupo» (AVG-38).

«Las relaciones sexoafectivas de una relación más estable. Entonces, luego está la barrera de intentar normalizar [...] esto [la agresión o la relación sexual no consentida] no ha podido pasar» (HOM-04).

Asimismo, jóvenes y profesionales coinciden en cómo influye negativamente la *resistencia que existe para hablar de relaciones sexuales y sexualidad*, fuera del entorno íntimo o privado, dificultando el acceso a servicios especializados.

«Yo creo que por el tabú y el estigma que aún hay en la sexualidad [...] hay mucho desconocimiento por parte de las familias [...] muchas instituciones y asociaciones, que parece que tengan miedo a abordar el tema» (SJ-42).

«O sea, que para recibir el mensaje sexualizado no hay ningún problema, pero para la hora de contar nuestros problemas sexuales, hay como que una barrera invisible» (HOM-02).

Ambos grupos de participantes creen que la *falta de identificación con el estereotipo de víctima* dificulta en la búsqueda de ayuda. Una profesional señala que las jóvenes no se ven reflejadas en esa imagen de mujer agredida, ya que en la actualidad existe una *imagen social* de que deben ser *mujeres autónomas, estar empoderadas y ser capaces de resolver problemas externos*. En cambio, una joven lo relaciona con los estereotipos de masculinidad en el caso de hombres víctimas de VS.

«Yo no quiero pertenecer a ese colectivo de mujeres maltratadas [lo que dicen las jóvenes] [...] Porque eso lleva implícito que soy sumisa, que no tengo carácter, que me dejo, [...] en mujeres jóvenes todavía más, porque se les presupone poderosas, que pueden con todo» (AVG-39).

«Creo que posiblemente pueda ser más por su ego, por su hombría, algo más del carácter masculino [...] que ese tipo de cosas no deberían de afectarles [barreras de acceso de los varones jóvenes]» (MUJ-12).

Por último, las mujeres jóvenes identifican *prácticas de ocultación y silencio en hombres* víctimas de VS y relacionan este comportamiento con el concepto de masculinidad y con los roles de género.

«Esa presión social de no poder decir las cosas por el simple hecho de que les van a menospreciar» [En contexto de la violación de un amigo suyo, que lo verbalizó cuando ya había pasado mucho tiempo y no pidió ayuda (formal e informal)] (MUJ-13).

En cuanto al *contenido formativo del sistema educativo*, según las personas jóvenes está suponiendo una barrera para el conocimiento de la VS. El *enfoque biologicista* de la sexualidad *no incluye la responsabilidad individual, social y ética*, desatendiendo la *parte afectiva, el consentimiento, las actitudes discriminatorias, conductas violentas*, etc.

«Yo, educación sexual no he recibido casi ninguna, más que en tercero de la ESO, cómo ponerme un condón y ya está. Y yo creo que todo eso [formación en VS-VG] se tiene que fomentar un poco más si queremos acabar con estos problemas» (HOM-08).

B) Falta de aceptación social de los recursos

Profesionales y jóvenes coinciden en que el *rechazo al feminismo y la VG crea animadversión hacia los servicios y una reacción defensiva* que obstaculiza a las personas jóvenes para acceder a información sobre VS y acerca de programas de prevención y sensibilización.

«Muchos chicos salían con muchas resistencias. Porque los veían como lugares de adoctrinamiento, que vienen las feminazis, etc. [en intervenciones de sensibilización de los recursos de juventud]» (SJ-36).

«Al final, a veces se lo pueden tomar un poco a mal porque sienten como que a todos los hombres al final los meten en un mismo saco, ¿no? [...] como que los estamos atacando todo el rato» (MUJ-12).

Las personas jóvenes expresan una *falta de confianza hacia las instituciones y los recursos*, limitando la aceptación de los mismos y, por tanto, el acceso inicial. Esto se acentúa en *instancias policiales y judiciales*, sobre todo por casos de VS que han sido mediáticos.

«Bueno, lo de la manada [caso mediático de violación que tuvo una reacción social ante las medidas judiciales], eso que pasó, es un cachondeo eso [...] Sí, ya, es que claro el Estado [...] O sea, por desgracia, no confío mucho en él» (HOM-18).

3.2. Factores que influyen a las personas afectadas (víctimas, agresores y entorno cercano) dificultando la cobertura efectiva

A) Situación social diferente

Tanto para profesionales como para jóvenes, la *edad* supone una *barrera para el acceso* a los recursos formales. El personal de los recursos identifica la edad con la *dependencia*, debido a la necesidad de tener un consentimiento paterno o materno, mientras que las personas jóvenes la relacionan con la *falta de madurez* en los procesos de concienciación, aceptación y toma de decisiones.

«Hablábamos un poco del tema de los consentimientos paternos, para poder atender a las chicas jóvenes» (AVG-39).

«Cuanto más pequeño eres, cuanto más joven eres, yo creo que cada vez es más complicado [...] no tienes como los recursos necesarios [...], cuanta menos madurez, pues más difícil» (HOM-05).

En cuanto a una *situación socioeconómica precaria*, un joven lo relaciona con los recursos económicos directamente «porque no pueden permitírselo» (HOM-05), mientras que un profesional vincula el *nivel socioeconómico a la dificultad para conseguir información*. Aunque los recursos sean accesibles y gratuitos, si desconocen su existencia no pueden acudir a ellos.

«Dificultades que tienen [...] pues la brecha digital [...] Los recursos económicos escasos, entonces, para poder informarse necesitan estar

conectados desde redes sociales como WhatsApp, Facebook e Instagram, hasta el *e-mail*» (SJ-41).

Por otro lado, solo los y las profesionales identifican la *discapacidad intelectual* como factor que limita la comunicación con las víctimas, unido a la falta de adaptación de la justicia a las características de este colectivo y a la ausencia de una perspectiva integradora.

«Casos de agresión sexual [...] una mujer con discapacidad, que luego esto tiene el añadido [...] de que cuando denuncia como no hace un relato de la manera en que la justicia necesita leerlo, pues hay una dificultad ahí muy añadida a la hora de denunciar» (AVG-39).

Solo las jóvenes identifican *ser migrante* como una barrera de acceso a los recursos, por miedo de acudir a la Policía o no tener permiso de residencia.

«Si por lo que sea, eres una persona migrante que no está regulada y no tiene documento, es mucho más difícil» (MUJ-23).

B) Estigmatización social

Jóvenes y profesionales expresan que ciertos *sentimientos como el miedo, la vergüenza y la culpa* son factores que dificultan la cobertura efectiva porque impiden a las personas jóvenes pedir ayuda.

«Sobre todo es la vergüenza, y la presión y el miedo de que alguien se entere que están allí o se entere el agresor. O que les dé vergüenza que se sepa lo que les ha pasado» (MUJ-06).

«Hay personas que incluso no son capaces de traspasar esa barrera pues por miedo, [...] nos confiesan que la primera no fueron capaces de tocar el timbre y se marcharon» (AVG-44).

Asimismo, ambos grupos entrevistados relacionan dichos sentimientos con *los juicios hacia la víctima por parte de su entorno cercano*. Esto dificulta que las personas jóvenes acudan a los recursos, al no sentirse apoyadas.

«Pues a lo mejor el estigma un poco [hablando de barreras] [...] Al final es un recurso que condiciona un poco tu imagen en la sociedad, sobre todo si eres joven» (MUJ-10).

«Reciben un mensaje de rechazo brutal, desde culpabilizador, hasta no creerla [...] Y hay veces que cuando eso, además, si además el agresor es del

entorno familiar, se genera como una lucha [...] lo mismo en entornos de amigos» (AVG-32).

En cuanto a los *prejuicios sobre el personal de los recursos*, ambos grupos de informantes identifican este factor como una dificultad para que las personas jóvenes acudan. Varias personas jóvenes identifican estos prejuicios concretamente en los *recursos policiales*, que en muchos casos pueden ser la puerta de entrada al resto de servicios.

«No intentan empatizar mucho con las mujeres. Entonces, pensarán que lo están haciendo y que están mintiendo, que lo estarán haciendo por hacerse las víctimas o por sacar algo a cambio, alguna venganza [en contexto de los policías hombres]» (MUJ-12).

3.3. Factores relacionados con los servicios y sus profesionales que influyen en la cobertura efectiva

A) Formación de los y las profesionales

Ambos grupos de participantes perciben la *falta de formación en perspectiva de género, sexualidad y VS* como factor limitante. Los y las profesionales refieren que las formaciones son insuficientes para hacer intervenciones de calidad, mientras que las personas jóvenes señalan la falta de formación en servicios sanitarios y policiales, que pueden ser la entrada a otros recursos de VS. Por otra parte, solo el personal entrevistado ha identificado una falta de formación en el trabajo con jóvenes. Esto dificulta la adaptación de las intervenciones (ver Tabla 4).

B) Atención institucional mejorable

Jóvenes y profesionales están de acuerdo en la *escasez de terapia psicológica* debido a una elevada demanda. Asimismo, ambos coinciden en la *hostilidad*, la *larga duración*, la *incertidumbre*, y la *falta de adaptación y eficacia* de los *procesos legales*. Esto obstaculiza el uso continuado de los recursos. A estos obstáculos se une la falta de especialización de las instituciones, sobre todo en el ámbito judicial, ya que la VS se trata como un delito penal cualquiera cuando sucede fuera de la violencia de pareja.

«Para la violencia de género dentro de lo que es la pareja, hay abogadas especializadas, hay tribunales especializados [...] en cambio, cuando hay violencia sexual, no [...] con lo cual, es un agravio comparativo y es no darle aún la dimensión que tiene» (AVG-34).

A pesar de promover la especialización en VS por parte de los recursos legales, para los y las profesionales una *excesiva focalización en la VS* a veces puede ser *contraproducente*. Esto es debido a que no se abordan las consecuencias que la violencia tiene en otras dimensiones de la vida de las mujeres (laboral, familiar, amistad, etc.). Además, se omiten intervenciones grupales o con su entorno (ver Tabla 4).

Las personas jóvenes han identificado el *exceso de gestiones institucionales*, la derivación excesiva entre servicios y el tener que acudir sucesivas veces a los mismos como limitaciones de la cobertura efectiva. Esto está relacionado con otros factores, que solo identifica dicho colectivo, como el *retraso de la atención psicosocial* o la medicalización de los procesos (ver Tabla 4).

C) Infraestructura de los servicios

Ambos grupos de participantes comparten que la *atención de los recursos* se encuentra *centrada en VG y en mujeres de mediana edad*. Identifican este factor como una barrera porque *excluye a otros colectivos afectados por la VS*. Esto sucede por varios motivos identificados por el personal entrevistado: horarios no adaptados, que no puedan acudir menores de edad a los centros sin la compañía de un tutor o tutora, espacios e intervenciones poco adaptadas a las personas jóvenes. Relacionado con el factor anterior, ambos grupos identifican la *falta de captación enfocada a jóvenes*. Para los y las profesionales esto tiene que ver con los *medios para la difusión de información*, ya que el uso de redes sociales es limitado, mientras que para las jóvenes el *mensaje* está dirigido a la *población adulta* y no se identifican con él. Profesionales y jóvenes también coinciden en que la *información sobre los procedimientos burocráticos y los recursos es limitada*. Además, la que hay está poco adaptada a las personas jóvenes. Por último, coinciden en que la *falta de recursos* tanto *humanos* como *económicos* dificulta el correcto funcionamiento de los mismos. Esto se refleja en la calidad de la respuesta brindada a las personas jóvenes (ver Tabla 4).

«Yo pondría uno por, pues por cada barrio, o por cada dos, la verdad, ya sea por el tema de la planificación» (MUJ-23).

«Muchas veces, la falta de recursos, de personal, hace que no puedas llegar a más cosas, ¿sabes?» (SJ-43).

Una profesional de los servicios de juventud explica que la *falta de protocolos* dificulta la detección, derivación y correcta atención del colectivo joven. En cambio, las personas jóvenes dieron importancia a la *presencia de recursos próximos*, percibiendo una desigualdad en la distribución territorial de los mismos (ver Tabla 4).

«Para que cualquier tipo de herramienta funcione, para [...] mayor efectividad, tiene que estar cercana [...] tú creas un 016 local, te estás dirigiendo a una población en concreto, [...] un número 016 [nacional], que es algo supergeneral, estatal [...] y te puede parecer algo como muy [...] formal, institucional» [barreras de acceso] (**HOM-03**).

Tabla 4. Factores relacionados con los servicios y sus profesionales

Formación de los y las profesionales	Formación en perspectiva de género, sexualidad y VS: «Tenemos que seguir insistiendo en eso, en formación de calidad» (AVG-38); «La concienciación en igualdad de género, en perspectiva de género [...] a quien trabaja con estas víctimas, desde las Fuerzas de Seguridad del Estado hasta la gente de los hospitales, todo el mundo [...] se ha ido a pedir ayuda y no han hecho nada, y al final eso también hace que otras chavalas luego no vayan» (MUJ-19). Formación en juventud: «En las entidades y las asociaciones [de juventud] deberían formar a los profesionales que trabajan en ellas, para de esa forma poder dar una mejor atención» (SJ-42).
Atención institucional mejorable	Escasez de terapia psicológica: «Yo creo que a las chicas jóvenes puede afectarlas de un modo diferente la atención psicológica con los tiempos de espera, hay un desbordamiento también, [...] necesitan obtener una respuesta a lo que les está pasando en ese momento» (AVG-32); «Le asignaron un psicólogo. Pero creo que eso fue el primer año y ya está» (MUJ-06). Procesos legales: duros, poco eficaces y adaptados: «Más miedo les suele dar es el tema jurídico, es lo que más bola se les hace y [...] el procedimiento jurídico es algo muy, muy duro» (AVG-44); «O, por ejemplo, cuando vengas, no vas a verlo más nunca al chico este, ni nada, y que va se lo encuentra por los pasillos [...]. Como que han estado alargando mucho el proceso [se refiere al proceso judicial]» (MUJ-06). Instituciones legales no especializadas en VS: «Para la violencia de género dentro de lo que es la pareja, hay abogadas especializadas, hay tribunales especializados. [...] en cambio, cuando hay violencia sexual, no [...] con lo cual, es un agravio comparativo y es no darle aún la dimensión que tiene» (AVG-34). Especialización excesiva de los programas de acompañamiento de recuperación psicológica: «Esa integralidad la tenemos respecto a las áreas [asesoramiento legal y jurídico, atención psicológica, área de trabajo social], pero al ser un recurso específico [...] en la violencia sexual [...] hay veces que atraviesa toda la vida, ¿no? [...] tenemos ese foco puesto en violencia sexual [...] y a veces quizá pudiera complementarse con otro tipo de actividades más generales» (AVG-32). Exceso de burocratización-repetición de entrevistas: «Son demasiado institucionales, es que eso, yo los veo como cosas demasiado arcaicas, los veo como demasiado [...] son burocracia al final. O sea, los veo como muy poco humanos, [...] muy poco conectados con la realidad social» (HOM-03). Retraso en la atención psicosocial: «Si lo hubieran hecho más rápido, y más eficaz a la primera, le hubiera costado menos salir de la depresión» (MUJ-06). Medicalización: «Me tiré un verano entero dormida, con ansiolíticos porque me daban ataques de ansiedad y tenía un <i>shock</i> postraumático» (MUJ-01).
Infraestructura de los servicios	Atención centrada en VG y mujeres de mediana edad: «Luego tienen que pedir horas a recursos que no están adaptados para ellas. Con horarios que no están adaptados para ellas, con profesionales que a veces son, o sea, que tienen una perspectiva de un adulticéntrica [centrada en las personas adultas] [...] Yo creo que también necesitamos cómo adaptarnos [a las jóvenes]» (AVG-38); «Creo que está mucho más orientado en ello [relaciones sexoafectivas estables] [...] a lo mejor, fuera de eso y encima población joven [...] falta un poco más [necesidades que tratan los recursos]» (HOM-04). Captación no centrada en VS y jóvenes: «No sabes bien lo que hacen, lo que te pueden ayudar [...] nada sobre el sitio. Porque la publicidad [...] en el ayuntamiento no vas a ver a gente joven» (MUJ-17); «Salimos en Internet, no tenemos redes sociales, ni tenemos capacidad para mantenerlas. Quizá en ese sentido parezcamos institucionales, ¿no? Y les echa para atrás» (AVG-32). Información (recursos y procedimientos burocráticos): poca y no adaptada a jóvenes: «Muchas veces piensan que les vamos a exigir o a obligar, pues a interponer una denuncia, para poderlas atender, que si no lo hacen [...] no las vamos a creer» (AVG-31); «Para hablar de gente un poco más joven, siempre, tema, pues infografías o videos, [...] de una manera como más didáctica, siempre se va a entender mejor y es mucho más fácil que les llegue [al buscar información legal]» (MUJ-19). Falta de recursos: humanos-económicos: «Yo pondría uno por, pues por cada barrio, o por cada dos, la verdad, ya sea por el tema de la planificación» (MUJ-23); «Muchas veces, la falta de recursos, de personal, hace que no puedas llegar a más cosas, ¿sabes?» (SJ-43). Falta de protocolos: «Que haya protocolos. [...] Protocolos consistentes y factibles que se hayan trabajado y se puedan llevar a la práctica de forma real» (SJ-42). Escasa difusión de recursos cercanos: «Para que cualquier tipo de herramienta funcione, para [...] mayor efectividad, tiene que estar cercana [...] tú creas un 016 local, te estás dirigiendo a una población en concreto, [...] un número 016 [nacional], que es algo supergeneral, estatal [...] y te puede parecer algo como muy formal, institucional» [barreras de acceso] (HOM-03). Desigualdad en la distribución territorial: «A lo mejor hay muchas veces que mucha gente que no tiene la posibilidad de esto porque [...] no hay en su ciudad» (HOM-05).

Fuente: Elaboración propia.

4. Discusión

En cuanto a los resultados de este estudio, tanto profesionales como jóvenes coinciden en que algunos factores relacionados con el contexto sociocultural limitan la cobertura efectiva. Destacan la confusión del concepto de VS sumada a su normalización. Asimismo, ambos grupos de personas entrevistadas identifican factores relacionados con las víctimas y sus allegados. Los discursos son similares en factores como el nivel socioeconómico bajo, o sentimientos de culpa, vergüenza y miedo a la reacción del entorno. La edad de las personas jóvenes para el personal entrevistado supone una barrera por la dependencia formal, con las madres y los padres, para la utilización de los servicios. En cambio, para las personas jóvenes la edad tiene que ver con la madurez, mental y emocional, en la toma de decisiones. También existen diferencias en los discursos en torno a algunos factores relacionados con las características de los servicios, incluyendo la formación, en VS y juventud, del personal de los recursos sociosanitarios, así como la escasa captación de jóvenes. La causa de esto último difiere entre los grupos de personas entrevistadas. Existen otros factores que solo han identificado los y las profesionales, como la falta de especialización de los recursos judiciales o la inexistencia de protocolos adaptados a la juventud. En cambio, las personas jóvenes han identificado factores como la escasa formación en VS-VG en el ámbito educativo, la falta de confianza en las instituciones o la excesiva burocratización de los procesos.

En cuanto al contexto sociocultural, la normalización de esta violencia hace que muchas jóvenes no sean conscientes de que han sufrido VS, ya que, por un lado, la sexualidad se ha limitado al ámbito privado y, por otro, no se identifican con los estereotipos de víctima^{7,28,29}. Esto se ve agravado cuando hay consumo de alcohol, ya que aumenta el sentimiento de culpa, eximiendo la responsabilidad de los agresores¹³. Por ello, herramientas que fomenten las respuestas proactivas de testigos podrían ayudar a las víctimas a identificar la VS, sobre todo en contextos de fiesta que suelen frecuentar las personas jóvenes³⁰.

Acerca de los factores relacionados con las personas afectadas por la VS, ambos grupos entrevistados coinciden en que una situación socioeconómica precaria dificulta el acceso y el uso de los servicios formales^{10,13,20}. Esto ocurre a pesar de que el acceso a los recursos en España es universal. El personal entrevistado argumenta que existen dificultades económicas para acceder a la información en Internet, mientras que las personas jóvenes relatan, por un lado, dificultades económicas para utilizar el transporte y, por otro, falta de tiempo para acceder, debido a la precariedad laboral. Como se ha observado, los recursos materiales de cada persona tienen impacto sobre las desigualdades en salud y en bienestar³¹,

y tienen una influencia notoria en el acceso a los servicios²⁰. Asimismo, las emociones experimentadas (miedo, vergüenza, culpa, etc.) tras la reacción negativa de familiares y amistades, unidas a la convicción de que los y las profesionales no creerán a la víctima, impiden que las personas jóvenes utilicen los servicios formales^{7,12,13,16,28}. Estas emociones son tan fuertes que incluso víctimas de VS, que trabajan como profesionales y conocen el funcionamiento de los recursos formales, se han visto notablemente condicionadas para buscar ayuda²⁸.

En lo referente a las características de los recursos, ambos grupos entrevistados identifican que una mayor dotación en recursos económicos y humanos ayudaría a mejorar la cobertura efectiva^{28,32,33}. Asimismo, la adecuación de los servicios a la población objetivo es un factor importante para la adherencia a los recursos²². Para ello, habría que adaptar los servicios a las necesidades de las personas jóvenes y colectivos vulnerables, en los procesos legales y en las dinámicas de atención en los recursos, así como facilitar información comprensible y que sea accesible^{7,12,13,16,32-34}.

En cuanto a las barreras identificadas únicamente por los y las profesionales, la discapacidad intelectual influye negativamente. Por un lado, afecta en la comunicación y, por otro, en la falta de adaptación de la atención. Esto es debido a que se da por hecho que no tienen la capacidad o credibilidad de afrontar un proceso judicial y se les trata como personas «asexuales» e infantilizadas^{16,32,33}.

Es interesante remarcar aquellos factores identificados solo por las personas jóvenes. Por un lado, destacan los relacionados con la escasa sensibilización, como ocultar situaciones de VS (en víctimas varones), debido a los estereotipos de género de la masculinidad hegemónica^{11,29,35}, y la falta de formación en VS-VG. Las personas jóvenes identifican la formación en sexualidad como insuficiente. Incluir en la formación aspectos que erradiquen los mitos existentes sobre las relaciones sexoafectivas³⁶ podría tener un impacto positivo en las relaciones interpersonales. Este impacto positivo se debe a la asociación de estos mitos con una mayor justificación de la VS, así como a una menor predisposición a ayudar en una situación de VS observada³⁷.

Por otro lado, las personas jóvenes identifican la falta de confianza en las instituciones como barrera^{11,28,32}. Anticipar una experiencia negativa hacia los servicios produce revictimización, es decir, una vivencia traumática del proceso de búsqueda de ayuda. Esto propicia que la víctima o personas que conocen su experiencia, por ser casos mediáticos, no busquen ayuda ante una futura agresión^{38,39}. En otros estudios, dicha revictimización debido a la burocratización ha sido identificada por profesionales de recursos de VG, en vez de por víctimas^{28,32}.

Jóvenes y profesionales han identificado factores diferentes y existen discrepancias en algunos factores identificados por ambos grupos. La edad, para el personal entrevistado, supone dependencia burocrática y económica, mientras que para las personas jóvenes se relaciona más con la falta de madurez, obstaculizando la búsqueda de ayuda^{7,40}. Por otra parte, la falta de formación del personal de los recursos sociosanitarios en VS-VG ha sido identificada por ambos grupos^{16,28,32,33}. No obstante, las personas jóvenes hacen hincapié en que la falta de formación, sobre todo en servicios sanitarios y policiales, supone situaciones de victimización secundaria. Esto conlleva un freno en la entrada a la red de servicios formales. Por último, para los y las profesionales, la falta de captación de jóvenes se debe a no usar los medios adecuados. En cambio, para las personas jóvenes el mensaje no está adaptado. Por tanto, reforzar el uso de la tecnología con mensajes adecuados es importante para el proceso de búsqueda de apoyo del colectivo joven¹⁷.

4.1. Limitaciones y fortalezas

Una de las principales limitaciones de este estudio es que las personas participantes, al igual que en otros estudios^{7,28,34}, se refieren con frecuencia a situaciones de VS grave, lo que limita los factores encontrados en este estudio a dichas situaciones. Además, el muestreo intencional utilizado podría dar lugar a un sesgo de selección. Esto se debe al hecho de que las personas entrevistadas son más comprensivas con la VS, y a que la mayoría de los estudiantes no universitarios son de origen extranjero. Los resultados no son generalizables, pero pueden ser aplicables a algunos contextos con los que hemos comparado nuestros resultados. Para mejorar esta transferibilidad, se realizó una descripción detallada de la muestra y las personas participantes del estudio. La credibilidad del estudio se aseguró con la doble codificación y la triangulación de la información, asegurando mayor fiabilidad con la revisión crítica de los resultados. Para garantizar la confiabilidad fueron utilizadas citas literales, así como el enfoque inductivo de análisis y una descripción detallada del proceso metodológico⁴¹.

5. Conclusiones

Tanto jóvenes como profesionales han identificado un número considerable de factores que merman la cobertura efectiva de los servicios relacionados con la atención de la VS. Las personas jóvenes perciben más factores relacionados con el contexto social, la atención y los servicios, mientras que los y las profesionales reconocen factores relacionados con la población usuaria. Se requiere una mayor confluencia en sus percepciones para mejorar la cobertura de los servicios. Futuras investigaciones deberían tener en cuenta ambas perspectivas de jóvenes y profesionales para observar si existe confluencia o discordancia

en las opiniones. Profundizar en este aspecto sería recomendable para crear estrategias acordes a la realidad de las personas jóvenes, y mejorar así la cobertura efectiva.

Bibliografía

1. World Health Organization. Violence against women: intimate partner and sexual violence against women. Intimate partner and sexual violence have serious short- and long-term physical, mental and sexual and reproductive health problems for survivors: fact sheet. Ginebra: World Health Organization; 2014.
2. Wincentak K, Connolly J, Card N. Teen dating violence: A meta-analytic review of prevalence rates. *Psychol Violence*. 2017; 7(2):224-41.
<https://doi.org/10.1037/a0040194>
3. Government Delegation against Gender Violence. Ministry of Equality. Executive summary of the 2019 Macro-Survey on Violence Against Women. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2021.
4. Sanz-Barbero B, Saurina C, Serra L, Renart Vicens G, Vall-Llosera Casanovas L, Otero-García L, et al. Prevalence and associated factors with sexual violence victimisation youth before, during and after the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in Spain. *BMJ Open* 2021; 11(11):e055227.
<https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-055227>
5. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*. 2007; 187(Supl 7):S35-9.
<https://doi.org/10.5694/J.1326-5377.2007.TB01334.X>
6. Sanz-Barbero B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Fernández-García C, Vives-Cases C. Spanish intimate partner violence survivors help-seeking strategies across the life Span. *J Interpers Violence*. 2020; 37(11-12):NP8651-69.
<https://doi.org/10.1177/0886260520976213>
7. Fernet M, Hébert M, Couture S, Brodeur G. Meeting the needs of adolescent and emerging adult victims of sexual violence in their romantic relationships: A mixed methods study exploring barriers to help-seeking. *Child Abuse Negl*. 2019; 91:41-51.
<https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2019.01.019>
8. Prospero M, Vohra-Gupta S. The use of mental health services among victims of partner violence on college campuses. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2008; 16(4):376-90. <https://doi.org/10.1080/10926770801926450>

9. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One*. 2019; 14(10):e0221049. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049>
10. Amstadter AB, Zinzow HM, McCauley JL, Strachan M, Ruggiero KJ, Resnick HS, et al. Prevalence and correlates of service utilization and help seeking in a national college sample of female rape victims. *J Anxiety Disord*. 2010; 24(8):900-2. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2010.06.014>
11. Martin CE, Houston AM, Mmari K, Decker MR. Urban teens and young adults describe drama, disrespect, dating violence and help-seeking preferences. *Matern Child Health J*. 2012; 16(5):957-66. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0819-4>
12. García CM, Lechner KE, Frerich EA, Lust KA, Eisenberg ME. Preventing sexual violence instead of just responding to it: Students' perceptions of sexual violence resources on campus. *J Forensic Nurs*. 2012; 8(2):61-71. <https://doi.org/10.1111/J.1939-3938.2011.01130.X>
13. Lichty LF, Gowen LK. Youth response to rape: Rape myths and social support. *J Interpers Violence*. 2021; 36(11-12):5530-57. <https://doi.org/10.1177/0886260518805777>
14. Nguyen KH, Kress H, Atuchukwu V, Onotu D, Swaminathan M, Ogbanufe O, et al. Disclosure of sexual violence among girls and young women aged 13 to 24 years: Results from the violence against children surveys in Nigeria and Malawi. *J Interpers Violence*. 2021; 36(3-4):NP2188-2204NP. <https://doi.org/10.1177/0886260518757225>
15. Ollen EW, Ameral VE, Reed KP, Hines DA. Sexual minority college students' perceptions on dating violence and sexual assault. *J Couns Psychol*. 2017; 64(1):112-9. <https://doi.org/10.1037/COU0000180>
16. Franklin A, Smeaton E. Recognising and responding to young people with learning disabilities who experience, or are at risk of, child sexual exploitation in the UK. *Child Youth Serv Rev*. 2017; 73:474-81. <https://doi.org/10.1016/J.CHILDYOUTH.2016.11.009>
17. Voth Schrag R, Hairston D, Brown ML, Wood L. Advocate and survivor perspectives on the role of technology in help seeking and services with emerging adults in higher education. *J Fam Violence*. 2021; 37(1):123-36. <https://doi.org/10.1007/S10896-021-00279-0>

18. Chopra M, Sharkey A, Dalmiya N, Anthony D, Binkin N. Strategies to improve health coverage and narrow the equity gap in child survival, health, and nutrition. *Lancet*. 2012; 380(9850):1331-40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61423-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61423-8)
19. Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity: what we know, don't know and need to know. Paper presentado en: First Global Symposium on Health Systems Research. vol. 16; 2010; Montreux, Suiza.
20. O'Connell T, Sharkey A. Reaching universal health coverage through district health system strengthening: Using a modified Tanahashi model sub-nationally to attain equitable and effective coverage 2013. *Matern. Newborn Child Heal. Work. Pap. UNICEF Heal. Sect.*, no. 2013. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4115.2248>
21. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med*. 2005; 61(1):97-109. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.055>
22. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978; 56(2):295-303. PubMed PMID: 96953.
23. World Health Organization. Monitoring equity in access to AIDS treatment programmes: A review of concepts, models, methods and indicators. Ginebra: World Health Organization; 2010.
24. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014; 89(9):1245-51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
25. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZM042>
26. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706QP063OA>
27. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974; 9(3):208-20. PubMed PMCID: PMC1071804
28. Anderson GD, Overby R. Barriers in seeking support: Perspectives of service providers who are survivors of sexual violence. *J Community Psychol*. 2020; 48(5):1564-82. <https://doi.org/10.1002/JCOP.22348>

29. Donne MD, DeLuca J, Pleskach P, Bromson C, Mosley MP, Perez ET, et al. Barriers to and facilitators of help-seeking behavior among men who experience sexual violence. *Am J Mens Health*. 2018; 12(2):189-201.
<https://doi.org/10.1177/1557988317740665>
30. Ferrer-Pérez VA, Delgado-Álvarez C, Sánchez-Prada A, Bosch-Fiol E, Ferreiro-Basurto V. Street sexual harassment: Experiences and attitudes among young Spanish people. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(19):10375.
<https://doi.org/10.3390/IJERPH181910375>
31. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Ginebra: World Health Organization; 2010.
32. Briones-Vozmediano E, la Parra D, Vives-Cases C. Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain. *Health Expect*. 2015; 18(6):2994-3006. <https://doi.org/10.1111/HEX.12283>
33. McGilloway C, Smith D, Galvin R. Barriers faced by adults with intellectual disabilities who experience sexual assault: A systematic review and meta-synthesis. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020; 33(1):51-66. <https://doi.org/10.1111/JAR.12445>
34. Addington LA. Exploring help seeking patterns for emerging adult victims using the National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. *Violence Against Women*. 2022; 28(5):1188-212. <https://doi.org/10.1177/10778012211014552>
35. Lysova A, Dim EE. Severity of victimization and formal help seeking among men who experienced intimate partner violence in their ongoing relationships. *J Interpers Violence*. 2022; 37(3-4):1404-1429. <https://doi.org/10.1177/0886260520922352>
36. Fernández-Fuertes AA, Fernández-Rouco N, Lázaro-Visa S, Gómez-Pérez E. Myths about sexual aggression, sexual assertiveness and sexual violence in adolescent romantic relationships. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(23):8744.
<https://doi.org/10.3390/IJERPH17238744>
37. Hust SJT, Rodgers KB, Ebreo S, Stefani W. Rape myth acceptance, efficacy, and heterosexual scripts in men's magazines: Factors associated with intentions to sexually coerce or intervene. *J Interpers Violence*. 2019; 34(8):1703-33.
<https://doi.org/10.1177/0886260516653752>

38. Cohn AM, Zinzow HM, Resnick HS, Kilpatrick DG. Correlates of reasons for not reporting rape to police: Results from a national telephone household probability sample of women with forcible or drug-or-alcohol facilitated/incapacitated rape. *J Interpers Violence*. 2013; 28(3):455-73.
<https://doi.org/10.1177/0886260512455515>
39. Kennedy AC, Adams A, Bybee D, Campbell R, Kubiak SP, Sullivan C. A model of sexually and physically victimized women's process of attaining effective formal help over time: The role of social location, context, and intervention. *Am J Community Psychol*. 2012; 50(1-2):217-28. <https://doi.org/10.1007/S10464-012-9494-X>
40. Van Hoorn J, van Dijk E, Meuwese R, Rieffe C, Crone EA. Peer influence on prosocial behavior in adolescence. *J Res Adolesc*. 2016; 26(1):90-100.
<https://doi.org/10.1111/jora.12173>
41. Johnson JL, Adkins D, Chauvin S. A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *Am J Pharm Educ*. 2020; 84(1):138-46.
<https://doi.org/10.5688/AJPE7120>

6.4. Artículo 4. «“Thanks to my activists friends”: A qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain»

[«“Gracias a mis amigas activistas”: Un estudio cualitativo de las perspectivas de jóvenes y profesionales sobre los factores relacionados con la búsqueda de apoyo entre las víctimas de violencia sexual en España»]

Eva Durán-Martín¹, Belén Sanz-Barbero^{2,3}, Aitana Muñoz-Haba⁴, Sebastià March⁴, Carmen Vives-Cases^{3,5}

¹ Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Nacional de Educación a Distancia y el Instituto Mixto de Investigación de la Escuela Nacional de Salud (UNED-IMIENS), Madrid, España

² Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

³ CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

⁴ Cooperativa APLICA, Madrid, España

⁵ Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante (UA), Alicante, España

Autora de correspondencia: Eva Durán-Martín

Financiación: CIBER de Epidemiología y Salud Pública (Ref. ESP20PI02)

Fecha de publicación: 21 de junio de 2024

Revista: Archives of Public Health

Categoría: Salud pública, medioambiental y ocupacional

Factor de impacto: 3,2

Cuartil: Q2

Cita: Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Muñoz-Haba A, March S, Vives-Cases C. “Thanks to my activist friends”: A qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain. Arch Public Health. 2024;82(1):93. <https://doi.org/nqz9>

Ver Anexo 1.4 para texto original en inglés e información suplementaria.

Resumen

Introducción: La violencia sexual (VS) es un problema de salud pública con alta prevalencia entre la población joven. El uso de recursos formales para la atención de VS (por ejemplo, servicios institucionales) es bajo en este grupo de edad. Este estudio aplica el marco de activos en salud (AS) para identificar los factores que influyen positivamente en la búsqueda de apoyo ante la VS en personas jóvenes, las funciones de ese apoyo y el grado de proximidad percibido, desde la perspectiva de jóvenes y profesionales.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo con 38 entrevistas semiestructuradas a jóvenes y a profesionales que trabajan en recursos formales de VS y/o atención a la juventud en España. Se llevó a cabo un análisis teórico temático, integrado en las percepciones inductivas surgidas de los datos, siguiendo una adaptación particular del método comparativo constante, en el marco del enfoque de la teoría fundamentada. Este análisis se llevó a cabo mediante la codificación de las transcripciones de las entrevistas con la ayuda de ATLAS.ti (versión 9).

Resultados: Las mujeres jóvenes identificaron activos, categorizados como feministas, que consideran esenciales para la búsqueda de respuestas a la VS. En cambio, a diferencia de los hombres jóvenes, consideran el sistema policial y judicial como una barrera y no como un activo. También hubo diferencias en la identificación de activos entre jóvenes y profesionales. Las personas jóvenes consideraron a su pareja y a los medios de comunicación tradicionales como activos para la salud, a diferencia de los y las profesionales, que no los identificaron como recursos tan valiosos en el proceso de búsqueda de ayuda. Activos informales, como la familia, las amistades e Internet, se consideran más cercanos. Por el contrario, los servicios de atención especializada a la violencia de género (VG)/VS, y el sistema judicial y policial, fueron percibidos como recursos lejanos entre el colectivo joven.

Conclusiones: Este estudio muestra similitudes y discrepancias en la identificación de activos para la búsqueda de apoyo a la VS entre las personas jóvenes. Se muestran diferencias entre hombres y mujeres jóvenes, así como diferentes discursos entre jóvenes y profesionales. Además, el estudio muestra una relación inversa entre las percepciones de proximidad y el nivel de formalidad del activo. Asimismo, se aporta un mapa de los activos o recursos, en el cual se muestra cómo se relacionan entre ellos facilitando la información necesaria para ayudar a las víctimas o posibles víctimas de VS. Es aconsejable informar a los y las profesionales sobre los activos que estos y estas no reconocen y sobre las acciones que permiten a las personas jóvenes acceder a los recursos formales.

Palabras clave: violencia sexual; persona adulta joven; activos en salud; recursos sociosanitarios [sexual violence; young adult; health assets; social and health resources].

Contribuciones a la literatura

- El acceso a los recursos de violencia sexual entre los jóvenes no ha sido estudiado previamente desde el modelo de activos en salud. Este modelo aporta un valor añadido a la comprensión del proceso de búsqueda de ayuda y a la mejora del acceso debido a la propia identificación de las personas jóvenes como activos y facilitadores para las víctimas de violencia sexual en las diferentes fases del proceso de violencia.
- Las personas jóvenes identifican a la pareja como un factor que potencia la capacidad de buscar ayuda en una situación de VS fuera de la relación.
- El colectivo de profesionales y los hombres jóvenes no identifican los activos esenciales para las mujeres jóvenes (activos feministas). En la práctica, esto implica aumentar la formación y la sensibilización sobre la VS.
- Se ha visto que existe una brecha entre las instituciones y las organizaciones feministas, pero también cómo los y las jóvenes reproducen los roles de género cuando se identifican como activos y dan soporte en una situación de VS.

1. Introducción

La violencia sexual (VS) es un problema de salud pública de gran prevalencia a nivel mundial¹. Se considera VS a todo acto o intento de consumir un acto sexual forzado o coaccionado sin consentimiento expreso, comentarios e insinuaciones sexuales no deseadas y acciones para comercializar o utilizar la sexualidad de una persona mediante la coacción (presión psicológica, extorsión, etc.). Se produce en múltiples ámbitos, incluido el digital. Puede ocurrir tanto fuera de una relación establecida (VS sin pareja) como dentro de la pareja (VS-VPM)²⁻⁴. En la Unión Europea, el 11 % de las mujeres declaran haber estado expuestas a VS en algún momento de su vida⁵. En España, la prevalencia de VS alguna vez en la vida se sitúa en el 13,7 %⁶. Las mujeres jóvenes (16-24 años) han experimentado una mayor prevalencia de VS a lo largo de su vida que las mujeres adultas (25 años o más). Esto se repite tanto en el contexto de la pareja (12,4 % vs. 8,9 %) como fuera de una relación (11 % vs. 6 %)⁶.

Los hombres y las mujeres jóvenes que sufren VS tienden a buscar apoyo en la familia y las amistades más que en las redes formales de apoyo (por ejemplo, servicios institucionales)⁷⁻¹⁰. La falta de confianza hacia los recursos formales de apoyo, la naturalización de la VS en las relaciones, la falta de conocimientos sobre dichos recursos y el sentimiento de desconfianza hacia los y las profesionales se han identificado previamente como barreras para utilizar los recursos formales de apoyo¹⁰⁻¹⁵. Desde la promoción de la salud, Morgan y Ziglio defienden que centrarse exclusivamente en este modelo de «déficit», que analiza barreras, impide incluir otros activos en salud (AS) que pueden desempeñar un papel importante a la hora de abordar la respuesta a la VS desde una perspectiva más positiva¹⁶.

Los activos en salud son definidos como «cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, las comunidades, las poblaciones, los sistemas sociales o las instituciones, para mantener y sostener la salud y el bienestar, así como para ayudar a reducir las desigualdades en materia de salud. Estos activos pueden operar a nivel de la persona, la familia o la comunidad y la población como factores de protección y promoción para amortiguar las tensiones de la vida»¹⁷. Este modelo ha sido empleado en jóvenes para mejorar su salud de forma global^{18,19}, y también su salud sexual y reproductiva²⁰⁻²². No obstante, los activos que influyen en la búsqueda de respuestas en caso de VS no han sido abordados en profundidad en los estudios anteriores, sino en investigaciones enmarcadas en la violencia durante el noviazgo²³.

Algunos estudios han identificado facilitadores en la respuesta formal a la VS. Entre ellos destacan la presencia de personal empático en los recursos, la percepción de comodidad y

seguridad, así como la preservación de confidencialidad⁹. También, algunos centros/puntos o instalaciones de apoyo son necesarios para acudir ante una agresión, así como la divulgación de los recursos^{12,24}. El uso de las nuevas tecnologías ha sido identificado como factor que promueve de forma eficaz la sensibilización en VS y la divulgación de los recursos formales²⁵. En cuanto a los apoyos más informales, la familia y las amistades de las personas jóvenes se consideran como una fuente de apoyo importante^{10,26}. El modelo de activos aporta un valor añadido a esta perspectiva positiva de identificar facilitadores porque hace hincapié en «la capacidad positiva para identificar problemas y activar soluciones»¹⁷.

La mayoría de los estudios en esta línea sobre los factores que influyen en la búsqueda de respuestas a la VS recogen la percepción de las personas jóvenes^{9,10,12,24,26}, pero pocos analizan la percepción de los y las profesionales²⁵. Dada la importancia que tiene este enfoque positivo para el desarrollo de estrategias de prevención y atención, el objetivo de este estudio fue identificar los principales activos que influyen positivamente en la búsqueda de apoyo formal para la VS entre las personas jóvenes. Este estudio utiliza el marco de activos en salud para identificar dichos factores positivos que contribuyen a la búsqueda de apoyo por parte del colectivo joven ante situaciones de VS. Además, se determinan las diferentes funciones de los activos y el nivel de proximidad percibido por las personas jóvenes y el personal de los recursos de apoyo. Los resultados del estudio pretenden contribuir a la mejora de las estrategias para hacer frente a la VS en la población joven.

2. Material y métodos

2.1. Ámbito y diseño muestral

Estudio cualitativo realizado en España entre septiembre de 2020 y octubre de 2021. Se realizaron un total de 38 entrevistas: 23 a jóvenes (18-24 años) y 15 a profesionales de recursos que trabajan con jóvenes y/o que dan atención especializada a la VS. La identificación y selección de los y las participantes, así como la estrategia de reclutamiento, se llevó a cabo mediante el método de bola de nieve. Este consistió en una búsqueda inicial *online* de potenciales participantes, la difusión *online* de material informativo sobre el estudio y el contacto con las redes de entidades identificadas. El equipo de investigación elaboró criterios para la selección de las personas participantes basados en los objetivos del estudio. La elección de España como contexto del estudio apunta a la necesidad de tener en cuenta la variabilidad estructural y regional de los recursos socioeconómicos y las políticas en el ámbito de la VS. Por lo tanto, la muestra de jóvenes se diseñó buscando

heterogeneidad respecto a edad, sexo, nivel de estudios, lugar de origen y distribución geográfica, abarcando diferentes CC. AA. del Estado español: Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana, Islas Baleares y País Vasco. La población total de estas regiones representaba alrededor del 50 % del total de la población española en 2021. Los criterios de selección de los y las profesionales estaban relacionados con el tipo de gestión del recurso, el ámbito de actuación y la distribución geográfica en las CC. AA. enumeradas anteriormente. Las características de las personas participantes se detallan a continuación (ver Tabla 1). Por ello, ser víctima de VS no fue un criterio de selección. Sin embargo, durante las entrevistas, algunas mujeres jóvenes declararon que habían estado expuestas a VS o que conocían a otras personas (mujeres y hombres) que la habían sufrido. Ninguno de los hombres jóvenes se identificó como autor de VS. Se consideró la participación de ambos sexos de jóvenes debido a la mayor probabilidad de situaciones observadas de VS entre ellos y ellas, y para averiguar qué lugar ocupa la VS en el discurso de las personas jóvenes. La muestra se completó cuando se alcanzó la saturación discursiva (ver Tabla 1).

Tabla 1. Perfiles de personas jóvenes y profesionales entrevistadas

Entrevistas a jóvenes					Entrevistas a profesionales		
Código*	Edad	Sexo	Estudios	Origen	Código*	Tipo de servicio	Tipo de gestión
M_01	23	M	Universitarios	Nacional	SVG_31	Servicio de atención a víctimas de VS	Administración pública
H_02	24	H	No universitarios	Extranjero	SVG_32	Servicio de atención a víctimas de VS	Administración pública
H_03	23	H	No universitarios	Nacional	SVG_34	Asociación especializada en atención a víctimas de VS	Asociaciones tercer sector
H_04	19	H	Universitarios	Nacional	SVG_37	Servicio de atención a la VG	Administración pública
H_05	18	H	Universitarios	Nacional	SVG_38	Asociación feminista especializada en atención a la VG	Asociaciones tercer sector
M_06	19	M	Universitarios	Nacional			
H_07	18	H	Universitarios	Nacional	SVG_39	Servicio de atención a víctimas de VG	Administración pública
H_08	19	H	Universitarios	Nacional			
H_09	19	H	Universitarios	Nacional	SVG_44	Servicio de atención a víctimas de VS	Asociaciones tercer sector
M_10	23	M	Universitarios	Nacional			
M_11	20	M	Universitarios	Nacional	SJ_33	Asociación de teatro social y educación con programas de sensibilización sobre VS	Asociaciones tercer sector
M_12	22	M	No universitarios	Extranjero			
M_13	19	M	No universitarios	Extranjero	SJ_35	Asociación LGTBI especializada en sensibilización sobre diversidad sexual	Asociaciones tercer sector
H_14	24	H	No universitarios	Extranjero			
H_15	23	H	No universitarios	Nacional	SJ_36	Asociación de intervención e inclusión social con programas de sensibilización sobre VS	Asociaciones tercer sector
M_16	23	M	No universitarios	Extranjero			
M_17	23	M	No universitarios	Extranjero	SJ_40	Centro educativo de Formación Profesional	Administración pública
H_18	24	H	Universitarios	Nacional			
M_19	19	M	No universitarios	Nacional	SJ_41	Asociación sociocultural y de ocio	Asociaciones tercer sector
H_20	25	H	No universitarios	Extranjero	SJ_42	Club deportivo	Asociaciones tercer sector
H_21	18	H	No universitarios	Nacional	SJ_43	Concejalía de Juventud	Administración pública
M_22	19	M	No universitarios	Nacional	SJ_45	Centro universitario	Administración pública

Fuente: Elaboración propia. *Nota:* * El código indica: el sexo de la persona (M: mujeres; H: hombres) y el tipo de recurso para profesionales (SVG: Servicio de atención a la Violencia de Género; SJ: servicios para jóvenes); VS: violencia sexual; VG: violencia de género.

2.2. Recogida de datos

Se realizaron 38 entrevistas semiestructuradas de entre 50 y 70 minutos de duración. Debido a la pandemia de la covid-19, las entrevistas fueron realizadas mediante llamada telefónica (26) y videollamada (12); el formato de entrevista fue elegido por la persona entrevistada. Se desarrollaron estrategias de comunicación verbal y no verbal para minimizar las barreras asociadas a las entrevistas telemáticas. Se tuvo en cuenta el sexo de la persona entrevistadora para la realización de las entrevistas, coincidiendo con el sexo de las mujeres y hombres jóvenes. El objetivo era ofrecer un espacio de confianza, donde se pudieran discutir detalles íntimos y sensibles. Las entrevistas fueron realizadas por un hombre y una mujer, con experiencia en metodologías de investigación cualitativa y violencia de género.

Se utilizaron dos guiones temáticos abiertos (ver Tabla 2) adaptados a cada perfil (jóvenes y profesionales) que fueron probados y revisados en las fases iniciales del trabajo de campo. En concreto, se pusieron a prueba durante las primeras entrevistas a tres jóvenes y tres profesionales.

Tabla 2. Estructura final de los guiones de las entrevistas

Guía para jóvenes	1. Conocimiento de los recursos existentes para abordar la VS 2. Dificultades y facilitadores para acceder y utilizar los recursos de apoyo 3. Evaluación de los recursos de apoyo en términos de disponibilidad, información, adaptabilidad y evaluación de los recursos informales
Guía para profesionales	1. Descripción y valoración del centro de recursos donde trabajan 2. Dificultades y facilitadores del acceso y uso del recurso de apoyo por parte de los y las jóvenes 3. Evaluación de los recursos (aspectos positivos, posibles mejoras, recomendaciones sobre accesibilidad y uso)

Fuente: Elaboración propia.

2.3. Análisis de datos

Se realizó un análisis temático inductivo y teórico²⁷ mediante codificación de las transcripciones de las entrevistas con apoyo del *software* ATLAS.ti (versión 9). En primer lugar, se realizó un preanálisis de todo el contenido de las entrevistas. Este análisis se basó en un árbol de codificación que respondía a los objetivos del estudio e incluía los siguientes aspectos: conocimiento de recursos; mecanismos de acceso a los servicios; barreras y facilitadores de acceso y uso de los recursos; prevención; y abordaje. Las entrevistas se codificaron doblemente y la información se trianguló entre dos analistas. Siguiendo un enfoque inductivo, los códigos con contenido similar se agruparon y se clasificaron en temas potenciales. Estos fueron discutidos y negociados por el equipo de investigación. Este

contenido se dividió en dos bloques: 1) Respuesta a la VS en jóvenes del personal de los recursos y otros referentes; y 2) Valoración de la respuesta por parte de los y las participantes.

Tras este primer análisis, se llevó a cabo un análisis más teórico, adaptando el método comparativo constante, bajo el enfoque de la teoría fundamentada²⁸, para interpretar los datos inferidos del marco conceptual de los activos para la salud. El conjunto de datos analizado fue el relativo al bloque 1 obtenido del preanálisis. Cabe señalar que la categoría de «activos» se basa en una interpretación de las respuestas por parte del equipo de investigación. Las entrevistas no incluían la palabra «activos», sino que se referían a los recursos que facilitaban la respuesta a la VS. En otras palabras, se estableció la definición operativa de los activos y, con ella, se buscaron los recursos facilitadores que se ajustaran al concepto. Una vez identificados los activos, se llevó a cabo un análisis más profundo que se basó en el análisis temático inductivo, dando lugar a dos temas principales: 1) Comparación de los activos identificados y las funciones otorgadas a estos por los hombres y las mujeres jóvenes; y 2) Comparación de las percepciones sobre la respuesta a la VS entre jóvenes y profesionales.

Dentro del primer tema principal relacionado con los activos identificados por las personas jóvenes, se realizó un análisis exhaustivo adicional para categorizar dichos activos. Los activos detectados por las personas jóvenes se categorizaron en torno a dos ejes:

- 1) Un eje de formalidad donde los activos más formales se corresponden con los más institucionalizados (por ejemplo, sistema judicial o policial) y los más informales se corresponden a las personas del entorno próximo (amistades, familiares, profesorado). Los activos más formales se corresponden con aquellos donde las normas y rutinas perduran en el tiempo y tienen una regulación rígida (sistema policial, sanitario, etc.). De esta manera, la organización es menos dependiente de las personas que la componen. Al contrario, los recursos menos formales (familia o amistades, por ejemplo) son aquellos en los que las normas, rutinas y miembros están poco definidos. Por lo tanto, dependen más de las personas. Esta categorización fue elaborada por el equipo de investigación.
- 2) Un eje de grado de proximidad o accesibilidad con la que las personas jóvenes perciben a los diferentes activos identificados. Esta categorización se desprende directamente de las percepciones del colectivo joven recogidas en las entrevistas.

Además, se llevó a cabo una categorización adicional para facilitar la interpretación. Los activos se ubicaron, al igual que las funciones percibidas por las personas jóvenes, en una

secuencia de fases del proceso de respuesta a la VS: desde las primeras fases de prevención, como la promoción de relaciones sexoafectivas saludables, hasta las últimas fases de respuesta, como la prestación de atención a las víctimas de VS.

Finalmente, el segundo tema de análisis se llevó a cabo comparando las percepciones entre profesionales y jóvenes sobre la relación de los activos identificados y sus funciones. Este artículo se ha ajustado a las recomendaciones metodológicas de SRQR²⁹ y COREQ³⁰ (ver Anexo 1.4, Tablas 1 y 2 del material suplementario). Por otra parte, las citas de las personas participantes fueron traducidas del español al inglés por un traductor profesional en el momento de redactar el artículo.

2.4. Consideraciones éticas

La participación en las entrevistas fue voluntaria y no retribuida. Se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas participantes, de manera verbal y audiorregistrada. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Alicante (UA-2020-07-07). Además, se tuvieron en cuenta algunas consideraciones éticas para minimizar el impacto de las entrevistas sobre un tema tan delicado como la violencia sexual entre jóvenes. Como ya se ha mencionado, en el caso de las personas jóvenes se tuvo en cuenta el sexo en la elección del entrevistador o entrevistadora. Por otra parte, durante el trabajo de campo se tuvieron en cuenta las preferencias y los ritmos de los y las participantes. Asimismo, en los casos en que durante las entrevistas se detectaron casos de VS no abordados, se sugirió a las personas jóvenes que comentaran estas situaciones con profesionales cualificados.

3. Resultados

Los resultados se presentan a continuación, estructurados por los principales temas de análisis. El primer tema de análisis, titulado «Comparación de los activos identificados y las funciones otorgadas a estos por los hombres y las mujeres jóvenes», se presenta en varias subsecciones. Los resultados del segundo tema de análisis, titulado «Comparación de las percepciones sobre las respuestas de apoyo a la VS entre jóvenes y profesionales», describen las diferencias entre los dos grupos en su identificación de los activos.

3.1. Comparación de los activos identificados y las funciones otorgadas a estos por los hombres y las mujeres jóvenes

A) Activos identificados por jóvenes

Los activos identificados por mujeres y hombres jóvenes fueron similares (ver Tabla 3). Ambos indicaron *activos informales*, como los grupos de *amistades*, *la familia* y *la pareja*, a los que relacionaron con funciones típicas de una respuesta inicial a la VS (ver Tabla 4). A cada activo les asignaron acciones, como sensibilizar, para el que la siguiente cita de H_05 sirve de ejemplo ilustrativo. También, no dejar sola a una víctima potencial, acompañarla a su casa o llamarla durante el trayecto. Asimismo, se reconocen como activos con un papel auxiliar en las fases iniciales de victimización, como dar el apoyo emocional necesario para continuar buscando ayuda profesional, como se desprende de la siguiente cita de M_06.

«Gracias a muchas amigas mías, que son muy activistas, me han informado mucho sobre todo en la violencia sexual, violencia de género, [...] ahora mismo considero que tengo la suficiente información como para saber cómo tratar cada situación o así, y pues corregir a la gente que no dice las cosas de manera apropiada» (H_05).

«Yo he hablado con la chica y yo le he animado a denunciar y mis amigas le han dicho que ellas pueden ir de testigos, que ellas estaban delante y saben todo lo que pasó» (M_06).

Tabla 3. Activos identificados por jóvenes y profesionales

	Jóvenes		Profesionales
	♀	♂	
Informales	Amistades	Amistades	Amistades
	Pareja	Pareja	-
	Familia	Familia	Familia
	Mujeres informantes clave	-	-
	Asociaciones e iniciativas feministas	-	-
	Internet y redes sociales	Internet y redes sociales	Internet y redes sociales
	Productos culturales y publicidad	Productos culturales y publicidad	Productos culturales y publicidad
	Medios de comunicación tradicionales	Medios de comunicación tradicionales	-
	-	Asociaciones y recursos sociales, integración, juventud	Asociaciones y recursos sociales, integración, juventud
	Teléfonos especializados	Teléfonos especializados	Teléfonos especializados
Formales	Servicios de atención a la VG y VS	Servicios de atención a la VG y VS	Servicios de atención a la VG y VS
	Sistema educativo	Sistema educativo	Sistema educativo
	Sistema sanitario	Sistema sanitario	Sistema sanitario
	Incluye recursos psicológicos	Incluye recursos psicológicos	Incluye recursos psicológicos
	-	Sistema policial-judicial-penal	Sistema policial-judicial-penal

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Funciones que las personas jóvenes atribuyen a los activos para la respuesta a la VS

Funciones		Activos	Entorno cercano		Activos feministas		Espacios de comunicación social		Recursos que trabajan con jóvenes		Recursos especializados en VG y VS		Otras instituciones	
			Amistades + pareja	Familia	Mujeres informantes clave	Asociaciones e iniciativas feministas	Internet y redes sociales	Productos culturales + medios de comunicación	Recursos sociales, integración	Sistema educativo	Teléfonos especializados	Servicios de atención a VG y VS	Sistema sanitario	Sistema policial-judicial-penal
Promoción de relaciones sexoafectivas sanas	Socialización en pautas sanas													
	Espacio seguro para compartir vivencias													
Información	Conceptualización de la VS													
	Sensibilización y alerta													
	Formación específica en género y VS													
Prevención directa de la violencia														
Detección de la violencia														
Abordaje inmediato y minimización														
Derivación y difusión														
Responsabilización y reeducación del agresor	Responsabilización y señalamiento													
	Reeducación del agresor													
Atención y acompañamiento a la víctima	Acompañamiento emocional													
	Apoyo económico y material													
	Acompañamiento profesional													

Fuente: Elaboración propia.

En un *nivel intermedio de formalidad*, las personas participantes hacen referencia a un tipo de activos al que los y las analistas hemos denominado «espacios de comunicación social», ya que condicionan la opinión pública y las concepciones de VS socialmente compartidas. Aquí se incluyen los *medios de comunicación tradicionales* (TV, prensa), así como *Internet y redes sociales*, y los *productos culturales, artísticos y publicitarios*. Las personas jóvenes atribuyen a estos activos la función de ofrecer ejemplos de dinámicas sexoafectivas sanas, así como la de servir de canal de información y difusión de recursos de ayuda. Sin embargo, perciben que Internet y las redes sociales trascienden estas funciones. En la relación con estos, las personas jóvenes no son meros sujetos pasivos, pues pueden interactuar, compartiendo sus vivencias personales de VS, como menciona la siguiente cita de M_10, e, incluso, señalando públicamente casos de VS, buscando la responsabilización del agresor.

«Pues sobre todo por la televisión, todos los medios de telecomunicación, también bastante por las redes. Sí que leo bastantes noticias por las redes, incluso testimonios de chicas [...] En las redes sociales, sí que creo que es un poco más amplio y sí que con los testimonios de diferentes chicas y diferentes noticias que sí que cuelga otro tipo de personas que no está en la tele. Sí que creo que a lo mejor se da un poquito más de visibilidad a la violencia sexual, que la televisión como tal. Creo que aún es un poco tabú, según mi opinión» (M_10).

Tanto hombres como mujeres jóvenes reconocen también *activos de carácter formal* como el *sistema sanitario*, incluyendo servicios de *atención psicológica*. Destaca el hecho de que atribuyan a esta última, casi en exclusiva, la función de reeducar al agresor. Además, identificaron los *recursos especializados de abordaje de la violencia de género* (VG), cuyo foco de actuación lo sitúan en el acompañamiento profesional a las víctimas de VS y en su apoyo material o económico, tal y como se desprende de la siguiente cita de M_17. Mientras, los *teléfonos de atención a la VG y la VS* se señalan como un activo específico con entidad propia, justificada por su función clave de derivación a recursos de asistencia específicos de VS y VG. Otro activo reconocido por ambos es el *sistema educativo*, entendido como un espacio saludable de socialización, sensibilización (como muestra la siguiente cita de M_01) y formación específica en violencia de género. Además, es un espacio para dar a conocer otros activos, como asociaciones feministas, recursos y teléfonos especializados en VG, Policía, etc.

«Cuando hice un curso en la uni de igualdad [...] cuando lo dejé con él [...] en clase me explicaron la violencia de género [...] Se me empezó a colocar, y yo, ¡hala, no puede ser! Y ya sí que ahí se lo conté más a mis amigas» (M_01).

«Hay un centro [...] de la mujer donde, si has sufrido, así, algún tipo de violencia sexual o violencia machista, puedes acudir y tienen dos psicólogas, creo, creo que sí, que tienen dos [...] Aparte, te derivan a una asistente, te lleva un poco las cosas. Que no sé muy bien cuál es el procedimiento, la verdad. Pero bueno, allí sería» (M_17).

En definitiva, hay *dos factores* que son percibidos por ambos sexos como elementos *catalizadores del buen funcionamiento de los activos* propiamente dichos. Por un lado, los y las participantes valoran que en los contextos donde existe un *alto grado de asociacionismo*, aumenta la presencia y familiaridad de estas entidades en el imaginario de la juventud, mejorando su capacidad de impacto comunitario. La siguiente cita de M_19 ilustra esta percepción.

«Mi pueblo es bastante organizado, entonces, también entiendo que igual si me voy a otros pueblos no pasa lo mismo, ¿eh? Pero sí que creo que empieza a haber algo, algo más de conciencia. [...] Ahora veo que hay mogollón de chavales que se están deconstruyendo [...] intentando cambiar o por lo menos escuchar» (M_19).

Por otro lado, algunos y algunas jóvenes consideran que la eficacia de los activos está mediada por la *predisposición individual*. Esto se expresa en actitudes como: formarse sobre el tema por interés propio, como ilustra la cita M_06, o actuar respondiendo directamente a una situación de VS sufrida por una misma con una actitud positiva y crítica de afrontamiento, como muestra la siguiente cita de M_01.

«Yo tengo mucha autodefensa feminista [...], así se llama el taller. No es enfrentarte al tío, sino es saber salir de ahí y correr por patas. Yo creo que ahora tenemos un montón de herramientas [...] Decir: “mira, hermano, como me sigas mandando estas fotos, uno, te las publico en el Instagram”. [...] “Yo no te he pedido nada” [...] Eso sí que lo he visto un poco de acción directa de chicas» (M_01).

«Como me intereso mucho por el tema, pues lo he hablado mucho con diferentes personas y [...] como que he ido formando en mi cabeza qué pienso yo, qué es lo correcto, de hablar tanto con gente y discutirlo, buscar información. [...] He sido yo por gusto, al igual que a lo mejor le pregunto a mi hermana o le preguntas lo mismo y no sabe nada que contestarte ni tiene ni idea del tema. Y hemos ido al mismo sitio y hemos estado con los mismos profesores» (M_06).

B) Diferencias por sexo en la identificación de activos

La diferencia más notable entre hombres y mujeres jóvenes está relacionada con la *ausencia de identificación*, por parte de los *hombres*, de los *activos denominados «feministas»*: las *mujeres informantes clave* y los *colectivos e iniciativas de carácter feminista*. Las mujeres informantes clave son contactos personales que no forman parte del entorno inmediato, pero que son percibidas como un recurso útil y fiable si alguien experimenta VS, bien por sus conocimientos sobre género y recursos de apoyo, o bien por la seguridad o empoderamiento que proyectan. Se les asignan funciones de detección y abordaje inmediato para minimizar la violencia cuando se está produciendo, ya sea asistiendo a la víctima o confrontando al agresor, como se desprende de la siguiente cita de M_17, o difundiendo recursos de respuesta a la VS y facilitando la derivación hacia otros activos, como ilustra la cita de M_19.

«Una noche salimos a tomar aquí unas cervezas, [...] se viene conmigo, la chica [...] A eso que me dice: “Oye, ¿me puedes acompañar a casa? Es que yo no quiero que me acompañe él” [...] Y me explicó lo que había pasado en la discoteca. Y me quedé yo: “Ahora mismo, tú y yo nos vamos, ¿vale? [...] yo te acompaño a casa y yo luego me vengo”» (M_17).

«A ver, yo porque, personalmente, pues sí que conozco a gente que está más metida, entonces me iría directamente, ¿no? [...] Yo, personalmente, pues sí que igual podría coger, les das un toque, oye mira, quiero información sobre esto, me quiero informar sobre esto» (M_19).

Las mujeres jóvenes entrevistadas declaran encontrar un espacio seguro en las asociaciones feministas (colectivos autoorganizados, asambleas, etc.), así como en las iniciativas feministas culturales o artísticas, de carácter individual o colectivo. Además de la sensibilización y difusión, las entrevistadas atribuyen a estas asociaciones la realización de actividades formativas más específicas en materia de igualdad de género, tal y como se desprende de la cita de M_06. También las relacionan con funciones centradas en respuestas más avanzadas de apoyo a la VS, entre las que se incluye la realización de prevención directa, detectando la violencia en el momento que se produce y abordándola inmediatamente para detenerla o minimizarla.

«Estoy en un grupo como de feminismo [...] pasamos noticias [...] Nos informamos, buscamos artículos, buscamos libros que hablen del tema, buscamos a lo mejor algún video de una chica que haya subido a las redes sociales [...] cada uno da su opinión o cuenta si tiene algo parecido que le ha pasado o cómo se podría evitar» (M_06).

En el caso de los *hombres entrevistados*, algunos identificaron como activo otro tipo de *asociaciones y recursos de apoyo social o vecinal*, así como los dedicados a la *juventud* y a la *integración*, que no fueron identificados por las mujeres jóvenes. Estos recursos pueden ser desde instituciones más formales dependientes de servicios sociales, hasta asociaciones de tiempo libre para jóvenes, aunque el tipo de función que se les atribuye es similar. Por eso se incluyeron como un único activo. De manera similar a lo que representan las asociaciones feministas para las jóvenes, ellos encuentran en estos recursos un espacio seguro para compartir sus vivencias sexoafectivas, obtener información y buscar apoyo emocional o solicitar ayuda y orientación en caso de experimentar VS ellos mismos, como muestra la siguiente cita de H_02.

«A los educadores sociales, o sea, en el barrio hay muchos centros [...]. Si tengo un problema sobre estos, normalmente, suelo echar un mensaje a ellos, que ellos ya me llevan: “Pues vete aquí a... Y pregunta”, normalmente, o: “Espera, te busco un teléfono y llama”» (H_02).

Al contrario que las mujeres jóvenes, los *hombres jóvenes* identifican el *sistema judicial y policial como un activo*, independientemente de que la persona agredida sexualmente sea una mujer o un hombre. Piensan que es urgente acudir a este y denunciar ante un caso de VS puesto que cumple la función de responsabilizar al agresor y prevenir la violencia hacia otras víctimas, como ilustra la cita de H_20. Algunos hombres jóvenes tienen reticencias para identificar los servicios de VG como activos cuando sufren VS, ya que no creen que estén destinados para ellos, y se decantan por la vía legal, como parece insinuar la cita de H_03.

«Las primeras medidas son denunciar, buscar ayuda e inmediatamente denunciar si se ha producido la violencia sexual [...] lo más rápido posible, para así que las chicas puedan demostrar con evidencias en los hospitales [...] y asimismo, pues se inicia proceso judicial en contra del acusado, del violador» (H_20).

«Yo, si fuera alguien que sufre la violencia sexual siendo mujer, llamaría al 016 y de ahí ya me sabrían poner en contacto con alguna asociación o cualquier cosa. Yo, como hombre que ¿qué haría? Pues, Policía, ya está, no tengo más [...] ya está» (H_03).

Por el contrario, las *mujeres jóvenes*, pese a considerar que el *sistema policial y judicial es un actor institucional* que toma parte en el proceso de respuesta a la VS, no lo consideran un activo, en tanto que no lo señalan como una fuente de ayuda o un facilitador, sino más bien como una *barrera*. Indicaron que las víctimas de VS sufren una revictimización y que la cultura de masculinidad dentro del cuerpo policial genera desconfianza, como ilustra la

siguiente cita de M_19. Además, consideraron que no todos los tipos de VS podían abordarse dentro del marco legal, como el VS digital mencionado en la cita de M_01.

«Tú puedes ir a comisaría a decir: “mira lo que me está mandando este, ¿qué hago?”. Yo creo que [...] Bueno, pasan un poco de ti en plan, “bueno, ya se le pasará al chaval”» (M_01).

«Ir a poner una denuncia, y que te suelten [...] “¿Y por qué te fuiste a su casa o por qué saliste con él de la discoteca?” [...] que te cuestionen todo lo que hagas para poner en duda tu testimonio. [...] Es que, para qué voy a ir a denunciar, si no van a hacer nada y además me van a cuestionar esto durante [...] no sé cuántas horas, lo voy a pasar peor» (M_19).

Los *hombres jóvenes se ven a sí mismos*, en calidad de *amigos o familiares*, como un *activo* que cumple funciones como la *prevención* y el *abordaje* de la violencia inmediata, protegiendo a la víctima (como en la siguiente cita de H_21), así como la de reprender al agresor (como se muestra en la cita de H_02).

«Mi madre misma, si se tiene que ir a algún sitio un poco raro, soy el primero que la acompaña [...] me dolería mucho que a alguien así, cercano, le pasara algo de esto» (H_21).

«No sé, no sé cuál sería la reacción del otro entorno, pero mi reacción sería decirle sus cuatro cosas. [...] En plan de: “eh, detente, mira lo que estás haciendo”» (H_02).

En cambio, las *mujeres jóvenes se perciben como activos* en funciones como las de *sensibilización* y *concienciación* de sus amistades, parejas y familiares, como ilustran las dos citas siguientes de M_17 y M_12.

«A mi pareja, al principio, no le interesaba nada esto [...] Pero, a los dos o tres meses de yo ya hablarle, diciendo, “pero cariño, esto es importante”, lo empezó a ver, y ahora [...] es de los poquitos tíos que son capaces de escuchar y de decir, guau, qué burrada es esto» (M_17).

«Con mi hermano, [...] de 16 años, como hombre, intento decirle “oye, estas cosas no están bien” [...] Intento yo, como mujer, darle una perspectiva, en especial a los hombres de mi familia y de mi entorno, de lo que no me gustaría que a mí me hicieran, para que no lo hicieran [...] a las demás mujeres» (M_12).

C) Percepción de la proximidad con los activos y su grado de formalidad

En este estudio, el *nivel de formalidad de los distintos activos* tuvo una *relación negativa* con la *proximidad percibida* por las personas jóvenes (ver Figura 1). Las personas entrevistadas entendían la proximidad en términos de accesibilidad y familiaridad, además de proximidad física y geográfica, como muestra la cita de H_03. Las personas jóvenes perciben la ayuda proporcionada por los recursos de apoyo formales como menos cercana, menos personal y accesible en términos de proximidad geográfica que los recursos informales.

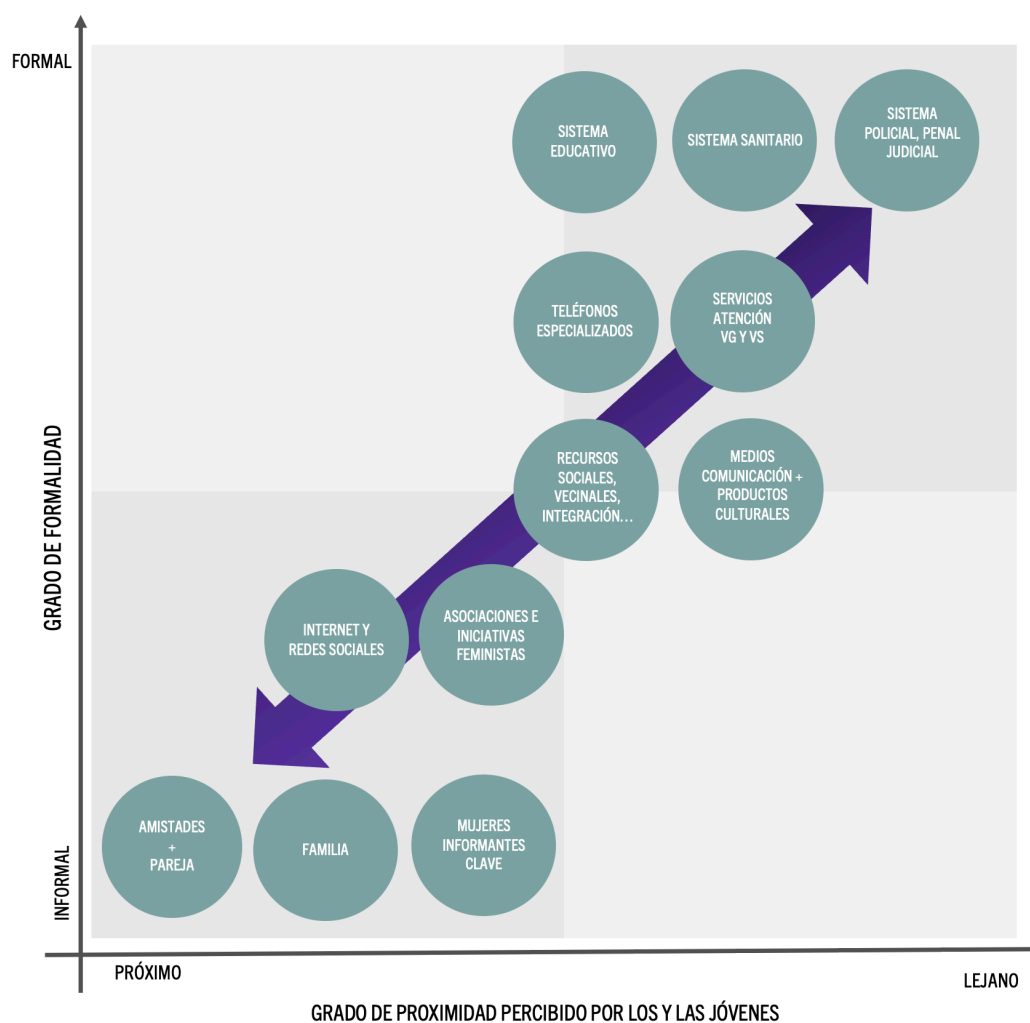
«Yo creo que es la cercanía [...] Para que cualquier tipo de herramienta funcione, ya sea Policía o asociación [...], para que realmente tenga mayor efectividad [...] tiene que ser a nivel, pues desde los ayuntamientos, o sea, la unidad mínima de la Administración [...] llegas a tener mayores resultados» (H_03).

Las personas jóvenes también hablaron de proximidad en el sentido simbólico, que está relacionado con la capacidad de adaptación de los activos a la juventud: el conocimiento de sus realidades y vivencias con la VS, los mecanismos de acceso (como en la cita de M_10), su lenguaje e incluso su conceptualización de la VS (como en la cita de H_04).

«Que el primer acercamiento a ese servicio [...] no fuera presencial [...] lo haría más fácil, porque ya la persona, tener que desplazarse a ese sitio, que le vean entrar y demás [...] A lo mejor vía telefónica o que le pueden dar información por las redes sociales, vía WhatsApp y demás. [...] O videoconferencia» (M_10).

«[Los recursos de VG] están mucho más orientados a lo que es dentro de una propia relación sexoafectiva, de personas a lo mejor un poco más mayores, más maduras [...] Fuera de una relación sexoafectiva y encima población joven, creo que a lo mejor falta un poco más» (H_04).

Figura 1. Representación simbólica de los activos en los ejes de formalidad y proximidad percibidos por las personas jóvenes



Fuente: Elaboración propia.

En general, los *activos más informales*, que forman parte del entorno cotidiano e inmediato, se consideran más *próximos* y *accesibles*. Entre estos, declaran que para hablar sobre VS prefieren acudir a las *amistades* o a la *pareja*, cuando la agresión se ha producido fuera de esta. En comparación con la pareja y amistades, señalaron que la familia es más inaccesible y distante, porque temen no ser comprendidos y comprendidas, como se desprende de la siguiente cita de H_07.

«Los jóvenes antes de poder hablar con la familia, yo creo que habitualmente hablamos o con nuestro entorno más cercano [amistades], [...], o con la pareja» (H_07).

En un *nivel intermedio de formalidad*, los medios de *comunicación tradicionales* también generan cierta desconfianza y sensación de lejanía para los y las jóvenes. En cambio, perciben las

redes sociales e Internet como espacios cotidianos y accesibles. En la misma línea se manifestaron respecto a las organizaciones de *carácter más informal*, como los *colectivos feministas* o las *asociaciones vecinales y de juventud*, que parecen más conectadas con sus vivencias como jóvenes, como se muestra en la siguiente cita de M_11. De hecho, sugieren que este tipo de organizaciones «de base» podría llegar a ejercer de puente entre las personas que necesiten ayuda en materia de VS y las instituciones más formales, que se encargan de abordarla.

«Colectivos que digamos que realmente están a pie de calle, ¿no?, como que no están burocratizados, al final, o no están influenciados por una institución o por unos intereses. [...] pueden trabajar la problemática [...] desde esta confianza [...] Yo creo que desde las instituciones se ha olvidado bastante que existen estos colectivos, que hay todo este movimiento social de base» (M_11).

Los *activos* que presentan *un alto nivel de formalidad*, especialmente el sistema *policial-judicial-penal* y el *sistema sanitario*, se perciben como *lejanos*, de *difícil acceso* a la hora de buscar apoyos y respuesta a la VS. Además, las personas jóvenes asocian el nivel alto de formalidad, tanto de los *recursos de atención* como de los *teléfonos especializados en VG*, con su *falta de adaptación a las realidades de la juventud*, como ilustra la cita de H_03. El *sistema educativo* parece ser la *excepción* entre los activos formales, dado que, en general, lo perciben como un *activo más cercano*.

«Son demasiado institucionales [recursos formales]. Yo los veo como cosas demasiado arcaicas, son burocracia al final. O sea, los veo como muy poco humanos, muy poco conectados con la realidad social [...] No creo que sea cuestión de que no haya herramientas, sino de que esas herramientas realmente sean capaces de dar solución a esas personas jóvenes» (H_03).

3.2. Percepciones de las respuestas de apoyo a la VS: comparación de las perspectivas entre jóvenes y profesionales

Los y las profesionales que participaron no mencionaron ningún activo de VS que no identificaran también las personas jóvenes de este estudio (ver Tabla 3 y Figura 2). Sin embargo, las mujeres jóvenes identificaron los *activos feministas*, los cuales *no fueron identificados por los y las profesionales*. Las jóvenes indicaron que los activos feministas desempeñan un papel clave en sus propios procesos de respuesta a la VS. Los y las profesionales *tampoco identificaron a las parejas ni a los medios de comunicación tradicionales* como activos en el apoyo a la VS.

En lo que se refiere a las funciones, los y las profesionales identificaron *tres tipologías más allá de las catorce funciones identificadas por el grupo de jóvenes* (ver Tabla 4). Se les asignaron los títulos de: «Investigación en materia de VS y VG»; «Elaboración de protocolos de actuación en materia de VG y VS», como sugiere la cita de SVG_38; y «Coordinación en red con otras entidades», como se muestra en la cita de SJ_43. Las dos primeras funciones serían realizadas principalmente por los recursos especializados en el abordaje de la VG, mientras que la tarea de coordinación recaería tanto en entidades especializadas como en aquellas de tipo generalista que trabajan con jóvenes (centros educativos, asociaciones, etc.).

«Hemos elaborado documentos [...] marcos teóricos sobre la violencia, más en sentido en general [...] para el Gobierno [...] Y protocolos de violencia sexual y feministas» (SVG_38).

«Vamos a hacer una asesoría conjunta con la concejalía de Igualdad [...] tenemos que buscar esa red de apoyo con compañeras para trabajar» (SJ_43).

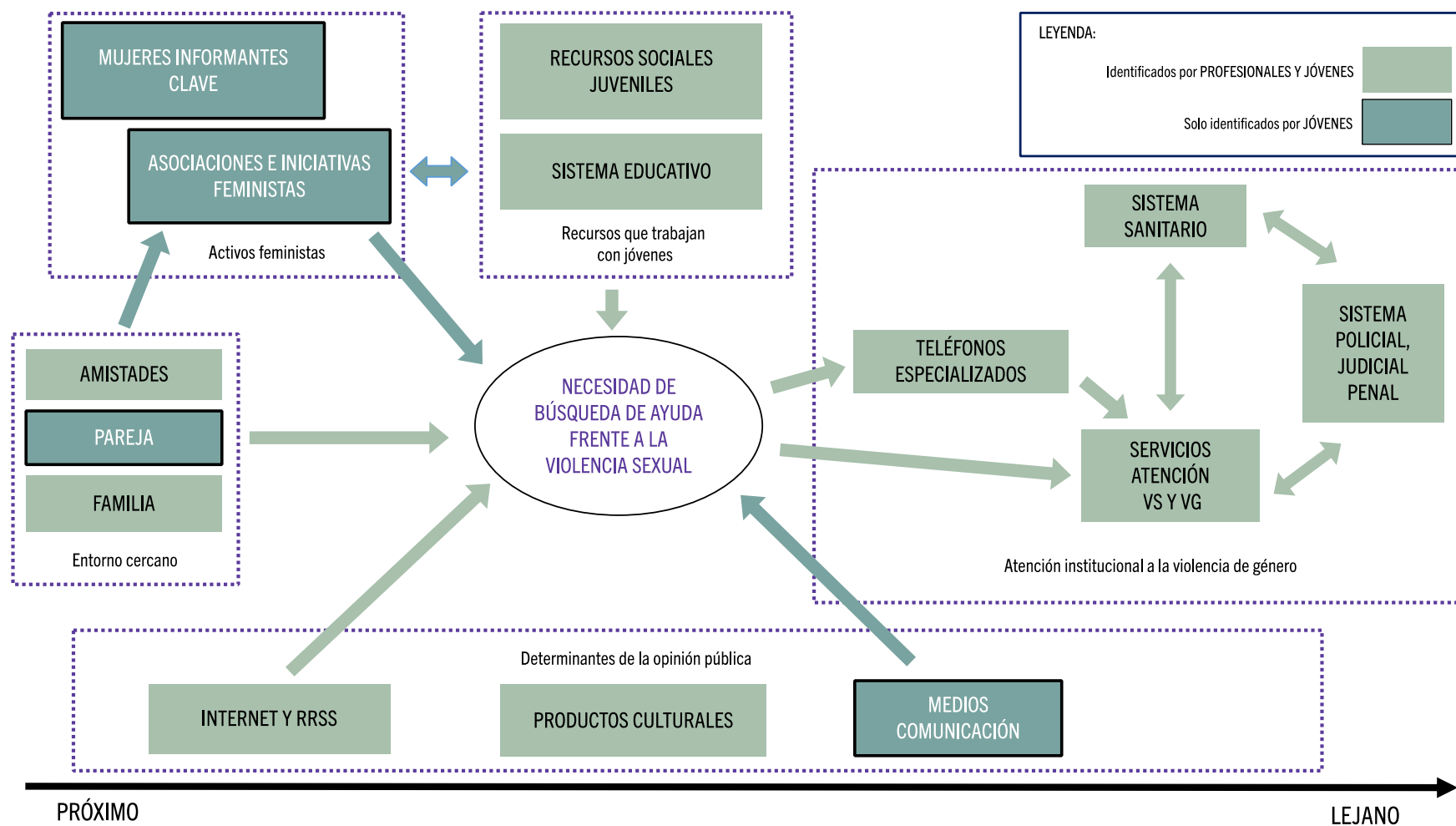
Respecto a la identificación de las *relaciones de derivación entre activos* (ver Figura 2), ambos perfiles parecen *percibir un flujo de información y de casos concretos de víctimas*. Este se da desde un *nivel bajo de formalidad*, en las fases iniciales del proceso de respuesta, *hasta el enfoque más especializado* que ofrecen los *activos institucionalizados que dan respuesta a la VS*. Los *activos feministas* se perciben como *próximos a las víctimas* y a los *determinantes de la opinión pública*. Estos activos ayudan a *intervenir en la detección de la VS* y fomentan la *búsqueda de apoyo* de las víctimas *entre los servicios especializados*. Incluso, aquellos que implican una falta de confianza debido a su alto nivel de formalidad. Según las perspectivas de los y las participantes en el estudio, la derivación se realiza a través de: *teléfonos de atención a la VS y la VG*, acudiendo directamente a los recursos de atención o al sistema sanitario.

La comparación permite detectar un *canal de derivación que parece prioritario para las mujeres jóvenes*, pero que no es reconocido de manera clara por los y las profesionales: la *derivación a través de los activos feministas*. Los y las profesionales no identifican esta opción que, según la percepción de las mujeres jóvenes, implica a amistades y al sistema educativo. Los *flujos de información y derivación* van de las *amistades* a las asociaciones e iniciativas feministas (ver Figura 2). Además, existe un *flujo bidireccional entre estas asociaciones y el sistema educativo*. Dentro de este sistema surgen numerosas asociaciones feministas (por ejemplo, asociaciones de estudiantes) que influyen en él aportando nuevos discursos y ejerciendo presión para modificar las prácticas. Este proceso se ilustra con la siguiente cita de M_19.

«Por ejemplo, nos vino una alumna a un grupo feminista del instituto, a quejarse de que un compañero de clase le había empezado a tocar las tetas y

el culo en clase [...] por lo menos poder intentar ayudar y ya está. [...] que tengan con quién desahogarse. [...] hemos intentado decirles, pues, busca ayuda tal, tal, tal. Han buscado, otras no han buscado y pues hemos seguido escuchando [...] teniendo» (M_19).

Figura 2. Diagrama de flujo de las relaciones entre activos para la respuesta a la VS



Fuente: Elaboración propia.

4. Discusión

Esta investigación muestra las similitudes y discrepancias en la identificación de activos para la atención a la VS en jóvenes, en función del sexo de las personas jóvenes, y frente a la percepción de los y las profesionales. En el estudio se determinan las funciones atribuidas por las personas jóvenes a cada activo, y se constata la relación inversa entre la percepción de proximidad, para la población joven, y el nivel de formalidad del activo (activos poco formales como familia y amistades son percibidos como más accesibles). Este estudio también aporta un mapa de relaciones e intercambios de información entre activos. Los principales hallazgos de este estudio incluyen la identificación de los activos feministas como esenciales para las mujeres jóvenes, que al mismo tiempo no son reconocidos por los hombres jóvenes, ni por los y las profesionales. También, el hecho de que las mujeres no identifican como activos algunos recursos institucionales para la atención de la VS, como la Policía y el sistema judicial.

Los activos informales para el apoyo a las víctimas de VS identificados por los y las participantes, como la familia y amistades, coinciden con algunos de los facilitadores encontrados en otros estudios^{10,17,18,22,23}. En cambio, en estos estudios no se identifica a la pareja como un factor que mejore la capacidad de las personas jóvenes para buscar apoyo ante la VS. La familia se considera un activo porque actúa como factor protector contra la violencia en el noviazgo en jóvenes³¹. Asimismo, se observó que el apoyo de las amistades y grupos de iguales mejora la disposición de las personas jóvenes a ayudar ante una situación cercana de VS. Esto ha sido algo identificado en otros estudios, siendo las amistades quienes suponen una red de apoyo debido a la influencia que tienen en esta etapa de la vida, así como en las actitudes y comportamientos de los y las jóvenes^{20,32,33}.

Las mujeres jóvenes se identifican a sí mismas como activos porque facilitan el abordaje de la VS en la comunidad. Se identifican con funciones en fases tempranas del proceso de la violencia, ya que conciencian y propician un cambio de la respuesta a la VS. En cambio, los hombres jóvenes se identifican más con la intervención en casos de violencia, es decir, proteger a la víctima, así como increpar al agresor. Estas funciones son cruciales para generar una tendencia en el entorno de los y las jóvenes con el fin de que los demás actúen del mismo modo³². Estas autopercepciones se vinculan con los roles tradicionales de género contruidos con el patriarcado: las mujeres como cuidadoras y transmisoras de conocimiento y los hombres como protectores. Es interesante observar que, aunque las personas jóvenes son cada vez más conscientes de la estructura de desigualdad de género, mantienen roles que reproducen esa misma estructura. Organizar intervenciones

pedagógicas que consideren enfoques para eliminar las construcciones sociales de género es actualmente una cuestión de la sociedad³⁴⁻³⁶.

Algunas de las personas jóvenes de este estudio han identificado a la pareja como activo para ofrecer apoyo emocional en situaciones de VS. Asimismo, desde la perspectiva de la promoción de la salud, los programas orientados a las parejas podrían ser beneficiosos para reforzar los comportamientos positivos entre jóvenes²². El hecho de que las personas jóvenes puedan hablar de salud sexual y reproductiva con sus parejas sexuales es un factor protector para no sufrir VS dentro de la relación, ya que fomenta actitudes igualitarias entre hombres y mujeres³⁷. En la VS fuera de una relación sentimental, esto también anima a las parejas a mejorar su apoyo emocional, lo que aumenta la capacidad de afrontamiento de la víctima.

Dentro de la identificación de activos formales, el sistema educativo es clave tanto para las mujeres como para los hombres jóvenes, siendo además el único recurso formal que se percibió como más cercano a ambos grupos. El apoyo del profesorado permite la sensibilización igualitaria entre mujeres y hombres²³, ayudando a las personas jóvenes a identificar y afrontar situaciones normalizadas de VS, como pueda ser el acoso sexual, incluido el *online*. En caso de VG y VS, el apoyo del personal docente puede permitir que la población joven perciba los centros educativos como un espacio seguro para pedir ayuda³⁸. Se han realizado programas en los ámbitos educativo y social centrados en sensibilizar sobre la violencia en el noviazgo, los mitos, el poder, los roles tradicionales de género y recursos disponibles para víctimas y agresores^{39,40}. En España, debería haber un consenso estatal ya que este tipo de intervenciones han mostrado cambios significativos en las personas jóvenes, tanto en la violencia física y psicológica como en la VS⁴¹⁻⁴³. Asimismo, se han desarrollado intervenciones educativas para promover relaciones saludables entre jóvenes, mediante la promoción de activos para resolver situaciones de violencia en las relaciones de noviazgo^{21,23,44}. Esto ha permitido que las personas jóvenes pongan en valor los activos que tienen en su entorno para pedir ayuda y mejorar su capacidad de afrontamiento²³. Estas intervenciones han sido efectivas para reducir el sexismo benevolente entre la población joven^{45,46} y las situaciones violentas en sus relaciones sexoafectivas²¹. Sería interesante abordar la VS en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Ante una situación de VS observada, esto permitiría a las personas jóvenes identificarse como activos y mejorar la respuesta a la VS desmitificando los mitos que justifican las agresiones sexuales⁴⁷.

Para las personas jóvenes entrevistadas los activos informales son más próximos a la hora de buscar apoyo frente a la VS. En cambio, los sistemas policial y sanitario, con un alto

nivel de formalidad, son percibidos como distantes. Es interesante considerar la construcción social de género que tienen las personas jóvenes ante los sistemas policial y judicial. Los hombres jóvenes identifican la vía legal como la vía directa para poner fin a la situación. No obstante, lo consideran como un activo lejano, probablemente por la percepción social de la Policía, que suele ser negativa, debido a las creencias estereotipadas sobre el personal de la Policía⁴⁸. Además, esta percepción negativa se relaciona con el maltrato a la ciudadanía, influyendo en la legitimidad de la Policía^{49,50}. Por tanto, es necesario adaptar los recursos a la población joven, ya que no parecen lo suficientemente «amigables»⁵¹. No solo eso, sino que además las mujeres identifican este tipo de recursos como barrera debido a la revictimización y a la desconfianza que les genera la cultura de masculinidad del cuerpo policial. Esta barrera ha sido identificada en otros estudios y se relaciona con la falta de formación de los y las profesionales del sistema policial en perspectiva de género, VG y VS^{13,14,52,53}.

En cuanto a los canales de derivación, jóvenes y profesionales perciben un flujo que se extiende desde los activos de un bajo nivel de formalidad (familia, amistades, Internet o productos culturales) hacia los activos más especializados (recursos institucionales). Debido a la relevancia de la red social del entorno de la víctima, y tras identificar las relaciones de derivación entre activos, es necesario trabajar con la comunidad para promover relaciones sexoafectivas saludables, y así sensibilizar, con el fin de mejorar la prevención, detección y acompañamiento a la víctima²⁴. De esta manera, se incentiva que la sociedad y el entorno de la víctima conozcan los recursos existentes. Es importante formar a testigos potenciales de VS para que intervengan de forma eficaz y segura en la prevención y actuación ante la VS⁵⁴⁻⁵⁷.

4.1. Limitaciones y fortalezas

En cuanto a las limitaciones de este estudio, la mayoría de las personas jóvenes tienden a referirse a situaciones de VS grave para identificar los activos de apoyo (por ejemplo, violaciones). Por otro lado, el muestreo intencional está sujeto al sesgo de selección por dos motivos: 1) porque las personas entrevistadas pueden ser más comprensivas ante la VS, y 2) porque es menos probable que las personas inmigrantes sean estudiantes universitarios; si bien, los resultados pueden ser aplicables a algunos contextos con los que se han comparado nuestros resultados. No obstante, para mejorar la transferibilidad se desarrolló una descripción detallada de la muestra del estudio. En cuanto a las fortalezas, la credibilidad se garantizó con la doble codificación y triangulación de la información, entre las personas de la autoría de esta investigación. Una revisión crítica de los resultados, por la totalidad del equipo de investigación, garantizó su fiabilidad. Por último, para asegurar

la confiabilidad se utilizó un enfoque de análisis inductivo, una descripción detallada del proceso metodológico y el uso de citas literales⁵⁸.

4.2. Implicaciones del estudio para la investigación y la política

La mayoría de los y las profesionales de este estudio no reconocen como activos a la pareja, las asociaciones feministas y las informantes clave. Estos activos feministas han sido identificados como agentes colaboradores clave para la incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria⁵⁹. Este enfoque considera el modelo de activos para la salud y las funciones formativas de los grupos feministas, que son similares a las identificadas en nuestro estudio⁵⁹. En esta línea, dentro del marco de los activos, se ha observado que los grupos de mujeres activistas actúan como agentes que ayudan a aumentar la resiliencia ante las amenazas en las comunidades pobres⁶⁰. En el contexto de la violencia sexual, los activos feministas destacados en nuestro estudio no han sido claramente identificados en la literatura. Es decir, los activos como engranaje fundamental para el proceso de búsqueda de apoyo ante la VS. Sin embargo, el apoyo entre iguales dentro de grupos de supervivientes de VS⁶¹ ha sido identificado como un activo. Este tipo de grupos pueden estar organizados dentro de asociaciones feministas, contribuyendo a aumentar la resiliencia de las personas y a mitigar los efectos negativos de la VS⁶¹⁻⁶⁵. Por estas razones, se hace necesario poner en valor estos activos para que los y las profesionales puedan trabajar activamente con ellos y mitigar la brecha que existe entre estos colectivos y las instituciones. Futuras investigaciones deberían tener como objetivo explorar las razones por las que los y las profesionales no identifican estos activos, y cómo pueden incorporarse a la respuesta de los servicios de apoyo. Esto ayudaría en la práctica diaria profesional. También, sería aconsejable seguir investigando sobre los activos sanitarios, ya que aportan nuevas evidencias que no se identifican únicamente a través del análisis de las barreras¹⁶. Por último, sería recomendable sensibilizar y formar a los activos identificados para que sepan cómo proporcionar el apoyo y la información adecuados cuando se enfrenten a una situación de VS.

5. Conclusiones

Los resultados de este estudio pretenden mejorar la atención a las personas jóvenes en situación de VS, desde una mirada de activos en salud y teniendo en cuenta tanto sus percepciones como las del personal de servicios de respuesta a la VS y de juventud. Ambos grupos han identificado factores que mejoran la capacidad de búsqueda de ayuda de las víctimas de VS. También, coinciden en la mayoría de los activos. Sin embargo, profesionales y hombres jóvenes no identificaron los activos feministas, que son factores clave para las mujeres jóvenes, las cuales sufren con mayor frecuencia la VS. Una vez

analizados los canales de derivación, es necesario trabajar con la comunidad mediante la sensibilización, para promover el acompañamiento de las víctimas a través de la red formal de recursos. Esta concienciación puede ser llevada a cabo por grupos feministas o a través de intervenciones educativas que permitan, tanto a hombres como a mujeres jóvenes, comprender el problema de la VS, prestar apoyo adecuado a las víctimas y conocer dónde acudir en busca de apoyo ante la VS. Por ello, es importante que los y las profesionales sean conscientes de los activos que reconocen las víctimas de violencia contra las mujeres, y que exista una comunicación con dichos activos. Para ello, es importante informar a los y las profesionales sobre los activos que no reconocen, y sobre las acciones que permiten a las personas jóvenes acceder a los recursos formales.

Bibliografía

1. Wincentak K, Connolly J, Card N. Teen dating violence: A meta-analytic review of prevalence rates. *Psychol Violence*. 2017; 7(2):224-41.
<https://doi.org/10.1037/a0040194>
2. World Health Organization. Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. Intimate partner and sexual violence have serious short- and long-term physical, mental and sexual and reproductive health problems for survivors: fact sheet. Ginebra: World Health Organization; 2014.
3. World Health Organization, Pan American Health Organization, editores. Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence. Ginebra: World Health Organization; 2012.
4. World Health Organization (WHO). Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women: Intimate partner and sexual violence have serious short- and long-term physical, mental, sexual and reproductive health problems survivors. Evidence brief. Ginebra: World Health Organization; 2019.
5. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women. An EU-wide survey: Results at a glance. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2014.
6. Government Delegation against Gender Violence. Ministry of Equality. Executive summary of the 2019 Macro-Survey on Violence Against Women. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2021.

7. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust.* 2007; 187(Supl 7):S35-9. <https://doi.org/10.5694/J.1326-5377.2007.TB01334.X>
8. Sanz-Barbero B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Fernández-García C, Vives-Cases C. Spanish intimate partner violence survivors help-seeking strategies across the life Spain. *J Interpers Violence.* 2020; 37(11-12):NP8651-69. <https://doi.org/10.1177/0886260520976213>
9. Martin CE, Houston AM, Mmari K, Decker MR. Urban teens and young adults describe drama, disrespect, dating violence and help-seeking preferences. *Matern Child Health J.* 2012; 16(5):957-66. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0819-4>
10. Fernet M, Hébert M, Couture S, Brodeur G. Meeting the needs of adolescent and emerging adult victims of sexual violence in their romantic relationships: A mixed methods study exploring barriers to help-seeking. *Child Abuse Negl.* 2019; 91:41-51. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2019.01.019>
11. Prospero M, Vohra-Gupta S. The use of mental health services among victims of partner violence on college campuses. *J Aggress Maltreat Trauma.* 2008; 16(4):376-90. <https://doi.org/10.1080/10926770801926450>
12. García CM, Lechner KE, Frerich EA, Lust KA, Eisenberg ME. Preventing sexual violence instead of just responding to it: Students' perceptions of sexual violence resources on campus. *J Forensic Nurs.* 2012; 8(2):61-71. <https://doi.org/10.1111/J.1939-3938.2011.01130.X>
13. Franklin A, Smeaton E. Recognising and responding to young people with learning disabilities who experience, or are at risk of, child sexual exploitation in the UK. *Child Youth Serv Rev.* 2017; 73:474-81. <https://doi.org/10.1016/J.CHILDYOUTH.2016.11.009>
14. Anderson GD, Overby R. Barriers in seeking support: Perspectives of service providers who are survivors of sexual violence. *J Community Psychol.* 2020; 48(5):1564-82. <https://doi.org/10.1002/JCOP.22348>
15. Martín-Salvador A, Saddiki-Mimoun K, Pérez-Morente MÁ, Álvarez-Serrano MA, Gázquez-López M, Martínez-García E, et al. Dating violence: Idealization of love and romantic myths in Spanish adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(10):5296. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18105296>

16. Morgan A, Ziglio E. Foreword. En: Bartley M, editor. *Capability and Resilience: Beating the Odds*. Londres: University College; 2006.
17. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promot Educ*. 2007; 14(2 Supl):17-22.
<https://doi.org/10.1177/10253823070140020701X>
18. Morgan AR, Rivera F, Moreno C, Haglund BJA. Does social capital travel? Influences on the life satisfaction of young people living in England and Spain. *BMC Public Health*. 2012; 12(1):138. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-138>
19. Pérez-Wilson P, Hernán M, Morgan AR, Mena A. Health assets for adolescents: Opinions from a neighbourhood in Spain. *Health Promot Int*. 2015; 30(3):552-62.
<https://doi.org/10.1093/HEAPRO/DAT081>
20. Evans AE, Sanderson M, Griffin SF, Reininger B, Vincent ML, Parra-Medina D, et al. An exploration of the relationship between youth assets and engagement in risky sexual behaviors. *J Adolesc Health*. 2004; 35(5):424.e21-424.e30.
<https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2004.02.008>
21. Plourde KF, Ippoliti NB, Nanda G, McCarraher DR. Mentoring interventions and the impact of protective assets on the reproductive health of adolescent girls and young women. *J Adolesc Health*. 2017; 61(2):131-9.
<https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2017.03.002>
22. Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: A framework and promising approaches. *J Adolesc Health*. 2015; 56(1 Supl):S7-14.
<https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2014.09.011>
23. Pérez-Marco A, Soares P, Davó-Blanes MC, Vives-Cases C. Identifying types of dating violence and protective factors among adolescents in Spain: A qualitative analysis of Lights4Violence materials. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(7):2443.
<https://doi.org/10.3390/IJERPH17072443>
24. Ollen EW, Ameral VE, Reed KP, Hines DA. Sexual minority college students' perceptions on dating violence and sexual assault. *J Couns Psychol*. 2017; 64(1):112-9. <https://doi.org/10.1037/COU0000180>
25. Voth Schrag R, Hairston D, Brown ML, Wood L. Advocate and survivor perspectives on the role of technology in help seeking and services with emerging adults in higher

- education. *J Fam Violence*. 2021; 37(1):123-36. <https://doi.org/10.1007/S10896-021-00279-0>
26. Nguyen KH, Kress H, Atuchukwu V, Onotu D, Swaminathan M, Ogbanufe O, et al. Disclosure of sexual violence among girls and young women aged 13 to 24 years: Results from the violence against children surveys in Nigeria and Malawi. *J Interpers Violence*. 2021; 36(3-4):NP2188-2204NP. <https://doi.org/10.1177/0886260518757225>
 27. Braun V, Clarke V. Conceptual and design thinking for thematic analysis. *American Psychological Association*. 2021; 9(1):3-26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
 28. Glaser BG, Strauss AL. *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Nueva York: Taylor and Francis; 1999.
 29. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014; 89(9):1245-51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
 30. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZM042>
 31. Malhotra K, González-Guarda RM, Mitchell EM. A review of teen dating violence prevention research: What about Hispanic youth? *Trauma Violence Abuse*. 2015; 16(4):444-65. <https://doi.org/10.1177/1524838014537903>
 32. Mulford C, Giordano P. Teen dating violence: A closer look at adolescent romantic relationships [Internet]. National Institute of Justice 2008 [citado 13 noviembre 2024]; 261:31-40. Disponible en: <https://nij.ojp.gov/topics/articles/teen-dating-violence-closer-look-adolescent-romantic-relationships>
 33. Fulkerson JA, Story M, Mellin A, Leffert N, Neumark-Sztainer D, French SA. Family dinner meal frequency and adolescent development: Relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *J Adolesc Health*. 2006; 39(3):337-45. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.026>
 34. Pérez-Martínez V, Marcos-Marcos J, Cerdán-Torregrosa A, et al. Positive masculinities and gender-based violence educational interventions among young people: A

- systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2021; 24(2):468-486.
<https://doi.org/10.1177/15248380211030242>
35. Neves S, Ieracitano F, Topa J, Silva E, Davó Blanes MC, Costa D, et al. Using cinema voice to promote positive intimate relationships among European youth: The Lights4Violence Project. *Child Soc*. 2023; 37(2):634-653.
<https://doi.org/10.1111/chso.12621>
36. Edwards C, Bolton R, Salazar M, Vives-Cases C, Daoud N. Young people's constructions of gender norms and attitudes towards violence against women: a critical review of qualitative empirical literature. *J Gend Stud*. 2022; 33:100-111.
<https://doi.org/10.1080/09589236.2022.2119374>
37. Mmari K, Sabherwal S. A review of risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health in developing countries: An update. *J Adolesc Health*. 2013; 53(5):562-572. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.018>
38. Berkowitz R, Benbenishty R. Perceptions of teachers' support, safety, and absence from school because of fear among victims, bullies, and bully-victims. *Am J Orthopsychiatry*. 2012; 82(1):67-74.
<https://doi.org/10.1111/J.1939-0025.2011.01132.X>
39. Cornelius TL, Sullivan KT, Wyngarden N, Milliken JC. Participation in prevention programs for dating violence: Beliefs about relationship violence and intention to participate. *J Interpers Violence*. 2009; 24(6):1057-78.
<https://doi.org/10.1177/0886260508319363>
40. Hickman LJ, Jaycox LH, Aronoff J. Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. *Trauma Violence Abuse*. 2004; 5(2):123-42. <https://doi.org/10.1177/1524838003262332>
41. Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: Emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health*. 2015; 56(1 Supl):S42-50. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2014.08.012>
42. Wolfe DA, Crooks C, Jaffe P, Chiodo D, Hughes R, Ellis W, et al. A school-based program to prevent adolescent dating violence: A cluster randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009; 163(8):692-9.
<https://doi.org/10.1001/ARCHPEDIATRICS.2009.69>

43. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Suchindran C, Benefield T, Linder GF. Assessing the effects of the dating violence prevention program “safe dates” using random coefficient regression modeling. *Prev Sci.* 2005; 6(3):245-58.
<https://doi.org/10.1007/S11121-005-0007-0>
44. Vives-Cases C, Davo-Blanes MC, Ferrer-Cascales R, Sanz-Barbero B, Albaladejo-Blázquez N, Sánchez-San Segundo M, et al. Lights4Violence: A quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents. *BMC Public Health.* 2019; 19:389.
<https://doi.org/10.1186/S12889-019-6726-0>
45. Sanz-Barbero B, Ayala A, Ieracitano F, Rodríguez-Blázquez C, Bowes N, De Claire K, et al. Effect of the Lights4Violence intervention on the sexism of adolescents in European countries. *BMC Public Health.* 2022; 22(1):547.
<https://doi.org/10.1186/S12889-022-12925-3>
46. Pérez-Martínez V, Sanz-Barbero B, Ferrer-Cascales R, Bowes N, Ayala A, Sánchez-SanSegundo M, et al. Evaluation of the Lights4Violence program: Reduction in machismo and acceptance of violence among adolescents in Europe. *BMC Public Health.* 2022; 22(1):426. <https://doi.org/10.1186/S12889-022-12770-4>
47. Hust SJT, Rodgers KB, Ebreo S, Stefani W. Rape myth acceptance, efficacy, and heterosexual scripts in men’s magazines: Factors associated with intentions to sexually coerce or intervene. *J Interpers Violence.* 2019; 34(8):1703-33.
<https://doi.org/10.1177/0886260516653752>
48. Weller M, Hope L, Sheridan L. Police and public perceptions of stalking: The role of prior victim-offender relation. *J Interpers Violence.* 2012; 28(2):320-39.
<https://doi.org/10.1177/0886260512454718>
49. Brown KL, Reisig MD. Procedural injustice, police legitimacy, and officer gender: A vignette-based test of the invariance thesis. *Behav Sci Law.* 2019; 37(6):696-710.
<https://doi.org/10.1002/BSL.2439>
50. Sivasubramaniam D, Burke KC, Saulnier A, Szabo R, Agius EJ. International perspectives on procedural justice: Trust and respect matter even when body-worn cameras are present. *Law Hum Behav* 2021; 45(5):440-55.
<https://doi.org/10.1037/lhb0000454>
51. Thomée S, Malm D, Christianson M, Hurtig AK, Wiklund M, Waenerlund AK, et al. Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services - A qualitative

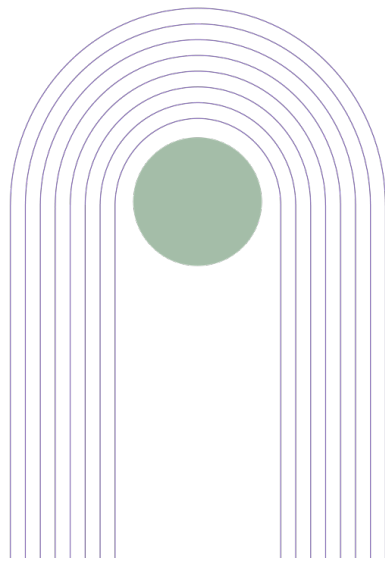
- study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reprod Health*. 2016; 13:147. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0261-6>
52. Briones-Vozmediano E, la Parra D, Vives-Cases C. Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain. *Health Expect*. 2015; 18(6):2994-3006. <https://doi.org/10.1111/HEX.12283>
53. McGilloway C, Smith D, Galvin R. Barriers faced by adults with intellectual disabilities who experience sexual assault: A systematic review and meta-synthesis. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020; 33(1):51-66. <https://doi.org/10.1111/JAR.12445>
54. McMahon S, Postmus JL, Koenick RA. Conceptualizing the engaging bystander approach to sexual violence prevention on college campuses. *J Coll Stud Dev*. 2011; 52(1):115-30. <https://doi.org/10.1353/CSD.2011.0002>
55. Weisz AN, Tolman RM, Callahan MR, Saunders DG, Black BM. Informal helpers' responses when adolescents tell them about dating violence or romantic relationship problems. *J Adolesc*. 2007; 30(5):853-68. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2006.09.004>
56. McMahon S, Peterson NA, Winter SC, Palmer JE, Postmus JL, Koenick RA. Predicting bystander behavior to prevent sexual assault on college campuses: The role of self-efficacy and intent. *Am J Community Psychol*. 2015; 56(1-2):46-56. <https://doi.org/10.1007/S10464-015-9740-0>
57. Banyard V, Potter SJ, Cares AC, Williams LM, Moynihan MM, Stapleton JG. Multiple sexual violence prevention tools: Doses and boosters. *J Aggress Confl Peace Res*. 2018; 10(2):145-55. <https://doi.org/10.1108/JACPR-05-2017-0287>
58. Johnson JL, Adkins D, Chauvin S. A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *Am J Pharm Educ*. 2020; 84(1):138-46. <https://doi.org/10.5688/AJPE7120>
59. Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018 [Incorporation of the gender perspective in community health. SESPAS Report 2018]. *Gac Sanit*. 2018; 32(Supl 1):92-7. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2018.07.006>
60. Gupta S, Leung IS. Turning good practice into institutional mechanisms: Investing in grassroots women's leadership to scale up local implementation of the Hyogo Framework for Action An in-depth study for the HFA Mid-Term Review [Internet].

Brooklyn: Huairou Commission and Groots International; 2011 [citado 18 mayo 2024]. Disponible en:
https://www.preventionweb.net/files/18197_201guptaandleung.theroleofwomenasaf.pdf

61. Gregory A, Johnson E, Feder G, Campbell J, Konya J, Perôt C. Perceptions of peer support for victim-survivors of sexual violence and abuse: An exploratory study with key stakeholders. *J Interpers Violence*. 2022; 37(15-16):NP1436-65.
<https://doi.org/10.1177/08862605211007931>
62. Cénat JM, Smith K, Morse C, Derivois D. Sexual victimization, PTSD, depression, and social support among women survivors of the 2010 earthquake in Haiti: A moderated moderation model. *Psychol Med*. 2020; 50(15):2587-98.
<https://doi.org/10.1017/S0033291719002757>
63. Fuller-Thomson E, Lacombe-Duncan A, Goodman D, Fallon B, Brennenstuhl S. From surviving to thriving: Factors associated with complete mental health among childhood sexual abuse survivors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020; 55:735-44. <https://doi.org/10.1007/S00127-019-01767-X>
64. Machisa MT, Christofides N, Jewkes R. Social support factors associated with psychological resilience among women survivors of intimate partner violence in Gauteng, South Africa. *Glob Health Action*. 2018; 11(Supl 3):1491114.
<https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1491114>
65. Konya J, Perôt C, Pitt K, Johnson E, Gregory A, Brown E, et al. Peer-led groups for survivors of sexual abuse and assault: A systematic review. *J Ment Health* [Internet]. 2020 [citado 18 mayo 2024]. Disponible en:
<https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1770206>

7

Discusión integradora



En esta tesis doctoral se ha ido respondiendo en cada artículo a cada uno de los objetivos específicos planteados (ver Tabla 4). De esta forma se han obtenido dos temas principales: 1) Factores que dificultan y facilitan la respuesta sociosanitaria a la VPM y la VS en jóvenes; y 2) Evaluación de los servicios que dan respuesta a la VPM desde las directrices del modelo de servicios amigables de la OMS. En ambos temas se han tenido en cuenta las distintas percepciones entre jóvenes y profesionales, comparando las similitudes y discrepancias presentes en sus discursos —Ob4 y Ob5—. A continuación, se discuten los resultados más relevantes (ver Anexo 2, Tablas I, II, III, IV y V del resumen de resultados).

7.1. Factores que dificultan y facilitan la respuesta sociosanitaria a la VPM y la VS en jóvenes

En esta sección se discuten los resultados relacionados con los objetivos de factores limitantes —Ob1, Ob2 y Ob3— y facilitadores —Ob7 y Ob8— de esta tesis doctoral. Para hacer más lógica y sencilla la lectura, se tratan de forma alterna las barreras identificadas junto a los facilitadores identificados, así como otras estrategias que mitiguen dichos factores limitantes. Por último, se analizan aquellos factores facilitadores que actúan como activos e influyen en el proceso de búsqueda de ayuda en la VS —Ob8—.

7.1.1. Barreras comunes percibidas por profesionales y jóvenes, así como las estrategias para minimizarlas

La *negación social de la VPM*, el *rechazo al feminismo y a la lucha de la violencia de género* han sido identificados por todos los grupos de personas entrevistadas de esta tesis doctoral. Como consecuencia de estas barreras surgen otros factores limitantes, reconocidos en esta tesis, que disminuyen la respuesta efectiva de los servicios sociosanitarios. Estos factores son la *falta de apoyo del entorno social a la problemática de la VPM*, así como la *existencia de juicios del entorno cercano a la víctima de VS*. Asimismo, en nuestros resultados se ha visto que esta negación y rechazo social a la VG se relaciona directamente con la normalización de los distintos tipos de violencia. Por un lado, con relación a la VPM, se ha mostrado en otros estudios que esta negación al problema se vincula a dicha *normalización de la VPM* en jóvenes y a la *creencia errónea de equidad de género* [62, 189–192]. Estas causas también han sido identificadas en esta tesis doctoral como obstáculos para el acceso y la respuesta a la VPM. Actualmente, una parte de la sociedad niega la VPM porque normaliza esta violencia de forma sutil y cotidiana. Para el personal de recursos sociosanitarios entrevistado en el

artículo 1^{XII}, se naturalizan las conductas de control, los celos y los mitos sobre el amor romántico que promueven dependencia emocional y falta de autonomía. Es decir, las jóvenes y su entorno cercano no identifican esta VPM, porque se encuentra enmascarada y normalizada en la sociedad a través de los medios de comunicación y la cultura (por ejemplo, la radio, la televisión, Internet —con gran presencia de las redes sociales—, y productos culturales como el cine, la música, la literatura, etc.). Además, perciben que parte de la sociedad también niega este problema, porque lo atribuye a algo del pasado, debido al aumento de igualdad de derechos entre hombres y mujeres en ámbitos como el laboral, incluso dando por sentado que existe una equidad e igualdad real. Lo cierto es que la VPM se trata de un problema estructural que ha ido evolucionando y adaptándose a las diferentes épocas, dado que, como se ha demostrado en algunos estudios [191, 192], altos niveles de derechos relacionados con igualdad de género no implican la inexistencia de VPM. De hecho, en nuestros resultados y en otros estudios se ha visto que en ocasiones ocurre todo lo contrario, porque las mujeres se perciben a sí mismas como autosuficientes para luchar contra este tipo de violencia y no buscan ayuda, relegando la VPM al ámbito privado [192]. Cabría preguntarse por qué las mujeres jóvenes que se sienten empoderadas, autosuficientes para resolver problemas, por el contrario, no son capaces de pedir ayuda ante la VPM. Por otro lado, también existe una *normalización de la VS*, percibida en este trabajo y por otros equipos de investigación. Esto hace que las mujeres jóvenes no sean conscientes de que han sufrido violencia porque no identifican algunas conductas como violencia. A esto se une que la sexualidad está limitada a la esfera privada [59, 69, 193]. El consumo de alcohol por parte de los perpetradores y las víctimas agrava esta situación, porque exime la responsabilidad de los agresores e incrementa el sentimiento de culpa de las víctimas [145]. Además, al igual que en otras investigaciones [62, 69, 193], en el artículo 3 se ha mostrado que la normalización de ambas *violencias dificulta a las mujeres identificarse como víctimas* [62, 69, 193], principalmente debido a los estereotipos de mujer agredida o maltratada. En esta tesis doctoral, esto ha sido principalmente identificado por los grupos de profesionales entrevistados en los artículos 1 y 3. Tanto en relación con la VPM como

^{XII} Los artículos mencionados a lo largo del presente capítulo son los siguientes: **artículo 1:** Otero-García L, Durán-Martín E, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives. PLoS One. 2024;19(4): e0297886. <https://doi.org/nr2r>; **artículo 2:** Durán-Martín E, Vives-Cases C, Otero-García L, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B. Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region? Health Expect. 2022;25(3):1058-1068. <https://doi.org/nr2s>; **artículo 3:** Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Perceived barriers to effective coverage of health and social services for sexual violence in young adults in Spain. Health Soc Care Community. 2023; 2023 (1):3946029. <https://doi.org/nq2b>; **artículo 4:** Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Muñoz-Haba A, March S, Vives-Cases C. "Thanks to my activist friends": A qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain. Arch Public Health. 2024;82(1):93. <https://doi.org/nqz9>.

con la VS, la no identificación como víctimas es debido a la *imagen social de la mujer joven* como autónoma, empoderada y con capacidad de resolver problemas, como se ha visto anteriormente en otros estudios [192]. A esto se suma el obstáculo de que *la población joven desconoce los recursos disponibles* y el funcionamiento de los mismos [59, 64, 67, 99, 142, 145]. Cabe destacar que las campañas institucionales contra la VPM no reflejan las características de esta violencia entre la juventud, por lo que las jóvenes no identifican ni dicha violencia, ni los recursos disponibles para combatirla, siendo la VPM relacionada con mujeres adultas [62]. En el caso de la VS, jóvenes y profesionales también coinciden en una *falta de captación enfocada a jóvenes*. No obstante, respecto al motivo de esa falta de captación se han visto discrepancias entre ambos grupos entrevistados. Mientras que para las personas jóvenes se debe a una falta de adaptación del mensaje a la población joven, para los y las profesionales es consecuencia de no usar medios adecuados, como puedan ser, según las personas entrevistadas, las redes sociales. Esto se relaciona con la falta de adaptación de los servicios sociosanitarios a la nueva realidad tecnológica y digital, impidiendo integrar su uso al proceso de búsqueda de ayuda de las personas jóvenes [75]. Por otro lado, ambos grupos de participantes relacionan dicho desconocimiento de los recursos con la *poca información* de los procesos burocráticos, los cuales las personas jóvenes tienen que seguir para solicitar ayuda. Las personas jóvenes también relacionan este desconocimiento con *la falta de adaptación de la información a la población joven*, como, por ejemplo, en formatos divulgativos más atractivos que capten su atención y faciliten su comprensión. Esto provoca que los servicios sociosanitarios que dan respuesta a la VG no se perciban como cercanos y amigables [93, 97].

Para *solventar las barreras anteriores*, los resultados de esta tesis señalan que son necesarias acciones de sensibilización centradas, por un lado, en el entorno cercano, y, por otro lado, en la potencial víctima. Con la *sensibilización colectiva de la comunidad sobre la VG* también se podría ayudar a mitigar otras de las barreras relacionadas con la socialización de género, identificadas por los y las profesionales en el artículo 1. Esto ayudaría a mejorar aquellas barreras relacionadas con la falta de aceptación social de los recursos y la escasa concienciación sobre la VS, reconocidas por las personas entrevistadas en el artículo 3. Además, en el artículo 1 se ha descrito como factor facilitador la implicación de la comunidad y los movimientos comunitarios. También se han identificado acciones concretas que favorecerían la sensibilización sobre la VPM y la VS. Para el personal de los recursos sociosanitarios entrevistado, la presencia de recursos de VPM en los centros educativos y la programación de actividades en fechas señaladas (8M y 25N) son medidas que mejoran la sensibilización del entorno cercano de la víctima (familia, profesorado y amistades), que forma parte de la comunidad. Otros estudios han señalado que la

implantación de programas de prevención de VPM en los centros educativos aumenta el conocimiento sobre cómo identificar la violencia, cómo solicitar ayuda y a qué recursos acudir [194–197]. Estos programas dirigidos a chicos y chicas son adecuados para realizar una prevención primaria, secundaria y terciaria. Además, tanto en los resultados como en otras investigaciones se ha visto que abordar el tema de las relaciones sexoafectivas de forma transversal, desde recursos no específicos de violencia, ayuda a dicha prevención secundaria, por ejemplo, en centros de planificación familiar y en actividades extraescolares, entre otros [198]. Esto último también ha sido descrito como facilitador de la respuesta a la VPM por el personal entrevistado en el artículo 1. En relación con la VS, en otros estudios se han identificado intervenciones similares que ayudan a la sensibilización, sobre todo, de las personas jóvenes. Se ha visto que la educación sexoafectiva en los centros educativos sirve para cuestionar los mitos de las relaciones sexoafectivas, impactando de forma positiva en las relaciones de las personas jóvenes y disminuyendo la VS [199]. Esto se debe a que estos mitos están relacionados con una mayor justificación de la VS, y existe una menor predisposición a prestar ayuda cuando se observa una situación de VS [200]. Además, se ha visto la importancia de sensibilizar a posibles testigos de VS, ya que dotarles de herramientas que fomenten respuestas proactivas podría ayudar a las víctimas a identificar la VS [201]. Por otro lado, los y las profesionales del artículo 1 perciben la implicación de las propias jóvenes como factor que favorece el acceso a los recursos a otras mujeres. De esta manera y de acuerdo con otros estudios, encuentran referentes en su grupo de iguales y pueden apoyarse mutuamente, mejorando la prevención terciaria [202–206]. Además, el intercambio de vivencias, ideas, proyectos y participar en espacios de escucha fomenta la existencia de grupos autogestionados. Estos grupos, con sus actividades, pueden ayudar a atraer y sensibilizar a otras jóvenes que hayan sufrido o no este tipo de violencias.

En los resultados de la presente investigación, y de forma similar a otros estudios, se ha identificado que algunas cuestiones psicosociales afectan negativamente al acceso de los recursos sociosanitarios [59, 67–69, 145]. Entre estas cuestiones percibidas por las personas entrevistadas, se ha visto el *miedo al rechazo del entorno*, el *miedo a no ser creída por el personal de los recursos sociosanitarios y el entorno*, así como la *estigmatización social* que supone sufrir este tipo de violencias. De acuerdo con otras investigaciones, estas cuestiones se han visto más acentuadas en la VS [59, 67–69, 145]. Para las personas participantes en el artículo 3, en la VS aparecen barreras añadidas como los *sentimientos de vergüenza y culpa* o los *prejuicios de la víctima hacia el personal de los recursos sociosanitarios*. Estas emociones condicionan notablemente la búsqueda de ayuda, incluso entre las víctimas con conocimientos sobre VS y con información sobre cómo actuar frente a ella [69]. Se ha de destacar que dichos

prejuicios tienen distintos matices entre las personas entrevistadas, tanto profesionales como jóvenes. Mientras que los y las profesionales los relacionan con todos los recursos en general, las personas jóvenes los vinculan concretamente con los recursos policiales. Esto puede relacionarse con la percepción social negativa de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado [207, 208], al igual que la desconfianza que genera la cultura de la masculinidad en dichas fuerzas de seguridad de carácter profesional (cuerpos policiales y de la Guardia Civil) [68, 69]. Esto se relaciona con la *falta de profesionales formados adecuadamente en VPM y VS*, tanto en los recursos policiales como en el resto de los servicios sociosanitarios. Este factor limitante se repite frecuentemente en los estudios de esta tesis doctoral y en otros contextos similares [63–65, 68, 69, 110, 147, 149]. Es interesante remarcar discrepancias, entre jóvenes y profesionales (artículo 3), sobre cómo afecta este factor a la respuesta sociosanitaria. Mientras que para los y las profesionales impide realizar intervenciones de calidad y un uso continuado de los recursos, para las personas jóvenes puede impedir el acceso a la red de servicios formales. Esto se debe a que las personas jóvenes relacionan las situaciones revictimizantes con la escasa formación en profesionales sanitarios y policías. Esto tendría como consecuencia que futuras víctimas, conocedoras de estos hechos, no accedan a la red de apoyo formal, o que las mujeres que sufren dicha revictimización no busquen más ayuda. A eso se suma la escasa formación en juventud que reduce la efectividad de los recursos para que sean amigables. Como percibe el personal de recursos sociosanitarios entrevistado, *solventar estas barreras formativas facilitaría el acceso y la respuesta a la VPM y la VS*. Además, se ha observado que la mejora de conocimientos sobre VPM y su manejo fomenta que los y las profesionales investiguen de forma más activa en su puesto de trabajo [65, 66, 151, 209]. Esto permite una prevención secundaria más efectiva. También, en los resultados de esta tesis doctoral se ha mostrado que la formación de profesionales en juventud les da herramientas tanto para conocer las actitudes de las personas jóvenes, como para adaptar las intervenciones a este grupo etario. Esto ha mostrado ser beneficioso, reduciendo los estereotipos que el personal de los recursos sociosanitarios pueda tener sobre la gente joven, asegurando una atención más integral [61, 99]. Por el contrario, cuando no existe formación en juventud, se propicia una *falta de adaptación de los servicios a las personas jóvenes*, limitando el acceso y la respuesta de los servicios sociosanitarios frente a la VPM y la VS. Esta falta de adaptación, identificada por las personas participantes de esta tesis doctoral y en otros estudios, influye en muchos dominios del modelo de servicios amigables. Los horarios no adaptados, las ubicaciones poco atractivas y la escasa información de los recursos orientada a la población joven hacen que los servicios sean poco accesibles [59, 61, 67, 94, 96, 99, 146]. A su vez, los espacios no adaptados, por ser muy formales y por falta de privacidad y confidencialidad, limitan que los recursos sean aceptados por las personas jóvenes [94–96, 99, 142, 146, 210]. También,

la adecuación se ve resentida porque los recursos no satisfacen las necesidades de la juventud, bien porque no se adaptan a estas necesidades, como más tiempo en las consultas, o porque la solución no cuadra con su proceso vital [68, 72, 95, 99, 143]. Esta falta de tiempo está directamente relacionada con el déficit de recursos (humanos y económicos), que no permite adaptarse a los tiempos de las jóvenes. Dicha escasez de recursos, junto con la falta de protocolos adaptados a las jóvenes, limita su efectividad, empeorando la respuesta a la VPM y la VS en jóvenes. Estas limitaciones, identificadas como barreras, serán abordadas posteriormente (ver en secciones 7.1.1 y 7.1.2). Para *paliar los factores que condicionan negativamente la adaptación*, los resultados de esta tesis doctoral muestran que sería beneficioso *ampliar la disponibilidad de los horarios, poder acudir sin cita previa* a los recursos y *mejorar las ubicaciones* de los mismos. Estas medidas también han sido valoradas positivamente en otros estudios [61, 95, 146]. Asimismo, según el modelo de servicios amigables [93, 97], para que las personas jóvenes acepten los espacios es necesario conocer bajo su perspectiva si están adaptados a ellas. En otros estudios se ha mostrado que la *evaluación de los recursos*, por parte de las personas usuarias, mejora dicha satisfacción [72, 95]; incluso, permite que aporten las demandas que consideran necesarias para cubrir sus necesidades [211]. Al igual que en otros estudios, otro facilitador identificado en los resultados, que mejora la aceptación, es que los recursos tengan *garantía de confidencialidad* [94, 96]. Que la gente joven *se sienta a gusto con los espacios y las dinámicas de los recursos* permite una continuidad de los cuidados; así, se alcanza el «nivel de integración» del proceso de atención en los recursos [76].

La *falta de interseccionalidad de los servicios* también es una barrera que se repite en esta tesis doctoral y en otras investigaciones. Se ha identificado, tanto en estudios que abordan los factores limitantes en jóvenes [59, 61, 68], como en adultas expuestas a VPM o VS [66, 110, 149, 155]. Asimismo, también se ha explorado en profundidad con mujeres que pertenecen a otros grupos vulnerables (mujeres inmigrantes, mujeres pertenecientes a minorías étnicas y mujeres con discapacidad) [68, 89, 110, 148–150, 205]. Por tanto, las mujeres jóvenes que pertenezcan a cualquiera de los colectivos anteriores pueden sufrir una mayor discriminación y dificultad a la hora de buscar ayuda ante la VPM y la VS. Por ejemplo, como se ha visto en otros estudios, si la mujer es inmigrante, a todas las barreras señaladas anteriormente se les pueden sumar: dificultades con el idioma, no disponer de permiso de residencia, falta de apoyo del entorno social, prejuicios sociales por parte del personal de los recursos sociosanitarios, servicios culturalmente poco adaptados y falta de confianza en los y las profesionales, debido a una falta formativa en sensibilidad cultural [110, 148, 150]. En los resultados de esta tesis doctoral no se identifican en profundidad las barreras específicas de las mujeres jóvenes de cada colectivo vulnerable. Además, no ha habido

uniformidad entre jóvenes y profesionales de los distintos proyectos para identificar a los grupos vulnerables. Mientras que en los artículos 1 y 2 ambos grupos entrevistados identifican todos los grupos vulnerables mencionados, en el artículo 3 existen diferencias. Por un lado, se hace mayor hincapié en la barrera que supone una situación socioeconómica precaria para el acceso y la respuesta de los recursos formales, también identificada en otras investigaciones [103, 110, 145, 153]. Esto afecta, aunque el acceso a los servicios sea gratuito. Aquí, los y las profesionales argumentan que es debido a la brecha digital y a no poder acceder a mucha de la información que está en Internet. En cambio, para las personas jóvenes son la precariedad laboral y la falta de tiempo lo que les impide acceder a los recursos formales [103, 212]. Por otro lado, también en el artículo 3 las mujeres inmigrantes solo han sido identificadas como un colectivo vulnerable por las personas jóvenes, mientras que las mujeres con discapacidad intelectual solo han sido identificadas por los y las profesionales. De acuerdo con otros estudios, se las trata como personas «asexuales» e infantilizadas [68, 110, 149]. Asimismo, han sido identificadas barreras en la adaptación de la atención de las personas con discapacidad, que coinciden con las limitaciones señaladas por el personal entrevistado en el artículo 3. Entre ellas, destacar las dificultades que tienen en la comunicación, limitando su capacidad de credibilidad en un proceso judicial [68, 110, 149]. En el discurso de las personas participantes no se identifican soluciones para afrontar este problema de la interseccionalidad. No obstante, cuando ocurre con mujeres jóvenes inmigrantes, existe evidencia de algunos facilitadores como: ciertas prestaciones sociales, servicios de traducción y mediación intercultural, facilitar los permisos de residencia a mujeres víctimas de VPM, formación específica en VPM en personal de mediación cultural y formación en competencias culturales del personal [110, 148]. Asimismo, existe evidencia de que *algunas indicaciones pueden mejorar la atención de las mujeres jóvenes con discapacidad intelectual víctimas de VS*. Entre ellas se encuentran la educación, la formación y la concienciación de las personas jóvenes con discapacidad, sus familias y el personal de los recursos sociosanitarios [68]. También, promover la lucha contra el aislamiento social y la invisibilidad de jóvenes con discapacidades de aprendizaje [68]. Y, finalmente, que las medidas legislativas presten más atención a estos colectivos [68], adaptando su atención.

Dentro de los factores similares, entre todos los grupos de participantes de los trabajos que constituyen esta tesis doctoral, se destaca la barrera estructural de *falta de recursos económicos, materiales y humanos*. Esto conlleva la saturación de los servicios por una *alta presión asistencial*, repercutiendo en la *falta de tiempo en las consultas o citas*. Este obstáculo se repite en otros estudios [63–66, 69, 96, 99, 110, 149, 155]. Como reflejan los y las profesionales del artículo 1, si tuvieran *más recursos económicos, humanos y de tiempo* podrían hacer más

actividades con las jóvenes, reducir la presión asistencial y, así, dedicar más tiempo a las mujeres. En otro estudio, contextualizado en España, también se identifica como facilitador a la respuesta a la VPM disminuir la presión asistencial de la Atención Primaria. Así, se dispone de más tiempo para detectar y manejar las situaciones de VPM [63].

7.1.2. Barreras percibidas solo por el personal de los recursos sociosanitarios y facilitadores para minimizarlas

Como se ha mostrado anteriormente, la barrera formativa existente da lugar a otros problemas que pueden limitar el acceso y la respuesta a los servicios que hacen frente a la VPM y la VS. Solo los y las profesionales identifican algunos de dichos problemas. En primer lugar, el desconocimiento sobre el manejo de la VPM *impide* que el personal de los recursos sociosanitarios trabaje conjuntamente en *equipos multidisciplinares*. De forma similar a otro estudio, la falta de este enfoque dificulta un buen trabajo en equipo, empeorando la atención a las mujeres [64], en este caso, a las jóvenes. Esto disminuye la adecuación de los recursos que dan respuesta a la VPM. En segundo lugar, la falta de formación unida a la falta de equipo *impide una coordinación eficaz* entre los y las profesionales de un mismo recurso o de diferentes recursos. Asimismo, para el personal sociosanitario entrevistado en el artículo 2, la efectividad de los recursos, para que sean amigables, se encuentra deteriorada por una falta de coordinación formal entre los distintos servicios que hacen frente a la VPM. En el análisis del artículo 1 no se identificó esto como barrera, pero sí se identificaron los protocolos de coordinación como facilitadores. Asimismo, en el ámbito de la VS, también se identificó la *falta de protocolos* como una barrera.

En los resultados de esta tesis doctoral se ha observado que la escasa formación y adaptación a las jóvenes, con la confluencia de los factores anteriores —falta de equipo multidisciplinar, de coordinación—, causa conjuntamente o por separado una *victimización secundaria*. Esto, de acuerdo con otros estudios, aumenta los problemas de salud mental entre las mujeres víctimas, reflejado en el mayor uso de medicación antidepresiva y tranquilizante en mujeres con antecedentes de violencia [213, 214]. Los aspectos clave para solventar dicha victimización secundaria serían, en primer lugar, formar adecuadamente al personal sociosanitario y adaptar los servicios, como se ha comentado anteriormente (ver en sección 7.1.1). En segundo lugar, bajo la perspectiva del personal sociosanitario entrevistado y de otras investigaciones, sería oportuno contar con personas profesionales experimentadas en *el trabajo multidisciplinar* [64, 155]. De esta manera, las jóvenes podrían afrontar el proceso de salida de la violencia desde distintos enfoques en un mismo recurso, sin necesidad de

desplazarse de un sitio a otro. Esto mejora la adecuación del recurso, asegurando la continuidad de la atención. En tercer lugar, para que exista una *coordinación adecuada en la respuesta a la VPM* sería necesario, al igual que señalan algunos estudios, tener *protocolos de actuación* [64, 155], y, desde la mirada del personal sociosanitario entrevistado en el artículo 1, que estos se encuentren *homogeneizados* entre los distintos recursos. Otra solución identificada en la literatura sería la formación conjunta de profesionales de diferentes servicios. Esto ha tenido efectos positivos en dicha coordinación [215, 216]. También se ha mejorado dicha coordinación teniendo una *figura referente formada en violencia de género* en los centros sanitarios [63]. Además, en una revisión sistemática se descubrió que la existencia de *vínculos entre los recursos y una respuesta intersectorial coordinada* adecuadamente facilita la respuesta integral a la VPM [66]. Todas las medidas expuestas anteriormente [63, 64, 66, 155, 215, 216] podrían tenerse en cuenta y aplicarse en el contexto de la VS^{xiii}, con el fin de mejorar la coordinación de los servicios y, así, la respuesta sociosanitaria.

7.1.3. Barreras percibidas solo por las personas jóvenes y facilitadores para minimizarlas

En relación con las barreras identificadas solo por jóvenes, es importante destacar que se han reconocido pocas barreras comunes entre las mujeres jóvenes del artículo 2 (VPM) y las personas jóvenes del artículo 3 (VS). No obstante, algunas se pueden encontrar estrechamente relacionadas.

Las mujeres jóvenes perciben como barrera la *escasa divulgación entre la comunidad acerca de los beneficios* que aportan *los servicios* que dan respuesta a la VPM, así como de las necesidades que cubren. Para las jóvenes, es necesario que el entorno cercano de una víctima sea conocedor de qué hacer y cómo ayudar ante una situación de VPM. Esto tiene relación con la evidencia mostrada en varios estudios [52, 142, 144]. Las jóvenes acuden con mayor frecuencia a las redes de apoyo informales y de confianza, en vez de a recursos formales [52, 142, 144]. Se ha visto que la fuente de apoyo informal más frecuente en jóvenes son las amistades y después la familia [142]. Que la familia sea consciente de esta problemática permite a las jóvenes estar abiertas a la ayuda, pudiendo acceder a los servicios [142]. La importancia de esta cuestión radica en que un canal de entrada a los servicios formales en personas jóvenes podría ser un entorno cercano bien informado. Asimismo, las personas jóvenes del artículo 3 refieren que existe una escasa difusión de los recursos cercanos entre

^{xiii} En la discusión de los artículos de VS (artículos 3 y 4), estas barreras y facilitadores no se trataron en profundidad porque en el análisis no tuvieron tanta relevancia para las personas participantes como en los artículos de VPM.

la comunidad. Una *solución* sería que las *campañas contra la VPM reflejasen las características entre la juventud de la VPM* [62] y la VS, así como los pasos a seguir para acompañar a la víctima, y las necesidades que cubren los servicios. Hay que destacar que, en el artículo 1, el personal de los recursos sociosanitarios entrevistado identifica como facilitador la modificación del lenguaje, la imagen de los recursos y los canales de comunicación (redes sociales). Por tanto, esto sería útil para llegar a las jóvenes y sus amistades, las cuales suelen ser el primer apoyo, al igual que un canal de entrada a la red de recursos formales, como se ha mencionado anteriormente.

Asimismo, las jóvenes en el artículo 2 identifican de forma recurrente *carencias en las habilidades interpersonales de algunos y algunas profesionales*. Refieren *falta de empatía y escucha activa*. En este sentido, una revisión sistemática [66] identifica que las actitudes negativas del personal sanitario provocaban que las mujeres no se sintieran cómodas para hablar de VPM. Esto reduce la aceptación: de las pruebas de detección, de investigar sobre VPM en consulta y de los protocolos de VPM [66]. En consecuencia, se deterioran los cuidados a las mujeres y se disminuyen las derivaciones a otros servicios [66]. Otros estudios, centrados en servicios amigables para jóvenes, remarcan que son motivos de baja aceptabilidad el temor a ser regañados o regañadas por el personal de los recursos, así como no saber comunicarse con las personas jóvenes para transmitir confianza y seguridad [99]. El personal entrevistado para los artículos 1 y 2 no identifica esto como una barrera. No obstante, al igual que en otros estudios [63], sí han identificado como *factor facilitador las habilidades de comunicación de los trabajadores y trabajadoras de los recursos* para generar un clima de confianza. En varias investigaciones, las personas jóvenes también valoran positivamente las actitudes del personal, incluyendo *nociones de respeto y amabilidad*, así como que sean afectuosos, que tengan *capacidad de escucha*, que *no prejuzguen*, ni usen un tono sermoneador [94, 95]. Además, en la literatura se ha correlacionado la comunicación interpersonal y el respeto con la satisfacción general de las personas jóvenes en centros sanitarios [156]. Por lo tanto, sería necesaria la mejora mediante formación en dichas habilidades.

La barrera anterior se relaciona con las *actitudes de mala praxis profesional*, identificadas por las jóvenes en el artículo 2. Estas actitudes son identificadas en servicios sanitarios y, sobre todo, en recursos policiales-judiciales. En los artículos 3 y 4 las mujeres jóvenes identifican los recursos policiales como barrera que influye negativamente en el acceso a otros recursos, dificultando la respuesta a la VS. En cambio, los hombres jóvenes, a pesar de la falta de confianza en las instituciones, consideran los recursos policiales como un activo lejano. Esta diferencia por sexo puede deberse a la cultura de la masculinidad de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y su falta de formación en violencia de género, incrementando la denominada victimización secundaria [68, 69, 110, 149]. A diferencia de

los y las profesionales, todas las personas jóvenes participantes en el desarrollo de esta tesis doctoral identifican *carencias formativas y de trato en los servicios* que en algunos casos pueden ser la entrada a la red de recursos formales (es decir, los sanitarios y policiales), favoreciendo la existencia de prejuicios sobre el personal de estos servicios.

Por otro lado, las personas jóvenes del artículo 3 (VS) identifican otras barreras que también promueven la victimización secundaria. En primer lugar, identifican que la *falta de confianza en las instituciones* dificulta el acceso a los recursos que dan una respuesta sociosanitaria a la VS. Esto también ha sido señalado en otros contextos sobre VPM y VS en la juventud [58, 69, 110]. En el caso de algunos recursos formales (recursos policiales, judiciales y sanitarios), esta falta de confianza se relaciona con dos aspectos: 1) la percepción social negativa hacia los cuerpos policiales y de la Guardia Civil, influyendo en los estereotipos y en la legitimidad de estas instituciones [207, 208, 217], y 2) la vivencia traumática y revictimización que sufren algunas jóvenes, sobre todo en casos mediáticos [154, 218]. Esto propicia que las víctimas potenciales y/o su entorno cercano no busquen ayuda ante una posible agresión [154, 218]. A esto se suma la *burocratización excesiva*, percibida por las personas jóvenes en el artículo 3, que promueve también la victimización secundaria, ya que «se sienten mareadas» de un servicio a otro. Esto último fue identificado por las jóvenes y profesionales en los artículos 1 y 2, así como en otros estudios de VG [69, 110].

Como se ha mencionado en apartados anteriores, la formación del personal de los recursos sociosanitarios en VG ayudaría a reducir estas barreras —actitudes de mala praxis profesional y falta de confianza en las instituciones— [65, 66, 68, 69, 110, 149, 151, 209], mejorando el acceso y la respuesta sociosanitaria.

Por último, las personas jóvenes del artículo 3 reconocen que existe una *falta de formación educativa en VG y VS*. Esto se debe a que la educación sexual de las personas jóvenes se aborda exclusivamente desde una perspectiva biomédica, sin tener en cuenta la esfera afectiva y emocional de las relaciones sexoafectivas. A lo largo de los apartados anteriores, se han observado barreras derivadas de esta falta de conocimiento que impide a las víctimas reconocer este tipo de violencias [59, 62, 69, 193], así como identificar los recursos existentes para afrontarlas [59, 64, 67, 99, 142, 145]. Las intervenciones de sensibilización para la VPM [194–198] y la VS [198–201], descritas anteriormente (ver en sección 7.1.1), ayudarían a afrontar esta barrera identificada por las personas jóvenes. Este tipo de programas dirigidos a la sensibilización de la VPM en el noviazgo, sus mitos, los roles tradicionales de género y los recursos disponibles [219, 220], han mostrado cambios significativos en la violencia experimentada por las mujeres [221–223]. También han sido

efectivos para disminuir las situaciones violentas en las relaciones sexoafectivas [123] y el sexismo [130, 224] entre la población joven.

7.1.4. Activos que influyen en el proceso de búsqueda de ayuda ante la VS en la juventud

En el artículo 4 se identificaron los activos o factores positivos que influían en la búsqueda de apoyo de las personas jóvenes ante situaciones de VS (ver Anexo 2, Tabla V). Fueron identificados un total de 14 activos: 4 informales (amistades, pareja, familia y mujeres informantes clave); 5 de un nivel intermedio de formalidad (asociaciones feministas, Internet y redes sociales, productos culturales y publicidad, medios de comunicación tradicionales y asociaciones de recursos sociales, integración y juventud); y 5 formales (teléfonos especializados, servicios de atención especializada a la VG y la VS, sistema educativo, sistema sanitario, sistema policial-judicial-penal).

Para mejorar el acceso a los recursos y la respuesta a la VS en la población joven, es necesario conocer los activos que las personas jóvenes identifican, frente a los que no son reconocidos por el personal de los recursos sociosanitarios. Asimismo, para favorecer la respuesta a la VS también es necesario comprender el flujo o canal de derivación que van a seguir las personas jóvenes. A continuación, se muestra dicho canal de derivación, desde que se sufre VS hasta que se consigue ayuda formal, con las medidas oportunas para mejorar la respuesta (ver artículo 4, Figura 2).

Ante una situación de VS, las personas participantes en el artículo 4, en consonancia con la evidencia actual, perciben que la víctima primero va a buscar apoyo en su *entorno cercano* (*amistades, pareja y familia*) [59, 117, 122, 133, 225]. La *pareja* no es reconocida como facilitador o activo en los estudios anteriores, ni por el personal entrevistado en el artículo 4. Para las personas jóvenes es una figura que da apoyo emocional y puede aumentar la capacidad de afrontamiento de la víctima. Esto podría potenciarse con programas de educación para la salud orientados a parejas, los cuales refuercen los comportamientos positivos entre ellos y ellas [133]. Este tipo de programas incentivan a las personas jóvenes a hablar de sexualidad con sus parejas sexoafectivas. Dentro de una relación afectiva, esto es un factor protector, previniendo episodios de VS-VPM y promoviendo actitudes más igualitarias [226]. Por otro lado, la *familia* y las *amistades* son identificadas como activos por todas las personas entrevistadas. Un estudio identificó que la familia de las personas jóvenes actúa como factor protector ante situaciones de violencia en el noviazgo [227]. Además, se ha visto que durante la juventud las amistades sirven como principal red de apoyo. Esto se debe a la gran influencia que tienen las actitudes y comportamientos entre iguales durante

esta etapa del desarrollo [132, 228, 229]. De esta manera se mejora la disposición a prestar ayuda ante una situación próxima u observada de VS [132, 228, 229]. La formación de testigos potenciales ha sido beneficiosa para dar una respuesta eficaz y segura en la prevención y en la actuación ante la VS [230–233]. Además, para las jóvenes entrevistadas, las *amistades* son una *vía de comunicación* directa con los *activos feministas* (*mujeres informantes clave, asociaciones feministas*) percibidos como cercanos, y de apoyo en la detección de la VS. Por todo lo anterior, es necesario sensibilizar a la comunidad, incluyendo dicho entorno cercano, dado que existe una alta probabilidad de que sea el primer activo al que la víctima acuda. Como se ha visto en los estudios de servicios amigables (artículo 2), es necesario el apoyo de la comunidad y la divulgación de información en el entorno cercano para asegurar el acceso a los recursos [93, 97]. Haciendo esto también se promueven las relaciones sexoafectivas saludables y se mejora la prevención, la detección y el acompañamiento de las víctimas de VS [74]. A su vez, para las mujeres jóvenes entrevistadas, estos *activos feministas* llevan a cabo un *intercambio de información* con recursos que trabajan para jóvenes, como son el *sistema educativo* y los *recursos sociales juveniles*. Es fundamental señalar el sistema educativo como activo clave para la sensibilización y prestación de apoyo ante la VS. Esto es gracias a la percepción de cercanía percibida por las personas jóvenes participantes dentro de los recursos formales. Esta proximidad se debe al apoyo del profesorado, permitiendo que las personas jóvenes se sientan seguras en los espacios educativos para solicitar ayuda [234]. Asimismo, es un sistema que permite la sensibilización de la comunidad a través de las personas jóvenes, el profesorado, las madres y los padres. Como se ha tratado a lo largo de esta discusión, los programas educativos de sensibilización^{XIV} fomentan cambios significativos en la violencia física, sexual y psicológica [222, 223, 235]. Estos cambios se dan tanto en el comportamiento agresivo como en la victimización, es decir, reduciendo los episodios de violencia y favoreciendo que las jóvenes detecten antes dicha violencia, para solicitar apoyo. También, dichas actividades educativas reducen el sexismo [130, 224]. En este sentido, se deben promover intervenciones de educación sexoafectiva y otras [122, 123, 131], enfocadas en promover los activos identificados entre la población joven, con el fin de resolver situaciones violentas en sus relaciones sexoafectivas. Estas últimas intervenciones permiten a las personas jóvenes valorar los activos que existen a su alrededor para pedir apoyo y mejorar su capacidad de afrontamiento [122]. Además, según la legislación vigente^{XV}, dichas intervenciones son medidas para

^{XIV} Centrados en VPM y VS en los y las jóvenes, en perspectiva de género e igualdad, y en los recursos disponibles [122, 219, 220].

^{XV} Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

asegurar los derechos sexuales y reproductivos y deben promover la visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad, con especial atención a la VG y la VS [236].

En la percepción de la necesidad de búsqueda de ayuda también influyen otros activos, informales o de nivel medio de formalidad, como son los que determinan la opinión pública (Internet, incluyendo redes sociales, productos culturales y medios de comunicación tradicional). Como se ha visto en esta tesis doctoral, la integración de las nuevas tecnologías a los servicios sociosanitarios y la adaptación del contenido a la juventud son importantes para la captación de las personas jóvenes en las campañas de sensibilización. Por ello, para el proceso de búsqueda de ayuda, es fundamental reforzar este uso concreto de la tecnología, con mensajes que permitan la captación de este grupo poblacional y su entorno cercano [75].

Una vez reconocida dicha necesidad de ayuda, se han identificado *dos canales de derivación hacia los servicios que prestan atención institucional*. El primero, identificado por todas las personas entrevistadas, consiste en que los activos anteriores, excepto los feministas, usan mayoritariamente los *teléfonos especializados*, o acuden directamente a los *servicios*, tanto *sanitarios* como los *servicios de atención a la VS/VG*. Una vez dentro de esta red, se ponen en contacto con el *sistema policial-judicial-penal*. El segundo canal de derivación solo ha sido identificado por las mujeres jóvenes, siendo un canal a través de las *amistades* y los *activos feministas*. Para las entrevistadas, los *activos feministas* fomentan la *búsqueda de ayuda de las víctimas entre los servicios especializados*, es decir, ayudan a *entrar en la red de recursos formales*, incluyendo aquellos que no les inspiran confianza por su alto nivel de formalidad (*sistema policial y sanitario*). Esto puede suceder debido a la función de acompañamiento emocional que las jóvenes atribuyen a estos activos. Para las participantes, esta función permite a las jóvenes afrontar algunas barreras identificadas, en esta tesis doctoral y en otras investigaciones. Por ejemplo, la falta de confianza en las instituciones [58, 69, 110] o la falta de información adaptada [93, 97] de los procesos burocráticos. En otras investigaciones, dentro del marco de activos, se ha observado que los grupos de mujeres activistas ayudan a incrementar la resiliencia en comunidades con menos recursos [237]. Además, para las jóvenes, los activos feministas pueden mitigar la barrera formativa en VG, muy frecuente en los sistemas sanitario y policial [68, 69, 110, 149]. Esta función formativa de los grupos feministas identificada en el artículo 4 también ha sido identificada como clave en un estudio acerca de la incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria [238]. Como se ha observado anteriormente, aunque los activos feministas de esta tesis doctoral no hayan sido identificados claramente en la literatura como engranaje para la búsqueda de ayuda ante VS, sí lo han sido algunas de sus funciones. Dentro del ámbito de la VS, una función atribuida por las jóvenes participantes es crear espacios seguros para compartir

vivencias. En otra investigación se reconoció como activo el apoyo entre iguales dentro de grupos de supervivientes de VS [206]. Establecer estos grupos en espacios seguros como los que ofrecen las asociaciones feministas contribuye a mitigar los efectos adversos de la VS y a incrementar la resiliencia de las mujeres [206, 239–242].

Por todo lo anterior, es necesario poner en valor los activos feministas y los canales de derivación. Esto se debería trabajar con el personal de los recursos sociosanitarios para mejorar la respuesta a la VS. Asimismo, reconocer estos activos en la VS y su canal de derivación podría servir de modelo para investigar y afrontar la VPM, y así mejorar la respuesta sociosanitaria de ambas VG.

7.2. Evaluación de los servicios de VPM según las directrices de servicios amigables de la OMS

Según la OMS, para que un servicio sea amigable debe ser accesible, aceptable, equitativo, apropiado y efectivo [93]. En el artículo 2 se evaluaron los servicios con dichos criterios adaptados (ver artículo 2, Tabla 5) [93, 97]. A continuación, para dar respuesta al Ob6 de esta tesis doctoral, se discutirán dichos criterios comparados con los resultados de VPM y algunos de los cambios necesarios, que no fueron identificados por las personas participantes en el artículo 1, pero sí en otras investigaciones (ver Anexo 2, Tabla VI)^{xvi}.

En primer lugar, se han identificado muchas barreras para considerar que los recursos sociosanitarios son *accesibles* para las mujeres víctimas de VPM. A pesar de ser gratuitos, el coste que supone el transporte dificulta su acceso. Esto es debido a que los servicios se encuentran centralizados en las ciudades y no se prestan en entornos cercanos a las jóvenes. Además, los horarios no se encuentran adaptados de forma general, aunque en algunos centros sí tienen mayor flexibilidad horaria. Por otro lado, la falta de conocimiento sobre los servicios también impide el acceso. Esto es causa de la falta de adaptación de las campañas de VPM a la juventud [62]. A todo lo anterior se suma la falta de apoyo comunitario de la sociedad a la VPM, al igual que la escasa divulgación de los servicios entre la comunidad. Esto impide que, cuando una víctima se apoye en su entorno cercano [52, 142], este sea capaz de ayudarla y guiarla hacia los recursos más adecuados. A pesar de que los recursos no son accesibles, se han identificado, por parte del personal entrevistado en el artículo 1, facilitadores enfocados a paliar las barreras anteriores (ver Anexo 2, Tabla III y Tabla VI). No obstante, a dichos facilitadores sería necesario añadir dos cambios identificados en otras investigaciones. Por un lado, llevar a cabo medidas que tengan en

^{xvi} Para ver el resumen de todos los cambios necesarios para mejorar la respuesta sociosanitaria a la VPM en base al modelo de servicios amigables de la OMS.

cuenta la precariedad socioeconómica de algunas jóvenes (brecha digital, precariedad laboral y falta de tiempo que supone) [93, 97]. Por otro lado, la creación de recursos específicos sobre VPM para jóvenes en entornos cercanos [93, 97].

Con respecto a la *aceptabilidad*, los criterios de la OMS tampoco se cumplen. Los espacios no son acogedores, ni mantienen la privacidad y la confidencialidad necesarias para las jóvenes. Además, existe un retraso en la atención y la derivación, que impide a las jóvenes aceptar y continuar con los cuidados. Por otro lado, algunas jóvenes han experimentado actitudes profesionales poco apropiadas en algunos servicios sociosanitarios, lo que afecta notablemente que puedan aceptar dichos servicios. El personal entrevistado identifica que la divulgación de los recursos no es adecuada para las jóvenes. Sin embargo, no profundizan en si un formato informativo, tanto en digital como en papel, más adaptado y comprensible para jóvenes, podría mejorar dicha divulgación de la información. A pesar de que los servicios tengan poca aceptabilidad para las mujeres jóvenes, el personal entrevistado sí identifica facilitadores para empezar a paliar dichas barreras (ver Anexo 2, Tabla III y Tabla VI). En cuanto al criterio de la OMS de «evaluación de los servicios por las jóvenes», no apareció en las entrevistas, ni como barrera ni como facilitador. Por ese motivo, como se ha observado en otros estudios, sería necesario fomentar la evaluación de los servicios por parte de las personas jóvenes para mejorar su satisfacción [72, 95].

En el dominio de la *equidad*, se encontraron barreras relacionadas con actitudes discriminatorias del personal de los recursos sociosanitarios y falta de protocolos, los cuales adapten la atención a cada grupo vulnerable. Estos protocolos abordarían las barreras que presenta cada colectivo vulnerable, que han sido mostradas en apartados anteriores (ver en sección 7.1.1). Tampoco surgió ningún facilitador, que el personal entrevistado identificara, para mejorar estas barreras. Además, el criterio de «diversidad en el personal» que propone la OMS no apareció en las entrevistas, ni como barrera ni como facilitador. Por estos motivos, en este dominio se debería hacer hincapié y tener en cuenta los siguientes cambios encontrados en la literatura. En primer lugar, fomentar programas protocolizados que tengan en cuenta la interseccionalidad de las personas (situación migratoria, edad, etnia, diversidad funcional, etc.). En segundo lugar, sería necesaria la formación del personal de los recursos sociosanitarios en competencias sociales y culturales [68, 110, 148] para la atención de colectivos vulnerables. Y, por último, como indica la OMS, favorecer la diversidad del personal de los servicios [93, 97].

Para que los servicios sean *apropiados* para la gente joven, deberían desaparecer las barreras identificadas. Las necesidades de las jóvenes no se encuentran cubiertas y, por tanto, son necesarios equipos multidisciplinares con profesionales que tengan formación específica

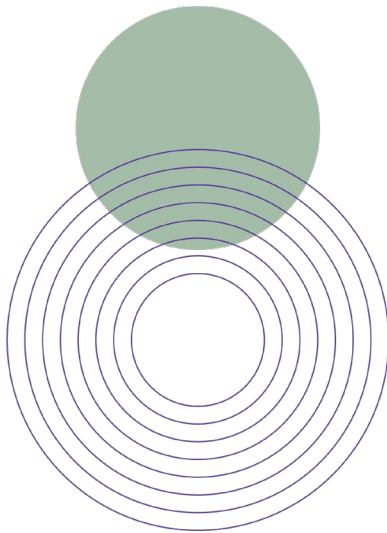
en juventud y VPM. El personal entrevistado identifica algún facilitador que ayuda a mitigar estas barreras (ver Anexo 2, Tabla III y Tabla VI). No obstante, sería necesario aplicar estos facilitadores de forma uniforme en todos los servicios, y que los recursos sociosanitarios tengan en cuenta el criterio de la OMS de «enfoque holístico», es decir, que contemplen la esfera biopsicosocial de las personas [93, 97].

Por último, los recursos sociosanitarios no son efectivos porque es necesaria formación del personal de dichos recursos en VPM, juventud y habilidades comunicativas. Asimismo, a pesar de existir protocolos de VPM, los y las profesionales identifican que la heterogeneidad entre los mismos impide la coordinación adecuada. A su vez, las jóvenes reclaman la necesidad de protocolos adaptados a ellas. A esto se suma la falta de recursos humanos, económicos y de tiempo. El personal entrevistado identifica facilitadores que ayudarían a paliar todas estas barreras (ver Anexo 2, Tabla III y Tabla VI).

Por tanto, podemos concluir que los recursos sociosanitarios que dan respuesta a la VPM no son «amigables» para las mujeres jóvenes. Para conseguir que fueran amigables sería necesario aplicar una serie de cambios dentro de cada dominio (ver Anexo 2, Tabla VI). A su vez, estos cambios en los servicios sociosanitarios podrían ayudar a la respuesta a la VS que sufren algunas jóvenes.

8

Limitaciones y fortalezas



8.1. Limitaciones

Esta tesis doctoral presenta algunas limitaciones que es necesario tener en cuenta para interpretar los resultados.

En primer lugar, el método de muestreo de todos los artículos^{xvii} fue intencional, si bien, es importante subrayar que en investigación cualitativa este tipo de muestreo es recomendable para optimizar las fuentes de datos y responder a la pregunta de investigación [181], ya que permite «maximizar los objetos conceptuales que emergen del estudio e identificar factores comparables con otros contextos» [178]. Puede que los sujetos seleccionados fueran más sensibles con las problemáticas de VPM y VS, lo que da una mayor riqueza en la obtención de datos. Sin embargo, los resultados solo podrían extrapolarse a contextos similares al estudiado.

En segundo lugar, se exponen las limitaciones específicas de cada estudio:

En el *artículo 1*, realizado solo con profesionales, se identifica que las personas entrevistadas pueden ofrecer una interpretación de los relatos de las vivencias de las jóvenes. No obstante, este relato es valioso para averiguar las dificultades de la población joven en el acceso a los recursos sociosanitarios, en comparación con mujeres adultas. Por ese motivo, en el *artículo 2* se abordó la perspectiva de las mujeres jóvenes. En este *artículo 2* existe otra limitación en la recogida de información, a causa del comienzo de la pandemia de la covid-19. En las entrevistas realizadas a las jóvenes, dado que no fue posible realizar una entrevista personal por las restricciones gubernamentales, la información se recogió por escrito, por lo que no se pudo hacer una retroalimentación entre entrevistadora y persona entrevistada en el momento de la recogida de la información. Otra limitación del *artículo 2* fue que la información recogida de las jóvenes puede variar en función de sus vivencias propias con el personal cualificado y los servicios concretos a los que ellas acudieron. Esta limitación está vinculada al sistema de atención más que a la propia investigación, dada la

^{xvii} Los artículos mencionados a lo largo del presente capítulo son los siguientes: **artículo 1**: Otero-García L, Durán-Martín E, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives. PLoS One. 2024;19(4): e0297886. <https://doi.org/nrzi>; **artículo 2**: Durán-Martín E, Vives-Cases C, Otero-García L, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B. Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region? Health Expect. 2022;25(3):1058-1068. <https://doi.org/nrzs>; **artículo 3**: Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Perceived barriers to effective coverage of health and social services for sexual violence in young adults in Spain. Health Soc Care Community. 2023; 2023 (1):3946029. <https://doi.org/nq2b>; **artículo 4**: Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Muñoz-Haba A, March S, Vives-Cases C. "Thanks to my activist friends": A qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain. Arch Public Health. 2024;82(1):93. <https://doi.org/nqz9>.

heterogeneidad en la atención en función del o la profesional que preste atención a la víctima. Depende mucho si los servicios y el personal trabajan de forma protocolaria y si tienen formación. Esto no suele ser así, y muchas veces dicha formación es voluntaria. Por último, una de las limitaciones de los *artículos 3 y 4* es que las personas participantes se refieren frecuentemente a situaciones de VS grave (violaciones), lo que acota los resultados a estas situaciones. Esto sucede también en estudios similares [59, 69, 143]. Esta cuestión puede deberse a qué se entiende hoy en día, aún, por VS, viéndose minimizados e invisibilizados los episodios vinculados al abuso, la ciberviolencia, el acoso, etc.

8.2. Fortalezas

Esta tesis doctoral presenta fortalezas relacionadas con los criterios que se siguieron para asegurar la calidad metodológica de cada artículo (ver sección 5.6 y Tabla 12. A continuación, se describen dichas fortalezas en función de los cuatro criterios para la fiabilidad (*trustworthiness*) de Lincoln y Guba [176].

Para garantizar la *credibilidad* en el preanálisis de todos los artículos se realizó una doble codificación, y una triangulación de los datos para el análisis de contenido. Asimismo, en los artículos 2, 3 y 4 se volvió a realizar una nueva doble codificación del conjunto de datos para el análisis. Esto se hizo de nuevo porque, tras discutir con los equipos de investigación el tipo de análisis que se seguiría en cada artículo (análisis temático teórico e inductivo o análisis comparativo-constante) y el conjunto de datos que se utilizaría, nos pareció pertinente codificar de nuevo en función de dichos análisis posteriores para profundizar más en los temas de investigación. La triangulación de estos datos se realizó por dos o más personas en todos los artículos (ver Tabla 12). Para conseguir una aproximación adecuada a los datos, en todos los artículos, se comprobó la coherencia estructural (ver Tabla 11) y se realizó una revisión crítica de los resultados obtenidos por el resto del equipo investigador.

Para mejorar la *transferibilidad* se tuvo en cuenta el muestreo intencional con unos criterios de selección para maximizar la cantidad de información relacionada con los objetivos de estudio. También, en todos los artículos se consiguió la saturación teórica y se realizó una descripción detallada de las estrategias de reclutamiento, de las características de las personas participantes y del contexto (ver Tabla 11). Esta información permite identificar otros contextos similares y determinar si los resultados se podrían transferir de un contexto a otro.

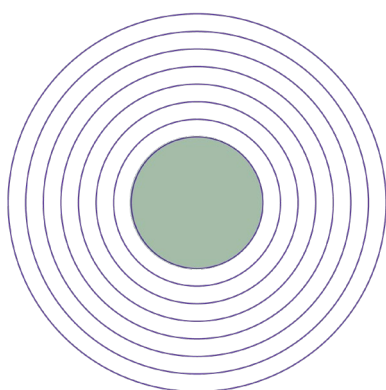
Para asegurar la *dependencia* (o *confiabilidad*), primeramente, en todos los artículos se ha realizado una descripción al detalle del proceso de recogida, análisis e interpretación de los

datos. Asimismo, en este proceso, sobre todo en la recogida de los datos, se utilizó un diario de investigación para registrar el desarrollo de la investigación y las percepciones de las investigadoras durante el proceso. En el *artículo 1* se elaboró un apartado exclusivo de reflexividad y se cumplimentó el *checklist* de recomendaciones metodológicas COREQ [187]. Estas recomendaciones, junto a las recomendaciones SRQR [188], también se siguieron en los *artículos 3 y 4*. En estos artículos la reflexividad fue abordada en estas listas de verificación. Por otro lado, en todos los artículos se tuvo en cuenta un enfoque de análisis inductivo, y en el caso de los *artículos 2 y 4* se usaron métodos solapados, usando tanto enfoques inductivos como deductivos para enriquecer el análisis final de cada artículo (ver Tabla 12).

Por último, para garantizar la *confirmabilidad*, como se ha explicado anteriormente, en los artículos se realizó la triangulación de los datos y de métodos (solo en los *artículos 2 y 4*), el uso del diario de investigación y una revisión crítica de los resultados por el resto del equipo investigador. Además, se contrastaron los resultados con la bibliografía existente, se usaron citas literales de las entrevistas para mostrar la veracidad de las descripciones realizadas por las personas participantes, y se identificaron las limitaciones.

9

Líneas de investigación futuras



La realización de esta tesis doctoral deja abiertas diferentes líneas de investigación. En primer lugar, en los resultados, no se profundiza sobre los factores que ayudan o limitan el acceso a los recursos sociosanitarios de mujeres jóvenes, víctimas de VPM o VS, pertenecientes a colectivos vulnerables. Por ello, futuras investigaciones podrían abordar cómo afectan otros factores (la discapacidad, la orientación sexual, la identidad sexual, el origen étnico, la clase social, la situación administrativa, el país de procedencia o la religión profesada) a la experiencia de las mujeres jóvenes víctimas de VPM y VS con los servicios sociosanitarios.

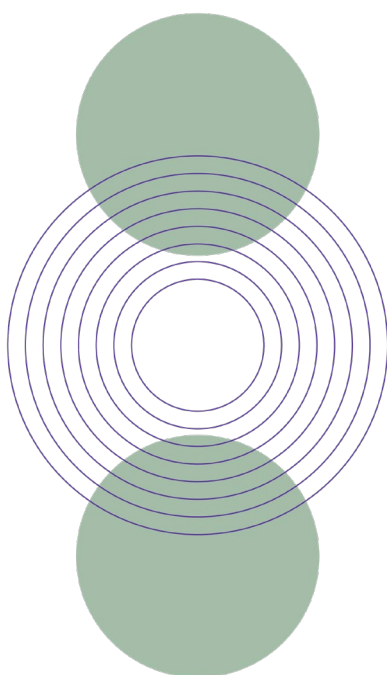
En segundo lugar, en esta tesis doctoral se ha expuesto la importancia de los activos feministas para la búsqueda de ayuda en mujeres jóvenes. En investigaciones futuras, se deberían explorar más estos activos, y los motivos por los cuales no se identifican por el personal cualificado de los recursos sociosanitarios y sería recomendable analizar cómo incorporarlos a la respuesta sociosanitaria para mejorar su práctica diaria.

En tercer lugar, el empoderamiento de las mujeres ha sido señalado por otras autoras como un factor que dificulta a ciertas mujeres solicitar apoyo formal o informal, ya que puede que se sientan autosuficientes para resolver su situación, y luchar así contra la VPM o VS, sin pedir ayuda [192]. En esta tesis doctoral también se ha observado cómo algunas mujeres jóvenes, víctimas de VPM y VS, no se identifican como víctimas por la imagen social de «mujer empoderada, resolutiva, autónoma, fuerte, etc.». Sería recomendable indagar más sobre cómo se construye este concepto de empoderamiento, cómo es interiorizado por las mujeres y la sociedad, y por qué podría estar dificultando a estas jóvenes la búsqueda de ayuda en la red de apoyos informales y/o recursos sociosanitarios.

Por último, se ha mostrado que las personas jóvenes consideran insuficiente la formación en sexualidad que han recibido en los centros educativos, que no tiene perspectiva de género y obvia la parte afectiva de las relaciones. Se hace fundamental investigar sobre cómo afecta esta falta de educación sexoafectiva a su salud sexual, afectiva, reproductiva, mental, así como en la aparición de la VPM y la VS. Además, en esta tesis doctoral se ha abordado superficialmente la influencia de las nuevas tecnologías, con un papel destacado del acceso a Internet, tanto en la búsqueda de ayuda como en la aparición de otras formas de violencia entre jóvenes. En futuras investigaciones, también sería recomendable profundizar, por un lado, cómo puede influir el acceso y uso de estas nuevas tecnologías y sus herramientas (redes sociales, aplicaciones de citas, etc.), así como el consumo de según qué tipo de contenidos (pornografía *online*, etc.) en el desarrollo de la VPM y la VS en jóvenes, y por otro lado, cómo puede influir el acceso y uso adecuado de dichas tecnologías en la búsqueda de ayuda a la hora de hacer frente a este tipo de violencias.

10

Conclusiones



En esta tesis doctoral, profesionales y jóvenes han identificado numerosos factores que influyen en el acceso a los servicios y en la respuesta sociosanitaria que dan los diferentes recursos en España a las distintas formas de VPM y VS en mujeres jóvenes (*artículos 1, 2, 3 y 4*)^{xviii}.

Se ha evidenciado que los servicios de atención a la VPM, del entorno del estudio, no son amigables en base al modelo de servicios amigables de la OMS, en términos de accesibilidad, aceptabilidad, equidad, adecuación y efectividad. Así también, se han identificado numerosas barreras que impiden que estos servicios se encuentren adaptados a la población joven, según los estándares de dicho modelo (*artículo 2*).

Los y las profesionales han identificado diferencias en los factores que influyen en el proceso de VPM en mujeres jóvenes, en comparación con otros grupos etarios de mujeres. Las principales diferencias encontradas se hayan relacionadas con el proceso de socialización de género y la falta de adaptación de los recursos a las necesidades de las jóvenes, así como con la falta de captación de este grupo etario (*artículo 1*). En cuanto a la socialización de género, la normalización de conductas, que naturalizan la VPM y la VS, ha sido un factor señalado frecuentemente por jóvenes y profesionales. Dicha socialización impide, sobre todo a las mujeres jóvenes, reconocerse como víctimas, limitando su acceso a los recursos sociosanitarios. A esta normalización se une el rechazo al feminismo de una parte de la población, y la creencia errónea que tienen algunas jóvenes en relación con la igualdad de género. Estos problemas son una realidad en nuestro contexto actual (*artículos 1, 2 y 3*). Por otro lado, la falta de adaptación a las necesidades de la población joven se relaciona principalmente con falta de protocolos, falta de coordinación, escasez de recursos (humanos, económicos y de tiempo) y de espacios (sin flexibilidad horaria, mal ubicados y poco acogedores) (*artículos 1, 2 y 3*). A todo lo anterior se suma que las campañas de sensibilización no llegan a las mujeres jóvenes porque no tienen en cuenta algunas de las diferencias de estas violencias en la juventud (*artículos 1, 2 y 3*).

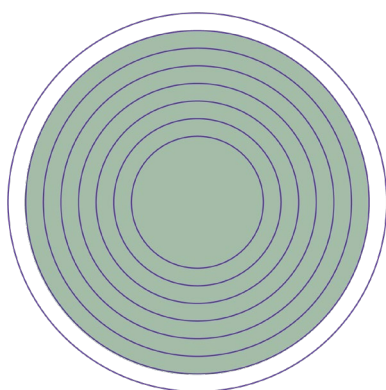
^{xviii} Los artículos mencionados a lo largo del presente capítulo son los siguientes: **artículo 1**: Otero-García L, Durán-Martín E, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives. PLoS One. 2024;19(4): e0297886. <https://doi.org/nrzt>; **artículo 2**: Durán-Martín E, Vives-Cases C, Otero-García L, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B. Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region? Health Expect. 2022;25(3):1058-1068. <https://doi.org/nrzs>; **artículo 3**: Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Perceived barriers to effective coverage of health and social services for sexual violence in young adults in Spain. Health Soc Care Community. 2023; 2023 (1):3946029. <https://doi.org/nq2b>; **artículo 4**: Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Muñoz-Haba A, March S, Vives-Cases C. "Thanks to my activist friends": A qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain. Arch Public Health. 2024;82(1):93. <https://doi.org/nqz9>.

También, se ha mostrado en este estudio la gran importancia que tiene el entorno cercano a la víctima tanto de VPM como de VS (amistades, familia, pareja, profesorado) a la hora de acceder a los recursos (*artículos 1, 2, 3 y 4*). Por ello, se hace necesario trabajar con toda la comunidad mediante la sensibilización y formación en VG, VPM y VS. Tener un entorno concienciado con este tipo de violencias mejora el acceso a los servicios sociosanitarios de las personas jóvenes, ya que mitiga las barreras relacionadas con la socialización de género y la normalización de las violencias (*artículos 1 y 4*). Para ello también es imprescindible una formación en sexualidad que tenga en cuenta la perspectiva de género y el aspecto psicosocial de las relaciones sexoafectivas (*artículo 3*). Estas formaciones ayudarían a las personas jóvenes, entre otras cosas, a saber cómo actuar en situaciones de violencia observada. Se han evidenciado diferencias por sexo en las funciones que las personas jóvenes ejercen cuando se autoidentifican como activos para ayudar a una víctima de VS, que corresponden con los roles tradicionales de género presentes en nuestra sociedad actual. Roles de protección para los hombres y de cuidado para las mujeres (*artículo 4*).

Por todo lo anterior, es necesario elaborar estrategias acordes a la realidad de las mujeres jóvenes y otros colectivos vulnerables con el fin de mejorar la atención a las mujeres. Entre ellas, se hace indispensable fomentar la formación de los y las profesionales en VPM, VS y juventud (*artículos 1, 2 y 3*). Asimismo, las jóvenes dan relevancia a las competencias de habilidades interpersonales como la escucha activa y la empatía (*artículo 2*). Este tipo de formaciones deberían ser obligatorias, sobre todo, en los servicios sanitarios y FCSE, ya que las situaciones revictimizantes experimentadas en dichos recursos influyen en el uso y acceso del resto de recursos formales de VPM y VS (*artículos 2 y 3*). De esta manera se conseguiría una mejor respuesta al problema social y de salud pública que suponen la VPM y la VS.

Por último, en esta tesis doctoral se ha mostrado la importancia de que exista una mejor comunicación entre profesionales de los recursos sociosanitarios y jóvenes. Dicha conclusión deriva de las discrepancias encontradas entre los discursos de ambos grupos. Es ineludible incorporar la perspectiva de las mujeres jóvenes al diseño de los recursos de atención. De esta forma, el personal de los recursos y las instituciones serán más conscientes de las necesidades de las personas jóvenes en relación con la respuesta ante la VPM o la VS, incluyendo actividades de prevención, así como una atención adecuada (*artículos 2, 3 y 4*). Además, es imprescindible poner en valor los activos feministas (asociaciones feministas y mujeres informantes clave), que las mujeres jóvenes sí usan y los y las profesionales no reconocen. Estos activos tienen funciones muy importantes en el acompañamiento emocional y en la sensibilización y prevención de la VS, por lo que se debe fomentar una comunicación entre los servicios sociosanitarios y estos activos (*artículo 4*).

Bibliografía



-
- [1] Conferencias mundiales sobre la mujer [Internet]. Organización de las Naciones Unidas; 2023 [citado 18 noviembre 2024]. ONU Mujeres; [unas dos pantallas]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
 - [2] United Nations Organization. Declaration on the Elimination of Violence against Women Proclaimed by General Assembly resolution 48/104 of 20 December 1993.
 - [3] Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas [Internet]. Organización de las Naciones Unidas; 2020 [citado 18 noviembre 2024]. ONU Mujeres; [unas cinco pantallas]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
 - [4] Violencia contra la mujer 2021 [Internet]. 2024 [citado 18 noviembre 2024]. Organización Mundial de la Salud; [unas cinco pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
 - [5] Consejo de Europa. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Treaty Series No. 210) [Internet]. Estambul: Council of Europe; 2011 [citado 18 noviembre 2024]. Disponible en: <https://rm.coe.int/1680462543>
 - [6] Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Organic Law 1/2004, of December 28, on Comprehensive Protection Measures against Gender Violence.]. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>
 - [7] Pastor-Gosálbez I, Belzunegui-Eraso Á, Merino MC, Merino PP. Analysing gender-based violence in Spain fifteen years after the implementation of Law 1/2004 [La violencia de género en España: un análisis quince años después de la Ley 1/2004]. *Rev Esp Investig Soc.* 2021; 174:109-28. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.174.109>
 - [8] World Health Organization, Pan American Health Organization, editores. Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence. Ginebra: World Health Organization; 2012.
 - [9] World Health Organization. Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women. Intimate partner and sexual violence have serious short- and long-term physical, mental and sexual and reproductive health problems for survivors: Fact sheet. Ginebra: World Health Organization; 2014.
 - [10] World Health Organization, Pan American Health Organization (eds.). Understanding and addressing violence against women: Sexual violence. Ginebra: World Health Organization; 2012.
 - [11] World Health Organization (WHO). Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Intimate partner and sexual violence have

- serious short- and long-term physical, mental, sexual and reproductive health problems survivors. Evidence brief. Ginebra: World Health Organization; 2019.
- [12] Smith SG, Basile KC, Gilbert LK, Merrick MT, Patel N, Walling M, et al. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010-2012 state report. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2017.
 - [13] Sanz-Barbero B, Saurina C, Serra L, Renart Vicens G, Vall-Llosera Casanovas L, Otero-García L, et al. Prevalence and associated factors with sexual violence victimisation youth before, during and after the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in Spain. *BMJ Open* 2021; 11(11):e055227.
<https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-055227>
 - [14] Muniesa Tomás P, Herrera Sánchez D, Guerrero Olmos J, Martínez Moreno F, Rubio García M, et al. Informe sobre delitos contra la libertad sexual en España. Madrid: Ministerio del Interior; 2022.
 - [15] Dosil M, Jaureguizar J, Bernaras E, Burges Sbicigo J. Teen dating violence, sexism, and resilience: A Multivariate Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(8):2652. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17082652>
 - [16] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Understanding teen dating violence : Fact sheet 2014. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
 - [17] Connell NM, Schell-Busey NM, Pearce AN, Negro P. Badgrlz? Exploring sex differences in cyberbullying behaviors. *Youth Violence Juv Justice*. 2013; 12(3):209-28. <https://doi.org/10.1177/1541204013503889>
 - [18] Muñoz-Rivas M, Vera M, Povedano-Díaz A. Parental style, dating violence and gender. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(15):2722.
<https://doi.org/10.3390/IJERPH16152722>
 - [19] González Méndez R, Santana Hernández JD. La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema*. 2001; 13:127-31.
 - [20] Muñoz-Rivas MJ, Graña JL, O'Leary KD, González MP. Aggression in adolescent dating relationships: Prevalence, justification, and health consequences. *J Adolesc Health*. 2007; 40:298-304. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.11.137>
 - [21] López-Cepero Borrego J, Rodríguez-Franco L, Rodríguez-Díaz FJ, Bringas C, Paíno SG. Percepción de la victimización en el noviazgo de adolescentes y jóvenes españoles. *Rev iberoam psicol salud*. 2015; 6(2):64-71.
<https://doi.org/10.1016/J.RIPS.2015.04.001>
 - [22] Taquette SR, Monteiro DLM. Causes and consequences of adolescent dating violence: A systematic review. *J Inj Violence Res*. 2019; 11(2):137-47. PubMed PMID: 31263089.
 - [23] Ministerio de Igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Macro-survey of violence against

- women. Government Delegation against Gender Violence.]. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2019. p. 18-23.
- [24] Llano-Suárez A, Lana A, Gasch-Gallén Á, Fernández-Feito A. Gender roles and intimate partner violence among female university students in Spain: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2021; 16(11):e0259839.
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0259839>
- [25] Hébert M, Daspe MÈ, Lapierre A, Godbout N, Blais M, Fernet M, et al. A meta-analysis of risk and protective factors for dating violence victimization: The role of family and peer interpersonal context. *Trauma Violence Abuse*. 2019; 20(4):574-90. <https://doi.org/10.1177/1524838017725336>
- [26] Nardi-Rodríguez A, Pastor-Mira MÁ, López-Roig S, Ferrer-Pérez VA. ¿Cuáles son las señales de alarma más representativas de la violencia de pareja contra las adolescentes? [What are the most representative warning signs of intimate partner violence against adolescent girls?]. *Anal Psicol*. 2017; 33(2):376-82.
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.2.256971>
- [27] Rodríguez Franco L, López-Cepero Borrego J, Rodríguez Díaz FJ, Bringas Molleda C, Estrada C, Antuña Bellerín MÁ, et al. Labeling dating abuse: Undetected abuse among Spanish adolescents and young adults. *Int J Clin Health Psychol* [Internet]. 2012 [citado 18 noviembre 2024]; 12(1):55-67. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33723707004>
- [28] Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Montero-Piñar I, Vives-Cases C, Rodríguez-Barranco M, Plazaola-Castaño J, et al. Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. [Prevalencia de la violencia de parejas en España: estudio trasversal a través de cuestionario en la atención primaria]. *Aten Primaria*. 2017; 49(2):93-101.
<https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2016.03.006>
- [29] García-Díaz V, Bringas C, Fernández-Feito A, Antuña MÁ, Lana A, Rodríguez-Franco L, et al. Tolerance and perception of abuse in youth dating relationships. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2017; 26(5):462-74.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1304477>
- [30] Perles F, San Martín J, Canto JM. Gender and conflict resolution strategies in Spanish teen couples: Their relationship with jealousy and emotional dependency. *J Interpers Violence*. 2019; 34(7):1461-86.
<https://doi.org/10.1177/0886260516651316>
- [31] Smith M, Nunley B, Martin E. Intimate partner violence and the meaning of love. *Issues Ment Health Nurs*. 2013; 34(6):395-401.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2012.762960>

- [32] Kisa S, Zeyneloğlu S. Perceptions and predictors of dating violence among nursing and midwifery students. *J Adv Nurs*. 2019; 75(10):2099-109.
<https://doi.org/10.1111/JAN.13982>
- [33] Muñiz M. Online teen dating violence, family and school climate from a gender perspective / Violencia de pareja online en la adolescencia, clima familiar y escolar desde la perspectiva de género. *Infanc. aprendiz*. 2017; 40(3):572-98.
<https://doi.org/10.1080/02103702.2017.1341101>
- [34] Barker LC, Stewart DE, Vigod SN. Intimate partner sexual violence: An often overlooked problem. *J Womens Health (Larchmt)* 2019; 28(3):363-74.
<https://doi.org/10.1089/JWH.2017.6811>
- [35] Llano-Suárez A, Fernández-Feito A, García-Díaz V, Lana A. Intimate partner sexual violence victimization among heterosexual female university students in Spain: Prevalence and polyvictimization. *Sex Res Social Policy*. 2023.
<https://doi.org/10.1007/s13178-023-00854-8>
- [36] Tarzia L, Tyler M. Recognizing connections between intimate partner sexual violence and pornography. *Violence Against Women*. 2021; 27(14):2687-708.
<https://doi.org/10.1177/1077801220971352>
- [37] Bonomi AE, Nichols EM, Carotta CL, Kiuchi Y, Perry S. Young women's perceptions of the relationship in *Fifty Shades of Grey*. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016; 25(2):139-48. <https://doi.org/10.1089/JWH.2015.5318>
- [38] Rizzo CJ, Joppa MC, Barker D, Zlotnick C, Warren J, Saint-Eloi Cadely H, et al. Individual and relationship characteristics of adolescent girls with histories of physical dating violence. *J Interpers Violence*. 2020; 35(5-6):1389-414.
<https://doi.org/10.1177/0886260517696859>
- [39] Courtain A, Glowacz F. Exploration of dating violence and related attitudes among adolescents and emerging adults. *J Interpers Violence*. 2021; 36(5-6):NP2975-NP2998. <https://doi.org/10.1177/0886260518770185>
- [40] Kameg BN, Constantino R. Intimate partner violence in adolescents: Preventive strategies for psychiatric-mental health nurse practitioners. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2020; 33(3):163-8. <https://doi.org/10.1111/jcap.12286>
- [41] Vélez MA, Rentería AL, Basozabal EU, Loroño AIDV. Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao [Gender violence in the relationships of adolescents and young people in Bilbao]. *Zerbitzuan: Gizarte Zerbitzuetarako Aldizkaria/Revista de Servicios Sociales*. 2010; 47:121-34.
- [42] De la Villa Moral M, García A, Cuetos G, Sirvent C. Violencia en el noviazgo, dependencia emocional y autoestima en adolescentes y jóvenes españoles [Dating violence, emotional dependence and self-esteem in Spanish adolescents and young adults]. *Rev iberoam psicol salud*. 2017; 8(2):96-107.
<https://doi.org/10.23923/j.rips.2017.08.009>

- [43] Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*. 2012; 3(2):231-80.
<https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>
- [44] World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. Ginebra: World Health Organization; 2010.
- [45] Rachel Jewkes, Purna Sen, Garcia-Moreno C. Chapter 6: Sexual violence. En Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *World report on violence*. Ginebra: World Health Organization; 2002. p. 147-74.
- [46] Heise L, Garcia-Moreno C. Chapter 4: Violence by intimate partners. En Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *World report on violence*. Ginebra: World Health Organization; 2002. p. 87-113.
- [47] Government Delegation against Gender Violence. Ministry of Equality. Executive summary of the 2019 Macro-Survey on Violence Against Women. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2021.
- [48] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2012 [Common Protocol for Health Action against Gender Violence. 2012]. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- [49] Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Government Delegation against Gender Violence] [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2020 [citada 18 noviembre 2024]. Disponible en:
<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacion/informacionutil>
- [50] Sistema Nacional de Salud. Violencia contra las mujeres [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; s. f. [citada 18 noviembre 2024]. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/home.htm>
- [51] Ministerio de Igualdad. Web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género (WRAP) [Gender-based violence prevention and support resource website] [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2022 [citada 18 noviembre 2024]. Disponible en: <https://wrap.igualdad.gob.es/recursos-vdg/search/SearchForm.action>
- [52] Sanz-Barbero B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Fernández-García C, Vives-Cases C. Spanish intimate partner violence survivors help-seeking strategies across the life Spain. *J Interpers Violence*. 2020; 37(11-12):NP8651-69.
<https://doi.org/10.1177/0886260520976213>
- [53] Baragatti DY, Rolim ACA, De Castro CP, De Melo MC, Silva EM. Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa [Critical pathway of

- women facing violence: an integrative review]. PAJPH. 2019; 43:e34.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.34>
- [54] Sistema VioGén [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; s. f. [citada 18 noviembre 2024]. Disponible en:
<https://www.interior.gob.es/opencms/ca/servicios-al-ciudadano/violencia-contra-la-mujer/sistema-viogen>
- [55] Unidad de Atención a la Familia y a la Mujer [Internet]. Madrid: Dirección General de la Policía; 2020 [citada 18 noviembre 2024]. Policía [unas dos pantallas]. Disponible en: https://www.policia.es/_es/colabora_ufam.php
- [56] Cho H, Shamrova D, Han J-B, Levchenko P. Patterns of intimate partner violence victimization and survivors' help-seeking. *J Interpers Violence*. 2020; 35(21-22):4558-82. <https://doi.org/10.1177/0886260517715027>
- [57] Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*. 2007; 187(Supl 7):S35-9. <https://doi.org/10.5694/J.1326-5377.2007.TB01334.X>
- [58] Martin CE, Houston AM, Mmari K, Decker MR. Urban teens and young adults describe drama, disrespect, dating violence and help-seeking preferences. *Matern Child Health J*. 2012; 16(5):957-66. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0819-4>
- [59] Fernet M, Hébert M, Couture S, Brodeur G. Meeting the needs of adolescent and emerging adult victims of sexual violence in their romantic relationships: A mixed methods study exploring barriers to help-seeking. *Child Abuse Negl*. 2019; 91:41-51. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2019.01.019>
- [60] Nguyen KH, Kress H, Atuchukwu V, Onotu D, Swaminathan M, Ogbanufe O, et al. Disclosure of sexual violence among girls and young women aged 13 to 24 years: Results from the violence against children surveys in Nigeria and Malawi. *J Interpers Violence*. 2021; 36(3-4):NP2188-2204NP.
<https://doi.org/10.1177/0886260518757225>
- [61] Thomée S, Malm D, Christianson M, Hurtig AK, Wiklund M, Waenerlund AK, et al. Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services - a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reprod Health*. 2016; 13:147. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0261-6>
- [62] Maquibar A, Vives-Cases C, Hurtig AK, Goicolea I. Professionals' perception of intimate partner violence in young people: A qualitative study in northern Spain. *Reprod Health*. 2017; 14:86. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0348-8>
- [63] Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010 [Workers in primary

- health care and partner violence against women in 2010]. *Rev Esp Salud Publica*. 2012; 86:85-99.
- [64] García-Quinto M, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Goicolea I, Vives-Cases C. Social workers' perspectives on barriers and facilitators in responding to intimate partner violence in primary health care in Spain. *Health Soc Care Community*. 2021; 30(1):102-13. <https://doi.org/10.1111/hsc.13377>
- [65] Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Cases C. Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain [Atributos de atención primaria y respuestas a la violencia de compañero íntimo en España]. *Gac Sanit*. 2017; 31:187-93. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012>
- [66] Colombini M, Dockerty C, Mayhew SH. Barriers and facilitators to integrating health service responses to intimate partner violence in low- and middle-income countries: A comparative health systems and service analysis. *Stud Fam Plann*. 2017; 48(2):179-200. <https://doi.org/10.1111/SIFP.12021>
- [67] García CM, Lechner KE, Frerich EA, Lust KA, Eisenberg ME. Preventing sexual violence instead of just responding to it: Students' perceptions of sexual violence resources on campus. *J Forensic Nurs*. 2012; 8(2):61-71. <https://doi.org/10.1111/J.1939-3938.2011.01130.X>
- [68] Franklin A, Smeaton E. Recognising and responding to young people with learning disabilities who experience, or are at risk of, child sexual exploitation in the UK. *Child Youth Serv Rev*. 2017; 73:474-81. <https://doi.org/10.1016/J.CHILDYOUTH.2016.11.009>
- [69] Anderson GD, Overby R. Barriers in seeking support: Perspectives of service providers who are survivors of sexual violence. *J Community Psychol*. 2020; 48(5):1564-82. <https://doi.org/10.1002/JCOP.22348>
- [70] Martín-Salvador A, Saddiki-Mimoun K, Pérez-Morente MÁ, Álvarez-Serrano MA, Gázquez-López M, Martínez-García E, et al. Dating violence: Idealization of love and romantic myths in Spanish adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(10):5296. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18105296>
- [71] Prospero M, Vohra-Gupta S. The use of mental health services among victims of partner violence on college campuses. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2008; 16(4):376-90. <https://doi.org/10.1080/10926770801926450>
- [72] Mazur A, Brindis CD, Decker MJ. Assessing youth-friendly sexual and reproductive health services: A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18(1):216. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2982-4>
- [73] Robinson SR, Maxwell D, Williams JR. Qualitative, interpretive metasynthesis of women's experiences of intimate partner violence during pregnancy. *J Obstet*

- Gynecol Neonatal Nurs. 2019; 48(6):604-14.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.08.002>
- [74] Ollen EW, Ameral VE, Reed KP, Hines DA. Sexual minority college students' perceptions on dating violence and sexual assault. *J Couns Psychol.* 2017; 64(1):112-9. <https://doi.org/10.1037/COU0000180>
- [75] Voth Schrag R, Hairston D, Brown ML, Wood L. Advocate and survivor perspectives on the role of technology in help seeking and services with emerging adults in higher education. *J Fam Violence.* 2021; 37(1):123-36.
<https://doi.org/10.1007/S10896-021-00279-0>
- [76] Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974; 9(3):208-20. PubMed PMCID: PMC1071804
- [77] Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973; 51(1):95-124. <https://doi.org/10.1111/J.1468-0009.2005.00428.X>
- [78] Andersen R, Kravits J, Anderson OW. The public's view of the crisis in medical care: An impetus for changing delivery systems. *Econ and Bus Bull.* 1971; 24: 44-47.
- [79] Aday LA, Eichhorn RL. The utilization of health services: Indices and correlates. A research bibliography 1972. (report DREW-HSM-73-303). Washington DC: Government Printing Office; 1972.
- [80] Smithman MA, Haggerty J, Gaboury I, Breton M. Improved access to and continuity of primary care after attachment to a family physician: Longitudinal cohort study on centralized waiting lists for unattached patients in Quebec, Canada. *BMC Prim Care.* 2022; 23:238. <https://doi.org/10.1186/S12875-022-01850-4>
- [81] Gaskin DJ, Zare H, McCleary R, Kanwar O, Davis AL. Predictors of unmet dental health needs in US adults in 2018: A cross-sectional analysis. *JDR Clin Trans Res* 2022; 7(4):398-406. <https://doi.org/10.1177/23800844211035669>
- [82] Matlapeng KM, Babatunde GB, Akintola O. Acceptability and accessibility of HIV testing and treatment among men who have sex with men in Botswana. *Afr J AIDS Res.* 2022; 21(3):261-9.
<https://doi.org/10.2989/16085906.2022.2077780>
- [83] Halfon N, Inkelas M, Wood D. Nonfinancial barriers to care for children and youth. *Annu Rev Public Health.* 1995; 16:447-72.
<https://doi.org/10.1146/ANNUREV.PU.16.050195.002311>
- [84] Jones DL, Heflinger CA, Saunders RC. The ecology of adolescent substance abuse service utilization. *Am J Community Psychol.* 2007; 40(3-4):345-58.
<https://doi.org/10.1007/S10464-007-9138-8>

- [85] Krohn J, Bountogo M, Ouermi L, Sie A, Baernighausen T, Harling G. Challenges and achievements in the utilization of the health system among adolescents in a region of Burkina Faso particularly affected by poverty. *BMC Health Serv Res*. 2023; 23:1080. <https://doi.org/10.1186/S12913-023-10052-2>
- [86] Babatunde GB, Akintola O. Beyond access: Can a school health initiative facilitate healthcare services utilisation for school-going children? *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(15):6448. <https://doi.org/10.3390/IJERPH20156448>
- [87] Llop-Gironés A, Vargas Lorenzo I, Garcia-Subirats I, Aller MB, Vázquez Navarrete ML. Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. [Immigrants' access to health care in Spain: A review]. *Rev Esp Salud Publica*. 2014; 88(6):715-34. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272014000600005>
- [88] Vázquez ML, Terraza-Núñez R, S-Hernández S, Vargas I, Bosch L, González A, et al. Are migrants health policies aimed at improving access to quality healthcare? An analysis of Spanish policies. *Health Policy*. 2013; 113(3):236-46. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2013.06.007>
- [89] Briones-Vozmediano E, Castellanos-Torres E, Goicolea I, Vives-Cases C. Challenges to detecting and addressing intimate partner violence among Roma women in Spain: Perspectives of primary care providers. *J Interpers Violence*. 2021; 36(19-20):NP10433-52. <https://doi.org/10.1177/0886260519872299>
- [90] Pujolar G, Oliver-Anglès A, Vargas I, Vázquez ML. Changes in access to health services during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(3):1749. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19031749>
- [91] Lipsky S, Caetano R, Roy-Byrne P. Triple jeopardy: Impact of partner violence perpetration, mental health and substance use on perceived unmet need for mental health care among men. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46:843-52. <https://doi.org/10.1007/S00127-010-0258-3>
- [92] Cheng TC, Lo CC. Racial disparities in intimate partner violence and in seeking help with mental health. *J Interpers Violence* 2015; 30(18):3283-307. <https://doi.org/10.1177/0886260514555011>
- [93] World Health Organization. Making health services adolescent friendly - Developing national quality standards for adolescent friendly health services. Ginebra: World Health Organization; 2012.
- [94] Brittain AW, Loyola Briceno AC, Pazol K, Zapata LB, Decker E, Rollison JM, et al. Youth-friendly family planning services for young people: A systematic review update. *Am J Prev Med*. 2018; 55(5):725-35. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.06.010>

- [95] Ambresin AE, Bennett K, Patton GC, Sanci LA, Sawyer SM. Assessment of youth-friendly health care: A systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *J Adolesc Health*. 2013; 52(6):670-81.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.12.014>
- [96] Geary RS, Gómez-Olivé FX, Kahn K, Tollman S, Norris SA. Barriers to and facilitators of the provision of a youth-friendly health services programme in rural South Africa. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14:259.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-259>
- [97] Goicolea I, Christianson M, Hurtig AK, Marchal B, San Sebastian M, Wiklund M. Searching for best practices of youth friendly services - A study protocol using qualitative comparative analysis in Sweden. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16:321.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1570-8>
- [98] Goicolea I, Aguiló E, Madrid J. ¿Es posible una atención primaria «amigable para las/los jóvenes» en España? [Is youth-friendly primary care feasible in Spain?]. *Gac Sanit*. 2015; 29(4):241-3. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.009>
- [99] Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *Lancet*. 2007; 369(9572):1565-73. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60371-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60371-7)
- [100] Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978; 56(2):295-303. PubMed PMID: 96953.
- [101] World Health Organization. Monitoring equity in access to AIDS treatment programmes: A review of concepts, models, methods and indicators. Ginebra: World Health Organization; 2010.
- [102] Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity: What we know, don't know and need to know. Paper presentado en: First Global Symposium on Health Systems Research. vol. 16; 2010; Montreux, Suiza.
- [103] O'Connell T, Sharkey A. Reaching universal health coverage through district health system strengthening: Using a modified Tanahashi model sub-nationally to attain equitable and effective coverage 2013. *Matern. Newborn Child Heal. Work. Pap. UNICEF Heal. Sect.*, no. 2013.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4115.2248>
- [104] Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med*. 2005; 61(1):97-109.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.055>
- [105] Chopra M, Sharkey A, Dalmiya N, Anthony D, Binkin N. Strategies to improve health coverage and narrow the equity gap in child survival, health, and nutrition. *Lancet*. 2012; 380(9850):1331-40.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61423-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61423-8)

- [106] McCollum R, Taegtmeier M, Otiso L, Mireku M, Muturi N, Martineau T, et al. Healthcare equity analysis: Applying the Tanahashi model of health service coverage to community health systems following devolution in Kenya. *Int J Equity Health*. 2019; 18:65. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0967-5>
- [107] Waiswa P, O'Connell T, Bagenda D, Mullachery P, Mpanga F, Henriksson DK, et al. Community and District Empowerment for Scale-up (CODES): A complex district-level management intervention to improve child survival in Uganda: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016; 17:135. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1241-4>
- [108] Adauiy MH, Angulo LP, Sepúlveda AMJ, Sanhueza XA, Becerra ID, Morales JV. [Health care access barriers and facilitators: A qualitative systematic review]. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(3):223-9. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000300009>
- [109] Sheff MC, Bawah AA, Asuming PO, Kyei P, Kushitor M, Phillips JF, et al. Evaluating health service coverage in Ghana's Volta Region using a modified Tanahashi model. *Glob Health Action*. 2020; 13(1): 1732664. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1732664>
- [110] Briones-Vozmediano E, La Parra D, Vives-Cases C. Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain. *Health Expect*. 2015; 18(6):2994-3006. <https://doi.org/10.1111/HEX.12283>
- [111] Sidamo NB, Hussien S, Shibiru T, Girma M, Shegaze M, Mersha A, et al. Exploring barriers to effective implementation of public health measures for prevention and control of COVID-19 pandemic in gamo zone of Southern Ethiopia: Using a modified Tanahashi model. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021; 14:1219-32. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S297114>
- [112] Henriksson DK, Fredriksson M, Waiswa P, Selling K, Peterson SS. Bottleneck analysis at district level to illustrate gaps within the district health system in Uganda. *Glob Health Action*. 2017; 10(1):1327256. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1327256>
- [113] Chang TY, Liao SC, Chang CM, Wu CS, Huang WL, Hwang JJ, et al. Barriers to depression care among middle-aged and older adults in Taiwan's universal healthcare system. *Lancet Reg Health West Pac*. 2022; 26:100501. <https://doi.org/10.1016/J.LANWPC.2022.100501>
- [114] Saggurti N, Bharat S. Health care coverage among long-distance truckers in India: An evaluation based on the Tanahashi model. *HIV AIDS (Auckl)*. 2015; 7:83-94. <https://doi.org/10.2147/HIV.S76416>
- [115] Chowdhury MAK, Karim F, Hasan MM, Ali NB, Khan ANS, Shahjahan Siraj M, et al. Bottleneck analysis of maternal and newborn health services in hard-to-reach

- areas of Bangladesh using «TANAHASHI» framework’: An explanatory mixed-method study. *PLoS One*. 2022; 17(5):e0268029.
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0268029>
- [116] Montero A, Ramirez-Pereira M, Robledo P, Casas L, Vivaldi L, González D. Main barriers to services linked to voluntary pregnancy termination on three grounds in Chile. *Front Public Health*. 2023; 11:1164049.
<https://doi.org/10.3389/FPUBH.2023.1164049>
- [117] Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promot Educ*. 2007; 14(2 Supl):17-22.
<https://doi.org/10.1177/10253823070140020701X>
- [118] Morgan A, Ziglio E. Foreword. En: Bartley M, editor. *Capability and resilience: beating the odds*. Londres: University College; 2006. p. 2.
- [119] Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int* 1996; 11(1):11-8.
<https://doi.org/10.1093/HEAPRO/11.1.11>
- [120] Kretzmann JP, Mcknight JL. Introduction to «Building Communities from the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community’s Assets». Evanston: Institute for Policy Research; 1993. p. 1-11.
- [121] Pérez-Wilson P, Hernán M, Morgan AR, Mena A. Health assets for adolescents: Opinions from a neighbourhood in Spain. *Health Promot Int*. 2015; 30(3):552-62. <https://doi.org/10.1093/HEAPRO/DAT081>
- [122] Pérez-Marco A, Soares P, Davó-Blanes MC, Vives-Cases C. Identifying types of dating violence and protective factors among adolescents in Spain: A qualitative analysis of Lights4Violence materials. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(7):2443. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17072443>
- [123] Plourde KF, Ippoliti NB, Nanda G, McCarraher DR. Mentoring interventions and the impact of protective assets on the reproductive health of adolescent girls and young women. *J Adolesc Health*. 2017; 61(2):131-9.
<https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2017.03.002>
- [124] Kingon YS, O’Sullivan AL. The family as a protective asset in adolescent development. *J Holist Nurs*. 2001; 19(2):102-21.
<https://doi.org/10.1177/089801010101900202>
- [125] Collier RJ, Kuo AA. Youth development through mentorship: A Los Angeles school-based mentorship program among Latino children. *J Community Health*. 2014; 39(2):316-21. PubMed PMID: 23996576.
- [126] Hernán García M, Lineros González C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales; Revista Fundesfam [Internet]. 2010 [citado 18 de noviembre 2024]; 2:1. Disponible en:

- <http://www.fundesfam.org/REVISTA%20FUNDESFAM%201/007revisiones.htm>
- [127] Pons-Vigués M, Berenguera A, Coma-Auli N, Pombo-Ramos H, March S, Asensio-Martínez A, et al. Health-care users, key community informants and primary health care workers' views on health, health promotion, health assets and deficits: Qualitative study in seven Spanish regions. *Int J Equity Health*. 2017; 16:99. <https://doi.org/10.1186/S12939-017-0590-2>
 - [128] García-Moya I, Moreno C, Braun-Lewensohn O. Neighbourhood perceptions and sense of coherence in adolescence. *J Prim Prev*. 2013; 34:371-9. <https://doi.org/10.1007/S10935-013-0320-5>
 - [129] Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? [Health promotion based on assets: How to work with this perspective in local interventions?]. *Gac Sanit*. 2016; 30(Supl 1):S93-8. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2016.06.004>
 - [130] Sanz-Barbero B, Ayala A, Ieracitano F, Rodríguez-Blázquez C, Bowes N, De Claire K, et al. Effect of the Lights4Violence intervention on the sexism of adolescents in European countries. *BMC Public Health*. 2022; 22(1):547. <https://doi.org/10.1186/S12889-022-12925-3>
 - [131] Vives-Cases C, Davo-Blanes MC, Ferrer-Cascales R, Sanz-Barbero B, Albaladejo-Blázquez N, Sánchez-San Segundo M, et al. Lights4Violence: A quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents. *BMC Public Health*. 2019; 19:389. <https://doi.org/10.1186/S12889-019-6726-0>
 - [132] Evans AE, Sanderson M, Griffin SF, Reininger B, Vincent ML, Parra-Medina D, et al. An exploration of the relationship between youth assets and engagement in risky sexual behaviors. *J Adolesc Health*. 2004; 35(5):424.e21-424.e30. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2004.02.008>
 - [133] Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: A framework and promising approaches. *J Adolesc Health*. 2015; 56(1 Supl):S7-14. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2014.09.011>
 - [134] Oman RF, Vesely SK, Aspy CB. Youth assets and sexual risk behavior: The importance of assets for youth residing in one-parent households. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005; 37(1):25-31. PubMed PMID: 15888400.
 - [135] Wincentak K, Connolly J, Card N. Teen dating violence: A meta-analytic review of prevalence rates. *Psychol Violence*. 2017; 7(2):224-41. <https://doi.org/10.1037/a0040194>

- [136] Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja [Health status and intimate partner violence]. *Gac Sanit.* 2014; 28(2):102-8. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.004>
- [137] Wood L, Voth Schrag R, Busch-Armendariz N. Mental health and academic impacts of intimate partner violence among IHE-attending women. *J Am Coll Health.* 2020; 68(3):286-93. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1546710>
- [138] Hing N, O'mullan C, Mainey L, Nuske E, Breen H, Taylor A. Impacts of male intimate partner violence on women: A life course perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(16):8303. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18168303>
- [139] Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JE. Intimate partner violence and pregnancy: Epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 217(2):141-4. <https://doi.org/10.1016/J.AJOG.2017.05.042>
- [140] Abrahams N, Mhlongo S, Chirwa E, Lombard C, Dunkle K, Seedat S, et al. Rape survivors in South Africa: Analysis of the baseline socio-demographic and health characteristics of a rape cohort. *Glob Health Action.* 2020; 13(1):1834769. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1834769>
- [141] World Health Organization. Violence against women [Internet]. 25 marzo 2024 [citado 18 noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- [142] Bundock K, Chan C, Hewitt O. Adolescents' help-seeking behavior and intentions following adolescent dating violence: A systematic review. *Trauma Violence Abuse.* 2020; 21(2):350-66. <https://doi.org/10.1177/1524838018770412>
- [143] Addington LA. Exploring help seeking patterns for emerging adult victims using the National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. *Violence Against Women.* 2022; 28(5):1188-212. <https://doi.org/10.1177/10778012211014552>
- [144] Lachman P, Zweig J, Dank M, Yahner J. Patterns of help-seeking behavior among victims of teen dating violence and abuse: Variations among boys and girls. *J Sch Health.* 2019; 89(10):791-9. <https://doi.org/10.1111/josh.12816>
- [145] Lichty LF, Gowen LK. Youth response to rape: Rape myths and social support. *J Interpers Violence.* 2021; 36(11-12):5530-57. <https://doi.org/10.1177/0886260518805777>
- [146] Johnston K, Harvey C, Matich P, Page P, Jukka C, Hollins J, et al. Increasing access to sexual health care for rural and regional young people: Similarities and differences in the views of young people and service providers. *Aust J Rural Health.* 2015; 23(5):257-64. <https://doi.org/10.1111/ajr.12186>
- [147] Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G, Escribà-Agüir V, Maroto-Navarro G. Intimate partner violence in women with disabilities: Perception of healthcare and

- attitudes of health professionals. *Disabil Rehabil.* 2018; 40(9):1059-65.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1288273>
- [148] Briones-Vozmediano E, Davó-Blanes MC, García de la Hera M, Goicolea I, Vives-Cases C. Discursos profesionales sobre la violencia del compañero íntimo: implicación en la atención de las mujeres inmigrantes en España [Professional discourses on intimate partner violence: Implication for care of immigrant women in Spain]. *Gac Sanit.* 2016; 30(5):326-32.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.022>
- [149] McGilloway C, Smith D, Galvin R. Barriers faced by adults with intellectual disabilities who experience sexual assault: A systematic review and meta-synthesis. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2020; 33(1):51-66.
<https://doi.org/10.1111/JAR.12445>
- [150] Briones-Vozmediano E, Goicolea I, Ortiz-Barreda GM, Gil-González D, Vives-Cases C. Professionals' perceptions of support resources for battered immigrant women: Chronicle of an anticipated failure. *J Interpers Violence.* 2014; 29(6):1006-27. <https://doi.org/10.1177/0886260513506059>
- [151] Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados [Detection of intimate partner violence in primary care and related factors]. *Gac Sanit.* 2017; 31(5):410-5.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008>
- [152] Montero I, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Talavera M, et al. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: A national study in primary care. *J Epidemiol Community Health* (1978). 2012; 66(4):352-8. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.105759>
- [153] Amstadter AB, Zinzow HM, McCauley JL, Strachan M, Ruggiero KJ, Resnick HS, et al. Prevalence and correlates of service utilization and help seeking in a national college sample of female rape victims. *J Anxiety Disord.* 2010; 24(8):900-2.
<https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2010.06.014>
- [154] Kennedy AC, Adams A, Bybee D, Campbell R, Kubiak SP, Sullivan C. A model of sexually and physically victimized women's process of attaining effective formal help over time: The role of social location, context, and intervention. *Am J Community Psychol.* 2012; 50(1-2):217-28. <https://doi.org/10.1007/S10464-012-9494-X>
- [155] Robinson SR, Ravi K, Voth Schrag RJ. A Systematic review of barriers to formal help seeking for adult survivors of IPV in the United States, 2005-2019. *Trauma Violence Abuse.* 2020; 22(5):1279-95.
<https://doi.org/10.1177/1524838020916254>

- [156] Rutherford KA, Pitetti RD, Zuckerbraun NS, Smola S, Gold MA. Adolescents' perceptions of interpersonal communication, respect, and concern for privacy in an urban tertiary-care pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2010; 26(4):257-73. <https://doi.org/10.1097/pec.0b013e3181d6da09>
- [157] Alonso Benito LE. Sujeto y discurso. El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Delgado JM, Gutiérrez Fernández J, coords. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1995. p. 225-40.
- [158] Blasco Hernández T, Otero García L. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (I). *Nure Investigación* [Internet]. 2008 [citada 18 noviembre 2024]; 33. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/408/399>
- [159] Zarco J, Ramasco Gutiérrez M, Pedraz Marcos A, Palmar Santos AM. *Investigación cualitativa en salud*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2019.
- [160] Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2020/03/14/463>
- [161] Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/06/09/21/con>
- [162] Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/03/29/2/con>
- [163] Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2):105-12. <https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2003.10.001>
- [164] Mayring P. Qualitative content analysis. *Forum Qual Soc Res*. 2000; 1(2):20. <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>
- [165] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706QP063OA>
- [166] Glaser BG, Strauss AL. *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Nueva York: Taylor and Francis; 1999.
- [167] Sandelowski M, Leeman J. Writing usable qualitative health research findings. *Qual Health Res*. 2012; 22(10):1404-13. <https://doi.org/10.1177/1049732312450368>
- [168] Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. *BMJ* 2000; 320(1):114-6. <https://doi.org/10.1136/BMJ.320.7227.114>

-
- [169] Grbich C. Qualitative data analysis: An introduction. vol. 10. Londres: Sage; 2007. <https://doi.org/10.4135/9781529799606.n22>
- [170] Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci.* 2013; 15(3):398-405. <https://doi.org/10.1111/NHS.12048>
- [171] Boyatzis RE. Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. Londres: Sage; 1998.
- [172] Tuckett AG. Applying thematic analysis theory to practice: A researcher's experience. *Contemp Nurse.* 2005; 19(1-2):75-87. <https://doi.org/10.5172/CONU.19.1-2.75>
- [173] Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008; 62(1):107-15. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.2007.04569.X>
- [174] Braun V, Clarke V. Conceptual and Design Thinking for Thematic Analysis. *American Psychological Association.* 2021; 9(1):3-26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- [175] Vives-Cases C, Domínguez Berjón F, Borrell C. Avanzando en las guías de Gaceta Sanitaria: recomendaciones básicas para la publicación de estudios cualitativos. *Gac Sanit.* 2013; 27(4):290-1. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2013.03.010>
- [176] Guba EG. Criterios de credibilidad en la investigación naturalista [Criteria for Assessing the truthworthiness of naturalistic inquiries]. En Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez, editores. *La enseñanza: su teoría y su práctica.* Madrid: Akal; 1989. p. 148-65.
- [177] Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice. 4.^a ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2014.
- [178] Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan.* 2012; 12(3):263-74.
- [179] Denzin NK, Lincoln Yvonna S. *The SAGE Handbook of Qualitative Research.* 4.^a ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
- [180] Guba EG, Lincoln YS. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa [Competing Paradigms in Qualitative Research]. En Denman CA, Haro JA, compiladores. *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social.* Sonora: El Colegio de Sonora; 2002. p. 113-45.
- [181] Johnson JL, Adkins D, Chauvin S. A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *Am J Pharm Educ.* 2020; 84(1):138-46. <https://doi.org/10.5688/AJPE7120>
- [182] Arias Valencia MM, Giraldo Mora V. El rigor científico en la investigación cualitativa [Scientific rigor in qualitative research]. *Invest Educ Enferm* 2011; 29(3):500-14. <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.5248>

- [183] Rojas Bravo X, Osorio Acosta BE. Criterios de calidad y rigor en la metodología cualitativa [Quality and rigor criteria in the qualitative methodology]. *Gaceta Pedagógica*. 2017; 36:63-75. <https://doi.org/10.56219/rgp.vi36.566>
- [184] Leininger M. Evaluation criteria and critique of qualitative research studies. Morse JM, editor. *Critical issues in qualitative research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage. p. 95-115.
- [185] Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med*. 2003; 34(3):164-7. <https://doi.org/10.25100/cm.v34i.3.269>
- [186] Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *Int J Qual Methods*. 2002; 1(2):13-22. <https://doi.org/10.1177/160940690200100202>
- [187] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZM042>
- [188] O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014; 89(9):1245-51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- [189] Bonilla-Algovia E, Rivas-Rivero E, Pascual Gómez I. Myths of romantic love in adolescents: Relationship with sexism and other variables from socialization. *Educacion XX1*. 2021; 24(2):441-64. <https://doi.org/10.5944/educxx1.28514>
- [190] Ruiz-Palomino E, Ballester-Arnal R, Giménez-García C, Gil-Llario MD. Influence of beliefs about romantic love on the justification of abusive behaviors among early adolescents. *J Adolesc*. 2021; 92(1):126-36. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2021.09.001>
- [191] Sanz-Barbero B, López Pereira P, Barrio G, Vives-Cases C. Intimate partner violence against young women: Prevalence and associated factors in Europe. *J Epidemiol Community Health*. (1978) 2018; 72(7):611-6. <https://doi.org/10.1136/JECH-2017-209701>
- [192] Ruuskanen M. The "Good Battered Woman": A silenced defendant. En: Nousiainen K, Gunnarsson Å, Niemi-Kiesiläinen J, Lundström K, editores. *Responsible selves. Women in the Nordic legal culture*. Aldershot: Ashgate; 2018. p. 311-329.
- [193] Donne MD, DeLuca J, Pleskach P, Bromson C, Mosley MP, Perez ET, et al. Barriers to and facilitators of help-seeking behavior among men who experience sexual violence. *Am J Mens Health*. 2018; 12(2):189-201. <https://doi.org/10.1177/1557988317740665>
- [194] Avery-Leaf S, Cascardi M, O'leary KD, Cano A. Efficacy of a dating violence prevention program on attitudes justifying aggression curriculum evaluation

- dating violence prevention program attitude change adolescents. *J Adolesc Health*. 1997; 21(1):11-7. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(96\)00309-6](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(96)00309-6)
- [195] Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Linder GF, Benefield T, Suchindran C. Assessing the long-term effects of the safe dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *Am J Public Health*. 2004; 94(4):619-24. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.4.619>
- [196] Racionero-Plaza S, Ugalde L, Merodio G, Gutiérrez-Fernández N. «Architects of their own brain.» Social Impact of an intervention study for the prevention of gender-based violence in adolescence. *Front Psychol*. 2020; 10:3070. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.03070>
- [197] Fox CL, Hale R, Gadd D. Domestic abuse prevention education: Listening to the views of young people. *Sex Educ*. 2014; 14(1):28-41. <https://doi.org/10.1080/14681811.2013.816949>
- [198] Venegas M. Educar las relaciones afectivosexuales, prevenir las diferentes formas de violencia de género [To educate sexual-affective relationships, to prevent the different kinds of gender violence]. *Glob Soc Work*. 2010; 1(2):162-82. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v1i2.909>
- [199] Fernández-Fuertes AA, Fernández-Rouco N, Lázaro-Visa S, Gómez-Pérez E. Myths about sexual aggression, sexual assertiveness and sexual violence in adolescent romantic relationships. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(23):8744. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17238744>
- [200] Hust SJT, Rodgers KB, Ebreo S, Stefani W. Rape myth acceptance, efficacy, and heterosexual scripts in men's magazines: Factors associated with intentions to sexually coerce or intervene. *J Interpers Violence*. 2019; 34(8):1703-33. <https://doi.org/10.1177/0886260516653752>
- [201] Ferrer-Pérez VA, Delgado-Álvarez C, Sánchez-Prada A, Bosch-Fiol E, Ferreiro-Basurto V. Street sexual harassment: Experiences and attitudes among young Spanish people. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(19):10375. <https://doi.org/10.3390/IJERPH181910375>
- [202] Myers B, Carney T, Browne FA, Wechsberg WM. Development of a trauma-informed substance use and sexual risk reduction intervention for young South African women. *Patient Prefer Adherence*. 2018; 12:1997-2006. <https://doi.org/10.2147/PPA.S175852>
- [203] Myers B, Carney T, Browne FA, Wechsberg WM. A trauma-informed substance use and sexual risk reduction intervention for young South African women: A mixed-methods feasibility study. *BMJ Open*. 2019; 9(2):e024776. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-024776>

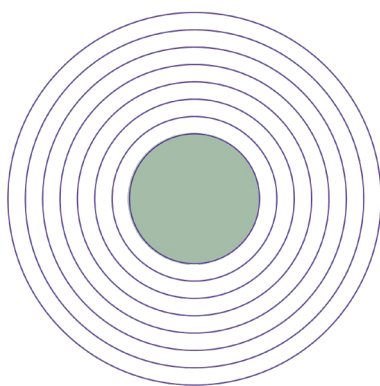
- [204] Page RL, Montalvo-Liendo N, Nava A, Chilton J. «Now my eyes are open»: Latina women's experiences in long-term support groups for intimate partner violence survivors. *Int J Ment Health Nurs*. 2021; 30(3):713-21.
<https://doi.org/10.1111/INM.12840>
- [205] Castellanos-Torres E, Caballero Pérez I. La violencia contra las mujeres con discapacidad en tiempos de COVID-19 y experiencias grupales de sororidad online [Violence against women with disabilities in times of COVID-19 and experiences of sisterhood online groups]. *REDIS*. 2020; 8(2):211-21.
<https://doi.org/10.5569/2340-5104.08.02.10>
- [206] Gregory A, Johnson E, Feder G, Campbell J, Konya J, Perôt C. Perceptions of peer support for victim-survivors of sexual violence and abuse: An exploratory study with key stakeholders. *J Interpers Violence*. 2022; 37(15-16):NP1436-65.
<https://doi.org/10.1177/08862605211007931>
- [207] Brown KL, Reisig MD. Procedural injustice, police legitimacy, and officer gender: A vignette-based test of the invariance thesis. *Behav Sci Law*. 2019; 37(6):696-710.
<https://doi.org/10.1002/BSL.2439>
- [208] Sivasubramaniam D, Burke KC, Saulnier A, Szabo R, Agius EJ. International perspectives on procedural justice: Trust and respect matter even when body-worn cameras are present. *Law Hum Behav* 2021; 45(5):440-55.
<https://doi.org/10.1037/lhb0000454>
- [209] Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria [Gender violence: Knowledge and attitudes of nurses in Primary Care]. *Aten Primaria*. 2016; 48(10):623-31. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>
- [210] Baltag V, Mathieson A, World Health Organization. Youth-friendly health policies and services in the European region: Sharing experiences. Ginebra: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2010.
- [211] Sheikh K, Ranson MK, Gilson L. Explorations on people centredness in health systems. *Health Policy Plan*. 2014; 29(Supl 2):ii1-ii5.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czu082>
- [212] Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Ginebra: World Health Organization; 2010.
- [213] Montero I, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Talavera M, et al. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: A national study in primary care. *J Epidemiol Community Health* (1978). 2012; 66:352-8. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.105759>

- [214] Wuest J, Merritt-Gray M, Lent B, Varcoe C, Connors AJ, Ford-Gilboe M. Patterns of medication use among women survivors of intimate partner violence. *Can J Public Health*. 2007; 98(6):460-4. <https://doi.org/10.1007/BF03405439>
- [215] Consejería de Políticas Sociales y Familia. Estrategia madrileña contra la violencia de género 2016/2021. [Madrid Strategy against gender violence]. 2016. Madrid: Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid.
- [216] Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: Lessons from practice. *The Lancet*. 2015; 385(9978):1672-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61797-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61797-9)
- [217] Weller M, Hope L, Sheridan L. Police and public perceptions of stalking: The role of prior victim-offender relation. *J Interpers Violence*. 2012; 28(2):320-39. <https://doi.org/10.1177/0886260512454718>
- [218] Cohn AM, Zinzow HM, Resnick HS, Kilpatrick DG. Correlates of reasons for not reporting rape to police: Results from a national telephone household probability sample of women with forcible or drug-or-alcohol facilitated/incapacitated rape. *J Interpers Violence*. 2013; 28(3):455-73. <https://doi.org/10.1177/0886260512455515>
- [219] Cornelius TL, Sullivan KT, Wyngarden N, Milliken JC. Participation in prevention programs for dating violence: Beliefs about relationship violence and intention to participate. *J Interpers Violence*. 2009; 24(6):1057-78. <https://doi.org/10.1177/0886260508319363>
- [220] Hickman LJ, Jaycox LH, Aronoff J. Dating violence among adolescents: Prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. *Trauma Violence Abuse*. 2004; 5(2):123-42. <https://doi.org/10.1177/1524838003262332>
- [221] Zapata-Calvente AL, Megías JL, Velasco C, Caño A, Khan KS, Rubio L, et al. Screening for intimate partner violence during pregnancy: A test accuracy study. *Eur J Public Health*. 2022; 32(3): 429-435. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKAC009>
- [222] Wolfe DA, Crooks C, Jaffe P, Chiodo D, Hughes R, Ellis W, et al. A school-based program to prevent adolescent dating violence: A cluster randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009; 163(8):692-9. <https://doi.org/10.1001/ARCHPEDIATRICS.2009.69>
- [223] Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Suchindran C, Benefield T, Linder GF. Assessing the effects of the dating violence prevention program “safe dates” using random coefficient regression modeling. *Prev Sci*. 2005; 6(3):245-58. <https://doi.org/10.1007/S11121-005-0007-0>
- [224] Pérez-Martínez V, Sanz-Barbero B, Ferrer-Cascales R, Bowes N, Ayala A, Sánchez-SanSegundo M, et al. Evaluation of the Lights4Violence program: Reduction in

- machismo and acceptance of violence among adolescents in Europe. *BMC Public Health*. 2022; 22(1):426. <https://doi.org/10.1186/S12889-022-12770-4>
- [225] Morgan AR, Rivera F, Moreno C, Haglund BJA. Does social capital travel? Influences on the life satisfaction of young people living in England and Spain. *BMC Public Health*. 2012; 12(1):138. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-138>
- [226] Mmari K, Sabherwal S. A review of risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health in developing countries: An update. *J Adolesc Health*. 2013; 53(5):562-72. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2013.07.018>
- [227] Malhotra K, González-Guarda RM, Mitchell EM. A review of teen dating violence prevention research: What about Hispanic youth? *Trauma Violence Abuse*. 2015; 16(4):444-65. <https://doi.org/10.1177/1524838014537903>
- [228] Mulford C, Giordano P. Teen dating violence: A closer look at adolescent romantic relationships [Internet]. National Institute of Justice 2008 [citado 13 noviembre 2024]; 261:31-40. Disponible en: <https://nij.ojp.gov/topics/articles/teen-dating-violence-closer-look-adolescent-romantic-relationships>
- [229] Fulkerson JA, Story M, Mellin A, Leffert N, Neumark-Sztainer D, French SA. Family dinner meal frequency and adolescent development: Relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *J Adolesc Health*. 2006; 39(3):337-45. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.026>
- [230] McMahon S, Postmus JL, Koenick RA. Conceptualizing the engaging bystander approach to sexual violence prevention on college campuses. *J Coll Stud Dev*. 2011; 52(1):115-30. <https://doi.org/10.1353/CSD.2011.0002>
- [231] Weisz AN, Tolman RM, Callahan MR, Saunders DG, Black BM. Informal helpers' responses when adolescents tell them about dating violence or romantic relationship problems. *J Adolesc*. 2007; 30(5):853-68. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2006.09.004>
- [232] Banyard V, Potter SJ, Cares AC, Williams LM, Moynihan MM, Stapleton JG. Multiple sexual violence prevention tools: Doses and boosters. *J Aggress Confl Peace Res*. 2018; 10(2):145-55. <https://doi.org/10.1108/JACPR-05-2017-0287>
- [233] McMahon S, Peterson NA, Winter SC, Palmer JE, Postmus JL, Koenick RA. Predicting bystander behavior to prevent sexual assault on college campuses: The role of self-efficacy and intent. *Am J Community Psychol*. 2015; 56(1-2):46-56. <https://doi.org/10.1007/S10464-015-9740-0>
- [234] Berkowitz R, Benbenishty R. Perceptions of teachers' support, safety, and absence from school because of fear among victims, bullies, and bully-victims. *Am J*

- Orthopsychiatry. 2012; 82(1):67-74. <https://doi.org/10.1111/J.1939-0025.2011.01132.X>
- [235] Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: Emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health*. 2015; 56(1 Supl):S42-50. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2014.08.012>
- [236] Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2023/02/28/1/con>
- [237] Gupta S, Leung IS. Turning good practice into institutional mechanisms: Investing in grassroots women's leadership to scale up local implementation of the Hyogo Framework for Action An in-depth study for the HFA Mid-Term Review [Internet]. Brooklyn, NY: Huairou Commission and Groots International; 2011 [citado 18 noviembre 2024]. Disponible en: https://www.preventionweb.net/files/18197_201guptaandleung.theroleofwome nasaf.pdf
- [238] Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018 [Incorporation of the gender perspective in community health. SESPAS Report 2018]. *Gac Sanit*. 2018; 32(Supl 1):92-7. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2018.07.006>
- [239] Cénat JM, Smith K, Morse C, Derivois D. Sexual victimization, PTSD, depression, and social support among women survivors of the 2010 earthquake in Haiti: A moderated moderation model. *Psychol Med*. 2020; 50(15):2587-98. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002757>
- [240] Fuller-Thomson E, Lacombe-Duncan A, Goodman D, Fallon B, Brennenstuhl S. From surviving to thriving: Factors associated with complete mental health among childhood sexual abuse survivors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2020; 55:735-44. <https://doi.org/10.1007/S00127-019-01767-X>
- [241] Machisa MT, Christofides N, Jewkes R. Social support factors associated with psychological resilience among women survivors of intimate partner violence in Gauteng, South Africa. *Glob Health Action*. 2018; 11(Supl 3):1491114. <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1491114>
- [242] Konya J, Perôt C, Pitt K, Johnson E, Gregory A, Brown E, et al. Peer-led groups for survivors of sexual abuse and assault: A systematic review. *J Ment Health* [Internet]. 2020 [citado 18 noviembre 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1770206>

Anexos



Anexo 1. Artículos originales en inglés y su material suplementario

Anexo 1.1. Artículo 1. Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives

[«Accesibilidad de los servicios relacionados con la violencia de pareja para mujeres jóvenes en España. Estudio cualitativo sobre las perspectivas de profesionales»]

Laura Otero-García, Eva Durán-Martín, Esther Castellanos-Torres, Belén Sanz-Barbero, Carmen Vives-Cases

RESEARCH ARTICLE

Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives

Laura Otero-García^{1,2,3}, Eva Durán-Martín^{4*}, Esther Castellanos-Torres^{5,6}, Belén Sanz-Barbero^{2,3}, Carmen Vives-Cases^{2,5}



1 Nursing Department, Faculty of Medicine, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, Spain, **2** CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Madrid, Spain, **3** National School of Public Health, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain, **4** International Doctoral School of the Universidad Nacional de Educación a Distancia and the Joint Research Institute of the National School of Health (UNED- IMIENS), Madrid, Spain, **5** Public Health Research Group, Department of Community Nursing, Preventive Medicine and Public Health an History of Science, University of Alicante, Alicante, Spain, **6** Department of Social Sciences, University Carlos III, Madrid, Spain

* eduran121@alumno.uned.es

OPEN ACCESS

Citation: Otero-García L, Durán-Martín E, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C (2024) Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives. PLoS ONE 19(4): e0297886. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297886>

Editor: Garumma Tolu Feyissa, Drexel University, UNITED STATES

Received: January 21, 2022

Accepted: January 3, 2024

Published: April 4, 2024

Copyright: © 2024 Otero-García et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: The minimal data supporting the findings of this study are available within the manuscript and its [Supporting Information](#) files. However, due to ethical restrictions concerning the sensitive nature of the topic addressed - intimate partner violence (IPV) - we are unable to release verbatim transcripts data from semi-structured interviews. This decision is in accordance with the guidelines set forth by the Ethics Committee of the Instituto de Salud Carlos III (CEIPI612020-v3). Requests for access to this

Abstract

Introduction

Intimate partner violence (IPV) is common among young people, but the use of IPV resources among young adult women and teenagers is limited. This study aims to analyze professionals' perceptions about the main barriers and facilitators encountered by young women (16–29 years old) exposed to intimate partner violence (IPV) when accessing formal services in Spain.

Methods

Qualitative study based on 17 in depth interviews carried out in 2019 with professionals who manage resources for IPV care in Madrid (Spain) from different sectors (social services, health care, security forces, women or youth issues offices, associations). A qualitative content analysis was conducted.

Results

The professionals interviewed perceive the following barriers: 1) Time it takes for young women to recognize IPV because the social construction of sexual-affective relationships is permeated by gender inequality; 2) The process of leaving a situation of abuse; 3) Barriers inherent to IPV services. The key aspects to improve access to these resources are related to care services, professional practice, and the young women themselves.

restricted data may be considered on a case-by-case basis, subject to approval by the ethics committee. For inquiries regarding access to restricted data, please contact the Instituto de Salud Carlos III (Address: Calle Avenida Monforte de Lemos 5, 28029 Madrid, Spain; email: cei@isciii.es).

Funding: This study has been funded by the Health Institute Carlos III. Project reference: PI17CIII/00022. The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interest exist.

Conclusions

There are both psychosocial barriers, derived from the process of leaving a situation of violence, as well as structural barriers for young women to access and properly use the recognized services specifically aimed at them or comprehensive IPV care. Services need to be tailored to the needs of young women so they can be truly effective in order to escape IPV.

Introduction

Intimate partner violence (IPV) is recognized by the World Health Organization (WHO) as one of the most common forms of violence against women. It includes behaviors from an intimate partner or ex-partner that cause physical, sexual and/or psychological harm, including physical aggression, emotional abuse, control and economic IPV practices and sexual coercion [1]. IPV and/or sexual violence is considered a public health problem that has short, medium, and long-term impacts on the physical and mental health of women exposed to this type of violence [2–6]. It also has negative effects on children's physical and mental well-being [1]. Strategies should be found to improve access to services for young women experiencing IPV and provide them with the skills and support to leave violent relationships, thus preventing its consequences [7].

In recent years, dating violence among teens and young people has been the focus of research both in Spain and all over the world [8–11], and differences have been found between teen dating violence and IPV occurring in adult couples. The data in Spain reflect a higher prevalence of physical and sexual IPV in young women (aged 16–29) compared to adults (aged 30–49) [12]. In addition, within the types of psychological violence, controlling violence is the most reported by young women when compared to adults and older women (aged over 50). However, adult and older women experience psychological and emotional violence more often than younger women [12].

In Spain, there are specialised and non-specialised IPV services which are delivered both in specialist IPV units and community health services. Different care services have been made available, such as: police and security assistance, legal assistance and guidance, comprehensive health and social care, both in primary care and in specialized care, as well as other services provided by feminist associations and women's care centers [13, 14]. A cross-sectional study shows that formal services have been used to a lesser extent by young women, in this case only 41% when compared to 51% and 48% by adult or older women, respectively. Formal psychology/psychiatry services were the most used by all women, young (27.4%), adult (33.6%) and older women (29.3%). However, legal and/or social services were the least used by young women, 9–10% compared to 12–19% in adult and older women, respectively [15]. Previously published studies show how young women face a series of barriers in accessing formal services, which could explain the aforementioned data. In Spain, these barriers include the normalisation among young people of violence within dating relationships, and the limited training of professionals to deal with this problem in young women [16–19]. Other international studies also reflect a lack of training, as well as awareness of IPV among professionals, and highlight the limited information on available resources [20, 21]. Furthermore, a study in Sweden reflects the barriers caused by the lack of adaptation of resources to young people [21].

In a similar sense to what is observed in young women, those who face IPV in other vulnerable contexts also suffer from differences in accessing resources. Older women with a low socioeconomic status seek fewer formal services and report violence less. Some studies show

that this may be due to older women being more economically dependent [15, 22]. In Spain, young and old immigrant women, as well as Roma women, also use formal services less frequently [23, 24]. In a mixed-method study, women with disabilities barely use formal resources at all due to the lack of universal access, as they are not adapted to their own needs. This also occurs in other areas in a society marked by ableism [25].

Previous articles highlight the scarcity of studies regarding access to resources for young women victims of IPV. Taking into account the perspective of professionals' who work in these kinds of services, allows us to assess the situation of young women and their difficulties in accessing these services. Thus, this study aims to analyze professionals' perceptions about the main barriers and facilitators encountered by young women (16–29 years old) exposed to IPV when accessing formal services in Spain.

Methods

Study design

This study is part of the research project "Intimate partner violence in young people in Spain: Epidemiology, impact on health, accessibility and use of health and social care services for IPV". The study was carried out in the Region of Madrid in 2019 and has a qualitative design using semi-structured interviews with 17 professionals. The COREQ Checklist for reporting qualitative research was used and is attached as supporting information (S1 Table).

In order to design a heterogeneous sample, the authors ECT and BSB established the following criteria. Firstly, the interviewees needed to be professionals in the field of IPV intervention. Secondly, selected professionals worked in different care areas (nursing, social work, psychology, police forces, public administration workers, etc), and thirdly, they belonged to different administration levels (state, regional, municipal, community) so that the sample had a variety of administrations levels represented.

Purposeful sampling was used, identifying a series of key informants. The strategy for the identification, selection and recruitment of participants was as follows: ECT proposed the selection of participants based on their contacts in the community and professional field as an equality agent, which was discussed among all the authors and new potential informants were included to complete the sample. [Equality agent is a qualified professional figure in the field of equality policies and violence against women]. ECT first contacted the 17 potential professionals by telephone, and when they agreed to participate in the study they were formally invited via an email. This email contextualized the study and explained the aim of the interview. All professionals finally accepted to participate. Once they agreed to participate, a face-to-face individual interview was conducted by the interviewer in the workplace of the interviewees. In one exceptional case, two professionals with ECT were present in the interview. The 17 professionals (14 women and 3 men) had a varied background and professional experience and included nurses, a psychiatrist, professionals from the state security forces, psychologists, social workers and those responsible for youth centers or gender violence. These professionals worked at one of the four administrative levels required (state, regional, municipal and community).

Data collection

Before conducting the semi-structured interviews, the interview script was drafted to include topics related to the perception of the current situation of IPV in young women, its approach from the professional practice perspective, difficulties and facilitators in accessing IPV resources and proposals for improvement (see S2 Table). In this study, when we refer to young women, they are those aged 16–29 years old who have been previously identified as belonging

to a violence-related risk group in our previous study [12]. This script was elaborated and discussed by all authors before being validated by the research team. A pilot test was not conducted, but the first two interviews were used to check fluidity among the questions in each section, and the results from this check were taken into account for the remaining interviews. All interviews were audio recorded and field notes were taken. In addition, the interviewer (ECT) also recorded her experience and perceptions of the interview. The interviews lasted between 45 and 90 minutes, with an average of 1 hour. One interview had to be repeated due to a problem with the recording. When the last interviews did not generate additional information, it was considered that data saturation had been reached. The field work was carried out between March and July 2019.

Ethical considerations

Each professional was given an informed consent form, where the objectives of the study were explained, as well as the reasons for the interview. Their anonymity and confidentiality of the opinions they expressed was guaranteed and all participants signed a consent form. Furthermore, they were assured that their participation was voluntary and that they could withdraw at any time during the interviews without having to provide any explanation. The project was approved by the Ethics Committee of the Carlos III Health Institute (CEIPI612020-v3).

Data analysis

Once all the information was collected, each interview was transcribed verbatim. After reading each interview, ECT carried out a pre-analysis (with support from LOG) to organize the information according to the different dimensions of the interview script (related to the objectives of the research) and identify patterns. ECT then gave an initial coding to each interview's dimensions based on a detailed reading, following the qualitative content analysis approach [26, 27]. The codes were then grouped into categories according to similarities, following the inductive approach of content analysis. The initial results were refined until completed and these findings were placed in the context of similar literature. This was done by the rest of the authors (LOG, BSB, EDM, CVC) In this way the research data was properly triangulated.

Reflexivity

The team members have experience in qualitative in IPV, public health and gender research. This experience may influence in theoretical frameworks of this study in the factors influencing women's access to IPV-related services. These factors have been previously applied to the topic of gender inequalities in the access to health services. Moreover, this experience was important for the study design, sample selection and data collection. In order to ensure trustworthiness, the results were critically reviewed by all authors, verbatim quotations were used and data saturation was reached. In addition, a qualitative content analysis was conducted because of its inductive approach, i.e., it is based on the data, and allowed the impact of the researchers on the results to be minimized. This facilitated categories to be formed from the similarity between codes, rather than fitting the data to predefined patterns or themes, or a pre-established theoretical model.

Results

The professionals (see Table 1) have identified three types of barriers that affect young women and hinder their access to formal resources related to IPV. On the other hand, the professionals identify certain key aspects that could improve these barriers.

Table 1. Characteristics of the professionals interviewed.

Number of interviews	Sex	Area or professional profile		ID	Scope of action
2	M	Professionals of state security forces in charge of the IPV Surveillance Register at police level.	Psychology	MP12	State
			Master's in Criminology. Specialist in Forensic Psychology		
			Social Work	MP16	
2	F	Nurses	Responsible for IPV in a health center	WP13	Regional/ Municipal
			Management in a health center	WP3	
1	F	Psychiatrist in a mental health center		WP10	Regional/ Municipal
3	F	Psychologists	in a specific service of sexual violence	WP15	Regional/ Community
			in a specific service of youth violence	WP14	Regional/ Community
			Psychologist of a feminist association	WP7	Community
1	F	Social worker and psychologist in a specific IPV center.		WP4	Municipal
4	F	Social workers	in a specific IPV center and social anthropology trained	WP9	Regional / Community
				WP5	Municipal
			in a local corporation	WP1	Municipal
			in a mental health center	WP11	Regional/ Municipal
2	F	Responsible for the youth area in a local corporation		WP2	Municipal
				WP6	Municipal
1	F	Director of an entity related to IPV in the tertiary sector trained in psychology and social work.		WP8	Community

F = Female. M = Male; MP = Professional man. WP = Professional Woman.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297886.t001>

Barriers related to the gender socialization of young women and the process of leaving a situation of violence

A) Barriers related to the socialization process of women in gender. In Spain, professionals state that normalizing violence in intimate relationships is based on gender socialization. In this sense, they believe there are certain practices associated with control and/or emotional psychological violence that young women do not identify as IPV. There are myths about love that are harmful to couples, but are normalized in music, films and television series, for example, expressions of “love” that justify jealousy, emotional dependence, lack of autonomy, etc. Professionals report that this legitimization of IPV is reinforced by the illusion of current equality, in which, despite the formal equality of rights for women and men, inequality in daily practices continues to exist. For instance, they may think that IPV is something from the past, when the women had fewer rights and were dependent on their husbands. Now that they have “equality” and are independent women, it cannot happen to them.

“Violence has been normalized in daily relationships (. . .) the music they listen to, the series they watch, Twilight . . . This doesn't help at all to detect situations that put them at risk” (MP16).

“They think it's not going to happen to them or that they're in a situation of equality and boys aren't like that anymore. [. . .] Thinking it won't happen to me is one of the irrational ideas” (WP7).

Health care professionals declare that only when there is physical abuse do young women clearly identify it as IPV, and this is when they seek help.

“Most of the times they access the services when there is significant physical violence. Women come with physical injuries or with severe anxiety crises because they have been physically abused” (WP13).

Likewise, one of the social worker’s interviewed reports that there is a social denial of IPV. This denial is cultural and is associated with a patriarchal ideology where violence is an individual issue, not a structural one, and thus, should be treated as a “couple’s conflict”. In other words, it is a problem created by some women and does not exist or affect society. This barrier of ideological nature, or occurring as a result of a patriarchal reaction, makes identifying violence itself a problem, as some behaviours are socially accepted.

“(. . .) we also have an ideological barrier in our work (. . .) this is something four crazy women want to bring up as a subject that isn’t a problem, that isn’t real [irony]. This is what’s said on the street, and it generates a lot of friction in our interventions. It’s difficult to make them understand listen, what’s happening to your daughter is real (. . .)” (WP5).

B) Barriers derived from the process itself of leaving a situation of IPV. From the point of view of the interviewed professionals, young women also face different fears derived from the process of leaving a situation of violence. First of all, they do not know what resources are available, or what the established protocols are in this sense. Secondly, they are frightened about the possible response of their families, loneliness, and loss of friends. They fear rejection, stigmatization or that people will believe they are not telling the truth. In addition, the process of leaving will depend on the type of violence the young woman has suffered. For example, physical violence is easier to identify and seek help for than psychological violence. In this sense, the professionals point out that, in a situation of sexual violence, young women do not know where to go or what they will find:

“They don’t know about any resources, they have run out of friends; my parents are going to find out (. . .), Well, and if it’s a beating, it’s an examination, file a complaint with the police, with the doctor when he explores her [physical examination]. If there’s been a sexual assault, collection of samples, notify the coroner. [In Spain, laboratory samples and evidence for the judicial process must be collected by a coroner and sent to the court. Therefore, gynecologists and coroners are involved]. Access the resources (. . .) above all, it’s ignorance because they don’t know what they have to do” (WP11).

“Fear, eh (. . .) because of what they’re going to find, they think that they may have to report it (. . .). It’s an optional thing, that we’ll respect their decision there are lots of people who don’t call because they aren’t sure” (WP6).

Another perceived barrier is the psycho-emotional situation of young women and their ability to talk about the situation of violence and leave it.

“And obviously their own barriers, their defences, that the girl feels it’s really the right time to get help and propose a therapeutic process” (WP14).

For psychologists, another barrier inherent to young underage girls is their legal situation. As they are minors, under 18 years of age, they depend on their parents' authorization or, in their absence, of their guardians, to use the service:

"I'm 14 years old, I want to start therapy, my mother completely agrees but my father doesn't sign to allow it (. . .), the difficulty of having to have an authorization is there" (WP15).

In the case of teenagers under the age of 16, the signature from both parents is required in order to receive care" (WP14).

Barriers related to professionals working in resources against IPV

Another of the difficulties that informants find hinder access to these services is the lack of detection due to insufficient specific professional training, both in equality, gender perspective and specifically in IPV in adolescent and young women.

"Training in violence for health professionals is scarce and, above all, there's no training on gender perspective, nor on equality or training on access to resources for women to which they can be referred" (WP13).

In addition, stereotypes play an important role in professionals who are working with young and adolescent women. Some believe and perpetuate these stereotypes, observing a certain permissiveness regarding conflictive situations related to the developmental period of adolescence and youth.

"I think it is minimized a lot in young girls (. . .). you're still very young (. . .) adolescents are like that, it's known that boys drink alcohol and you know. . . first relationships aren't very stable (. . .) from the age of 13, well, come on. . . he's been a rebel (. . .) when he's 18, it'll be over. . . and so, the violence we see there, especially sexual violence from the age of 14 when they begin relationships until the age of 16–18, is worked on very little or not at all" (WP13).

Some professionals believe training in gender issues is not valued. Specifically, there are hardly any professionals with specific training to address sexual violence. From the point of view of the professionals, this means that young women who wish to get help and use the resources available do not receive quality care, and are even sometimes questioned by the professionals, thus leading to secondary victimization.

"Sexual violence, this isn't discussed and there are no trained professionals. So, well, if you're not trained, you're encouraging this to continue. Reactions of: "Well, girl, it wasn't so bad because there was no penetration" or very revictimizing situations such as: "Hire a detective" [private detective to investigate the victim after the assault to see if they are getting on with their life] or the fright of sexual violence that generates fear, generates doubts, horror, disgust, for this first denial of "it can't be happening to me" but not only to the victim, but also to those who listen" (WP15).

This secondary victimization can cause them anxiety and may even lead them to question their decision to get away from the violence.

" . . . you have to keep telling the story, to each professional you go to, repeat the same thing over and over again. So, many times, when thinking about it or acting you have to take this into account" (WP11).

Structural barriers within the resources available to tackle IPV against women

Structural barriers identified by practitioners will be presented (see Table 2).

One barrier identified by the professionals in a specific service of youth violence is that there are no IPV resources adapted to young women. The perception of the interviewees is that the services are designed for adult women. Young women seek these resources because they are pushed to do so by their relatives, friends or because a complaint has already been filed.

“The question is whether they feel identified or not [with the adult battered women who come to the services]. Hey, some of the girls who come through here come from care services for adult women, where they haven’t felt so identified enough [to seek help and support independently to meet their needs following the violence they have suffered]” (WP14).

Likewise, the professionals point out that the name of the service itself can alienate young women.

“In other words, the structure of the service itself is not designed for young people (...). And on top of that, the name should also be looked at because it doesn’t help (...) there are people who don’t want to go to a place with the word victim in the name” (WP9).

In addition, they are designed with a very specific user-care profile in mind, which is one of a middle-aged woman. Thus, it does not consider the intersectionality of other situations of oppression or discrimination women are experiencing.

“Formal resources aren’t adapted to anyone who falls outside the average Spanish woman category (...) older women don’t come, women with mental health problems don’t come, other women with whatever don’t come... or when they do, they aren’t treated because the services aren’t prepared (...) intersectionality is lacking. Resources are not ready” (WP9).

At the same time, professionals mention that most IPV resources are found within social services, which is far from what a young girl imagines is the type of help she needs. There is a traditional image of what social care interventions are, but this image is far from the type of work carried out for IPV.

“They basically don’t go, in general, because the municipal services aren’t normally located next to the youth centres, the usual thing is a social services centre, which makes it very difficult, so to speak, to give a friendly image to young girls” (WP8).

Table 2. Structural resource barriers to respond to young women experiencing IPV.

Structural resource barriers
• Services not adapted to the young age group. • Non-identification with IPV “victim” resources. • Lack of intersectionality in attention (migrant women, young women, disabled women, other ethnic groups, etc.). • Unattractive and confusing locations of IPV resources for young people (e.g. social services). • Lack of availability of specialized IPV services for young people. • Problems of geographic access. • Lack of confidentiality of services in rural areas. • Lack of diffusion and real contact of IPV services with young people. • Limited human, material and financial resources. • Unfriendly and insecure spaces.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297886.t002>

On the other hand, in small municipalities (in rural areas) social services are found together with other municipal services. This can lead to people not using them, as the confidentiality of those who go to the IPV help desk is lost when they are seen in the waiting rooms of the other services:

“We are in 7 towns . . . Sometimes we’re seeing people in the City Hall and the local police door is next door. This must be considered. Maybe you don’t realize when you arrive and sit at the table, but when you look around you say to yourself: of course, I wouldn’t go in, I wouldn’t go in with this situation [victim of IPV] because I just want information” (WP5).

Likewise, one of the informants, who comes from the health field, indicates there is a lack of real contact with youths, as well as knowledge on the resources they can use.

“I think there’s a lack of contact with the services. Come on, we’re talking about fundamentally young people together with the rest of the formal and non-formal resources of the network; that is, youth associations. You must go out, you must make yourself known to facilitate the contact, so the girls themselves can see you” (WP10).

Another of the barriers identified are the problems of accessibility to specialized services for young women and adolescents who live outside the municipality of Madrid and/or who also live in rural area municipalities. This perception depends, to a large degree, on the distance between the municipality they live in and where the service is located, the available means of public transport and the economic capacity of the women and their families. [Currently, the Region of Madrid, where the study is focused, has a single specific service for young people who have suffered sexual violence. However, in August 2021, another one was announced, but it is not yet underway. Both will be located in the city of Madrid.] This can be an access barrier for young women who do not live in the city of Madrid, who need to have, on the one hand, the time to go to the service and, on the other hand, the economic capacity to be able to move around.

“The economic cost, the time, missing lessons (. . .) if you go to a service in Madrid and you have to be there at 2, 3 or 6 in the afternoon, (. . .) you have to leave your house very early. Afterwards, you may not go back to the second appointment because of course, I have to get there, (. . .) see a stranger, because the bond has to be formed and for a long time. So, it isn’t worth the effort of making the trip to work on it” (WP5).

The services of the municipalities adjacent to large urban centres do not have the level of specialization that the specific adolescent program has. In other municipalities of the Region of Madrid, there is indeed a general need for specific centres for adolescents.

“They’re usually offered care from their municipality services, but of course, they don’t have the level of specialization and specificity that we have as a resource for adolescents” (WP14).

Along these same lines, regarding the structural conditions of the services that limit or pose a barrier to young women’s access is the lack of professionals with specific training, particularly psychologists, to care for young women and adolescents. Even so, these professionals do everything possible to see to them. However, for some professionals, the lack of trained human resources is one of the barriers that, at the same time, makes it difficult to professionally deal with young women and adolescents.

"In general, we treat adult women; we don't have a child psychologist. It's true that, due to the circumstances of the municipality and that the main services to care for adolescents are in Madrid, (...) they end up coming to us or to the children's mental health services (...) we see them partly so they aren't abandoned, but we really shouldn't be the ones to deal with them" (WP4).

Professionals complain about the lack of personnel and the fact that the budget allocated is not enough for the prevention and care of IPV and this becomes a structural barrier.

"The budget, the staff. In other words, it's always the same, we don't have money for many things we want to start, we're the same people, we want to do things, but if we do more, we have to stop doing other things" (WP6).

On the other hand, police informants point out that the police infrastructure where women are seen is not the most adequate. There is a lack of privacy, and a physical space is needed that generates complicity and trust to be able to recount the events.

"I wish we had the possibility of talking to the victims in a closed office. During these years, I've managed complaints where I have had the victim here and, behind them, there was another boy picking up a complaint for loss of ID, robbery by force, or sometimes people or arrestees just walking behind... a disaster" (MP16).

Key aspects to improve accessibility to resources

A) Facilitators of women care services to serve young women experiencing IPV. In order to facilitate young women's access to care services and improve detecting cases, some professionals carry out IPV awareness raising activities to enhance mental health literacy around the issue and inform about resources available to young women. In addition, they participate in events organized around key days such as 8th March, International Women's Day, and 25th November, International Day for the Elimination of Violence against Women. They also point out that the work done with sexuality and emotional relationship interventions from non-specific violence resources, such as family planning services, youth centres focusing on affective and sexual education, colleges etc, fosters greater knowledge and access to resources.

"All of us go to the school center once a month and they get to know us (...) In this way, we're there and we generate the necessary climate of trust, closeness, and accessibility" (WP3).

"We participated in the key dates of 25th November and 8th March (...) it's a real pleasure to see that there are so many young people, loads, and we see more and more every time" (WP2).

"They come to our service for family planning (...) when we carry out our intervention, we're aware of IPV situations" (WP3).

Time flexibility, as well as the availability of safe, accessible and youth-friendly spaces are also considered facilitators. On the other hand, the coordination between educational centres, social services, violence help desks and counselling departments are perceived by the informants to be fundamental in providing adequate care to young women. Specific and coordination protocols amongst all the services that attend victims are needed to guarantee such coordination. Finally, it also helps young people to come to this type of service if community movements are involved in society projects. These facilitators have been shown to be effective in some services, as indicated by professionals below:

“Having a schedule accessible to them and a more attractive image (. . .). This change of location is also making it more accessible (. . .), it’s bringing us more new people” (WP6).

“In each site we organize ourselves differently (. . .) There isn’t an institutional strategy, but it’s direct because she has an interest [the social worker] and so do we” (WP4).

“The fact that the people of your neighbourhood are involved, I believe that helps to introduce the issue of IPV as something that’s transversal (. . .) we all have to be there, in everyday life” (WP10).

B) Facilitators related to the general practice of serving young women experiencing

IPV. One of the factors that has made it easier for professionals to provide adequate care to young women is having training on gender perspective, as well as on adolescent-tailored training. On the other hand, professionals must respond to situations as they arise and give quality solutions to young women. However, in many cases professionals must spend their free time providing these adequate solutions, something that is not recognized at an institutional level.

“I’m trained in group work, managing complicated adolescents, gender (. . .) being aware of my own career, . . . it has helped me work with boys and girls to prevent IPV” (WP3).

“Personal involvement is crucial. You must put your heart into it. They’re certainly not going to pay you for it” (WP14).

Thus, it is also a facilitating element identified by most informants if professionals have the necessary experience in multidisciplinary and specialized work. In addition, professional performance using active listening, empathy and giving the feeling you believe them are some other key principles that enable better interaction. A good practice is not to show blame, but to generate a climate of trust that fosters the creation of a bond with the victim. Additionally, when professionals show they are available, making the girls feel they can come to them when needed, this facilitates care follow-up.

“Empathy, the fact that they feel they’re believed, this is crucial” (WP1).

“We have to listen to them more carefully (. . .) they need to know they aren’t to blame, (. . .) with young girls, their tempo is different (. . .), as soon as they feel better, they’ll stop coming, even if the process hasn’t ended . . . And giving them this freedom and autonomy is also important” (WP8).

Another of the adaptations professionals have made is to modify their language, image and communication channels through social networks in order to better reach young girls.

“We’re adapting our language so they can get to know us, so they feel comfortable” (MP5).

We’re making an investment from the moment we manage these networks in a professional manner” (WP7).

Having a point of reference for IPV in primary care has helped to improve coordination.

“Now in health care there’s a point of reference for IPV (. . .) you notice the change a lot (. . .) there’s more openness to coordinate this type of situations” (WP8).

C) Improvement in the services dealing with IPV that originate from young girls themselves. For informants working in the management of these resources, peer-to-peer and self-managed groups have been shown to be effective. Women in these groups have helped others to access these resources. Finally, professionals consider it is effective if the young women who have faced IPV assume a leading and participative role, which leads to actions where both they and the young girls can be involved.

“Girls who actively participate become a sort of reference for other girls in similar situations because they can help them from their point of view” (WP8).

“The young girls asked us for a workshop on self-defence and we did it. This was requested by them . . .” (WP2).

Discussion

The results of this research show there are three types of barriers for young women suffering IPV to access services: 1) Barriers related to young women’s differential socialization and process of leaving the situation of violence; 2) Barriers related to the professionals who work in the IPV services; 3) Structural barriers in the services themselves. The key aspects for improving access to IPV resources for young women will be discussed below, related to each of the barriers identified, in order to propose some solutions.

In short, the barriers found in this study are similar to those found in other studies addressing access to services by women and other vulnerable groups [20, 28, 29]. From a professional perspective in Spain, specifically from the health field, similar barriers arise, such as the lack of specific training in IPV in primary care, not being able to work in multidisciplinary teams or difficulties immigrant women find in accessing the services [18]. Law 1/2004 on integrated protection measures against IPV includes a clause that gives special consideration to women in vulnerable situations [30]. Despite this, professionals believe specific protocols adapted to each group are still insufficient. Nonetheless, similar barriers also exist in studies focusing on young people’s access to services in Sweden, for instance services that are not youth-friendly or not welcoming, and services that do not take into account the intersectionality of people [21]. Finally, the challenges here identified coincide with those found in other studies, in Spain and elsewhere, which highlight the importance of promoting support groups among young women, community awareness and coordination and support between different professions [18, 28]. Furthermore, a key aspect for improvement is the need to have action protocols, as when they are lacking it can be a hindrance [18, 28].

The most important barriers will be discussed below, together with their key areas for improvement.

Regarding the barriers related to the socialization process of young women and those derived from the process of leaving the situation of violence itself, it has been found that this type of violence is more normalized in this age group than in others due to false beliefs about how love relationships are built. Control and jealousy behaviours are normalized as signs of love, thus posing a barrier for young women to identify this type of violence and seek help [16, 31, 32]. On the other hand, an important barrier is the lack of knowledge about the resources available to leave the situation of violence. This could be due to media campaigns not being adequately adapted to the needs of young women [16]. Campaigns do not reflect the characteristics of IPV among young people [16], and the information does not reach the victim’s circle of friends and family. In order to solve this lack of knowledge, it is essential to be present in the educational environment, not only to prevent and detect violence, but to inform young people

about the services available to help them in these situations. There is ample evidence about how implementing prevention programs increases knowledge about what women must do and where they can go for help if subjected to IPV [33–36]. In addition, such programs aimed at young boys could help reduce the occurrence of violence and, on the other hand, help young women detect violence earlier, thus reducing its consequences, that is, secondary and tertiary prevention. This study has identified some aspects that could help overcome these barriers, such as systematically being present in education centres and organizing activities on designated dates (8th March, International Women's Day and 25th November, International Day for the Elimination of Gender Violence) which would increase knowledge and make young women more aware of the different IPV help services available to them. In addition, dealing with affective sexual issues of relationships in services not specifically designed to treat violence enables young women to recognize signs of violence more easily and, therefore, seek help [37]. Other barriers, both related to each other, are those concerning the cultural denial of IPV, and the fear of the reaction caused within their social environment. These barriers in young women could be due to several reasons. On the one hand, the false belief in gender equality that can lead to such denial [16]. A European study also reflects on the discordance in Nordic countries. Surprising as it may seem, they have the highest gender equality indices and the highest prevalence of IPV in the general population [38]. This is called the “Nordic paradox” for which various explanations have been attempted. One of them is the under-declaration related to a false belief in gender equality as it makes IPV increasingly confined to the private sphere, where women are perceived as independent and self-sufficient to fight against it [39]. On the other hand, IPV in young women is usually very subtle and common, as it is linked to the romantic characteristics of relationships in this age group. These aspects make young women more vulnerable [16].

Among the barriers related to professionals, the limited training in gender perspective and in caring for adolescents and young people, specifically considering the characteristics of IPV in this particular age group, can be highlighted. This barrier has also been found in other studies conducted in Spain both in health and social services [17–19]. The group of informants in this study have highlighted the importance of having a reference figure with specific training in IPV within the health services, such as primary care, as it improves coordination with internal services within primary care and external services, among others [17]. This study finds that insufficient professional training hinders coordination between different services and can promote secondary victimization of young women. A key aspect for improvement would be to jointly train professionals from different services to enable a more effective coordination between them [40, 41]. As observed in other studies, there seems to be a lack of multidisciplinary work that prevents a comprehensive approach where young women are placed at the center [18]. Thus, another key aspect for improvement would be for the services to include multidisciplinary teams. On the other hand, a weakness in the care provided to young people suffering IPV may be due to the stereotypes professionals have of adolescents, as well as how couple relationships are built in this particular age group, thus making it difficult to detect and care for young women who have experienced IPV. Some professionals may aggravate the situation, leading to secondary victimisation. This is due to their beliefs influenced by gender stereotypes and the minimisation of IPV among young people. As mentioned above, it would be key to address this issue to have professional referrals in the multi-disciplinary team who are dedicated to training others about IPV at all ages [17]. Outside the scope of IPV, adapting services to young people or creating specific resources for this group with trained professionals has beneficial effects [42]. According to the study by Thomée et al., focusing on becoming acquainted with young people and adapting our attitudes towards them is crucial to guarantee a comprehensive care [21]. Key aspects to overcome this barrier would be to specifically train

professionals in caring for young women, enabling interpersonal skills adapted to young women to be adopted, such as active listening and empathy, thus generating spaces of trust.

Within the structural barriers of the services, professionals find deficiencies in how these resources are adapted to young women. In particular, they indicate that the infrastructure of the service itself is unwelcoming to young women and even the name of the service is questioned. Therefore, it is important to improve the space itself, not only by promoting more welcoming spaces for young women, but also the dynamics, basing them more on informal activities and sessions as compared to those carried out with adult women. In this way, what Aday & Andersen in 1974 called the “level of integration” of the whole process of resource care is encouraged. In other words, adapting the spaces and dynamics to the young people themselves would allow for continuity in the use of the resources, as they would feel at ease. This continuity is an essential aspect for the use of the services and would integrate the whole care process [43]. Another notable structural barrier is the lack of knowledge and visibility of the services by part of the population. Within education, leading mixed group interventions with adolescents reduces violence due to its primary prevention [35]. In addition, through these interventions, adolescents are made aware of these resources. Likewise, group interventions with young women encourage them to find references and rely on other women who have gone through the same process [44, 45]. There is evidence that group spaces help women connect with their peers and share life experiences, thus leading to a preventive alternative for health promotion. In other words, these self-help groups are health promotion tools for tertiary prevention that aim to help women recover with as few injuries as possible. The exchange of perceptions, ideas, feelings and projects allows some women to come out of their isolation and participate in a listening space, where they can share their experiences, feel understood and become aware of their situation [46, 47].

The professionals who have conducted this study agree that the accessibility problems existing in their services are an important structural barrier, regarding the rigid schedule, the location of some services and the fact that they do not take into account the economic capacity or equal accessibility to the services by young people with different social conditions. According to Takahashi’s framework on determinants of health services use, in order to engage with young girls, it is essential that services are available and accessible, and that they to operate in their same settings, whether it is in community experiences or on social networks [48]. Finally, another structural barrier is the lack of financial resources and adequately trained human resources, leading to some services being saturated and not able to provide quality care to young women. Other studies place more emphasis on the barrier posed by the lack of resources of the women themselves to be able to seek help from these services [28].

Table 3. Changes that need to be implemented to address the identified problems.

Changes related to young people	• Adaptation of services to the needs of young people (timetables, location and economic capacity). • Creation of specific IPV resources for young people. • Adaptation of resource awareness campaigns to IPV among young people. • Promote support groups among women. • Promote community awareness programmes and IPV prevention programmes in the educational setting. • Take into account the intersectionality of people (migrants, youth, disability, etc.).
Changes related to professionals	• Specific training for professionals on IPV and care for young people. • Work in multidisciplinary teams. • Improvement of coordination between professionals with the creation of protocols for action.
Changes related to resources	• Improve the infrastructure and dynamics of services to make them more welcoming to young women. • Provide more financial resources to IPV services.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297886.t003>

The following is a summary of the changes identified that would be necessary to address the barriers perceived by participants (see [Table 3](#)).

Limitations and strengths

The purposeful sampling method used could lead to selection bias. It is possible that the selected respondents may have been more sympathetic with the problem of IPV in young women due to their professional experience. Another limitation of the study is that providers offer a second-hand account of young women's experiences, although their account of their experience and difficulties in providing comprehensive attention to young women is valuable. It would be advisable in the future to address the perspective of young women. The credibility of the study was ensured through the different revisions and contributions made by all authors. In order to ensure reliability, literal quotes from the informants were used, as well as a design with emerging categories and a detailed description of the methodological process. At the same time, the use of an inductive approach with a coding process helps to endorse the results of the study. Lastly, by describing the study context, the results of the study can be more easily adapted to other similar contexts [\[49\]](#).

Conclusions

This study has identified barriers and aspects for improvement which will enable changes that need to be implemented, as well as new interventions and strategies aimed both at the services to prevent and respond to IPV and at the group of professionals who work within those services. These changes would improve the care provided to young women who belong to a group with a specific set of characteristics who can be helped, as explained throughout this manuscript. The scientific evidence generated needs to be applied in order to improve both the services and the training professionals receive in order to achieve a better response from the system to the social problem of IPV against young women; a problem that conditions and will condition the well-being of future generations of women and their environment.

Supporting information

S1 Table. COREQ checklist. Consolidated criteria for reporting qualitative research. (DOCX)

S2 Table. Summary of the script used in the interviews of the professionals. (DOCX)

Author Contributions

Conceptualization: Laura Otero-García, Belén Sanz-Barbero, Carmen Vives-Cases.

Formal analysis: Laura Otero-García, Eva Durán-Martín, Esther Castellanos-Torres.

Funding acquisition: Belén Sanz-Barbero.

Investigation: Esther Castellanos-Torres.

Methodology: Laura Otero-García, Esther Castellanos-Torres, Belén Sanz-Barbero, Carmen Vives-Cases.

Project administration: Belén Sanz-Barbero.

Supervision: Laura Otero-García, Belén Sanz-Barbero.

Validation: Laura Otero-García, Eva Durán-Martín, Esther Castellanos-Torres, Belén Sanz-Barbero, Carmen Vives-Cases.

Writing – original draft: Laura Otero-García, Eva Durán-Martín, Esther Castellanos-Torres.

Writing – review & editing: Laura Otero-García, Eva Durán-Martín, Esther Castellanos-Torres, Belén Sanz-Barbero, Carmen Vives-Cases.

References

1. Organization WH, Organization PAH. Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence. Geneva: World Health Organization; 2012. Available: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>
2. Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja [Health status and intimate partner violence]. *Gac Sanit*. 2014; 28: 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.06.004> PMID: 24095626
3. Wood L, Voth Schrag R, Busch-Armendariz N. Mental health and academic impacts of intimate partner violence among IHE-attending women. *J Am Coll Health*. 2020; 68: 286–293. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1546710> PMID: 30557086
4. Hing N, O'mullan C, Mainey L, Nuske E, Breen H, Taylor A. Impacts of Male Intimate Partner Violence on Women: A Life Course Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18: 8303. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168303> PMID: 34444051
5. Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JE (Jef). Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol*. 2017; 217: 141–144. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042> PMID: 28551446
6. Abrahams N, Mhlongo S, Chirwa E, Lombard C, Dunkle K, Seedat S, et al. Rape survivors in South Africa: analysis of the baseline socio-demographic and health characteristics of a rape cohort. *Glob Health Action*. 2020; 13: 1834769. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1834769> PMID: 33314989
7. World Health Organization. Violence against women. 2021 [cited 23 Nov 2021]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
8. Rizzo CJ, Joppa MC, Barker D, Zlotnick C, Warren J, Saint-Eloi Cadely H, et al. Individual and Relationship Characteristics of Adolescent Girls With Histories of Physical Dating Violence. *J Interpers Violence*. 2020; 35: 1389–1414. <https://doi.org/10.1177/0886260517696859> PMID: 29294672
9. Dosil M, Jaureguizar J, Bernaras E, Burges Sbicigo J. Teen Dating Violence, Sexism, and Resilience: A Multivariate Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17: 2652. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082652> PMID: 32294915
10. Courtain A, Glowacz F. Exploration of Dating Violence and Related Attitudes Among Adolescents and Emerging Adults. *J Interpers Violence*. 2021; 36: NP2975–NP2998. <https://doi.org/10.1177/0886260518770185> PMID: 29669467
11. Muñiz-Rivas M, Vera M, Povedano-Díaz A. Parental Style, Dating Violence and Gender. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16: 2722. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152722> PMID: 31366170
12. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One*. 2019; 14: e0221049. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049> PMID: 31596869
13. Ministerio de Igualdad. Recursos—Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género [Resources—Government Delegation against Gender Violence]. 2020 [cited 24 Nov 2020]. Available: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacionUtil/recursos/home.htm>
14. Ministerio de Sanidad SS e I. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012 [Common protocol for health action against Gender Violence. 2012]. Madrid; 2012.
15. Sanz-Barbero B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Fernández-García C, Vives-Cases C. Spanish Intimate Partner Violence Survivors Help-Seeking Strategies Across the Life Span. *J Interpers Violence*. 2020; 37: NP8651–NP8669. <https://doi.org/10.1177/0886260520976213> PMID: 33289463
16. Maquibar A, Vives-Cases C, Hurtig AK, Goicolea I. Professionals' perception of intimate partner violence in young people: A qualitative study in northern Spain. *Reprod Health*. 2017; 14: 86. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0348-8> PMID: 28728584
17. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010 [Workers in primary health care and partner violence against women in 2010]. *Rev Esp Salud Publica*. 2012; 86: 85–99. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272012000100008> PMID: 22991032

18. García-Quinto M, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Goicolea I, Vives-Cases C. Social workers' perspectives on barriers and facilitators in responding to intimate partner violence in primary health care in Spain. *Health Soc Care Community*. 2021; 30: 102–113. <https://doi.org/10.1111/hsc.13377> PMID: 33825247
19. Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Cases C. Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit*. 2017; 31: 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012> PMID: 28222974
20. Colombini M, Dockerty C, Mayhew SH. Barriers and Facilitators to Integrating Health Service Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-Income Countries: A Comparative Health Systems and Service Analysis. *Stud Fam Plann*. 2017; 48: 179–200. <https://doi.org/10.1111/sifp.12021> PMID: 28422291
21. Thomée S, Malm D, Christianson M, Hurtig AK, Wiklund M, Waenerlund AK, et al. Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services—a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reprod Health*. 2016; 13: 147. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0261-6> PMID: 28003025
22. Otero-García L, Briones-Vozmediano E, Vives-Cases C, García-Quinto M, Sanz-Barbero B, Goicolea I. A qualitative study on primary health care responses to intimate partner violence during the economic crisis in Spain. *Eur J Public Health*. 2018; 28: 1000–1005. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky095> PMID: 29917072
23. Briones-Vozmediano E, la Parra D, Vives-Cases C. Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain. *Health Expect*. 2015; 18: 2994–3006. <https://doi.org/10.1111/hex.12283> PMID: 25308832
24. Briones-Vozmediano E, Castellanos-Torres E, Goicolea I, Vives-Cases C. Challenges to Detecting and Addressing Intimate Partner Violence Among Roma Women in Spain: Perspectives of Primary Care Providers. *J Interpers Violence*. 2019; 36: NP10433–NP10452. <https://doi.org/10.1177/0886260519872299> PMID: 31524040
25. Castellanos Torres E. Estudio sobre la situación de violencia contra las mujeres con discapacidad en Extremadura. CERMi Extremadura y Fundación CERMi Mujeres. 2021; 1–132.
26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24: 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001> PMID: 14769454
27. Mayring P. Qualitative Content Analysis. *Forum Qual Soc Res*. 2000; 1. <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>
28. Robinson SR, Ravi K, Voth Schrag RJ. A Systematic Review of Barriers to Formal Help Seeking for Adult Survivors of IPV in the United States, 2005–2019. *Trauma Violence Abuse*. 2020; 22: 1279–1295. <https://doi.org/10.1177/1524838020916254> PMID: 32266870
29. Fernet M, Hébert M, Couture S, Brodeur G. Meeting the needs of adolescent and emerging adult victims of sexual violence in their romantic relationships: A mixed methods study exploring barriers to help-seeking. *Child Abuse Negl*. 2019; 91: 41–51. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.01.019> PMID: 30825768
30. Government of Spain. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Organic Law 1/2004, of December 28, on Comprehensive Protection Measures against Gender Violence]. 2004.
31. Bonilla-Algovia E, Rivas-Rivero E, Pascual Gómez I. Myths of romantic love in adolescents: Relationship with sexism and other variables from socialization. *Educacion XX1*. 2021; 24: 441–464. <https://doi.org/10.5944/educxx1.28514>
32. Ruiz-Palomino E, Ballester-Arnal R, Giménez-García C, Gil-Llario MD. Influence of beliefs about romantic love on the justification of abusive behaviors among early adolescents. *J Adolesc*. 2021; 92: 126–136. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2021.09.001> PMID: 34507082
33. Avery-Leaf S, Cascardi M, O'leary KD, Cano A. Efficacy of a dating violence prevention program on attitudes justifying aggression curriculum evaluation dating violence prevention program attitude change adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 1997; 21: 11–17. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(96\)00309-6](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(96)00309-6) PMID: 9215505
34. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Linder GF, Benefield T, Suchindran C. Assessing the long-term effects of the safe dates program and a booster in preventing and reducing adolescent dating violence victimization and perpetration. *Am J Public Health*. 2004; 94: 619–624. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.4.619> PMID: 15054015
35. Racionero-Plaza S, Ugalde L, Merodio G, Gutiérrez-Fernández N. "Architects of Their Own Brain." Social Impact of an Intervention Study for the Prevention of Gender-Based Violence in Adolescence. *Front Psychol*. 2020; 10: 3070. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.03070> PMID: 32116875

36. Fox CL, Hale R, Gadd D. Domestic abuse prevention education: listening to the views of young people. 2014; 14: 28–41. <https://doi.org/10.1080/14681811.2013.816949>
37. Venegas M. Educar las relaciones afectivosexuales, prevenir las diferentes formas de violencia de género. [To educate sexual-affective relationships, to prevent the different kinds of gender violence]. Glob Soc Work. 2010; 1: 162–182. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v1i2.909>
38. Sanz-Barbero B, Pereira PL, Barrio G, Vives-Cases C. Intimate partner violence against young women: prevalence and associated factors in Europe. J Epidemiol Community Health (1978). 2018; 72: 611–616. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209701> PMID: 29519883
39. Ruuskanen M. 13 The "Good Battered Woman": A Silenced Defendant. Responsible Selves. Women in the Nordic legal culture., editor. Responsible Selves. Aldershot, UK: Ashgate; 2018. Available: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315193656-13/good-battered-woman-minna-ruuskanen>
40. General Directorate for Women. Estrategia Madrileña contra la violencia de género. [Madrid Strategy against gender violence]. 2016. Available: http://https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/559_301_libro_estrategia_web_0.pdf
41. Michau L, Horn J, Bank A, Dutt M, Zimmerman C. Prevention of violence against women and girls: Lessons from practice. The Lancet. 2015; 385: 1672–1684. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61797-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61797-9) PMID: 25467577
42. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? Lancet. 2007; 369: 1565–1573. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60371-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60371-7) PMID: 17482988
43. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1974; 9: 208–220. PMID: 4436074
44. Myers B, Carney T, Browne FA, Wechsberg WM. Development of a trauma-informed substance use and sexual risk reduction intervention for young south African women. Patient Prefer Adherence. 2018; 12: 1997–2006. <https://doi.org/10.2147/PPA.S175852> PMID: 30323569
45. Myers B, Carney T, Browne FA, Wechsberg WM. A trauma-informed substance use and sexual risk reduction intervention for young South African women: a mixed-methods feasibility study. BMJ Open. 2019; 9: e024776. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024776> PMID: 30782918
46. Castellanos-Torres E, Caballero Pérez I. La violencia contra las mujeres con discapacidad en tiempos de COVID-19 y experiencias grupales de sororidad online [Violence against women with disabilities in times of COVID-19 and experiences of sisterhood online groups]. Revista Española de Discapacidad. 2020; 8: 211–221. <https://doi.org/10.5569/2340-5104.08.02.10>
47. Page RL, Montalvo-Liendo N, Nava A, Chilton J. "Now My Eyes are Open": Latina women's experiences in long-term support groups for intimate partner violence survivors. Int J Ment Health Nurs. 2021; 30: 715–723. <https://doi.org/10.1111/inm.12840> PMID: 33491274
48. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978; 56: 295–303. PMID: 96953
49. Johnson JL, Adkins D, Chauvin S. A Review of the Quality Indicators of Rigor in Qualitative Research. Am J Pharm Educ. 2020; 84: 138–146. <https://doi.org/10.5688/aajpe7120> PMID: 32292186

Supporting Information

S1 Table. COREQ checklist. Consolidated criteria for reporting qualitative research

No. Item	Guide questions/description	Reported
Domain 1: Research team and reflexivity		
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview?	The interviews were conducted by ECT as part of the research team with training and experience in qualitative research methodology. Moreover, she is an equality agent (a qualified professional figure in the field of equality policies and violence against women).
2. Credentials	What were the researcher’s credentials?	
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	
4. Gender	Was the researcher male or female?	The interviews were conducted by one female researcher, ECT.
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	The interviewer has sufficient training and experience in qualitative research methodology.
6. Relationship with participants established	Was a relationship established prior to study commencement?	No.
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher?	The interviewer was also the one who contacted the participants for the recruitment of the sample. Therefore, they were informed by her about the project, the research leader, the organization responsible for the project, its scope, and the objectives of the study.
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator?	
Domain 2: Study design		
9. Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study?	Content analysis.
10. Sampling	How were participants selected?	The strategy for the identification, selection and recruitment of participants was as follows. Selection of potential participants based on prior knowledge (ECT). Discussion with the research team. Identification of new participants. Telephone contact with each informant (ECT). Formal invitation by e-mail, after informing their superiors if necessary. (ECT, BSB).
11. Method of approach	How were participants approached?	ECT contacted the 17 potential professionals by telephone. They agreed to participate in the study and were formally invited via an e-mail, that contextualised the study and explained the aim of the interview.
12. Sample size	How many participants were in the study?	The 17 professionals (14 women and 3 men) of different occupations and different levels of administration.
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	All the proposed participants accepted and there were no drop-outs.
14. Setting of data collection	Where was the data collected?	The interviews were conducted face-to-face at the participants’ place of work.
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	In one interview, two professionals with ECT were present.

16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample?	The 17 professionals (14 women and 3 men) were nurses, a psychiatrist, professionals from the state security forces, psychologists, social workers and those responsible for youth centres or gender violence. In addition, the resources where they worked were divided into the three administrative levels required. (State, regional, municipal and community).
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors?	This script was elaborated and discussed by all the authors. The interview was validated by the research team. A pilot test was not conducted but the first two interviews were used to see how the questions flowed in each block, which was taken into account for the rest.
18. Repeat interviews	Were repeat interviews carried out?	It was necessary to repeat an interview due to a problem with the recording.
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	The audio recorder was used to collect interview data.
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview?	The interviewer collected notes during the interview. She also recorded herself after the interview commenting on her experience and perceptions.
21. Duration	What was the duration of the interviews?	All interviews were recorded and lasted between 45 and 90 minutes, with an average of 1 hour.
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	The research team considered that data saturation was achieved when latest interviews did not generate new additional information.
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	No.
Domain 3: Analysis and findings		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	One analyst from the research team (ECT with the support of LOG).
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	No, because the coding tree was not used for analysis.
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	No previous themes were identified in the analysis. Categories emerged by grouping the transcript data according to their similarity to each other.
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	No software was used.
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	Because of the overload work of the professionals from IPV-response services we decide not to recontact them, so feedback was not collected.
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified?	Identified quotations are added in the manuscript in results section
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	Yes.
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	Yes.
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Yes.

S2 Table. Summary of the script used in the interviews of the professionals

1: Welcome and introduction	Contextualisation; Professional career; Link with the intimate partner violence (IPV) intervention and with youth population.
2: Current situation of IPV in young women	Opinion about IPV, specifically in a couple context in young women; differences in IPV in youth/adolescents and older women, and how they influence your daily work.
3: Approaching IPV from the professional practice	Perceptions regarding the knowledge about the services by young women and your response when faced with an IPV situation; Perceptions on the access and use of social health services and formal resources by young women; What are the motivations of young women to make use, or not, of these type of services; Contribution of the service to modify the violence situation suffered by the young woman; System for case follow-up or implementation; Assessment of other formal resources available for IPV and your work with young women.
4: Difficulties in accessing the services designed to tackle IPV in young women	Main barriers for young women to access and use the formal resources for IPV; Professional difficulties to effectively manage IPV in young women; Perceptions regarding whether the young women find the services «friendly»; Possible structural barriers or barriers related to training or awareness of gender equality and using an intersectional approach; Service adaptations that are needed to help young women, and factors that facilitate quality care.
5: Proposals for improvement	Reflection on proposals for improvement; Other considerations.

Anexo 1.2. Artículo 2. «Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region?»

[«¿Contamos con servicios “amigables” para las necesidades de las mujeres jóvenes expuestas a la violencia de pareja en la Comunidad de Madrid?»]

Eva Durán-Martín, Carmen Vives-Cases, Laura Otero-García, Esther
Castellanos-Torres, Belén Sanz-Barbero

Received: 10 November 2021 | Revised: 18 January 2022 | Accepted: 7 February 2022

DOI: 10.1111/hex.13453

ORIGINAL ARTICLE

WILEY

Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region?

Eva Durán-Martín CNM, PhD candidate¹  | Carmen Vives-Cases PhD, Professor²  |
 Laura Otero-García PhD, Senior Lecturer³  | Esther Castellanos-Torres PhD⁴  |
 Belen Sanz-Barbero PhD, Scientific Researcher⁵ 

¹International Doctoral School, Universidad Nacional de Estudios a Distancia (UNED), Madrid, Spain

²Department of Community Nursing, Preventive Medicine and Public Health and the History of Science, Universitat d'Alacant, CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Madrid, Spain

³Department of Nursing, Universidad Autónoma de Madrid, CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Madrid, Spain

⁴Department of Social Sciences, Universidad Carlos III de Madrid, Madrid, Spain

⁵Department of Epidemiology and Biostatistics, Institute of Health Carlos III, CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Madrid, Spain

Correspondence

Carmen Vives-Cases, PhD, Professor, CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Universitat d'Alacant, 03080, Alicante, Madrid 28029, Spain.
 Email: carmen.vives@ua.es

Funding information

Health Institute Carlos III,
 Grant/Award Number: PI17CIII/00022

Abstract

Introduction: Women experiencing intimate partner violence (IPV) do not tend to go very frequently to formal support services. The objective of this study is to identify barriers related to the accessibility, acceptability, equity, appropriateness and effectiveness of IPV services from the perspective of the professionals working in the IPV public services.

Methods: A qualitative study was carried out in the Madrid region based on 13 semi-structured interviews of young women who had survived IPV as well as 17 interviews with professionals. A thematic content analysis was performed, guided by the dimensions proposed by the World Health Organization (WHO) for friendly services for young people.

Results: From the perspective of the young women and professionals, barriers were identified for all the dimensions of the WHO's friendly services for young people: accessibility: lack of information and support from the social setting, scarce dissemination of the services, economic cost, non-adapted schedules, inadequate locations or lack of services in settings close to young people; acceptability: lack of protocols to guarantee confidentiality, lack of speed in the provision of services or their referral, unwelcoming environments or unsympathetic professional malpractice; equity: discriminatory professional attitudes towards groups with different social status and lack of protocols to ensure the care of these groups; appropriateness: unmet needs and lack of multidisciplinary teams; and effectiveness: shortage of time, resources, competent professionals, protocols and coordination.

Conclusions: Strategies are needed to make the necessary changes to promote friendly services for the care of young people exposed to IPV. Additionally, it must be emphasized that resources are needed to raise awareness and disseminate IPV services, as well as to train professionals in this area.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2022 The Authors. *Health Expectations* published by John Wiley & Sons Ltd.

Patient or Public Contribution: This paper is based on professionals' perspectives of public IPV-related services of different areas such as Psychology, Social Work, Nursing, Psychiatry, Social Education and young women exposed to IPV. They either work in the public administration at the local, regional or state level or in NGOs in Spain.

KEYWORDS

friendly services, intimate partner violence, young women

1 | INTRODUCTION

The World Health Organization (WHO) recognizes intimate partner violence (IPV) as one of the most common forms of violence against women. It includes any behaviour of the partner or ex-partner that causes physical, sexual and/or psychological harm, including physical aggression, emotional abuse, sexual coercion and controlling behaviours.¹ IPV causes short-, medium- and long-term impacts on both the physical and psychological health of women exposed to this public health problem.²

The characteristics of women and their social circumstances play a role in IPV and mortality risk due to IPV.^{3,4} In this sense, young women and teens belong to groups that are especially vulnerable to IPV.⁵⁻⁹ In Spain, 19.3% of women between the ages of 16 and 24 years have, at some point in their life, suffered from physical and/or sexual IPV, and 46.1% have suffered from psychological IPV.¹⁰

The strategies used in seeking help when faced with an IPV situation may also differ depending on the age of the women,^{11,12} with the youngest being the ones who tend to less frequently seek out professionals and formal support services, such as healthcare services, social and legal support services, or even associations.¹² When faced with IPV, young women tend to ask the people they trust from their immediate environment for help.¹²

With the aim of bringing social and healthcare services closer to the youth population, the WHO proposed a model with basic dimensions that characterized the friendly services for young people.¹³ This model was developed in the sexual and reproductive health field due to the beneficial impact that its use could have on the health of young people. This model assumes that, for a service to be friendly, it must be: (1) accessible: young people are able to use the social and healthcare services that are available to them; (2) acceptable: young people want to and are willing to use such services; (3) equitable: all young people have the services available to them regardless of their social status/condition; (4) appropriate: services provide everything that young people may need; and (5) effective: services are adequately provided, making a positive contribution to health.¹³

In Spain, primary care provides many opportunities to implement friendly services for young people,¹⁴ although a transformation is needed to improve the fulfilment of young people's needs.^{14,15} One of these needs is tackling youth IPV, which should be a priority not only in primary care but also in the rest of the social health services

that aim to provide a response to this problem. For this reason, it is necessary to bring services closer to young women suffering from this violence situation, given the scant use that they make of the services available for this purpose.¹²

The aim of this study is to identify barriers related to the accessibility, acceptability, equity, adequacy and effectiveness of IPV services for young women in the Madrid region, from their own perspective and that of the professionals working in the public services set up to respond to the IPV problem.

2 | METHODS

This study includes 13 semi-structured interviews with young women who have affected by intimate partner violence (Table 1) and 17 interviews with professionals (14 women and 3 men). These professionals work with IPV situations in different areas such as Psychology, Social Work, Nursing, Psychiatry and Social Education. They either work in the public administration at the local, regional or state level or in NGOs (Table 2). This study was carried out in the Madrid region, which includes the capital of Spain and surrounding towns, with a large rural area. It is worth noting that in 2019, 15% ($n = 163,772$) of registered women in the whole region were between 15 and 29 years old; among these women, 16.7% (27,320) were not born in Spain.¹⁶

2.1 | Data collection

The interview script of the professionals included topics such as their perception of the current situation of IPV in young women, their professional approach from their different settings, barriers in accessing resources for young girls suffering IPV and their proposals for improvement (Table 3). These interviews were carried out in person between March and July 2019. They were recorded and lasted between 45 and 90 min. On the other hand, the script for the interviews with the young women included topics related to their experience with IPV, how they identified they were facing IPV and their exit process. Topics related to informal and formal help resources, as well as proposals for improvement in the care of young women are also covered

TABLE 1 Characteristics of the women interviewed

Young women	Sociodemographic data
YW1	36 years old. San Fernando de Henares. High school studies. Employed. Lives with her mother and sister. No children.
YW2	35 years old. Madrid. Bachelor degree studies. Employed. Lives alone. No children.
YW3	27 years old. Fuenlabrada. Completed high school. Employed. Lives alone. No children.
YW4	19 years old. Fuenlabrada. High school studies. Unemployed. Lives with her family. No children.
YW5	16 years old. Fuenlabrada. Student. Lives with her mother. No children.
YW6	22 years old. Daganzo de Arriba. Higher-level technical/vocational school. Employed. Lives with her family. No children.
YW7	24 years old. Torres de la Alameda y Torrejón de Ardoz. Completed secondary education. Unemployed. Vive con su padre. No children.
YW8	18 years old. Daganzo de Arriba. Completed secondary education. Unemployed. Lives with her family. No children.
YW9	29 years old. Madrid. Master's degree. Student visa that only allows practical training. Shares flat with friends. No children.
YW10	22 years old. Tielmes. Completed secondary education. Employed. Lives alone. No children.
YW11	27 years old. Madrid. Completed High School. Employed. Lives with her daughter and her mother.
YW12	27 years old. Campo real. Higher-level technical/vocational school in aesthetics and beauty. Unemployed, wanting to set up a business. Lives alone with her 6-year-old son.
YW13	21 years old. Madrid (Tetuán). Integration cycle. Works and studies. Lives alone in a rented property. No children.

Note: Community of Madrid, 2019.

TABLE 2 Characteristics of the professionals interviewed

Sex	Area or professional profile	Scope of action of the service
M	VIOGEN professional	State
M	VIOGEN professional	State
M	VIOGEN professional	State
F	Nurse responsible for IPV in a health centre	Autonomic/municipal
F	Psychiatrist in a mental health centre	Autonomic/municipal
F	Social worker in a mental health centre	Autonomic/municipal
F	Psychologist in a specific service of sexual violence	Autonomic/association
F	Psychologist in a specific service of youth violence	Autonomic/association
F	Social worker in a specific violence centre of the Autonomous Region of Madrid (CAM)	Autonomic/association
F	Social worker in a local corporation	Municipal
F	Social worker and psychologist in a local corporation. Municipal point of gender violence (PMVG) in a municipality of the CAM	Municipal
F	Social worker of PMVG in a municipality of the CAM	Municipal
F	Responsible for the youth area in a local corporation	Municipal
F	Responsible for the youth area in a local corporation	Municipal
F	Nursing Management in a health centre	Municipal
F	Psychologist of a feminist association	Asociativo
F	Director of an entity related to IPV in the tertiary sector	Association

Note: Community of Madrid, 2019.

TABLE 3 Summary of the script used in the interviews with professionals

1. Welcome and introduction	Contextualization; professional career; link with the IPV intervention and with the youth population
2. Current situation of IPV in young women	Opinion about IPV, specifically in a couple context in young women; differences in IPV in youth/adolescents and older women and how they influence your daily work
3. Approach to IPV from the professional practice	Perceptions regarding the knowledge about the services by young women and your response when faced with an IPV situation; perceptions on the access and use of social health services and formal resources by young women; what are the motivations of young women to make use, or not, of these type of services; contribution of the service to modify the violence situation suffered by the young woman; system for case follow-up or implementation; assessment of other formal resources available for IPV and your work with young women
4. Difficulties in accessing the services designed to tackle IPV in young women	Main barriers for young women to access and use the formal resources for IPV; professional difficulties in effectively managing IPV in young women; perceptions regarding whether the young women find the services friendly; possible structural barriers or barriers related to training or awareness of gender equality and using an intersectional approach; service adaptations that are needed to help young women, and factors that facilitate quality care
5. Proposals for improvement	Reflection on proposals for improvement; other considerations

Note: Youth-friendly intimate partner violence-related services in the Madrid region, 2019.

Abbreviation: IPV, intimate partner violence.

TABLE 4 Script of interviews with young women

Introduction	How are you currently?; How do you feel?
Block 1	What was your process of exiting the violence like?; When did you start thinking that perhaps you were living in a violence situation?; Why do you start thinking this?; What triggered it?; How long did it take you to realize this?; When can you name it and what do you call it?
Block 2	How did the process of telling other people go?; Who did you first tell?; Why did you decide to tell that particular person?; How did they react or how did the people you leaned on react?; Then, what did you do?; what role did your family play in this process?
Block 3	How did your partner/aggressor react? (taking into account all episodes you have lived with all partners or with this partner); Formal help: What services did you seek?; what difficulties did you find in accessing the formal help?; Did you know about the help services?; How did you get the information about that service?; Did you go to any specialized service? Did they send you from one place to another?
Block 4	How did they treat you?; What did you like or not like about how you were treated? What did you expect to find, what did you find and what would you have liked to find in the help service you used?
Block 5	Did you file a complaint? (Yes); Did somebody file it for you? How did you feel in this process? Were you frightened? What role did your family have in this process? Your friends?; (No) Why did you not file a complaint?
Block 5 BIS	Only if still in a violence process. Within the Covid-19 context, have you had to use the services during this period or interrupt the services that you were already using?
Block 6	From your experience, what would you recommend to the people who work in these services so that they are closer and friendlier for young people?
Block 7	Again, from your experience, what needs to be done to improve the care of young girls who are in an abusive situation with their boyfriend/partner and want to break up with him? Or if they have already broken up, what can they do? How can they be helped?
Closing	At this point in your life: what would you like to give yourself? What are your expectations and needs?
Sociodemographic data	Age: _____ Living situation: Work situation:Level of studies finished: Municipality: Children:

Note: Youth-friendly intimate partner violence-related services in the Madrid region, 2019.

(Table 4). In the case of the young women, and due to the Covid-19 pandemic, the interviews were carried out between April and September 2020 using electronic communication channels (phone call, video call or email).

2.2 | Ethical considerations

Each participant received an informed consent form, in which the objectives of the study as well as the reason for the interview were

TABLE 5 Codebook

Accessible	• Free or affordable services • Schedule adaptation • Convenient location • Knowledge about and provision of services • Community support • Dissemination to the community • Close environment services
Acceptable	• Protocol: confidentiality • Appropriate setting: privacy, security and welcoming • Speed of service or referral • Dissemination in multiple formats • Professional attitudes: good treatment • Young people evaluate the services
Equitable	• Protocol: equity • Professional attitudes: nondiscriminatory • Personnel diversity
Appropriate	• Needs covered • Multidisciplinary teams • Holistic approach
Effective	• Competent professionals • Protocols and clinical practice guidelines • Resources time: enough and appropriate

Note: Adaptation of WHO and I. Goicolea criteria about youth-friendly health services in relation to intimate partner violence resources in the Madrid region.^{13,17}

explained. Their anonymity as well as confidentiality of the opinions that they expressed were guaranteed. Furthermore, they were assured that their participation was voluntary and that they could withdraw at any time during the interviews if they so wished. The project was approved by the Ethics Committee of the Instituto de Salud Carlos III, protocol CEI PI 61_2019-v3.

2.3 | Analysis

The interviews were carried out using a thematic analysis based on the WHO's model of friendly services for young people.¹³ Before this, a codebook was developed to describe the operational definitions of each domain: accessible, acceptable, equitable, appropriate and effective (Table 5). Once these domains were defined, two members of the research team grouped and classified the information on barriers obtained from the interviews according to these domains. After several readings, all the authors of the manuscript debated, specified and adjusted the codes to the operational definitions.

3 | RESULTS

On analysing the information, barriers were identified with regard to the accessibility, acceptability, equity, appropriateness and effectiveness of IPV services for young women in the Madrid region.

3.1 | Accessibility

Both the professionals and the young women interviewed were in agreement in pointing out that there is a lack of information about the different services available and how to obtain the necessary help, thus making their access difficult. Many young women were unaware of the existence of the services or only knew the phone number of the information line 016. Professionals and young people feel that the lack of knowledge of the operation of the services is enhanced by the fear of the IPV situation itself. This fear stops them from asking for help or seeking other resources, as many think that they will be forced to report the situation. Likewise, there was agreement in their views that the lack of support of an IPV situation from their social environment makes it difficult for young women to seek these services. One of the young women highlights the need to provide 'counselling for family members so that they can support women and understand the processes they could go through and how they could manage them'. This is related to the tendency of adults to deny IPV, thus having a major impact on accessibility since minors must be accompanied by a legal guardian to use these services.

Young women report that the lack of dissemination at the community level about the benefits and needs covered by the specific violence services acts as an accessibility barrier.

Finally, professionals recognized other barriers. First, although the fact that the services were not affordable or free was not pointed out as a direct barrier, a professional did highlight the economic cost (related to travel, for e.g.) and the time needed to get to the service. They also highlight the lack of adaptation to the schedules of young people or the lack of extended opening hours as a barrier to their access. Regarding where the services are located, the centralization of violence resources in the main city as well as the fact that they share spaces with social or municipal services, that is, they do not have their own space, were found to be barriers. A professional pointed out how not providing the services in settings that are close to young women, such as educational centres, is a barrier for them to obtain information that would enable them to have easier access to the services (Table 6).

3.2 | Acceptability

Young people and professionals expressed the need to have policies and procedures that guarantee the confidentiality in some of the services to make them more acceptable. Both these groups also identified barriers in the physical environment of the services, such as spaces that are not very welcoming for young people. Another barrier, on which both groups agree, is the lack of speed in providing care within the services or in referring women to other services, which makes them less acceptable to young women. Young women particularly emphasize the slowness in receiving psychological care and the lack of continuity in its provision.

TABLE 6 Barriers to accessibility to intimate partner violence-related services for young women

Type	Barriers
Knowledge and obtaining services	'They didn't provide me with any type of help or inform me about the help available so I didn't have any access to information and I didn't find out about the services or resources that could have helped me' (YW7). 'I think they don't know about it. I think they hear about it, but they don't think it's a message for them, because they do know about the 016 phone number ...' (MP4) 'the fear.... what they're going to find there... they think they may have to file a complaint.... Perhaps they don't know that here we support them, filing a complaint is optional, we're going to respect their decision ...' (MP6). 'Also for the fear, because I was very afraid of all of this so, no no no. I simply went to progressive women.... But then I didn't go anywhere else'. (YW11)
Community support	'So, more and more, gender-based violence is something that doesn't exist.... well it generates a lot of friction in the intervention. It's complicated to make them understand: listen, this is real, your daughter can get out of this situation, and even become stronger ...' (MP5) 'I think one of the barriers has to do with the legal situation. You cannot ask for help until you are a certain age without your parent's consent ...' (MP15) 'give advice to parents so they can support women and understand the processes they can go through and how to manage them'. (YW1)
Dissemination among the community	'Most don't know how to tell their parents or families. Parents need training so they can establish healthy relationships with their daughters, so they can talk to them about this type of situations' (YW1) 'I think the free psychological service needs more visibility and young people need to be made aware that certain attitudes are not acceptable...'. (YW3)
Free or affordable services	'The economic cost, the time, you have to miss classes. If you go to a service in Madrid and you have to be there at 2...' (MP6).
Schedule adaptation	'... due to the schedule, because all the appointments are taken. And another thing... a women decides... but if I decide today, I decide to take the step or file a complaint or, at least, tell somebody, I need to do it today and now...'. 'Yes, an afternoon schedule, but not early afternoon, like until 7 or 8, because at 5 it closes and some of us can't get there at that time'. (MP6)
Convenient location	'Being within Social Services doesn't help us. People are often confused... Social Services has its burden, its stereotype, of what people think we do and this doesn't help with what we want to do in the violence helpdesk...The rural areas are forgotten... If I want to send a teenage girl to a specific violence service for teenagers, she has to go on an outing for one and a half hours to get there and one and a half hours to get back'. (MP5); '...it's difficult for some girls, it's costly with respect to time, distance, etc... the services of their municipalities don't have the degree of specialisation and specificity that we have as a teenage service'. (MP14)
Services in close environments	'...some of the teachers you have are able to open that door, you can talk to them about anything.... in an educational context this figure should always be there.... I think there are many barriers because in childhood we are neither doing the prevention correctly, nor the information....'. (MP7)

Note: Community of Madrid, 2019.

On the other hand, some young women noted attitudes of professional malpractice as a barrier for finding the services acceptable and making use of them (Table 7).

3.3 | Equity

Professionals and young women agree that the discriminatory and stereotyped attitudes in the professional treatment of women pose an important barrier, particularly for the care of minors, women with disabilities or immigrant women.

The professionals highlight the need to have protocols to ensure equitable provision of services to young women and also the vulnerable groups mentioned previously. In the case of immigrant women or ethnic minorities, such as the gypsy ethnic group, the professionals agree that these women are more vulnerable due to barriers such as language, the social prejudices of the professionals,

such as racism, and the lack of support in their social environment (Table 8).

3.4 | Appropriateness

Both groups of informants point out that the needs of young women are not covered since they do not find the help that they need, they feel 'dizzy' going from one service to another without finding a solution to help them in their process or the services are not adapted to young people. All of this poses barriers for the services to be friendly. Among young women, secondary victimization is hinted at, since their needs are not met. Therefore, they are forced to continue searching, receiving inadequate care from the system, constantly reliving their process. On the other hand, one of the professionals indicated that the deficiencies in the coverage of the needs of young women could be related to the fact that the centres are more adapted to adult women.

TABLE 7 Barriers to acceptability of intimate partner violence-related services for young women

Types	Barriers
Protocol: confidentiality	'... the official who attended me did not have the perspective of keeping my situation confidential... she spoke out loud so the rest of the people around would know that I was requesting help for gender-based violence'. (YW1) 'During these years I've managed complaints where I have had the victim here and, behind them, there was another boy picking up a complaint for loss of ID, robbery by force, or sometimes people or arrestees, just walking behind., a disaster. So apart from improving that as much as possible... informing them'. (HP16)
Adequate setting: privacy, safe and welcoming	'I also didn't like the facilities. They reminded me of social services, they gave me negative connotations...' (YW2) 'in the first place, I think they think this is a service for adults... we have to adapt the messages.... make them feel more comfortable coming to an office like this one.... intervene in a much more informal manner'. (MP5)
Speed in the provision of services or referrals	'I tried to see psychologists through the social security, but they gave me appointments every 3 months' (YW3); 'they told me not to file the complaint that day. I had to go three times because they didn't believe me or they didn't think it was that serious. Also, they take ages to give you an appointment with a psychologist'. (YW4); 'The social services of the area, that doesn't work.... they have a very long waiting list'. (MP13)
Professional malpractice attitudes	'And in the hospital, the doctor that treated me told me that it was my fault for being with him' (YW4); 'I think everyone should doubt things, whoever says them, but even so you need to treat them well... With the judge ruling, they made me believe it wasn't that bad and that I was lying...' (YW4); 'What I didn't like was the reply of a policeman'. He told me 'be very careful with what you say, whatever you say now is going to mark his record for life' he told me 'be careful, don't invent things' something like that, and of course, I was astonished. Me, who hadn't done anything and that at last I had decided to ask the police for help...'. (YW12)

Note: Community of Madrid, 2019.

TABLE 8 Equity barriers in intimate partner violence-related services for young women

Types	Barriers
Discriminatory professional attitudes	'...in vulnerable populations there is a lot of attention bias because, for example ...with the gypsies (that's what colleagues say) you can't do anything, because you're risking your life because male gypsies are sooo gypsy, so... they are left aside' (MP13). 'I didn't like the treatment...' on the other hand, they made racist comments... like I don't know... the superior nun came and told me 'don't leave any stains because in your house you didn't have a floor...' and 'these things don't happen in your country' or 'it's worse in your country...' (YW10)
Protocol: equity	'...there is an intersectionality problem in the services. As soon as a situation pops up, a condition that makes you more vulnerable, the services aren't ready for that nor are they oriented to that group... there are no policies targeting young people in general...' (MP9); 'there is a situation of maximum vulnerability with immigrants, that of course, many times the language, many times... there are lots of problems....' (MP2); '...when immigrant women see that they have a system that protects them, they ask for help and they leave.... they are over-represented in the network and in the residential resources, also because when they do decide to leave they have a much smaller support network than Spanish women have'. (MP9)

Note: Community of Madrid, 2019.

The lack of multidisciplinary teams made up of professionals with specific training in caring for teenagers is perceived by professionals as an important barrier that makes having friendly services difficult (Table 9).

3.5 | Effectiveness

Both professionals and young women stated that the scarcity of resources and the lack of adequate time to meet the needs of young women pose a barrier to the effectiveness of a friendly service. They also stated that the time delays between sessions as well as the need to devote more consultation time to adapt to the recovery processes of young women are also barriers. The budget deficit and the need for more economic resources to develop more activities are also highlighted. Likewise, professionals and young women agree on the lack of human

resources and inadequate organization of the service that does not allow the provision of quality care for young women, particularly with regard to psychological care. Also, both groups interviewed reported on the lack of interpersonal communication skills and professional competencies required for IPV interventions with young women/teenagers as barriers.

Once again, they agreed that the medicalization of processes or the difficulties in finding psychological help are barriers to provision of effective services. Such medicalization refers to the fact that some professionals prescribe tranquilizers, among other medication, as a solution to the problem, instead of referring them to psychological therapy. One of the professionals related this medicalization to the lack of training of the healthcare personnel in gender perspective. Both groups of informants also agreed that this lack of training in gender perspective and in youth care acts as a barrier for the services to be effective.

On the other hand, some young women identified the lack of interpersonal skills of some professionals, the lack of empathy or active

TABLE 9 Barriers to the appropriateness of IPV services for young women

Types	Barriers
Lack of needs coverage	'In the social security they made me dizzy going from one place to another and I felt they didn't have any interest in helping me'. (YW3); '...I was annoyed that nobody knew where to send me or where I could go, that nobody showed any interest in helping me, not even my family or friends, and the professional help I tried to get, well, I didn't have the strength to assimilate or verbalise what was happening to me and I just wanted to end my life but I didn't feel capable'. (YW7) 'From my experience, in general, the centres are more adapted to care for adult women than teenage girls.... sometimes, they don't feel that is their place....'. (MP14)
Lack of multidisciplinary teams	'...we treat adults. We don't have a child psychologist... the main services to help teens is in Madrid, this entails great difficulties for people with regard to transport, money, time....'. (MP4)

Note: Community of Madrid, 2019.

TABLE 10 Barriers to the effectiveness of intimate partner violence-related services for young women

Types	Barriers
Resources time: enough and adequate	Time resources: 'I didn't like the delays in time... It was directly related to the lack of resources...'. (YW2); 'we need a bit more time because sometimes it took me a while to get started and with such little time I didn't feel I covered all the topics that I needed to in one session ...'. (YW6); '...to do the check-up.... vaccines and all the physical check-up, the social part, school...so in 15 minutes we are very very limited' (MP13). Economic resources: 'I would have liked to have more economic resources available to be able to do workshops, activities and meetings with other women...'. (YW1); 'budget, personnel. So it's always the same story that we don't have the cash to do many things we want to start doing... but if we do more we have to stop doing other things. So, the resources...'. (MP6). Human resources: 'I tried to go to psychologists through the social security, but they gave me appointments every 3 months and every time I went it was a different person and I had to start from the beginning... I never got anywhere'. (YW3); 'That's it, the psychological services of the social security, well, they are completely saturated We really don't have the capacity, that is, we don't have the personnel to care for people here...'. (MP9)
Competent professionals	Medicalization of the process: 'The psychiatrist... I went once a month, went in for 5 minutes for the consultations and that's it... When she asked me how I was and I said bad, the only thing she did is increase my medication (I was taking 10-15 pills a day). I didn't experience any kind of sensation, "I looked like a zombie", "this wasn't life" ...'. (YW8); '...they should study medicine more from a gender perspective because pain is very medicalised, the discomfort of women is very medicalised... with all the treatments they give her...'. (MP13). Lack of training: 'I believe this should be a struggle for all professionals, to have compulsory training, just like people are committed now and everyone has become aware of the coronavirus for the last 5 months ... Why do so some people still think that violence doesn't exist?...'. (YW12); '...we don't have specific training to care for teenage cases...We would like training. (MP5); 'professionals are willing to receive training; but when they are about gender or violence, well there are many biases, there is reluctance... the SERMAS (Madrid's Health Service) has put in place the figure, but they don't support nor train them... and training is carried out by ourselves, that is in many centres there are people responsible for violence, but they aren't trained ...'. (MP13); 'Therefore, one of the greatest barriers is the lack of training for professionals, of any institution ...'. (MP15). Lack of interpersonal skills: 'they need to transmit affection and understanding... It's not easy to tell, you think they're not going to believe you or they're going to think you're crazy... Active listening is needed and to take the necessary pauses'. (YW3); 'Respect of personal time and processes. With the youth, the intensity of experiences is different... without this respect, the relationship with the professional and thus the therapy or its continuity is affected'. (YW2)
Protocols and clinical practice guidelines	'Treatment protocols need to be established, also according to age and family situation. I think protocols are too standardised as if all women had the same burdens or family or work needs'. (YW1); 'the coordination topic is a complicated one... we each have our own protocols, but there should be some common protocols, so all people know what they have to do...'. (MP3); 'On the one hand social workers, lawyers on the other, and psychologists on the other...There are no formal spaces for coordination'. (MP5)

Note: Community of Madrid, 2019.

listening as barriers. They also agreed that the lack of action protocols and adherence to updated evidence-based clinical practice guidelines adapted to young women represents a barrier to the effectiveness of the services.

On the other hand, professionals felt that, despite the existence of protocols, the lack of coordination between the different services represents a barrier, given that they use different protocols in the different services and there is no formal coordination (Table 10).

4 | DISCUSSION

The results of this study point out the existence of several barriers, in the context of the study, to providing IPV care services that are considered friendly for young women. These barriers are related to the lack of information, within the social environment, about the different support services available, the scarce dissemination of these

services in the community, the cost of travelling to access the services, inadequate schedules for the needs of young women, inappropriate location of the services and lack of provision of services in settings that are close to young women, such as educational centres. Barriers are also linked to the need for policies and procedures to guarantee confidentiality, settings that are unwelcoming for young women, lack of speed in providing services and/or referrals and professional malpractice attitudes. On top of these is the limitation posed by the discriminatory attitudes of some professionals towards certain population groups that already suffer social discrimination, the need for protocols to ensure equitable provision of services to young women of different social status, the lack of coverage of the needs of young women and the scarcity of multidisciplinary teams. Finally, barriers such as shortage of time and resources (financial and human), lack of competent professionals with adequate training coupled with deficiencies in interpersonal skills and lack of protocols and coordination between the different services were also highlighted.

Making resources accessible to young women is the first step towards effective IPV care in young people. As has been shown in other studies, young women first rely on informal and trusted support networks.^{12,18} For them to become aware of the services that are available, it is essential to publicize in the community what these services are and what they offer, thus obtaining the support of the environment close to the young women.¹⁹ A study in the Swedish context, based on the WHO model in youth clinics, implemented strategies to overcome barriers similar to those that have been described by the professionals in this study.²⁰ To overcome accessibility barriers, they focused on the availability of extended schedules, adapting them to the lifestyle of the youth population. Applying this measure to IPV care services would be very positive for young women. Additionally, it coincides with this study, in that a prior appointment to attend the services is not necessary. That is, the services remain open and when the young woman needs it and decides to ask for help, she can go directly. Another study supports this measure of not needing to make a prior appointment, highlighting among its results that young women value this fact positively.²¹

On the other hand, within the acceptability domain, both young women and professionals noted the lack of policies and procedures to guarantee confidentiality in the physical space of where the services are provided, that is, where they are allowed privacy to describe their situation and seek help. This is an important barrier to enable services to be accepted by young women, as found in other studies.^{22–25}

In the equity domain, we must keep in mind that socially vulnerable young women, such as women with disabilities, immigrants and ethnic minorities, have added difficulties in receiving care in these services, due to their lack of adaptation, which can magnify the social vulnerability of these young women. Although in Spain, and specifically in the Madrid region, access to these services is universal, there are other types of barriers related to gender-based violence funding, language, social prejudices and the potential lack of support in their own social environment that adult immigrant women or

women with disabilities face.^{26,27} There are also other types of barriers that immigrant women (both young and old) face that should be taken into account, such as the lack of culturally appropriate services, the fact that some may not have a residence permit, lack of trust in the professionals, lack of specific training that may also imply a lack of cultural sensitivity by professionals towards young women suffering from abuse and complications in the migratory process to seek help.^{27–29}

Regarding the appropriateness domain, the lack of satisfaction of some users in our study translates into an important barrier for young women to use the services again. Communication between users and professionals is needed. In this sense, previously published studies show how the self-assessment of the services by young women improves user satisfaction.^{22,30} In agreement with the proposal by Sheikh et al.,³¹ it is important to consider the requests made by young women, so that they can be taken into account in the set-up of the services, thus better meeting their needs.

In the effectiveness domain, the barriers identified by both groups of informants were, above all, related to the scarcity of economic resources available in gender-based violence services. A higher education level of primary care professionals as well as their familiarity with specific protocols allow for more effective secondary prevention, as they are more likely to want to research the topic.^{32–34} According to some studies,^{35,36} women with a history of violence frequently use antidepressant or tranquillizer medication. Following the analysis of the interviews, young women and some professionals mentioned overmedication and the lack of psychological therapy as key points to improve the response to IPV, especially for young women. All of this is related to the training of professionals and mainly because of scarcity of psychologists in the national health system. Likewise, in some studies, the lack of training is perceived as a barrier to developing an effective health response.^{32,33,37} It is important for professionals to be familiar with protocols, but even more so that these protocols are standardized for the different services, and that they allow a transversal and real coordination between services so that the resources are effective. On the other hand, good communication and interpersonal skills with youth are associated with professional skills. According to Ambresin et al.²² and Rutherford et al.,³⁸ active listening skills, clarity and interpersonal communication are also positively valued.

Among the limitations of this study is the way in which the written information was collected from the young women who survived IPV. As an in-person interview was not carried out, it is possible that not all the information was collected, given the role that an interviewer can play during a face-to-face interview. That is, in an in-person interview, the interviewer may rephrase the questions, thus gathering more information. Another limitation is that the information provided by the young women is based on their personal experiences with the formal support services that they have contacted. These experiences may vary depending on the professionals working there or the service itself. Therefore, it is possible that these results are not generalizable to other contexts, although they are applicable to some contexts with which we have compared our results. The

credibility of the study was ensured with the participation of two authors (E. D. M. and C. V. C.) in the results analysis phase and the other authors' revision. The use of literal citations from the set of informants and the detailed description of the methodological process contribute towards the reliability of the study. On the other hand, the detailed description of the context and participants in the study improves the possible transferability to other settings.³⁹

A considerable number of barriers related to accessibility, acceptability, equity, appropriateness and effectiveness have been identified in this study. Therefore, it is important to elaborate strategies to make changes in the IPV services in the study setting and other similar ones that can facilitate the development of youth-friendly services for the care of young women. An increase as well as an improvement in the provision of these services are needed to raise awareness and disseminate this problem to the community, as well as to promote quality training among professionals with the aim of preventing IPV among young women, and ameliorating the care received by the young women facing it. Finally, it would be essential to incorporate the perspective of young women into the design of the care services. This would be possible by including feminist youth entities from organized civil society in the decision-making process.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors thank all the participants for their valuable contributions to this study. This study was funded by the Health Institute Carlos III (Ref. PI17CIII/00022).

CONFLICT OF INTERESTS

Authors declare that no competing interest exist.

ETHICS STATEMENT

Each participant received an informed consent form, in which the objectives of the study were explained as well as the reason for the interview. Their anonymity, as well as confidentiality of the opinions they expressed, were guaranteed. Furthermore, they were assured that their participation was voluntary and that they could withdraw at any time during the interviews if they so wished. The project was approved by the Ethics Committee of the Instituto de Salud Carlos III, protocol CEI PI 61_2019-v3.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Carmen Vives-Cases and Belen Sanz-Barbero designed this study; Eva Durán-Martín, Laura Otero-García and Esther Castellanos-Torres contributed to the acquisition and analysis of the information. All authors participated in the interpretation of data for the work; Eva Durán-Martín and Carmen Vives-Cases prepared the different drafts of the manuscript, integrating relevant intellectual contributions from Belen Sanz-Barbero, Laura Otero-García and Esther Castellanos-Torres. All authors reviewed and approved the final version to be published, and all authors agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available on request from the corresponding author. The data are not publicly available due to privacy or ethical restrictions.

ORCID

Eva Durán-Martín  <https://orcid.org/0000-0001-5406-4083>

Carmen Vives-Cases  <http://orcid.org/0000-0002-6797-5051>

Laura Otero-García  <https://orcid.org/0000-0002-0171-2806>

Esther Castellanos-Torres  <http://orcid.org/0000-0002-4832-5010>

Belen Sanz-Barbero  <https://orcid.org/0000-0001-6030-061X>

REFERENCES

- World Health Organization & Pan American Health Organization. *Understanding and addressing violence against women: femicide*. World Health Organization; 2012. pp. 1-8.
- Sanz-Barbero B, Rey L, Otero-García L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja [Health status and intimate partner violence]. *Gac Sanit*. 2014;28(2):102-108. doi:10.1016/j.gaceta.2013.08.004
- Heise L, Garcia-Moreno C. Violence by intimate partners. In: Zwi AB, Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LA, Lozano R, Ascencio RL, eds. *World Report on Violence*. World Health Organization; 2002: 87-113. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
- World Health Organization & London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. World Health Organization; 2010. p. 94.
- Kameg BN, Constantino R. Intimate partner violence in adolescents: preventive strategies for psychiatric-mental health nurse practitioners. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2020;33(3):163-168. doi:10.1111/jcap.12286
- Vélez MA, Rentería AL, Basozabal EU, Loroño AIDV. Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao [Gender violence in the relationships of adolescents and young people in Bilbao]. *Zerbitzuan*. 2010;47:121-134.
- de la Villa Moral M, García A, Sirvent C. Violencia en el noviazgo, dependencia emocional y autoestima en adolescentes y jóvenes españoles [Dating violence, emotional dependence and self-esteem in spanish adolescents and young adults]. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*. 2017;8(2):96-107. doi:10.23923/j.rips.2017.08.009
- Capaldi DM, Noble NB, Shortt JW, Kim HK. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*. 2012;3(2): 231-280. doi:10.1891/1946-6560.3.2.231
- Taquette SR, Monteiro DLM. Causes and consequences of adolescent dating violence: a systematic review. *J Inj Violence Res*. 2019; 11(2):137-147. doi:10.5249/jivr.v11i2.1061
- Ministerio de Igualdad. Macroencuesta de violencia contra la mujer. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. [Macro-survey of violence against women. Government Delegation against Gender Violence.]. *Ministerio de Igualdad*. 2019;268:18-23.
- Cho H, Shamrova D, Han JB, Levchenko P. Patterns of intimate partner violence victimization and survivors' help-seeking. *J Interpers Violence*. 2020;35(21-22):4558-4582. doi:10.1177/0886260517715027
- Sanz-Barbero B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Fernández-García C, Vives-Cases C. Spanish intimate partner violence survivors help-seeking strategies across the life span. *J Interpers Violence*. 2020;1-19. doi:10.1177/0886260520976213
- World Health Organization Making health services adolescent friendly—developing national quality standards for adolescent

- friendly health services; 2012. p. 43. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Goicolea I, Aguiló E, Madrid J. Is youth-friendly primary care feasible in Spain? *Gac Sanit.* 2015;29(4):241-243. doi:10.1016/j.gaceta.2015.03.009
 15. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sancí LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet.* 2007;369(9572):1565-1573. doi:10.1016/S0140-6736(07)60371-7
 16. Instituto Nacional de Estadística. Población residente por fecha, sexo, grupo de edad y lugar de nacimiento (agrupación de países) [Resident population by date, sex, age group and place of birth (country grouping)]. 2019. Accessed January 17, 2022. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9690>
 17. Goicolea I, Christianson M, Hurtig AK, Marchal B, San Sebastian M, Wiklund M. Searching for best practices of youth friendly services—a study protocol using qualitative comparative analysis in Sweden. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):321. doi:10.1186/s12913-016-1570-8
 18. Bundock K, Chan C, Hewitt O. Adolescents' help-seeking behavior and intentions following adolescent dating violence: a systematic review. *Trauma Violence Abuse.* 2020;21(2):350-366. doi:10.1177/1524838018770412
 19. Lachman P, Zweig J, Dank M, Yahner J. Patterns of help-seeking behavior among victims of teen dating violence and abuse: variations among boys and girls. *J Sch Health.* 2019;89(10):791-799. doi:10.1111/josh.12816
 20. Thomée S, Malm D, Christianson M, et al. Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services—a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reprod Health.* 2016;13(1):1-13. doi:10.1186/s12978-016-0261-6
 21. Johnston K, Harvey C, Matich P, et al. Increasing access to sexual health care for rural and regional young people: similarities and differences in the views of young people and service providers. *Aust J Rural Health.* 2015;23(5):257-264. doi:10.1111/ajr.12186
 22. Ambresin AE, Bennett K, Patton GC, Sancí LA, Sawyer SM. Assessment of youth-friendly health care: a systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *J Adolesc Health.* 2013;52(6):670-681. doi:10.1016/j.jadohealth.2012.12.014
 23. Baltag V, Mathieson A, World Health Organization. Youth-friendly health policies and services in the European region: sharing experiences. WHO Regional Office for Europe; 2010: 268.
 24. Geary RS, Gómez-Olivé FX, Kahn K, Tollman S, Norris SA. Barriers to and facilitators of the provision of a youth-friendly health services programme in rural South Africa. *BMC Health Serv Res.* 2014;14:259. doi:10.1186/1472-6963-14-259
 25. Brittain AW, Loyola Briceno AC, Pazol K, et al. Youth-friendly family planning services for young people: a systematic review update. *Am J Prev Med.* 2018;55(5):725-735. doi:10.1016/j.amepre.2018.06.010
 26. Castellanos-Torres E, Caballero Pérez I. La violencia contra las mujeres con discapacidad en tiempos de COVID-19 y experiencias grupales de sororidad online [Violence against women with disabilities in times of COVID-19 and experiences of sisterhood online groups]. *Rev Esp de Discapac.* 2020;8(2):211-221. doi:10.5569/2340-5104.08.02.10
 27. Briones-Vozmediano E, la Parra D, Vives-Cases C. Barriers and facilitators to effective coverage of intimate partner violence services for immigrant women in Spain. *Health Expect.* 2015;18(6):2994-3006. doi:10.1111/hex.12283
 28. Briones-Vozmediano E, Davó-Blanes MC, García-de la Hera, M, Goicolea I, Vives-Cases C. Discursos profesionales sobre la violencia del compañero íntimo: implicación en la atención de las mujeres inmigrantes en España [Professional discourses on intimate partner violence: implication for care of immigrant women in Spain]. *Gac Sanit.* 2016;30(5):326-332. doi:10.1016/j.gaceta.2016.04.022
 29. Briones-Vozmediano E, Goicolea I, Ortiz-Barreda GM, Gil-González D, Vives-Cases C. Professionals' perceptions of support resources for battered immigrant women: chronicle of an anticipated failure. *J Interpers Violence.* 2014;29(6):1006-1027. doi:10.1177/0886260513506059
 30. Mazur A, Brindis CD, Decker MJ. Assessing youth-friendly sexual and reproductive health services: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):216. doi:10.1186/s12913-018-2982-4
 31. Sheikh K, Ranson MK, Gilson L. Explorations on people centredness in health systems. *Health Policy Plan.* 2014;29:111-115. doi:10.1093/heapol/czu082
 32. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados [Detection of intimate partner violence in primary care and related factors]. *Gac Sanit.* 2017;31(5):410-415. doi:10.1016/j.gaceta.2016.11.008
 33. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria [Gender violence: knowledge and attitudes of nurses in primary care]. *Aten Primaria.* 2016;48(10):623-631. doi:10.1016/j.aprim.2016.01.003
 34. Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Cases C. Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit.* 2017;31(3):187-193. doi:10.1016/j.gaceta.2016.11.012
 35. Montero I, Escriba V, Ruiz-Perez I, et al. Interpersonal violence and women's psychological well-being. *J Womens Health.* 2011;20(2):295-301. doi:10.1089/JWH.2010.2136
 36. Wuest J, Merritt-Gray M, Lent B, Varcoe C, Connors AJ, Ford-Gilboe M. Patterns of medication use among women survivors of intimate partner violence. *Can J Public Health.* 2007;98(6):460-464. doi:10.1007/BF03405439
 37. Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G, Escribà-Agüir V, Maroto-Navarro G. Intimate partner violence in women with disabilities: perception of healthcare and attitudes of health professionals. *Disabil Rehabil.* 2018;40(9):1059-1065. doi:10.1080/09638288.2017.1288273
 38. Rutherford KA, Pitetti RD, Zuckerbraun NS, Smola S, Gold MA. Adolescents' perceptions of interpersonal communication, respect, and concern for privacy in an urban tertiary-care pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2010;26(4):257-273. doi:10.1097/pec.0b013e3181d6da09
 39. Rojas Bravo X, Osorio Belkis A. Criterios de Calidad y Rigor en la metodología cualitativa [Quality and rigor criteria in the qualitative methodology]. *Gac pedagóg.* 2017;36:62-74.

How to cite this article: Durán-Martín E, Vives-Cases C, Otero-García L, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B. Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region? *Health Expect.* 2022;1-11. doi:10.1111/hex.13453



DOI: 10.1111/hex.13770

ERRATUM

WILEY

Erratum

Erratum to 'Durán-Martín E, Vives-Cases C, Otero-García L, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B. Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region? *Health Expect.* 2022;25:1058-1068. doi:10.1111/hex.13453'

In the published article, there is an error to Eva Durán-Martín's affiliation:

International Doctoral School, Universidad Nacional de Estudios a Distancia (UNED), Madrid, Spain

The correct affiliation is as follows:

International Doctoral School, Universidad Nacional de Educación a Distancia and Joint Research Institute of the Nacional School of Health (UNED-IMIENS), Madrid, Spain.

We apologise for the error.

This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2023 The Authors. *Health Expectations* published by John Wiley & Sons Ltd.

Health Expectations. 2023;26:1783.

wileyonlinelibrary.com/journal/hex | 1783

Anexo 1.3. Artículo 3. «Perceived barriers to effective coverage of health and social services for sexual violence in young adults in Spain»

[«Barreras percibidas para la cobertura efectiva de los servicios sanitarios y sociales de la violencia sexual en personas adultas jóvenes en España»]

Eva Durán-Martín, Belén Sanz-Barbero, Carmen Vives-Cases

Research Article

Perceived Barriers to Effective Coverage of Health and Social Services for Sexual Violence in Young Adults in Spain

Eva Durán-Martín ¹, Belén Sanz-Barbero ^{2,3} and Carmen Vives-Cases ^{3,4}

¹International Doctoral School of the Universidad Nacional de Educación a Distancia and the Joint Research Institute of the Nacional School of Health (UNED-IMIENS), Madrid 28015, Spain

²Health Institute Carlos III, Madrid 28029, Spain

³CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Madrid 28029, Spain

⁴University of Alicante (UA), Alicante 03690, Spain

Correspondence should be addressed to Eva Durán-Martín; eduran121@alumno.uned.es

Received 7 October 2022; Revised 8 March 2023; Accepted 17 March 2023; Published 17 April 2023

Academic Editor: Daniel Diaz

Copyright © 2023 Eva Durán-Martín et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Despite the increase in sexual violence (SV) amongst young people, the use of formal services is poor. Effective coverage of health services is related to a satisfactory and quality care for the people who need a specific intervention. The aim of this study is to identify the factors that influence effective coverage of SV services from the perspective of young people and professionals in Spain. A qualitative study was conducted using an inductive thematic analysis approach based on 38 semistructured interviews with young people and professionals working in SV resource services and/or youth services in Spain, from September 2020 to October 2021. A content analysis was carried out. Both the professionals and young people referred to the fact that effective coverage is limited by the factors related to SV normalization and stigma, the lack of training of professionals, and the lack of human and economic resources. Furthermore, the young interviewees perceive sexual education as more biological and not focused on SV, as well as excessive bureaucracy, medicalization of processes, and the lack of trust in resources. However, the professionals mentioned the excessive specialization of psychological recovery accompaniment programmes and the lack of specialization of judicial institutions. To conclude, both the young people and professionals identified factors that reduce effective coverage of the services related to the social construction of the problem, training, and availability of resources. The young people also perceive other factors related to care and services, while the professionals place more emphasis on factors related to the user population.

1. Introduction

Sexual violence (SV) is any forced or coerced act or attempt to physically perform a sexual act without express consent, such as rape [1]. Furthermore, SV also considers other forms of abuse that do not entail physical contact, such as unwanted sexual comments or insinuations and actions to commercialize or use a person's sexuality by means of coercion (psychological, extortion, threats) that offer occur in a digital setting [1]. It can happen anywhere and regardless of the relationship with the victim [1].

SV is a highly prevalent public health problem throughout the whole world [2]. In Spain, 13.7% of women declare to have suffered SV throughout their lives, whether in a relationship or not. In particular, young people between 16 and 24 years of age have suffered sexual violence to a greater extent throughout their lives than women 25 or over, both in relationships (12.4% vs. 8.9%) or not (11% vs. 6%) [3]. Recently published studies show a higher prevalence of SV in the last 12 months in women (10.5%) than men (6.8%) [4].

The most used resource by young adults when faced with an SV situation is informal support from friends and family

[5, 6]. Support from formal resources is limited by some barriers that influence young people, such as trying to solve problems themselves, the lack of knowledge on resources, seeing professionals as strangers, trivialization of acts of SV in relationships, among others [7]. Furthermore, a lack of trust towards formal resources, as well as stigma in SV situations influence the victim's behaviour to ask for help [6, 8, 9]. Currently, the majority of studies are focused on young people's perspective [7, 10–15]. Only some research also includes the perspective of professionals working in SV services [16, 17].

Effective coverage of healthcare services refers to their capacity to offer a satisfactory and quality care [18–23]. The effectiveness of service coverage is influenced by factors, such as infrastructure, availability of adequate human resources, and physical and economic accessibility. On the other hand, attitudes, perceptions, values, and beliefs influence the acceptance of the resource and the predisposition to use it. For coverage to continue over time, the service must be perceived as useful and adapted to the target population.

A high frequency of SV, in particular amongst the young population, the scarce use of formal services among people exposed to SV, as well as the key role that these services have for people to recover their well-being [6], make it necessary to delve into the factors that influence access and use of formal care services for SV. The aim of this study is to identify the factors that influence the effective coverage of SV services from the perspective of professionals and young people.

2. Material and Methods

2.1. Study Design. Qualitative study using an inductive thematic analysis approach with 38 semistructured interviews conducted in Spain between September 2020 and October 2021. The study was carried out following a thematic analysis approach due to its potential to identify themes related to effective coverage and compare perceptions between young people and professionals. “SRQR” [24] and “COREQ” [25] have been used (see Tables 1 and 2 in the Supplementary Material).

2.2. Sample Strategy and Participants. The selection criteria for the young people were (1) age (18–21 years and 22–24 years); (2) sex; (3) level of studies (university or not); (4) place of origin (migrant and national); (5) geographical distribution according to region. In order to select the professionals, the following characteristics of the resources, where they worked, were considered: (1) type of resource management (public administration or associations); (2) scope of action (approach to SV and youth services); (3) geographical distribution according to region. The regions included in the study were the Region of Valencia, Balearic Islands, Catalonia, the Region of Madrid, the Basque Country, and the Region of Navarre.

After an initial online search, the researchers contacted potential participants who were informed about the

objectives of the study. The participation rate was 100%. The criteria to finalize information collection was discourse saturation. Finally, 23 young people and 15 professionals were interviewed. The characteristics of the participants are reflected in Tables 1 and 2.

2.3. Data Collection. Two themed scripts were drafted and adapted to each profile (See Table 3 in the Supplementary Material), which were tested and adapted in the first phases of the field work. The interviews were semistructured, and the script was open in order to maintain the conversational logic. In the interviews with the young people, the sex of the participants was taken into account so that the interviewer was of the same sex. 26 interviews were conducted by telephone and 12 by video call. The interviews were conducted individually (interviewer and participant) in Spanish and lasted between 50–70 minutes. They were digitally recorded with audio and transcribed verbatim. No interviews needed to be repeated.

2.4. Ethical Considerations. Participation in the study was voluntary. Confidentiality and anonymity rights were guaranteed at all times. All participants previously received documentation about the study and signed an informed consent form. The project was approved by the Ethical Committee of the University of Alicante (UA-2020-07-07).

2.5. Data Analysis. An inductive thematic analysis was conducted [26] with the software Atlas.ti (version 8). The analysis process took place in two phases.

In the first phase, an external team conducted a pre-analysis of the interview content. Under consensus, they elaborated a coding tree based on the objectives of the project and the information and experience obtained in the development of the field work. A double coding of the interviews was carried out, and the information was triangulated between two analysts. This content was divided into two blocks: (1) response of the agents to SV; and (2) assessment of the response by the interviewees (see Table 4 in the Supplementary Material).

In the second phase, the interviews were carefully read in order to understand the context and become familiar with data. Furthermore, new information was added to the codes of the second block related to the difficulties perceived in the responses. This was debated and agreed upon by the authors. This set of data, called perceived difficulties in the responses, was coded for content and similarity. Following an inductive approach, codes with similar ideas were grouped together and classified into potential themes called categories. The final categories were redefined, discussed, and negotiated among all authors to obtain the main topics of all the content.

This process involved constant two-way movements between the preliminary codes, categories, and topics up to the influence of the theoretical framework related to effective coverage [18–23] and other theoretical models [27].

TABLE 1: Characteristics of young interviewees.

Code*	Age	Sex	Studies	Origin	Region
MUJ-01	23	Women	University	National	Madrid
HOM-02	24	Man	Nonuniversity	Migrant	Madrid
HOM-03	23	Man	Nonuniversity	National	Navarre
HOM-04	19	Man	University	National	Madrid
HOM-05	18	Man	University	National	Basque Country
MUJ-06	19	Women	University	National	Region of Valencia
HOM-07	18	Man	University	National	Navarre
HOM-08	19	Man	University	National	Region of Valencia
HOM-09	19	Man	University	National	Basque Country
MUJ-10	23	Women	University	National	Region of Valencia
MUJ-11	20	Women	University	National	Catalonia
MUJ-12	22	Women	Nonuniversity	Migrant	Basque Country
MUJ-13	19	Women	Nonuniversity	Migrant	Balearic Islands
HOM-14	24	Man	Nonuniversity	Migrant	Catalonia
HOM-15	23	Man	Nonuniversity	National	Region of Valencia
MUJ-16	23	Women	Nonuniversity	Migrant	Balearic Islands
MUJ-17	23	Women	Nonuniversity	Migrant	Catalonia
HOM-18	24	Man	University	National	Catalonia
MUJ-19	19	Women	Nonuniversity	National	Navarre
HOM-20	25	Man	Nonuniversity	Migrant	Madrid
HOM-21	18	Man	Nonuniversity	National	Balearic Islands
MUJ-22	19	Women	Nonuniversity	National	Balearic Islands
MUJ-23	24	Women	Nonuniversity	Migrant	Basque Country

*Code indicates the person's gender: MUJ = young girls/women; HOM = young boys/men.

TABLE 2: Characteristics of the professional interviewees.

Code*	Type of service	Type of management	Region
AVG-31	Care service for victims of sexual violence	Public administration	Madrid
AVG-32	Care service for victims of sexual violence	Public administration	Madrid
SJ-33	Association of social theatre and education with awareness programmes on sexual violence	Associations	Balearic Islands
AVG-44	Association specialized in care for victims of sexual violence	Associations	Catalonia
SJ-35	LGTBI association specialized in awareness on sexual diversity	Associations	Madrid
SJ-36	Association of social intervention and inclusion with awareness programmes on sexual violence	Associations	Madrid
AVG-37	Care service for GBV	Public administration	Region of Valencia
AVG-38	Feminist association specialized in care for GBV	Associations	Catalonia
AVG-39	Care service for victims of GBV	Public administration	Navarre
SJ-40	Vocational education centre	Public administration	Basque Country
SJ-41	Social, cultural, and leisure association	Associations	Basque Country
SJ-42	Sports club	Associations	Catalonia
SJ-43	Youth council	Public administration	Region of Valencia
AVG-44	Care service for victims of sexual violence	Associations	Region of Valencia
SJ-45	University centre	Public administration	Balearic Islands

*Code indicates type of resource: AVG = care for gender-based violence (GBV); SJ = services for young people.

3. Results

Based on the analysis, the following emerge as factors that reduce the effective coverage of services: (i) the social context; (ii) the characteristics of the people affected; and (iii) the characteristics of the services and professionals. The corresponding categories and codes are summarized in Table 3.

4. Factors on the Social Context That Influence Effective Coverage

4.1. Scarce Awareness on Sexual Violence. Both groups of interviewees consider that some young people are not aware of the types of SV that exist. They find it difficult to identify situations of sexual harassment or certain sexual assaults as

TABLE 3: Table summarizing the identified topics.

Topics	Categories	Codes
Factors of the social context that influence effective coverage	Scarce awareness on sexual violence (1)	Confusion between SV and GBV (1) Normalization of SV (1) Resistance to talk about sexuality (1) Nonidentification with stereotypes of victims (1) Concealment-silence practices (1) No educational training SV-GBV (1) Biological sex education (1)
	Lack of social acceptance of resources (2)	Rejection of feminism and fight against GBV (2) Lack of trust (2)
		Socioeconomic situation (3)
		Age (3) Migratory status (3) Disability (3)
Factors that influence affected people (victims, aggressors, and close environment)	Different social situation (3)	Feelings of fear, shame, and guilt (4) Judgement from surroundings towards the victim (4) Prejudice of the victim towards professionals (4) Overprotection from family (4)
	Social stigma (4)	
	Training of professionals (5)	Training in gender perspective-sexual violence (5) Youth training (5) Scarce psychological therapy (6) Legal processes: hard, ineffective, and not adapted (6) Legal institutions not specialized in SV (6)
	Improvable institutional care (6)	Excessive specialization in psychological recovery accompaniment programmes (6) Excessive bureaucracy-repeating interviews Delay in psychosocial care (6) Medicalization (6)
Factors related to services and their professionals		Care focused on GBV and middle-aged women (7) Engagement not focused on SV and young people (7) Information (resources and bureaucratic procedures): little and not adapted to young people (7) Lack of resources: human/economic (7) Lack of protocols (7) Little awareness of nearby resources (7) Inequality in territorial distribution (7)
	Service infrastructure (7)	

Source: own elaboration. The numbers indicate the correspondence between category and code.

SV. This makes it difficult to get both formal and informal help.

"Because it's what I've seen, so, my colleagues usually do it (...) and the girl gets annoyed and I say it and it's obvious. (...) I mean tell me who likes it (...) to be catcalled or someone they don't know is saying things (...)" (HOM-02).

"When they're identified with the emotion or the act, they do understand that they didn't want it [have a non-consensual sexual relationship] (...) They find it difficult to realize they didn't want to (...) they haven't found a name for what's happened to them" (AVG-31).

The difficulty in identifying it is associated with normalizing SV behaviours integrated in affective-sexual relationships, in groups of friends, or in society.

"There are some difficulties (...) with harassment and certain touching, which is related to another (...) and when they're in your surroundings (...) there's still the pressure from the group (...)" (AVG-38).

"...Affective-sexual relationships of a more stable relationship. Then there's the barrier of trying to normalize (...) [non-consensual sexual assault or relationship] this couldn't have happened" (HOM-04).

Therefore, the young people and professionals agree how the resistance that exists about talking about sexual relations and sexuality, outside the intimate or private setting, has a negative influence, making it difficult to access specialized services.

"I think because of the taboo and stigma that there still is around sexuality (...) there's a lot of ignorance by families (...) many institutions and associations, it seems they're scared to approach the topic" (SJ-42).

"So, to have a sexualized message there's no problem, but when the time comes to tell our sexual problems, there's an invisible barrier" (HOM-02).

Regarding the nonidentification with the stereotypes of victims, both believe that it makes it difficult to seek help. One professional highlighted that young girls/women do not feel represented by that image of an assaulted woman, as there is currently a social image that women should be autonomous, empowered, and be able to solve external difficulties. However, one young girl/woman related it to masculine stereotypes in the case of men who are victims of SV.

"...I don't want to belong to that group of abused women [what young people say] (...) because that implicitly means I'm submissive, I have no personality, I follow (...) in young

women even more, because they're presumed to be stronger, they can deal with everything (...)" (AVG-39).

"I think it could possibly be more about ego, manhood, more than masculine character (...) that those things shouldn't affect them [Access barriers for young men] (MUJ-12).

Finally, young men and women identified concealment-silence practices in male victims of SV and related this behaviour to the concept of masculinity and gender roles.

"(...) that social pressure of not being able to say anything because they'll be belittled..." [In the context of a friend's rape when he verbalized it after a long time and didn't ask for help (formal or informal)] (MUJ-13).

Regarding the educational content in the system, the young people believe it is a barrier to understand SV. The biological approach to sexuality does not include individual, social, and ethical responsibility, leaving the affective part out, as well as consent, discriminatory attitudes, violent behaviours, etc.

"I haven't had any sex education, just in 3rd year of high school, on how to wear a condom and that was it. I think all that [training in SV and gender-based violence] needs to be developed more if we want these problems to end (...)" (HOM-08).

4.2. Lack of Social Acceptance of Resources. The professional and young interviewees agree that rejection towards feminism and gender-based violence (GBV) creates animadversion towards the services and a defensive reaction that prevents them from accessing information on SV and prevention and awareness programmes.

"Many boys left quite resistant. Because they saw them as places of indoctrination, where feminazis come, etc... [in interventions to raise awareness on youth resources]" (SJ-36).

"In the end, they can take it badly because they think that all men are seen the same way, right? (...) that we're attacking them all the time..." (MUJ-12).

The young people express a lack of trust towards institutions and resources limit accepting the resource and, therefore, initial access. This is highlighted in police and legal settings, especially with SV cases that have been on the media.

"Well the case of 'La Manada' [case on the media of a rape that had a social reaction because of the legal measures], what happened, that was a joke. (...) Yeah, yeah, of course

the State (...) so, unfortunately, I don't trust it (...)" (HOM-18).

5. Factors That Influence Affected People (Victims, Aggressors, and Close Environment) and Make Effective Coverage Difficult

5.1. Different Social Situations. Both the professionals and young people believe age is a barrier to access formal resources. The professionals identify age with dependency and the need to have consent from a parent, while the young people relate it to the lack of maturity in awareness processes, acceptance, and decision-making.

"Let's talk about parent consent, to be able to deal with young girls..." (AVG-39).

"(...) the younger you are, the smaller you are, I think it's more complicated...you don't have the necessary resources (...) the less mature you are, well, it's more difficult" (HOM-05).

Regarding a precarious socioeconomic situation, a young boy/man relates it directly to economic resources *"because they can't afford it (HOM-05),"* while a professional links the socioeconomic level to the difficulty in obtaining information. Although the resources are accessible and free, if they do not know they exist, they cannot use them.

"There are difficulties (...) the digital gap (...) lack of economic resources so, they need to be on social networks, WhatsApp, Facebook and Instagram, even e-mail to be informed (...)" (SJ-41).

On the other hand, only the professionals identify intellectual disability as a factor that limits communication with victims, alongside the lack of adaptation by the legal system to the characteristics of this group and the absence of an inclusive perspective.

"In cases of sexual assault (...) a disabled woman, that's something else...if she reports it but doesn't tell it in the way the legal system needs to read it, well there's a big added difficulty when reporting it (...)" (AVG-39).

Only the young people identify being a migrant as an access barrier to resources due to being scared of going to the police or not having a residency permit.

"If for whatever reason you're an undocumented migrant and you don't have any documents, it's much more difficult. (...)" (MUJ-23).

5.2. Social Stigma. The young people and professionals express that certain feelings, such as fear, shame, and blame are factors that make effective coverage difficult as they prevent young people from asking for help.

"It's mainly shame and pressure and fear that someone will find out they're there or that the aggressor will know. Or they're embarrassed that someone will know what's happened to them" (MUJ-06).

"There are people that aren't even able to go past that barrier because they're scared (...) they admit they weren't able to ring the bell the first time and they left..." (AVG-44).

Furthermore, both groups of interviewees related said feelings towards their close environment judging the victim. This makes it difficult for young people to access resources as they do not feel supported.

"Well maybe the stigma a bit...At the end of the day it's a resource that, as it conditions your image in society, especially if you're young..." (MUJ-10).

"They get a message of brutal rejection, from blaming, to not believing them...and then there are times when that, furthermore, if the aggressor is from the family environment, it's generated as a...as a fight (...) the same in circles of friends..." (AVG-32).

Regarding the prejudices about professionals of resources, both groups of participants identify this factor as a difficulty for young people to attend. Several young people identify these prejudices specifically in police settings as they are the door to accessing other services in many cases.

"They don't try to empathize much with women. So, they'll think they're doing it, that they're lying, they're doing it to be the victim or get something out of it, a revenge. (...) [In context of policemen] (MUJ-12).

6. Factors Related to Services and Professionals That Influence Effective Coverage

6.1. Training of Professionals. Both groups of interviewees perceive the lack of training in gender perspective, sexuality, and SV as a limiting factor. The professionals agree that training is insufficient to carry out quality interventions, while the young participants highlight the lack of training in services that are the doorway to SV resources. On the other hand, only the professionals have identified a lack of training when working with young people. This makes adapting the interventions difficult (Table 4).

6.2. Improvable Institutional Care. The young people and professionals agree on the deficient psychological therapy due to the high demand. Furthermore, they both coincide on the hostility, length, uncertainty, lack of adaptation, and efficacy of legal processes. This is an obstacle regarding the continuous use of resources. This is in addition to the lack of specialization of institutions, especially in the legal scope, as SV is treated like any criminal offence when it occurs outside intimate partner violence.

TABLE 4: Factors related to the services and their professionals.

Training of professionals	Training in gender perspective, sexuality, and SV
	(i) "We need to keep insisting on that, on quality training(...)" (AVG-38)
	(ii) "(...) Awareness in gender equality, gender perspective...those who work with these victims, from the state security forces to the people in the hospitals, everyone (...) they've gone to ask for help and nothing's been done, and that also means other girls won't go" (MUJ-19)
	Youth training
	(i) "(...) At entities and associations they should train professionals who work with them, so they can offer better care (...)" [youth entities] (S1-42)
	Scarce psychological therapy
	(i) "I think that waiting times for therapy can affect young girls differently, it's saturated as well (...), they need an answer as to what's happening at that moment" (AVG-32)
	(ii) "They were assigned a psychologist. But I think that was the first year and that's it" (MUJ-06)
	Legal processes: hard, ineffective, and not adapted
	(i) "(...) The legal side usually scares them more, it's what terrifies them the most and (...) the legal process is very, very hard (...)" (AVG-44)
	(ii) "Or for example, when you come, you're never going to see that guy again, or anything, and then she comes across him on the corridor (...) Like the process has been extended (...)" [referring to the legal process] (MUJ-06)
	Legal institutions not specialized in SV
	(i) "For gender violence in relationships, there are specialized lawyers, there are specialized courts. (...) However, for sexual violence there isn't (...) so, it's a comparative grievance and it isn't yet given the dimension it has (...)" (AVG-34)
	Excessive specialization in psychological recovery accompaniment programmes
	(i) "We have this comprehensiveness regarding the areas [legal and judicial advice, psychological care, social work], but as it's a specific resource (...) in sexual violence (...) there are times that it takes up their lives. Right? (...) We have this focus on sexual violence (...) and maybe it could be complemented with another kind of more general activities" (AVG-32)
	Excessive bureaucracy-repeating interviews
	(i) "They're really institutional, that's it. I think they're too archaic, like too (...) they're bureaucratic in the end. So, they're not humanized (...) not really connected with social reality" (HOM-03)
	Delay in psychosocial care
	(i) "If it had been done quicker and more efficiently the first time, it would have been less difficult to overcome (...) depression" (MUJ-06)
	Medicalization
	(i) "(...) I spent a whole summer asleep, with anxiolytics, because I was having anxiety attacks and I had PTSD (...)" (MUJ-01)

Improbable institutional care

TABLE 4: Continued.

	Care focused on GBV and middle-aged women
	(i) "And then they need to ask for hours for resources that aren't adapted to them. With schedules that aren't adapted to them, with professionals that sometimes are, so, they have an adult-focused perspective...I think we also need to know how to adapt" (AVG-38)
	(ii) "I think it's mainly aimed at that [stable affective-sexual relationships], maybe it's, outside that and the young population...something else is missing" [needs that resources are focused on] (HOM-04)
	Engagement not focused on SV and young people
	(i) "You don't know what they do, how they can help...nothing about it. Because publicity...at the town hall you won't see young people there..." (MUJ-17)
	(ii) "We're on the Internet...we don't have social networks or the ability to update them. Maybe in that sense we seem more institutional, right? And that puts them off (...)" (AVG-32)
	Information (resources and bureaucratic procedures): Little and not adapted to young people
	(i) "Many times they think we're going to demand or oblige them, well, to report it...to see them, if they don't do it...we won't believe them..." (AVG-31)
	(ii) "Talking about younger people, always, well infographics or videos, or something that's, I don't know, more didactic, it'll be understood better and it'll reach them easier" [looking for legal information] (MUJ-19)
	Lack of resources: human/economic
	(i) "I'd put one, well for each neighbourhood, or every 2, to be honest, whether for planning (...)" (MUJ-23)
	(ii) "(...) many times, the lack of resources, staff, means you can't do everything, you know?..." (SJ-43)
	Lack of protocols
	(i) "...That there's protocols. (...) Consistent and feasible protocols that have been worked on and can be put into practice in a real way..." (SJ-42)
	Little awareness of nearby resources
	(i) "For any tool to work, for...more effectiveness, it needs to be nearby...You create a 016 [GBV telephone number in Spain] you're addressing a specific population [...] a number like 016 [national], it's really general, state-wide...and it can be seen as something really...formal, institutional..." [access barriers] (HOM-03)
	Inequality in territorial distribution
	(i) "Maybe many times lots of people don't have the chance because...there's nothing in their city" (HOM-05)
Service infrastructure	

“For gender-based violence in a relationship, there are specialized lawyers, there are specialized courts. (...) However, for sexual violence there isn’t. (...) so, it’s a comparative grievance and it isn’t yet given the dimension it has...” (AVG-34).

Despite promoting SV specialization of legal resources, the professional participants consider that an excessive focus on SV can sometimes be counterproductive, as it does not address the consequences that violence has on other aspects of women’s lives (work, family, friendships, etc.). In addition, group interventions or interventions with their environment are omitted (Table 4).

The young people have identified excessive institutional procedures, referral between services, and having to go successive times as limitations to effective coverage. This is related to other factors that only the young people have identified, such as the delay in psychosocial attention or medicalization of the processes (Table 4).

6.3. Service Infrastructure. Both groups of participants share that resources are focused on GBV and middle-aged women. This factor is identified as a barrier as it excludes other groups affected by SV. The professionals identified several reasons for this: unadjusted schedules, minors not being able to go to centres without a guardian, and spaces and interventions not adequately adjusted to young people. Regarding the latter, both groups identified the lack of focusing on young people. The professional interviewees believe this is related to the information disseminated by the media, as the use of social networks is limited; while for the young people, the message is aimed at adults and they do not feel identified with it. Both the professionals and young people coincide with the fact that information on bureaucratic procedures and resources is limited and, what does exist, is not adequately adapted to young people. Finally, they agree that the lack of both human and economic resources make it difficult for them to function properly. This is reflected in the quality of the response by the youngsters (Table 4).

“I’d put one, well for each neighbourhood, or every 2, to be honest, whether for planning (...)” (MUJ-23).

“(...) many times, the lack of resources, staff, means you can’t do everything, you know? (...)” (SJ-43).

One youth service professional identified that the lack of protocols makes detection, referral, and correct care difficult for these young people. However, the young people give importance to the presence of nearby resources and they perceive inequality in their territorial distribution (Table 4).

“For any tool to work, for...more effectiveness, it needs to be nearby...You create a 016 [GBV telephone number in Spain] you’re addressing a specific population [...] a number like 016 [national], it’s really general, state-wide...and it can be seen as something really...formal, institutional...” [access barriers] (HOM-03).

7. Discussion

In terms of the results of this study, both the professionals and young people coincide that some factors related to the sociocultural context limit effective coverage. They highlight the confusion surrounding the concept of SV, as well as its normalization. Furthermore, both groups identify factors related to the victims and close relatives. Discourses are similar regarding factors such as low socioeconomic level, feelings of blame, shame, and the reaction by those close to them. The professionals agree that age is a barrier as victims formally depend on their parents to use the services and, for the young people, it is related to maturity. There are also differences in the discourses on factors related to the characteristics of the services, including training of professionals and the explanation given by them and the young people on the lack of reaching young people. There are other factors that only the professionals have identified: lack of specialization in legal resources or the lack of protocols adapted to young people. However, the young people have identified other factors such as a lack of training in SV and GBV in education, lack of trust in institutions, or excessive bureaucracy.

Regarding the sociocultural context, normalizing this violence makes many young people unaware of having suffered it, as sexuality has been limited to the private sphere or they do not identify with the stereotypes of victims [7, 28, 29]. This is aggravated when there is alcohol consumption, as it increases the feeling of blame, exempting the aggressors from responsibility [13]. Tools that encourage proactive responses by witnesses could help victims identify SV [30].

Regarding the factors related to those affected, both groups of interviewees agree that a precarious socioeconomic situation makes accessing and using formal services difficult [10, 13, 20]. This occurs despite the fact that accessing resources in Spain is universal. The professionals argue that there are economic difficulties to access information on the Internet, while the young people discuss economic difficulties as using transport or the lack of time due to precarious work situations. As observed, the material resources of each individual have an impact on inequalities in health and well-being [31] and have a noticeable influence on accessing services [20]. Likewise, the emotions experienced related to the negative reaction by family and friends, alongside the belief that professionals will not believe the victim, prevent young people from using formal services [7, 12, 13, 16, 28]. These emotions are so strong that even professionals who are victims of SV, with knowledge of formal resources, have been noticeably conditioned to seek help [28].

Regarding the characteristics of the resources, both groups identify that a greater provision in economic and human resources would help improve effective coverage [28, 32, 33]. Furthermore, the adequacy of services for the target population is an important factor for them to adhere to resources [22]. In order to do so, services should be adapted to the needs of young people or vulnerable groups in legal processes and in the dynamics of care in resources, as

well as providing understandable and accessible information [7, 12, 13, 16, 32–34].

Regarding the barriers identified only by the professionals, intellectual disability negatively influences communication and the lack of adaptation of care as it is assumed that they do not have the capacity/credibility to face a legal process and they are treated as “asexual” and infantilized people [16, 32, 33].

It is interesting to outline the factors only identified by the young people. On the one hand, they highlight those related to a lack of awareness, such as concealing SV experiences (in male victims) due to gender stereotypes of hegemonic masculinity [11, 29, 35] and a lack of SV and GBV training. The young people identify education in sexuality as insufficient. Including aspects in the training that eradicate existing myths on affective-sexual relationships [36] could have a positive impact on interpersonal relationships, given the association of these myths with a higher justification of SV, as well as a lower predisposition to help in an observed SV situation [37].

On the other hand, the young people identify the lack of trust in institutions as a barrier [11, 28, 32]. Anticipating a negative experience towards services causes revictimization, a traumatic experience in the help-seeking process. This encourages the victim or people who know their experience because they are media cases, to not to seek help in the event of a future aggression [38, 39]. Such revictimization due to bureaucratization has been identified by GBV professionals rather than victims in other studies [28, 32].

The young people and professionals have identified different factors and there are discrepancies in some identified by both of them. For the professionals, age implies bureaucratic and economic dependence, while for the young people they prioritize a lack of maturity as a barrier to seek help [7, 40]. On the other hand, the lack of training of professionals in SV-GBV has been identified by both groups [16, 28, 32, 33]. However, the young people emphasize the lack of training in health and police services, leading to retraumatizing experiences and slowing down using the network of formal services. Finally, for the professionals, the lack of reaching young people is due to not using the appropriate means, on the other hand, for the young people, they consider the message to not be adapted. Therefore, reinforcing the use of technology with appropriate messages is important for the help-seeking process of young people [17].

7.1. Limitations and Strengths. One of the main limitations of this study is that participants, as in other studies [7, 28, 34], frequently refer to situations of severe SV, limiting the factors found in this study to such situations. More research is needed on the associated factors of effective coverage in other, less severe, types of SV. Furthermore, the intentional sampling used could lead to a selection bias due to the fact that the participants are more understanding towards SV and that the majority of nonuniversity students are migrants. The results may not be generalizable, but they may be applicable to some contexts with which we have

compared our results. In order to improve this transferability, a detailed description of the sample and study participants was drafted. The credibility of the study was ensured with double coding and triangulation of the information, guaranteeing greater reliability with the critical review of the results. In terms of guaranteeing reliability, verbatim citations were used, as well as the inductive approach of analysis and a detailed description of the methodological process [41].

8. Conclusions

Both the interviewed young people and professionals have identified a considerable number of factors that reduce the effective coverage of related services. The young people perceive more factors related to the social context, care, and services, while the professionals recognize factors related to the user population. A greater alignment in their perceptions is required to improve service coverage. Future research should take into account the perspective of both young people and professionals in order to observe whether there is an alignment or discordance in opinions. Delving into this aspect would be advisable to create strategies that are in line with the reality of young people, thus improving effective coverage.

Data Availability

The data used to support the findings of this study are included within the article.

Additional Points

What Is Known About This Topic? (i) When young adults require help in the face of sexual violence (SV), they opt for informal support from friends and family. (ii) The stigma towards SV situations, the trivialization of the SV acts, the lack of knowledge on resources, and attempting to solve problems themselves are some facts that influence the search for help in formal resources. *What Does This Document Offer?* (i) Some opinions between both groups of interviewees are aligned, however, some differences are also observed. (ii) Effective coverage is undermined by a lack of training in sexuality that does not take into account the gender perspective and the psychosocial aspect of sexual relations among young people. This normalizes SV misconceptions that limit access to related health and social services. (iii) Trusting institutions and training professionals is crucial to ensure young people use frontline services (police, health services) and once there, guarantee they receive an effective response to their needs.

Conflicts of Interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Acknowledgments

The CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP) with the project “Sexual Violence Associated Factors and

Perceptions among Youth: A Mixed Method Approach” (Ref. ESP20PI02).

Supplementary Materials

Checklist of reports for the qualitative study. (i) Table 1: standards for Reporting Qualitative Research (SRQR). (ii) Table 2: consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist (COREQ). Complementary information to the methodology. (iii) Table 3: final structure of the interview scripts. (iv) Table 4: coding tree. (*Supplementary Materials*)

References

- [1] World Health Organization (Who), *Violence against Women: Intimate Partner and Sexual Violence against Women. Intimate Partner and Sexual Violence Have Serious Short- and Long-Term Physical Mental and Sexual and Reproductive Health Problems for Survivors: Fact Sheet*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2014, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112325>.
- [2] K. Wincentak, J. Connolly, and N. Card, “Teen dating violence: a meta-analytic review of prevalence rates,” *Psychology of Violence*, vol. 7, no. 2, pp. 224–241, 2017.
- [3] Government delegation against gender violence Ministry of Equality, “Executive summary of the 2019 macro-survey on violence against women,” 2021, https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/RE_Macroencuesta2019_EN.pdf.
- [4] B. Sanz-Barbero, C. Saurina, L. Serra et al., “Prevalence and associated factors with sexual violence victimisation youth before, during and after the COVID-19 lockdown: a cross-sectional study in Spain,” *BMJ Open*, vol. 11, no. 11, Article ID e055227, 2021.
- [5] D. J. Rickwood, F. P. Deane, and C. J. Wilson, “When and how do young people seek professional help for mental health problems?” *Medical Journal of Australia*, vol. 187, no. S7, pp. S35–S39, 2007.
- [6] B. Sanz-Barbero, E. Briones-Vozmediano, L. Otero-García, C. Fernández-García, and C. Vives-Cases, “Spanish intimate partner violence survivors help-seeking strategies across the life span,” *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 37, no. 11–12, pp. NP8651–NP8669, 2020.
- [7] M. Fernet, M. Hébert, S. Couture, and G. Brodeur, “Meeting the needs of adolescent and emerging adult victims of sexual violence in their romantic relationships: a mixed methods study exploring barriers to help-seeking,” *Child Abuse & Neglect*, vol. 91, pp. 41–51, 2019.
- [8] M. Prospero and S. Vohra-Gupta, “The use of mental health services among victims of partner violence on college campuses,” *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, vol. 16, no. 4, pp. 376–390, 2008.
- [9] B. Sanz-Barbero, N. Barón, and C. Vives-Cases, “Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages,” *PLoS One*, vol. 14, no. 10, p. e0221049, 2019.
- [10] A. B. Amstadter, H. M. Zinzow, J. L. McCauley et al., “Prevalence and correlates of service utilization and help seeking in a national college sample of female rape victims,” *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 24, no. 8, pp. 900–902, 2010.
- [11] C. E. Martin, A. M. Houston, K. N. Mmari, and M. R. Decker, “Urban teens and young adults describe drama, disrespect, dating violence and help-seeking preferences,” *Maternal and Child Health Journal*, vol. 16, no. 5, pp. 957–966, 2012.
- [12] C. M. Garcia, K. E. Lechner, E. A. Frerich, K. A. Lust, and M. E. Eisenberg, “Preventing sexual violence instead of just responding to it: students’ perceptions of sexual violence resources on campus,” *Journal of Forensic Nursing*, vol. 8, no. 2, pp. 61–71, 2012.
- [13] L. F. Lichty and L. K. Gowen, “Youth response to rape: rape myths and social support,” *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 36, no. 11–12, pp. 5530–5557, 2021.
- [14] K. H. Nguyen, H. Kress, V. Atuchukwu et al., “Disclosure of sexual violence among girls and young women aged 13 to 24 years: results from the violence against children surveys in Nigeria and Malawi,” *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 36, no. 3–4, pp. NP2188–2204NP, 2021.
- [15] E. W. Ollen, V. E. Ameral, K. Palm Reed, and D. A. Hines, “Sexual minority college students’ perceptions on dating violence and sexual assault,” *Journal of Counseling Psychology*, vol. 64, no. 1, pp. 112–119, 2017.
- [16] A. Franklin and E. Smeaton, “Recognising and responding to young people with learning disabilities who experience, or are at risk of, child sexual exploitation in the UK,” *Children and Youth Services Review*, vol. 73, pp. 474–481, 2017.
- [17] R. Voth Schrag, D. Hairston, M. L. Brown, and L. Wood, “Advocate and survivor perspectives on the role of technology in help seeking and services with emerging adults in higher education,” *Journal of Family Violence*, vol. 37, no. 1, pp. 123–136, 2021.
- [18] M. Chopra, A. Sharkey, N. Dalmiya, D. Anthony, and N. Binkin, “Strategies to improve health coverage and narrow the equity gap in child survival, health, and nutrition,” *The Lancet*, vol. 380, no. 9850, pp. 1331–1340, 2012.
- [19] P. Frenz and J. Vega, “Universal health coverage with equity: what we know, don’t know and need to know. First Global Symposium on Health Systems Research,” *First Global Symposium on Health Systems Research*, vol. 16, 2010, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc>.
- [20] T. O’Connell and A. Sharkey, *Reaching Universal Health Coverage through District Health System Strengthening: Using a Modified Tanahashi Model Sub-nationally to Attain Equitable and Effective Coverage*, UNICEF, New York, NY, USA, 2013.
- [21] B. Shengelia, A. Tandon, O. B. Adams, and C. J. L. Murray, “Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy,” *Social Science & Medicine*, vol. 61, no. 1, pp. 97–109, 2005.
- [22] T. Tanahashi, “Health service coverage and its evaluation,” *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 56, no. 2, pp. 295–303, 1978.
- [23] World Health Organization, *Monitoring Equity in Access to AIDS Treatment Programmes: A Review of Concepts, Models, Methods and Indicators*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2010, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44483>.
- [24] B. C. O’Brien, I. B. Harris, T. J. Beckman, D. A. Reed, and D. A. Cook, “Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations,” *Academic Medicine*, vol. 89, no. 9, pp. 1245–1251, 2014.
- [25] A. Tong, P. Sainsbury, and J. Craig, “Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups,” *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 19, no. 6, pp. 349–357, 2007.

- [26] V. Braun and V. Clarke, "Using thematic analysis in psychology," *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, no. 2, pp. 77–101, 2006.
- [27] L. A. Aday and R. Andersen, "A framework for the study of access to medical care," *Health Services Research*, vol. 9, no. 3, pp. 208–220, 1974.
- [28] G. D. Anderson and R. Overby, "Barriers in seeking support: perspectives of service providers who are survivors of sexual violence," *Journal of Community Psychology*, vol. 48, no. 5, pp. 1564–1582, 2020.
- [29] M. D. Donne, J. DeLuca, P. Pleskach et al., "Barriers to and facilitators of help-seeking behavior among men who experience sexual violence," *American Journal of Men's Health*, vol. 12, no. 2, pp. 189–201, 2018.
- [30] V. A. Ferrer-Perez, C. Delgado-Alvarez, A. Sánchez-Prada, E. Bosch-Fiol, and V. Ferreiro-Basurto, "Street sexual harassment: experiences and attitudes among young Spanish people," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, no. 19, Article ID 10375, 2021.
- [31] O. Solar and A. Irwin, *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2010, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>.
- [32] E. Briones-Vozmediano, D. la Parra, and C. Vives-Cases, "Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain," *Health Expectations*, vol. 18, no. 6, pp. 2994–3006, 2015.
- [33] C. McGilloway, D. Smith, and R. Galvin, "Barriers faced by adults with intellectual disabilities who experience sexual assault: a systematic review and meta-synthesis," *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, vol. 33, no. 1, pp. 51–66, 2020.
- [34] L. A. Addington, "Exploring help seeking patterns for emerging adult victims using the national intimate partner and sexual violence survey," *Violence Against Women*, vol. 28, no. 5, pp. 1188–1212, 2022.
- [35] A. Lysova and E. E. Dim, "Severity of victimization and formal help seeking among men who experienced intimate partner violence in their ongoing relationships," *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 37, no. 3–4, pp. 1404–1429, 2022.
- [36] A. A. Fernández-Fuertes, N. Fernández-Rouco, S. Lázaro-Visa, and E. Gómez-Pérez, "Myths about sexual aggression, sexual assertiveness and sexual violence in adolescent romantic relationships," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, no. 23, p. 8744, 2020.
- [37] S. J. T. Hust, K. B. Rodgers, S. Ebreo, and W. Stefani, "Rape myth acceptance, efficacy, and heterosexual scripts in men's magazines: factors associated with intentions to sexually coerce or intervene," *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 34, no. 8, pp. 1703–1733, 2019.
- [38] A. M. Cohn, H. M. Zinzow, H. S. Resnick, and D. G. Kilpatrick, "Correlates of reasons for not reporting rape to police: results from a national telephone household probability sample of women with forcible or drug-or-alcohol facilitated/incapacitated rape," *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 28, no. 3, pp. 455–473, 2013.
- [39] A. C. Kennedy, A. Adams, D. Bybee, R. Campbell, S. P. Kubiak, and C. Sullivan, "A model of sexually and physically victimized women's process of attaining effective formal help over time: the role of social location, context, and intervention," *American Journal of Community Psychology*, vol. 50, no. 1–2, pp. 217–228, 2012.
- [40] J. van Hoorn, E. van Dijk, R. Meuwese, C. Rieffe, and E. A. Crone, "Peer influence on prosocial behavior in adolescence," *Journal of Research on Adolescence*, vol. 26, no. 1, pp. 90–100, 2016.
- [41] J. L. Johnson, D. Adkins, and S. Chauvin, "A review of the quality indicators of rigor in qualitative research," *American Journal of Pharmaceutical Education*, vol. 84, no. 1, pp. 7120–7146, 2020.

Supplementary materials

A) Checklist of reports for the qualitative study

Table I. Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)

TOPIC	ITEM INFORMATION	NO. PAGE
Title and abstract		
Title	Concise description of the nature and topic of the study identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended.	1
Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions.	1
Introduction		
Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement.	3-4
Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions.	4
Methods		
Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., post-positivist, constructivist/ interpretivist) is also recommended; rationale.	5
Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability.	COREQ checklist
Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale.	5
Sampling strategy	How and why research participants, documents or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale.	5
Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues.	7-8
Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale.	7
Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study.	8

TOPIC	ITEM INFORMATION	NO. PAGE
Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents or events included in the study; level of participation (could be reported in results).	8
Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/de-identification of excerpts.	8
Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale.	8
Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale.	8
Results/findings		
Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model or integration with prior research or theory.	9-18
Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings.	Yes
Discussion		
Integration with prior work, implications, transferability and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field.	19
Limitations	Trustworthiness and limitations of findings.	22
Other		
Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed.	Title page
Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation and reporting.	Title page

Table II. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist (COREQ)

No. Item	Guide questions/description	Reported
Domain 1: Research team and reflexivity		
8y81. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview?	The authors had qualitative research experience and are researchers in the field of public health, sociology, nursing and women's health in all phases of sexual and reproductive health (midwifery). Likewise, the members of the Aplica cooperative had training and experience in qualitative analysis and qualitative research methodologies.
2. Credentials	What were the researcher's credentials?	
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	
4. Gender	Was the researcher male or female?	The interviews with the young interviewees were conducted by two women for girls and one man for the boys. The interviews with professionals did not have this distinction.
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	The interviewers had sufficient training and experience in qualitative research methodology.
6. Relationship with participants established	Was a relationship established prior to study commencement?	No.
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher?	The participants were informed at the time they were contacted and at the beginning of the interview about the project, its scope and objectives, the leading researcher and the university responsible for it.
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator?	
Domain 2: Study design		
9. Methodological orientation and theory	What methodological orientation was stated to underpin the study?	Content analysis.
10. Sampling	How were participants selected?	The identification, selection and recruitment strategy of participants was conducted via snowballing. On the one hand, the researchers carried it out online with an initial survey of potential participants and a dissemination of informative materials about the study. On the other hand, they did it through contact networks of the identified entities. Afterwards, the selection was intentional, differentiating the profiles and their selection criteria.
11. Method of approach	How were participants approached?	
12. Sample size	How many participants were in the study?	38 participants (23 young people and 15 professionals).
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	No participants dropped out due to intentional sampling.
14. Setting of data collection	Where was the data collected?	26 interviews were conducted on the telephone and 12 by video call.
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	No.
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample?	A series of criteria to select participants were considered. On the one hand, the following variables were taken into account for young people: 1) age (18 to 21 years and 22 to 24 years to have a balance representation); 2) sex; 3) level of studies (university and

		non-university); 4) place of origin (migrant and national); 5) geographical distribution according to region. Regarding resources, the following factors were considered: 1) type of resource management (public administration or third sector entities), 2) scope of action (SV approach and youth services); 3) geographical distribution according to region.
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors?	Interview guides were drafted by members of the research team and adapted to each profile. The guides were tested and adapted in the first phases of the field work.
18. Repeat interviews	Were repeat interviews carried out?	No.
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Audio recording was used to collect data from the telephone interviews.
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview?	Yes.
21. Duration	What was the duration of the interviews?	The interviews lasted between 50 and 70 minutes.
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	Yes. Discourse saturation occurred when the last interviews did not generate additional information. Therefore, it was decided to finalize the selection of participants.
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	No.
Domain 3: Analysis and findings		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	Two analysts from the research team.
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	Yes, a coding tree is provided for the first part of the content analysis. It is included in the annexes.
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	The codes used to analyze the transcriptions were based on project objectives and interviews. They were useful for a pre-analysis. Based on that, new codes of data emerged. From these new codes, the identified categories and themes emerged.
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	ATLAS.ti (version 8).
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	No.
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified?	The identified quotations are included in the manuscript (results).
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	Yes.
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	Yes.
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Yes.

B) Complementary information to the methodology

Table III. Final structure of the interview scripts

Guide for young people	1. Knowledge of existing resources to address SV. 2. Difficulties and facilitators in accessing and using resources. 3. Assessment of resources in terms of availability, of information, adaptability and assessment of informal resources.
Guide for professionals	1. Description and assessment of the resource they work in. 2. Difficulties and facilitators in accessing and using the resource by young people. 3. Assessment of the resources (positive aspects, how to improve, recommendations on accessibility and use).

Table IV. Coding tree

Block 1: Response of agents to SV in young people	• Prevention of formal and informal resources. • Knowledge of resources. • Access channels. • Coordination.
Block 2: Assessment of the response by the participants	• Barriers to access and use formal resources. • Facilitators to access and use formal resources. • Positive aspects and improvements for informal type resources. • Proposals.

Anexo 1.4. Artículo 4. «Thanks to my activists Friends”: a qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain»

[«Gracias a mis amigas activistas”: un estudio cualitativo de las perspectivas de jóvenes y profesionales sobre los factores relacionados con la búsqueda de apoyo entre las víctimas de violencia sexual en España»]

Eva Durán-Martín, Belén Sanz-Barbero, Aitana Muñoz-Haba, Sebastià March, Carmen Vives-Cases

RESEARCH

Open Access



“Thanks to my activists Friends”: a qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain

Eva Durán-Martín^{1*}, Belén Sanz-Barbero^{2,3}, Aitana Muñoz-Haba⁴, Sebastià March⁴ and Carmen Vives-Cases^{3,5}

Abstract

Background Sexual violence (SV) is a public health problem with high prevalence among the young population. The use of formal resources for SV care (e.g. institutional services) is low in this age group. This study applies a framework of health assets to identify the factors that positively influence the search for support for SV among young people, the functions of that support and the level of proximity as articulated by both young people and professionals.

Methods A qualitative study was conducted through 38 semi-structured interviews with young people and professionals from SV resource centers and/or care services for the young population in Spain. A thematic theoretical analysis was conducted, embedded in inductive insights emerging from the data, following a particular adaptation of the constant comparative method, under the grounded theory approach. This analysis was carried out by coding the interview transcripts with the support of Atlas.ti.

Results Young women identified assets, categorized as feminist, that they believe they are essential in the search for formal support services for SV. However, unlike young men, they considered the police and judicial system to be barriers and not assets. There were also differences between the young people and professionals in identifying assets. Young people also considered their partner and traditional media as health assets, in contrast to professionals who did not identify these as such valuable resources in the help-seeking process. Informal assets, such as family, friends and the internet are considered close resources. In contrast, specialized care services for gender-based violence/SV and the judicial and police systems were perceived as more distant resources among the young interviewees.

Conclusions This study shows similarities and discrepancies among young women and men and SV response professionals in identifying assets for seeking SV support among youth. The study shows an inverse relationship between perceptions of proximity and the level of formality of the asset. This study also contributes to map the relationships and information exchanges between assets. It is advisable to inform professionals about the assets that professionals do not acknowledge, and about actions that allow young people to access formal resources.

Keywords Sexual violence, Young adult, Health assets, Social and health resources

*Correspondence:

Eva Durán-Martín
eduran121@alumno.uned.es

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2024. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Text box 1. Contributions to the literature

- Access to sexual violence resources among young people has not been previously studied from the health assets model. This model brings added value to understanding the help-seeking process and improving access because young people themselves identify themselves as assets and facilitators for victims of sexual violence at different stages of the violence process
- Young people identify the partner as a factor that enhances the ability to seek help in a situation of SV outside the relationship
- Professionals and young men do not identify essential assets for young women (feminist assets). In practice, this implies increasing training and awareness-raising on SV
- It has been seen that there is a gap between institutions and feminist organisations, but also how young people reproduce gender roles when they identify themselves as active and supportive in a situation of SV

Background

Sexual violence (SV) is a highly prevalent public health problem around the world [1]. SV is defined as any act or attempt to consummate a forced or coerced sexual act without express consent, unwanted sexual comments, or insinuations or actions to market or use a person's sexuality by means of coercion (psychological pressure, blackmail) [2–4]. SV occurs in different settings, including in the digital environment. It can happen outside of an established relationship (non-partner SV) and within it (SV-IPV) [2–4]. In the European Union, 11% of women reported having been exposed to SV at some point in their lives [5]. In Spain, lifetime SV prevalence is around 13.7% [6]. Young women (16–24 years of age) have experienced a higher prevalence of SV in their lifetime than adult women (25 years of age or older). This is repeated in the context of the partner (12.4% vs. 8.9%) as well as outside the relationship (11% vs. 6%) [6].

Young men and women exposed to SV tend to seek support from family and friends more than from formal support networks (e.g. institutional services) [7–10]. The lack of trust towards formal support resources, the naturalization of SV in relationships, lack of knowledge about such resources and feeling a lack of familiarity with support professionals have been previously identified as barriers to using SV-related formal support resources [10–15]. From a health promotion perspective, Morgan and Zigilo suggest that an exclusive focus on this “deficit” model, which analyzes barriers, impedes the inclusion of other health assets (HA) that can play a role in addressing the response to sexual violence from other perspectives [16]. They have proposed complementing this approach with a health asset (HA) approach, based on identifying and addressing actions from a more positive perspective.

Health assets are defined as “any factor (or resource) which enhances the ability of individuals, groups,

communities, populations, social systems and/or institutions to maintain and sustain health and well-being and to help to reduce health inequities. These assets can operate at the level of the individual, group, community and/or population as protective (or promoting) factors to buffer against life's stresses” [17]. This model has been used in young people to improve their general health [18, 19], as well as their sexual and reproductive health [20–22]. Nonetheless, the assets that influence searching for a response to SV have not been addressed in depth in studies on sexual violence, but rather in studies on dating violence [23].

Some studies have identified formal SV support facilitators such as the presence of empathic staff, the perception of comfort and safety and maintaining confidentiality [9]. Furthermore, certain services or support facilities are necessary in order to address assaults that have occurred and publicize available resources [12, 24]. The use of new technologies has been recognized as a factor that effectively promotes awareness about SV and formal support resources [25]. In terms of more informal supports, young people's relatives and friends are considered an important source of support [10, 26]. The asset model adds value to this positive perspective of identifying facilitators because it emphasizes “the positive capability to identify problems and activate solutions” [17].

Most studies in the field of SV on factors that influence support-seeking include young people's perceptions, [9, 10, 12, 24, 26] but few analyze the perspectives of professionals [25]. Due to the importance of a positive approach for the development of prevention and care strategies, the objective of this study was to identify the main assets that positively influence searching for formal SV support among young people. This study uses the health assets framework to identify the positive factors that contribute to young people's search for support for situations of SV. Furthermore, it identifies the different functions of the assets and the level of proximity as perceived by young people and professionals. The results of the study are intended to contribute to the improvement of strategies to deal with sexual violence in the young population.

Methods

Sample scope and design

Qualitative study conducted in Spain between September 2020 and October 2021. A total of 38 interviews were carried out with 23 young people between 18 and 24 years of age and 15 professionals who work with young people at services and/or offer specialized care for SV. The identification and selection of professionals and the recruitment strategy was carried out using the snowball method. This consisted of an initial online prospecting of potential participants, the online dissemination of informative

materials on the study and contacting the networks of identified entities. The research team developed criteria for the selection of participants based on the objectives of the study. The choice of Spain as the context for the study points to the need to take into account the structural and regional variability of socio-economic resources and policies in the field of sexual violence. Therefore, the sample of young people was heterogeneously designed in terms of age, sex, level of education, place of origin and geographical distribution, including different regions in the country: Madrid, Catalonia, the Basque Country, Region of Valencia, Navarre and the Balearic Islands. The total population of these regions represents around 50% of the total Spanish population in 2021. The criteria selection for the professionals related to the type of support center where they were employed, the scope of action and the geographical distribution in the aforementioned regions. Table 1 shows the characteristics of the participants. Young men and women were not recruited

because they were victims of sexual violence. However, during the interviews, some young women reported that they had been exposed to SV, or that they knew others (women and men) who had also experienced it. None of the young men identified themselves as perpetrators of SV. We considered important the engagement of both young women and young men in this study, due to the likelihood of SV experiences among them. The sample was completed when discursive saturation was reached (See Table 1).

Data collection

Thirty-eight semi-structured interviews were conducted lasting between 50 and 70 min. Due to the COVID-19 pandemic, the interviews were held by telephone (26) and video call (12). The interview format was chosen by the interviewee. The interviews were recorded. Verbal and non-verbal communication strategies were developed to minimize the barriers related to distance. Interviewer

Table 1 Profile of interviewees, young people and professionals

Interviews with young people					Interviews with professionals			
Code ^a	Age	Sex	Education	Origin	Code ^a	Sex	Type of service	Management
W_01	23	Woman	University studies	National	WVCS_31	Woman	Assistance service for SV victims	Public Administration
M_02	24	Man	Non-university studies	Migrant	WVCS_32	Woman	Assistance service for SV victims	Public Administration
M_03	23	Man	Non-university studies	National	WVCS_34	Woman	Association specializing in SV victims assistance	Civil Society Organization
M_04	19	Man	University studies	National	WVCS_37	Woman	Assistance service for GBV victims	Public Administration
M_05	18	Man	University studies	National	WVCS_38	Woman	Feminist association specializing in GBV victims assistance	Civil Society Organization
W_06	19	Woman	University studies	National	WVCS_39	Woman	Assistance service for GBV victims	Public Administration
M_07	18	Man	University studies	National				
M_08	19	Man	University studies	National	WVCS_44	Woman	Association specializing in SV victims assistance	Civil Society Organization
M_09	19	Man	University studies	National				
W_10	23	Woman	University studies	National	SY_33	Woman	Social theater and education association with SV awareness programs	Civil Society Organization
W_11	20	Woman	University studies	National				
W_12	22	Woman	Non-university studies	Migrant	SY_35	Man	LGTBI+ association specialized in raising awareness about sexual diversity	Civil Society Organization
W_13	19	Woman	Non-university studies	Migrant				
M_14	24	Man	Non-university studies	Migrant	SY_36	Man	Association for intervention and social inclusion with awareness programs about SV	Civil Society Organization
M_15	23	Man	Non-university studies	National				
W_16	23	Woman	Non-university studies	Migrant	SY_40	Woman	Educational and Vocational Training Center	Public Administration
W_17	23	Woman	Non-university studies	Migrant				
M_18	24	Man	University studies	National	SY_41	Man	Sociocultural and leisure association	Civil Society Organization
W_19	19	Woman	Non-university studies	National				
M_20	25	Man	Non-university studies	Migrant	SY_42	Woman	Sports Club	Civil Society Organization
M_21	18	Man	Non-university studies	National	SY_43	Woman	Municipal youth council	Public Administration
W_22	19	Woman	Non-university studies	National	SY_45	Woman	University	Public Administration
W_23	24	Woman	Non-university studies	Migrant				

Source: Author's elaboration

SV Sexual violence, GBV Gender-based violence

^aThe code indicates the person's gender if they are young (W Women, M Men) or type of resource for professionals (WVCS Victims of Violence Care Services, SY Services for Youth)

and interviewee were grouped according to sex for the interviews with young people. The aim was to offer a space of trust, where intimate and sensitive details could be discussed. Interviews were conducted by two interviewers, a man and a woman, with experience in qualitative research methodologies and gender-based violence. Two open thematic scripts (See Table 2) were used and adapted to each profile (young people and professionals) that were tested and reviewed in the initial phases of the field work. Specifically, they were tested during the first interviews of three young people and three professionals.

Analysis

An inductive and theoretical thematic analysis [27] was carried out by coding the interview transcriptions with the support of Atlas.ti 9 software. Firstly, a pre-analysis of the entire content of the interviews was carried out. This analysis was based on a coding tree that responded to the objectives of the study and included the following: knowledge of support resources; mechanisms of access to services; barriers to access, facilitators and use of support resources; prevention; and approach. The interviews were double coded, and the information was triangulated between two analysts. Following an inductive method, codes with similar content were grouped and classified into potential themes. These were discussed and negotiated by the analysts. This content was divided into two blocks 1) Professionals and other referents' responses to SV in young people; and 2) Assessment of the response by the participants. Following this first analysis, a more theoretical thematic analysis was carried out, adapting the constant comparative method, under the grounded theory approach [28], to interpret the inferred data from the conceptual framework of health assets. The dataset analysed was the one related to block 1 obtained from the pre-analysis. It should be noted that the "asset" category is based on the researchers' interpretation of responses. The interviews did not include the word "assets," rather

they referred to resources that support responses to SV. In other words, the operational definition of assets was established, and with this the facilitating resources that fit the concept were sought. Once assets were identified, a more in-depth analysis was conducted that followed inductive thematic analysis, with two main themes: 1) Comparison of the identified assets and the functions assigned to them by young men and women; and 2) Comparison of the perceptions of the response to SV between young people and professionals. Within the first main theme related to the assets identified by young people, an additional exhaustive analysis was conducted to categorize the identified assets. The assets identified by young people were categorized along two axes:

- 1) An axis of "formality", where the most formal assets correspond to those that are most institutionalized (judicial or police system), and the most informal assets correspond to elements of a person's surroundings (friends, family, teachers). The most formal assets are those in which rules and routines persist over time and have rigid regulation (police, health system...). In this way the organization is less dependent on the individuals that make it up. In contrast, the less formal resources (family or friends) are those in which rules, routines and members are less defined. Therefore, they depend more on individuals. This categorization was prepared by the analysts.
- 2) An axis related to the level of perceived proximity or accessibility of the assets to the young people. This categorization aligns with young women's perceptions observed in the interviews.

Also, an additional categorization was carried out to facilitate interpretation. The assets were located, as well as the functions perceived by young people, in a sequence of phases of the SV response process: from earlier phases of prevention, such as promoting

Table 2 Final structure of the interview scripts

Guide for young people	1) Knowledge of existing resources to address SV. 2) Difficulties and facilitators in accessing and using support resources. 3) Assessment of support resources in terms of availability, information, adaptability and assessment of informal resources.
Guide for professionals	1) Description and assessment of the resource center where they work. 2) Difficulties and facilitators of access and use of the support resource by young people. 3) Assessment of the resources (positive aspects, possible improvement, recommendations on accessibility and use).

Source: Author's elaboration

healthy affective sexual relationships, to later phases of response, such as provision of care for SV victims.

Finally, the second theme of analysis was carried out by comparing the perceptions of professionals and young people about the relationship between the assets identified and their functions.

This article was adapted according to the methodological recommendations of SRQR [29] and COREQ [30] (See Tables 1 and 2 in Additional file 1). On the other hand, the quotes from the participants were translated from Spanish into English by a professional translator at the time of writing the article.

Ethical approval

Participation in interviews was voluntary and unpaid. Informed consent was obtained from all participants both verbally and by recording. Approval was obtained by the Ethics Committee of the University of Alicante (UA-2020-07-07). In addition, some ethical considerations were taken to minimise the impact of the interviews on a sensitive topic such as sexual violence among young people. As mentioned above, in the case of young people, gender was taken into account in the choice of interviewer. On the other hand, the preferences and rhythms of the participants were taken into account during the fieldwork. Also, in cases where unaddressed cases of SV were detected during the interviews, it was suggested to the young people to discuss these situations with a specialist.

Results

The results are shown below, structured by the main themes of analysis. The first theme of analysis, titled “*Comparison of the identified assets and the functions assigned to them by young men and women*”, is presented in several subsections. The results of the second theme of analysis, titled “*Comparison of young people's and professionals' perceptions of the support responses to SV*” describe differences between the two groups in their identification of assets.

Comparison of identified assets and the functions assigned to them by young men and women

Assets identified by the young interviewees

The assets identified by young women and men were similar (See Table 3). They both indicated informal assets, such as groups of friends, family and couples, to which they related functions typical of an initial response to SV (See Table 4). They assigned each asset actions, such as raising awareness, for which the next M_05 quote serves as an illustrative example, or not leaving a potential victim alone, accompanying them home or calling them during their journey. They are also recognized as assets with an auxiliary role in the initial phases of victimization, such as providing the necessary emotional support

to continue seeking professional help, as can be seen from the following W_06 quote.

M_05: “Thanks to many friends of mine, who are activists, I've been informed a lot about sexual violence, gender violence [...] now I believe I have enough information to know how to deal with each situation, and correct people if they say inappropriate things”

W_06: “I've spoken to the girl and I've encouraged her to report it and my friends told her they can be witnesses, they were there and know what happened”

At an intermediate level of formality, the interviewees refer to a type of asset that analysts have called social communication spaces, as they determine public opinion and socially shared conceptions of SV. This includes the traditional media (TV, press), as well as the internet and social networks, and cultural, artistic and advertising products. The young people assigned the function of offering examples for healthy sex-affective dynamics to these assets, as well as acting as a channel for information and to disseminate support resources. However, they perceive that the internet and social networks transcend these functions. In this regard, young people are not passive subjects, as they can interact, share their personal SV experiences, as the next W_10 quote mentions, and even publicly highlight cases of SV, by seeking to hold the perpetrator accountable.

W_10: “Well mainly from the television, all media, quite a lot as well on social media. I do read a lot of news on social networks, even testimonies from girls [...]. On social networks, I do think it's broader and there are testimonies from different girls and different news that people upload that aren't on the television. I do think maybe a bit more visibility is given to sexual violence, than television as such. I still think it's a bit taboo, in my opinion”

Both the young men and young women interviewees recognize formal assets, such as the health system and psychological services. The fact that they almost exclusively attribute to the latter the function of re-educating the attacker stands out. Furthermore, they identified specialized resources for addressing GBV, whose main action is to provide professional support for victims of SV, including their material or financial support, as it is transcended from the following W_17 quote. Meanwhile, GBV and SV helplines were designated as a specific asset, justified by their key function of referring victims to specific SV and GBV support resources. Another asset identified was the education system, as a healthy space for socialization, awareness (as the next W_01 quote shows) and specific training on gender-related violence, as well as a space to

Table 3 Assets Identified by Young People and Professionals

	Young people		Professionals
	♀	♂	
Informal 	Friends	Friends	Friends
	Partner	Partner	-
	Family	Family	Family
	Key informant women	-	-
	Feminist associations and initiatives	-	-
	Internet and social networks	Internet and social networks	Internet and social networks
	Cultural and advertising products	Cultural and advertising products	Cultural and advertising products
	Traditional media	Traditional media	-
	-	Associations and social resources for integration, youth	Associations and social resources for integration, youth
	Specialized GBV and SV helplines	Specialized GBV and SV helplines	Specialized GBV and SV helplines
	Specialized GBV and SV services	Specialized GBV and SV services	Specialized GBV and SV services
	Education system	Education system	Education system
	Healthcare system including psychological care	Healthcare system including psychological care	Healthcare system including psychological care
	-	Criminal police-judicial system	Criminal police-judicial system
Formal			

Source: Author's elaboration

learn about other assets, such as feminist associations, GBV-specialized resources, helplines, police, etc.

W_01: "When I took a course on equality at university [...] when I broke up with him [...] in class they explained gender violence to me [...]. I started to realize and I was like, oh wow, this isn't right! And so, I told my friends more"

W_17: "There's a center...for women where if you've suffered any kind of sexual violence or male violence, you can go and there are two psychologists, I think, I think they have two [...]. They also refer you to an assistant who helps you with things. I don't know the procedure well to be honest, but anyway, something like that"

Ultimately, there are two factors that are perceived by both sexes as catalysts for the proper functioning of the assets. On the one hand, the participants value that in contexts where there is a high degree of associationism, the presence and familiarity of these entities among young people increases, therefore improving their capacity for community impact. The next W_19 quote illustrates this perception.

W_19: "My town is well organized, so I also understand that if I go to other towns the same doesn't happen, right? But I do think there's starting to be more things, more awareness [...] Now I see loads of guys who are undoing things [...] trying to change or at least listen"

Table 4 Functions that young people attributed to assets for SV response

Assets														
Functions	Close surroundings			Feminist assets		Social communication spaces			Entities working with youth		Specialized GBV and VS services		Other institutions	
	Friends + partner	Family		Key informant women	Feminist associations and initiatives	Internet and social networks	Cultural and advertising products + Traditional media	Social resources for youth...	Education system	Specialized GBV and SV helplines	Specialized GBV and SV services	Healthcare system	Criminal police-judicial system	
Promoting healthy sex-affective relationships	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓					
	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓			✓		
Informing	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓		
	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			
Awareness raising														
				✓					✓					
Specific training in gender and violence					✓				✓					
Preventing direct violence	✓	✓		✓									✓	
Violence detecting	✓	✓		✓								✓		
Approaching violence immediately to minimize it	✓			✓					✓		✓			
Channeling and disseminating other assets	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Table 4 (continued)

Functions	Assets									
	Close surroundings			Feminist assets			Social communication spaces			Other institutions
	Friends + partner	Family	Key informant women	Feminist associations and initiatives	Internet and social networks	Cultural and advertising products + Traditional media	Social resources for integration, youth...	Education system	Specialized GBV and SV helplines	
Hold- ing the attacker account- able	✓			✓	✓					✓
Re- edu- cating the attacker	✓									✓
Supp- orting the victim	✓	✓	✓	✓	✓		✓			✓
Economic and material support		✓							✓	
Profes- sional therapy and legal support									✓	✓

Source: Own elaboration

On the other hand, some young people believe that asset effectiveness is mediated by individual willingness. This is expressed in attitudes such as becoming educated on the issue out of one's own interest, as the W_06 quote illustrates, or by directly responding to a SV situation experienced by oneself with a positive and critical coping attitude, as the next W_01 quote shows.

W_01: *"I have a lot of feminist self-defence...that's what the workshop is called. It doesn't mean standing up to a guy but getting out of there and running. I think we now have a lot of tools [...] Saying: 'Look, bro, if you continue to send me these photos, one, I'll publish them on Instagram' [...] 'I haven't asked you for anything.' [...] I've seen a bit of this direct action by girls"*

W_06: *"Because I'm really interested in the topic, well I've spoken to different people about it and...I've come up in my mind what I think, what's right, after speaking to a lot of people and debating, finding information. [...] I've done it out of interest, just like maybe I ask my sister, or you ask her the same and she doesn't know how to answer because she has no idea on the topic. And we've been to the same place and been with the same teachers"*

Differences among young women and men in identifying assets

The most notable difference between young men and women in this study is related to the lack of identification, by men, of so-called "feminist" assets: women key informants and feminist groups and initiatives. Key informant women are personal contacts that are not part of the immediate surroundings yet are perceived as a useful and reliable resource if someone experiences SV, either because of their knowledge on gender and support resources or because of the assurance or empowerment they project. They are assigned functions of detection and immediate action to respond to violence when it is taking place, whether that may come in the form of helping the victim, or confronting the attacker, as the following W_17 quote implies, or disseminating resources to respond to SV and facilitate referral to other assets, as it is illustrated by W_19 quote.

W_17: *"One night I was out having some beers, [...] the girl comes up to me...and says to me: 'Hey, could you take me home? I don't want him to go with me' [...] And she explained to me what had happened in the club. And I said [...] Let's go, ok? [...] I'll walk you home and then I'll come back [...]"*

W_19: *"Well, I, because personally, I know people who are more involved, so I'd go directly to them, right? [...] I personally would call them, say hey, I*

want information on this, I want to be informed on this"

The interviewed young women reported having found a safe space in feminist associations (self-organized groups, meetings...), and in cultural or artistic feminist initiatives, whether of an individual or group nature. In addition to raising awareness and dissemination, the interviewees assigned the function of carrying out more specific gender equality training to these associations, as it is transcended from W_06 quote. They also relate them to functions focused on more advanced support responses to SV, including carrying out direct prevention, detecting violence as it occurs and immediately addressing it to stop or minimize it.

W_06: *"I'm in a feminist group [...] we send each other news [...] We're informed, we find articles, we look for books about the topic, we might look for a video that a girl has uploaded to social networks [...] each person shares their opinion or tells us if something similar has happened to them and how it could be avoided"*

In terms of the male interviewees, some identified other kinds of social and neighborhood associations and support resources as an asset, as well as those dedicated to youth and integration, which were not identified by the young women. These resources can range from more formal institutions, dependent on social services, to leisure associations for young people, although the type of function attributed to them are similar. This is why they were included as a single asset. Similarly, to what feminist associations represent for young women, they find a safe space to share their sex-affective experiences, obtain information, seek emotional support or request help and guidance if they experience SV themselves, as the following M_02 quote shows.

M_02: *"Social educators, so, in the neighborhood there are lots of centers [...]. If I have a problem like this, normally I send them a message and they say: 'well go here...and ask', normally or 'Wait, I'll look for the phone number and you can call'"*

In contrast to the young women, the young men identified the judicial and police system as an asset, regardless of whether the person who is sexually assaulted is a man or a woman. They believe it is urgent to report SV in order to hold the attacker accountable and to prevent violence towards other victims, as the M_20 quote illustrates. Some young men do experience SV, but they do not identify GBV resources as assets, as they believe such resources are not intended for them, thus they only support legal solutions, as M_03 quote seems to imply.

M_20: "The first measures are to report it, seek help and immediately report if sexual violence has occurred [...] as soon as possible, so the girls can prove with evidence in the hospitals [...] and, therefore, a legal process begins against the accused, the rapist"

M_03: "If I were someone who suffered sexual violence as a woman, I'd call 016 and they would know to put me in contact with an association or something. As I am a man, what would I do? Well, the police, that's it, I don't have anything else...that's it."

In contrast, despite considering the police and judicial system an institutional stakeholder that takes part in SV response, the young women did not see it an asset, source of help or facilitator, but rather as a barrier. They indicated that victims of SV suffer from revictimization and that the culture of masculinity within the police force generates distrust, as the next W_19 quote illustrates. In addition, they considered that not all types of SV could be addressed within the legal framework, such as digital SV mentioned in the following W_01 quote.

W_01: "You can go to the police station and say, 'look what he's sending me, what do I do?' I think that...well, they ignore you a bit and say something like 'well, he'll get over it' [...]"

W_19: "Go and report it and they ask you [...] 'And why did you go to his house or why did you leave the club with him...?' [...] and question everything you do to challenge your testimony. [...] 'So, why am I going to report it if they aren't going to go anything and they question me during...I don't know how many hours, it's worse'"

The young men see themselves as an asset, as friends or family members that meet the function of preventing or addressing immediate violence, protecting the victim (as in the next M_21 quote) and reprimanding the attacker (as in the following M_02 quote).

M_21: "My mum, if she needs to go anywhere strange, I'm the first person to go with her. [...] I'd be really hurt if something like that would happen to someone like that, someone close."

M_02: "I don't know, I don't know what the reaction would be by those around me, but my reaction would be to say a few things. [...] Like 'Hey, stop, look what you're doing' [...]"

However, young women were also perceived as assets in functions such as educating and raising awareness among their friends, partners and family, as both following quotes by W_17 and W_12 illustrate.

W_17: "In the beginning my partner wasn't interested in any of this [...] But after 2 or 3 months of talking to him and saying 'darling, this is important', he started to see it, and now [...] he's one of the few men able to listen and say wow, this is crazy"

W_12: "With my brother [...] who is 16, as a man, I try to say things like 'hey, that's not right'. [...] I try, as a woman, to give him a perspective, especially to the men in my family and surroundings, of what I wouldn't like to be done to me, so they don't do it [...] to other women"

Perceptions of proximity to assets and their level of formality

In this study, the level of formality of the different assets had a negative relationship with the proximity as perceived by young people (See Fig. 1). Interviewees understood proximity in terms of accessibility and familiarity, in addition to physical and geographic proximity, as M_03 quote shows. Young people experience help provided by formal support resources as less close, less personal and less accessible in terms of geographic proximity than informal resources.

M_03: "I think that it's proximity [...] For any type of tool to work, whether it's the police or an association [...], for it to be really effective [...] it needs to be at the level, well of town halls, so the minimum unit of the administration [...] the results are better"

Young people also discussed proximity in a symbolic sense, which is related to the adaptability of assets to youth: knowledge of their realities and experiences with SV, mechanisms of access to services (as in W_10 quote), their language and even their conceptualization of SV (as in M_04 quote).

W_10: "That first approach to that service [...] for it to not be in person [...] would make it easier, because the person, who has to go to that place, and is seen going in and so [...] maybe by telephone or if information can be given on social networks, WhatsApp and so [...] or videocall"

M_04: "[GBV resources] are much more focused on what's within a sex-affective relationship itself, of people maybe a bit older, more mature [...] Outside a sex-affective relationship and even the younger population, maybe there's a little bit missing"

In general, informal assets that are part of one's immediate and daily surroundings are considered to be more accessible and closer. Among these, they highlighted that when talking about SV they prefer to talk to friends or their partner rather than family, when the attack has

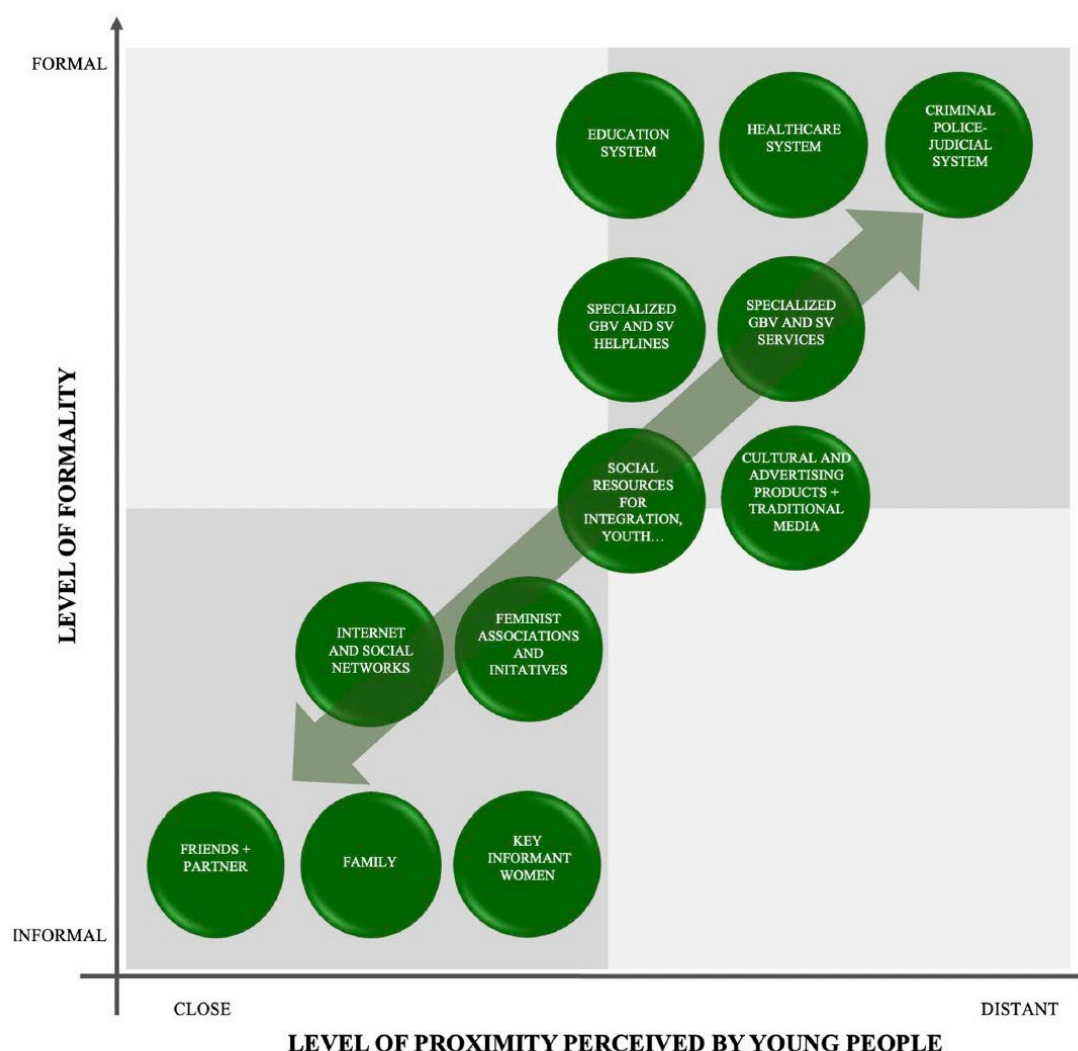


Fig. 1 Symbolic representation of assets on the axes of formality/proximity perceived by young people. Source: Own elaboration

occurred outside their relationship. In comparison with their partner and friends, they reported that family is more unapproachable and distant, because they are afraid of not being understood, as the next M_07 quote implies.

M_07: "I think young people usually speak to our closest environment [...] or partner before talking to our family"

At an intermediate level of formality, young people reported that the traditional media also generate a certain distrust and a sense of distance. However, young men

and women did perceive social networks and the internet as common and accessible spaces. They felt similarly in terms of more informal organizations, such as feminist groups and neighborhood and youth associations, that seem more connected to their experiences as young people, as it is transcended by the next W_11 quote. In fact, they suggested that this type of "grassroots" organization could act as a bridge between people who need SV support and the more formal institutions that are in charge of addressing SV.

W_11: "Groups that so to say are really out there, right? They're not full of bureaucracy, in the end,

or not influenced by an institution or interests. [...] They can work on the problem [...] from a place of trust [...] I think that institutions have forgotten that these groups exist, that there's an entire grassroots social movement"

The higher formality assets, especially the criminal police and judicial systems and the healthcare system, were perceived as distant and difficult to access when searching for SV. In addition, young people associated the high level of formality of care resources and specialized GBV helplines with failing to adapt to the realities of young people, as M_03 quote illustrates. The education system was an exception among formal SV resources. In general, they perceived it as closer in proximity.

M_03: "They're too institutional. I see them as too archaic; they're ultimately bureaucratic. In other words, I see them as very little human, very little connected to social reality. [...] I don't think it's a question of there being no tools, but rather whether these tools are really capable of providing a solution for these young people"

Perceptions of SV support responses: a comparison of the perspectives of young people and professionals

The professionals interviewed did not mention any SV asset that was not also identified by the young men and women interviewed in this study (See Table 3 and Fig. 2). However, young people identified feminist assets, which was a resource not identified by the professionals. The young women indicated that feminist assets play a key role in their own responses to SV. The professionals also failed to identify partners or the traditional media as assets in SV support.

In terms of the functions of each support resource or asset, professionals identified three types beyond the 14 functions identified by young people (See Table 4). They were assigned the titles: "research in SV and GBV", "establishment of action protocols for SV and GBV", as VVCS_38 quote suggests, and "network coordination with other entities", as shown in SY_43 quote. The first two functions are carried out primarily by services specialized in GBV, while the third is carried out by both those addressing GBV and those that work with young people (education centers, associations, etc.)

VVCS_38: "We have drafted documents [...] theoretical frameworks on violence, more in a general sense [...] for the government [...] and sexual violence and feminist protocols"

SY_43: "We're going to do a joint consultancy with the Equality [council] [...] we need to look for that support network with colleagues to work"

Regarding relationships between assets (See Fig. 2), both groups of study participants seemed to perceive a flow of information and specific cases from a low level of formality, in the initial phases of the response process, towards the specialized approach offered by institutionalized SV response assets. Feminist assets are perceived as of close proximity to the victims and to determinants of public opinion. These assets help by intervening in the detection of SV and supporting the victims' search for support among specialized services, even those that involve a lack of trust due to their high level of formality. According to the perspectives of study participants, referral is made through SV and GBV helplines or by directly going to care resources or the health system.

The comparison of the perspectives of young people and professionals shows a referral channel that is a priority for young women but is not clearly recognized by professionals: referral through feminist assets. The professionals do not identify this option, which, according to the perceptions of the young women, involves friends and the education system. Information and referral flows go from friendships to feminist associations and initiatives (See Fig. 2). Furthermore, there is a bilateral flow between these associations and the education system. Many feminist associations emerge within this system (student associations), and they influence the system by bringing in new discourses and exerting pressure to modify practices. This process is illustrated by the following W_19 quote.

W_19: "For example, a student came to a feminist group at high school, to complain that a classmate had started touching her breasts and bottom in class [...] and at least try to help and that's it. [...] so, they can get it off their chest [...] we've tried to tell them, well, ask for help and so. Some have and others haven't and so we've continued to listen to them [...] making it clear that we aren't psychologists and, in the end, real help is somewhere else"

Discussion

This study shows similarities and discrepancies among young women and men and SV response professionals in identifying assets for seeking SV support among youth. The study identifies functions attributed by young people to each type of support and shows an inverse relationship between perceptions of proximity and the level of formality of the asset (less formal assets such as family and friends are perceived as more accessible). This study also contributes to map of relationships and information exchanges between assets. The main findings of this study include the identification of feminist assets as essential for the young women, not recognized by young men or by professionals, and the fact that women do not

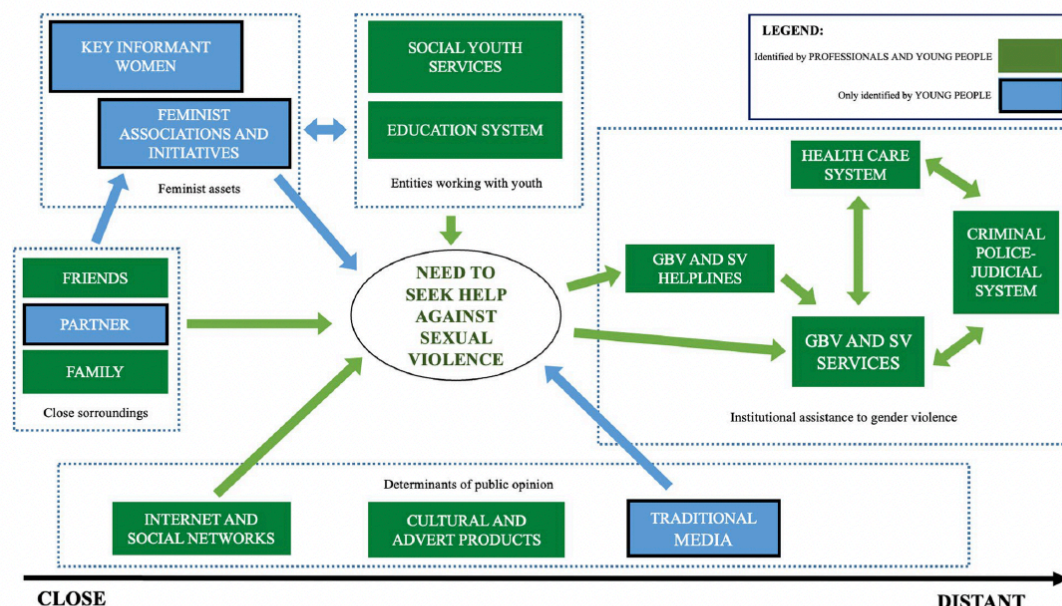


Fig. 2 Flow diagram of relationships between assets for SV response. Source: Own elaboration

identify institutional resources for SV support as assets, such as the police and judicial system.

The informal assets for SV support identified by the participants, such as family and friends coincide with some of the facilitators found in other studies [10, 17, 18, 22, 23]. However, in these studies, partners are not identified as factor to improve young people's ability to seek SV support. The family is considered an asset because it acts as a protective factor against dating violence in young people [31]. Likewise, it was observed that support from friends and peer groups improves the willingness of young people to help in a situation of SV. This has been identified in other studies, as friends serve as support networks due to their great influence on young people's attitudes and behaviours [20, 32, 33].

Young women identify themselves as assets as they raise awareness and create a change in SV response. However, young men identify more with intervening in cases of violence, in other words, protecting the victim, as well as "scolding" the attacker. These functions are essential in generating a trend in young people's surroundings so that others will act in the same way [32]. These self-perceptions are related to traditional gender roles that are built upon patriarchy: women as caregivers and transmitters of knowledge and men as protectors. It is interesting to observe that, although young people are becoming increasingly aware of the structure of inequality in gender, they also have roles that

reproduce that same structure. Organizing educational interventions that consider approaches to eliminating social constructions of gender is currently a societal issue [34–36].

Some of the young people in this study identified their partners as an asset to offer emotional support in SV situations. Furthermore, from a health promotion perspective, programmes aimed at partners could be beneficial in reinforcing positive behaviours among youth [22]. The fact that young people can talk about reproductive and sexual health with their sexual partners is a protective factor against SV within the relationship, as this fosters equal gender attitudes [37]. In SV outside an intimate relationship, this also encourages couples to improve their emotional support, increasing a victim's coping capacity.

In terms of formal assets, the education system was identified by both groups of participants. It is the only formal resource that was perceived as of close proximity for young people. Support from teachers enables equal awareness among young men and women [23], therefore helping young people to identify and face normalized SV situations, such as sexual harassment, even online. In the case of SV and GBV, support from teachers can help young people to perceive education centers as a safe space to seek support [38]. Programmes have been carried out in the educational and social spheres that focus on raising awareness about dating violence, myths, power, traditional gender roles and resources available to victims and

attackers [39, 40]. This kind of intervention has resulted in significant changes in young people, in terms of both physical and psychological violence, such as SV [41–43]. Thus, education interventions have been developed to promote healthy relationships among youth by promoting assets to solve situations of violence in relationships [21, 23, 44]. This allows young people to value the assets they have in their surroundings and ask for support and improve their coping capacity [23]. These interventions have also been effective in reducing benevolent sexism among the young population [45, 46] and violent experiences in their affective sexual relationships [21]. It would be interesting to approach address SV in the fields of reproductive and sexual health. When a SV situation is observed, this would allow these organizations to identify themselves as assets and improve the response to SV by demystifying the myths that justify sexual assault [47].

For young people, informal assets are closer in proximity when seeking SV support. On the other hand, the police and health systems, with a high level of formality, are perceived as distant. It is interesting to consider the social construction of gender that young people have of the police and judicial systems. Young men identify the legal route as a direct path to put an end to the situation. However, they believe it to be a distant asset, most likely due to the social perception of the police which is usually negative, because of stereotyped beliefs about police officers [48]. Additionally, this negative perception is related to the mistreatment of citizens, thus influencing the legitimacy of the police [49, 50]. Thus there is a need to adapt resources to young people, as they do not seem youth-friendly enough [51]. Meanwhile, young women identify this kind of asset as a barrier due to re-victimization and lack of trust generated by the culture of masculinity of the police force. This barrier has been identified in other studies and may be related to the lack of training in GBV and SV within the police force [13, 14, 52, 53].

Regarding referral channels, young people and the professionals perceive a flow that extends from assets with a low level of formality (family, friends, the Internet or cultural products) towards more specialized assets (institutional resources). Due to the relevance of the victim's social network and after identifying the referral relationships between assets, it is necessary to work with the community to promote healthy affective sexual relationships and raise awareness to improve prevention, detection and accompaniment for the victim [24]. Thus, society and the victim's environment are encouraged to be aware of the available resources. Training potential witnesses of SV to intervene effectively and safely to prevent and act on SV is important [54–57].

Limitations and strengths

Regarding the limitations of this study, most young people tend to refer to severe SV situations to identify support assets. On the other hand, intentional sampling is subject to selection bias for two reasons: 1) because interviewees might be more understanding of SV, and 2) because migrants might be less likely to be university students. These results may be applicable to other contexts with which our results have been compared. Nonetheless, in order to improve transferability, a detailed description of the study sample has been drafted. Regarding the strengths, credibility was guaranteed with double coding and triangulation of the information. A critical review of the results ensured that they are reliable. Finally, in order to guarantee reliability, an inductive analysis approach was used, as well as a detailed description of the methodological process and literal quotes [58].

Study implication for research and policy

Most of the interviewed professionals in this study did not recognize as assets partners, feminist associations and key informants. These feminist assets have been identified as key collaborating agents for the incorporation of the gender perspective in community health. This approach takes into account the health assets model and the formative functions of feminist groups are similar to those identified in our study [59]. Along these lines, within the asset's framework, women's activist groups have been observed to act as agents that help increase resilience to threats in poor communities [60]. In the context of sexual violence, the feminist assets highlighted in our study have not been clearly identified in the literature. That is, assets as a fundamental gear for the process of seeking support in the face of SV. However, peer support within groups of survivors of SV [61] has been identified as an asset. These types of groups, may be organized within feminist associations, helping to increase the resilience of individuals and mitigate the negative effects of SV [61–65]. For these reasons, it is necessary to value these assets so professionals can actively work with them and mitigate the gap that exists between these collectives and institutions. Future research should aim to explore the reasons why professionals do not identify these assets and how they can be incorporated into the support services' response. This would help in the daily practice of professionals. It would also be advisable to continue research on health assets as it provides new evidence that is not identified through the analysis of barriers alone [16]. Finally, it would be advisable to sensitise and train the identified assets so that they know how to provide the appropriate support and information when faced with a situation of SV.

Conclusions

The results of this study aim to improve SV care for young people, from a health asset perspective and taking into consideration both the youth and professionals' perspectives. Both have identified factors that improve SV victims' help-seeking capacity. They also coincide in most assets. However, professionals and young men did not identify feminist assets that are key factors for young women, as they have greater prevalence of SV. Once the referral channels are analyzed, it is necessary to work with the community by raising awareness to promote accompanying victims through a formal network of resources. This awareness raising can be carried out by feminist groups or through educational interventions that enable both young men and women to understand the problem of SV, to provide adequate support to victims and to know where to go for help when faced with SV. For this reason, it is important for professionals to be aware of the assets that they learn about from victims of violence against women, and for there to be communication with them. To this end, it is important to inform professionals about the assets that professionals do not acknowledge, and about actions that allow young people to access formal resources.

Abbreviations

SV	Sexual violence
GBV	Gender-based violence
W	Women
M	Men
WCSS	Victims of Violence Care Services
SY	Services for Youth

Supplementary Information

The online version contains supplementary material available at <https://doi.org/10.1186/s13690-024-01319-z>.

Additional file 1: Complementary information on the methodology of the study. Table 1. Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR). Table 2. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist (COREQ).

Acknowledgements

We want to thank all participants who have volunteered in this study and dedicated their time to being interviewed and share their experiences and perceptions with us. This study would not have been possible without them.

Authors' contributions

EDM's contribution role has been: Conceptualization, investigation, methodology, formal analysis, validation, visualization, writing-original draft and writing-review & editing.; BSB's contribution role has been: Conceptualization, funding acquisition, project administration; supervision; validation, writing-original draft and writing-review & editing.; AMH's contribution role has been: Conceptualization, data curation, formal analysis, investigation, methodology, validation, visualization, writing-original draft and writing-review & editing.; SM's contribution role has been: Conceptualization, data curation, formal analysis, investigation, methodology, validation, visualization, writing-original draft and writing-review & editing.; CVC's contribution role has been: Conceptualization, funding acquisition, investigation, methodology, project administration, resources, supervision, validation, visualization, writing-original draft and writing-review & editing. All authors read and approved the final manuscript.

Authors' information

EDM (RN, CNM, PhD candidate): Midwife of Basque Country Health Service (Osakidetza). PhD student of the Doctoral Programme in Biomedical Sciences and Public Health, at the International Doctoral School of the Universidad Nacional de Educación a Distancia and the Joint Research Institute of the National School of Health-Institute of Health Carlos III (UNED-IMIENS) (Madrid, Spain). Her research focuses on intimate partner violence and violence against women from a gender perspective. BSB (MHP, PhD): Scientific researcher at the Carlos III Health Institute (Spain). Professor of epidemiology at the National School of Public Health (Madrid, Spain). Expert in Social Epidemiology from a gender perspective. She is involved in several projects and research articles about intimate partner violence. Member of the Spanish Epidemiology Society and the CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP). AMH: Social researcher in Cooperativa APLICA. SM: Social researcher in Cooperativa APLICA. CVC (MPH, PhD): Public Health Professor at the University of Alicante. Main researcher of several research projects and papers in the areas of gender-based violence against women, immigration, ethnic minorities, and public. Member of the Spanish Epidemiology Society and the CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP). Honorary Doctor (Doctor Honoris Causa) of the Faculty of Medicine of Umeå University (Sweden) (October, 2019).

Funding

This work was supported by CIBER of Epidemiology and Public Health with the project "Sexual violence associated factors and perceptions among youth. A mixed method approach" (Ref. ESP20PI02).

Availability of data and materials

The datasets used and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request. Information about study participants will not be made available.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

Participation in interviews was voluntary and unpaid. Informed consent was obtained from all participants both verbally and by recording. Approval was obtained by the Ethics Committee of the University of Alicante (UA-2020-07-07).

Consent for publication

Not Applicable.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Author details

¹International Doctoral School of the Universidad Nacional de Educación a Distancia and Instituto Mixto de la Escuela Nacional de Salud (UNED-IMIENS), Madrid 28015, Spain. ²National School of Public Health, Instituto de Salud Carlos III, Madrid 28029, Spain. ³CIBER of Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Madrid 28029, Spain. ⁴Cooperativa APLICA, Madrid 28015, Spain. ⁵Department of Community Nursing, Preventive Medicine and Public Health and History of Science, Universidad de Alicante (UA), Alicante 03690, Spain.

Received: 4 March 2024 Accepted: 9 June 2024

Published online: 21 June 2024

References

- Wincentak K, Connolly J, Card N. Teen dating violence: a meta-analytic review of prevalence rates. *Psychol Violence*. 2017;7:224–41.
- World Health Organization (WHO). Violence against women: intimate partner and sexual violence against women. Intimate partner and sexual violence have serious short- and long-term physical, mental and sexual and reproductive health problems for survivors: fact sheet. Geneva: Department of Reproductive Health and Research World Health Organization; 2014.

3. World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO). Understanding and addressing violence against women: sexual violence. Geneva: World Health Organization and Pan American Health Organization; 2012.
4. World Health Organization (WHO). Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Intimate partner and sexual violence have serious short- and long-term physical, mental, sexual and reproductive health problems survivors. Evidence brief. Geneva; 2019.
5. FRA- European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Results at a glance. Luxembourg; 2014. <https://doi.org/10.2811/60683>.
6. Government delegation against gender violence. Ministry of Equality. Executive summary of the 2019 Macro-Survey on Violence Against Women. Madrid: Ministry of Equality of Spain; 2021.
7. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*. 2007;187:535–9. <https://doi.org/10.5694/J.1326-5377.2007.TB01334.X>.
8. Sanz-Barbero B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Fernández-García C, Vives-Cases C. Spanish intimate partner violence survivors help-seeking strategies across the life span. *J Interpers Violence*. 2020;37:NP8651–69. <https://doi.org/10.1177/0886260520976213>.
9. Eileen Martin C, Melissa Houston A, Decker MR, Professor A. Urban teens and young adults describe drama, disrespect, dating violence and help-seeking preferences. *Matern Child Health J*. 2012;16:957–66. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0819-4>.
10. Fernet M, Hébert M, Couture S, Brodeur G. Meeting the needs of adolescent and emerging adult victims of sexual violence in their romantic relationships: a mixed methods study exploring barriers to help-seeking. *Child Abuse Negl*. 2019;91:41–51. <https://doi.org/10.1016/J.CHABU.2019.01.019>.
11. Prospero M, Vohra-Gupta S. The use of mental health services among victims of partner violence on college campuses. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2008;16:376–90. <https://doi.org/10.1080/10926770801926450>.
12. García CM, Lechner KE, Frerich EA, Lust KA, Eisenberg ME. Preventing sexual violence instead of just responding to it: students' perceptions of sexual violence resources on campus. *J Forensic Nurs*. 2012;8:61–71. <https://doi.org/10.1111/J.1939-3938.2011.01130.X>.
13. Franklin A, Smeaton E. Recognising and responding to young people with learning disabilities who experience, or are at risk of, child sexual exploitation in the UK. *Child Youth Serv Rev*. 2017;73:474–81. <https://doi.org/10.1016/J.CHILDYOUTH.2016.11.009>.
14. Anderson GD, Overby R. Barriers in seeking support: perspectives of service providers who are survivors of sexual violence. *J Community Psychol*. 2020;48:1564–82. <https://doi.org/10.1002/JCOP.22348>.
15. Martín-Salvador A, Saddiki-Mimoun K, Pérez-Morente MA, Álvarez-Serrano MA, Gázquez-López M, Martínez-García E, et al. Dating Violence: Idealization of Love and Romantic Myths in Spanish Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:5296. <https://doi.org/10.3390/IJERP18105296>.
16. Morgan A, Ziglio E. Foreword. Capability and resilience: beating the odds. 2006.
17. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007;Suppl 2:17–22. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701X>.
18. Morgan AR, Rivera F, Moreno C, Haglund BJA. Does social capital travel? Influences on the life satisfaction of young people living in England and Spain. *BMC Public Health*. 2012;12:138. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-138>.
19. Perez-Wilson P, Hernán M, Morgan AR, Mena A. Health assets for adolescents: opinions from a neighbourhood in Spain. *Health Promot Int*. 2015;30:552–62. <https://doi.org/10.1093/HEAPRO/DAT081>.
20. Evans AE, Sanderson M, Griffin SF, Reininger B, Vincent ML, Parra-Medina D, et al. An exploration of the relationship between youth assets and engagement in risky sexual behaviors. *J Adolesc Health*. 2004;35:424.e21–424.e30. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2004.02.008>.
21. Plourde KF, Ippoliti NB, Nanda G, McCarraher DR. Mentoring interventions and the impact of protective assets on the reproductive health of adolescent girls and young women. *J Adolesc Health*. 2017;61:131–9. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2017.03.002>.
22. Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *J Adolesc Health*. 2015;56:57–14. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2014.09.011>.
23. Pérez-Marco A, Soares P, Davó-Blanes MC, Vives-Cases C. Identifying types of dating violence and protective factors among adolescents in Spain: a qualitative analysis of Lights4Violence materials. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:2443. <https://doi.org/10.3390/IJERP17072443>.
24. Ollen EW, Ameral VE, Reed KP, Hines DA. Sexual minority college students' perceptions on dating violence and sexual assault. *J Couns Psychol*. 2017;64:112–9. <https://doi.org/10.1037/COU0000180>.
25. Voth Schrag R, Hairston D, Brown ML, Wood L. Advocate and survivor perspectives on the role of technology in help seeking and services with emerging adults in higher education. *J Fam Violence*. 2021;37:123–36. <https://doi.org/10.1007/S10896-021-00279-0>.
26. Nguyen KH, Kress H, Atuchukwu V, Onotu D, Swaminathan M, Ogbanufe O, et al. Disclosure of sexual violence among girls and young women aged 13 to 24 years: results from the violence against children surveys in Nigeria and Malawi. *J Interpers Violence*. 2021;36:NP2188–2204NP. <https://doi.org/10.1177/0886260518757225>.
27. Braun V, Clarke V. Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Am Psychol Assoc*. 2021;9:3–26. <https://doi.org/10.1037/qap0000196>.
28. Glaser BG, Strauss AL. Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Taylor and Francis; 1999. <https://doi.org/10.4324/9780203793206>.
29. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89:1245–51. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
30. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:349–57. <https://doi.org/10.1093/INTQHC/MZM042>.
31. Malhotra K, Gonzalez-Guarda RM, Mitchell EM. A review of teen dating violence prevention research: what about Hispanic youth? *Trauma Violence Abuse*. 2015;16:444–65. <https://doi.org/10.1177/1524838014537903>.
32. Mulford C, Giordano P. Teen dating violence: a closer look at adolescent romantic relationships. *Natl Inst Justice*. 2008;261:31–40.
33. Fulkerson JA, Story M, Mellin A, Leffert N, Neumark-Sztainer D, French SA. Family dinner meal frequency and adolescent development: relationships with developmental assets and high-risk behaviors. *J Adolesc Health*. 2006;39:337–45. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.026>.
34. Pérez-Martínez V, Marcos-Marcos J, Cerdán-Torregrosa A, Briones-Vozmediano E, Sanz-Barbero B, Davó-Blanes MC, et al. Positive masculinities and gender-based violence educational interventions among young people: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2021;24:468–86. <https://doi.org/10.1177/15248380211030242>.
35. Neves S, Ieracitano F, Topa J, Silva E, Blanes MCD, Costa D, et al. Using cinema voice to promote positive intimate relationships among European youth: the Lights4Violence Project. *Child Soc*. 2023;37:634–53. <https://doi.org/10.1111/CHSO.12621>.
36. Edwards C, Bolton R, Salazar M, Vives-Cases C, Daoud N. Young people's constructions of gender norms and attitudes towards violence against women: a critical review of qualitative empirical literature. *J Gend Stud*. 2022;33:100–11. <https://doi.org/10.1080/09589236.2022.2119374>.
37. Mmari K, Sabherwal S. A review of risk and protective factors for adolescent sexual and reproductive health in developing countries: an update. *J Adolesc Health*. 2013;53:562–72. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2013.07.018>.
38. Berkowitz R, Benbenishty R. Perceptions of teachers' support, safety, and absence from school because of fear among victims, bullies, and bully-victims. *Am J Orthopsychiatry*. 2012;82:67–74. <https://doi.org/10.1111/J.1939-0025.2011.01132.X>.
39. Cornelius TL, Sullivan KT, Wyngarden N, Milliken JC. Participation in prevention programs for dating violence: beliefs about relationship violence

- and intention to participate. *J Interpers Violence*. 2009;24:1057–78. <https://doi.org/10.1177/0886260508319363>.
40. Hickman LJ, Jaycox LH, Aronoff J. Dating violence among adolescents: prevalence, gender distribution, and prevention program effectiveness. *Trauma Violence Abuse*. 2004;5:123–42. <https://doi.org/10.1177/1524838003262332>.
 41. Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health*. 2015;56:542–50. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.012>.
 42. Wolfe DA, Crooks C, Jaffe P, Chiodo D, Hughes R, Ellis W, et al. A school-based program to prevent adolescent dating violence: a cluster randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163:692–9. <https://doi.org/10.1001/ARCHPEDIATRICS.2009.69>.
 43. Foshee VA, Bauman KE, Ennett ST, Suchindran C, Benefield T, Linder GF. Assessing the effects of the dating violence prevention program “safe dates” using random coefficient regression modeling. *Prev Sci*. 2005;6:245–58. <https://doi.org/10.1007/s11211-005-0007-0>.
 44. Vives-Cases C, Davo-Blanes MC, Ferrer-Cascales R, Sanz-Barbero B, Albaladejo-Blázquez N, Sánchez-San Segundo M, et al. Lights4Violence: a quasi-experimental educational intervention in six European countries to promote positive relationships among adolescents. *BMC Public Health*. 2019;19:389. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6726-0>.
 45. Sanz-Barbero B, Ayala A, Ieracitano F, Rodríguez-Blázquez C, Bowes N, De Claire K, et al. Effect of the Lights4Violence intervention on the sexism of adolescents in European countries. *BMC Public Health*. 2022;22:547. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12925-3>.
 46. Pérez-Martínez V, Sanz-Barbero B, Ferrer-Cascales R, Bowes N, Ayala A, Sánchez-SanSegundo M, et al. Evaluation of the lights4violence program: reduction in machismo and acceptance of violence among adolescents in Europe. *BMC Public Health*. 2022;22:426. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12770-4>.
 47. Hust S, JT, Rodgers KB, Ebreo S, Stefani W. Rape myth acceptance, efficacy, and heterosexual scripts in men's magazines: factors associated with intentions to sexually coerce or intervene. *J Interpers Violence*. 2019;34:1703–33. <https://doi.org/10.1177/0886260516653752>.
 48. Weller M, Hope L, Sheridan L. Police and public perceptions of stalking: the role of prior victim-offender relation. *J Interpers Violence*. 2012;28:320–39. <https://doi.org/10.1177/0886260512454718>.
 49. Brown KL, Reisig MD. Procedural injustice, police legitimacy, and officer gender: a vignette-based test of the invariance thesis. *Behav Sci Law*. 2019;37:696–710. <https://doi.org/10.1002/BSL.2439>.
 50. Sivasubramaniam D, Burke KC, Saulnier A, Szabo R, Agius EJ. Perspectives on procedural justice: trust and respect matter even when body-worn cameras are present. *Law Hum Behav*. 2021;45:440–55. <https://doi.org/10.1037/lhb0000454>.
 51. Thomée S, Malm D, Christianson M, Hurtig AK, Wiklund M, Waenerlund AK, et al. Challenges and strategies for sustaining youth-friendly health services - a qualitative study from the perspective of professionals at youth clinics in northern Sweden. *Reprod Health*. 2016;13:147. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0261-6>.
 52. Briones-Vozmediano E, La Parra D, Vives-Cases C. Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain. *Health Expect*. 2015;18:2994–3006. <https://doi.org/10.1111/HEX.12283>.
 53. McGilloway C, Smith D, Galvin R. Barriers faced by adults with intellectual disabilities who experience sexual assault: a systematic review and meta-synthesis. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33:51–66. <https://doi.org/10.1111/JAR.12445>.
 54. McMahon S, Postmus JL, Koenick RA. Conceptualizing the engaging bystander approach to sexual violence prevention on college campuses. *J Coll Stud Dev*. 2011;52:115–30. <https://doi.org/10.1353/CSD.2011.0002>.
 55. Weisz AN, Tolman RM, Callahan MR, Saunders DG, Black BM. Informal helpers' responses when adolescents tell them about dating violence or romantic relationship problems. *J Adolesc*. 2007;30:853–68. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.09.004>.
 56. McMahon S, Peterson NA, Winter SC, Palmer JE, Postmus JL, Koenick RA. Predicting bystander behavior to prevent sexual assault on college campuses: the role of self-efficacy and intent. *Am J Community Psychol*. 2015;56:46–56. <https://doi.org/10.1007/s10464-015-9740-0>.
 57. Banyard V, Potter SJ, Cares AC, Williams LM, Moynihan MM, Stapleton JG. Multiple sexual violence prevention tools: doses and boosters. *J Aggress Confl Peace Res*. 2018;10:145–55. <https://doi.org/10.1108/JACPR-05-2017-0287>.
 58. Johnson JL, Adkins D, Chauvin S. A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *Am J Pharm Educ*. 2020;84:138–46. <https://doi.org/10.5688/AJPE7120>.
 59. Artazcoz L, Chilet E, Escartín P, Fernández A. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018 [Incorporation of the gender perspective in community health. SESPAS report 2018]. *Gac Sanit*. 2018;32:92–7. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006>.
 60. Gupta S, Leung IS. Turning good practice into institutional mechanisms: Investing in grassroots women's leadership to scale up local implementation of the Hyogo Framework for Action An in-depth study for the HFA Mid-Term Review. Brooklyn, NY: Huairou Commission and Groots International; 2011.
 61. Gregory A, Johnson E, Feder G, Campbell J, Konya J, Perot C. Perceptions of peer support for victim-survivors of sexual violence and abuse: an exploratory study with key stakeholders. *J Interpers Violence*. 2022;37(15–16):NP1436–65. <https://doi.org/10.1177/08862605211007931>.
 62. Cénat JM, Smith K, Morse C, Derivois D. Sexual victimization, PTSD, depression, and social support among women survivors of the 2010 earthquake in Haiti: a moderated moderation model. *Psychol Med*. 2020;50:2587–98. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002757>.
 63. Fuller-Thomson E, Lacombe-Duncan A, Goodman D, Fallon B, Brennenstuhl S. From surviving to thriving: factors associated with complete mental health among childhood sexual abuse survivors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55:735–44. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01767-X>.
 64. Machisa MT, Christofides N, Jewkes R. Social support factors associated with psychological resilience among women survivors of intimate partner violence in Gauteng, South Africa. *Glob Health Action*. 2018;11:1491114. <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1491114>.
 65. Konya J, Perot C, Pitt K, Johnson E, Gregory A, Brown E, et al. Peer-led groups for survivors of sexual abuse and assault: a systematic review. *J Ment Health*. 2020;1–13. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1770206>.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Supplementary Information

Complementary information on the methodology of the study

Table 1. Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)

Topic	Item information	No. page
Title and abstract		
Title	Concise description of the nature and topic of the study Identifying the study as qualitative or indicating the approach (e.g., ethnography, grounded theory) or data collection methods (e.g., interview, focus group) is recommended.	1
Abstract	Summary of key elements of the study using the abstract format of the intended publication; typically includes background, purpose, methods, results, and conclusions.	1
Introduction		
Problem formulation	Description and significance of the problem/phenomenon studied; review of relevant theory and empirical work; problem statement.	3
Purpose or research question	Purpose of the study and specific objectives or questions.	3
Methods		
Qualitative approach and research paradigm	Qualitative approach (e.g., ethnography, grounded theory, case study, phenomenology, narrative research) and guiding theory if appropriate; identifying the research paradigm (e.g., postpositivist, constructivist / interpretivist) is also recommended; rationale ^b .	✓ Methods > Analysis
Researcher characteristics and reflexivity	Researchers' characteristics that may influence the research, including personal attributes, qualifications/experience, relationship with participants, assumptions, and/or presuppositions; potential or actual interaction between researchers' characteristics and the research questions, approach, methods, results, and/or transferability.	✓ Methods > Data collection > Grouping interviewee-interviewer according to gender
Context	Setting/site and salient contextual factors; rationale ^b .	✓
Sampling strategy	How and why research participants, documents, or events were selected; criteria for deciding when no further sampling was necessary (e.g., sampling saturation); rationale ^b .	✓ Method > Sample scope and design
Ethical issues pertaining to human subjects	Documentation of approval by an appropriate ethics review board and participant consent, or explanation for lack thereof; other confidentiality and data security issues.	✓ Method > Ethical considerations
Data collection methods	Types of data collected; details of data collection procedures including (as appropriate) start and stop dates of data collection and analysis, iterative process, triangulation of sources/methods, and modification of procedures in response to evolving study findings; rationale ^b .	✓ Method > Data collection
Data collection instruments and technologies	Description of instruments (e.g., interview guides, questionnaires) and devices (e.g., audio recorders) used for data collection; if/how the instrument(s) changed over the course of the study.	✓ Method > Data collection
Units of study	Number and relevant characteristics of participants, documents, or events included in the study; level of participation (could be reported in results).	✓ Method > Data collection

Data processing	Methods for processing data prior to and during analysis, including transcription, data entry, data management and security, verification of data integrity, data coding, and anonymization/deidentification of excerpts.	 Method > Data collection
Data analysis	Process by which inferences, themes, etc., were identified and developed, including the researchers involved in data analysis; usually references a specific paradigm or approach; rationale ^b .	 Methods > Analysis
Techniques to enhance trustworthiness	Techniques to enhance trustworthiness and credibility of data analysis (e.g., member checking, audit trail, triangulation); rationale ^b .	
Results/findings		
Synthesis and interpretation	Main findings (e.g., interpretations, inferences, and themes); might include development of a theory or model, or integration with prior research or theory.	
Links to empirical data	Evidence (e.g., quotes, field notes, text excerpts, photographs) to substantiate analytic findings.	
Discussion		
Integration with prior work, implications, transferability, and contribution(s) to the field	Short summary of main findings; explanation of how findings and conclusions connect to, support, elaborate on, or challenge conclusions of earlier scholarship; discussion of scope of application/generalizability; identification of unique contribution(s) to scholarship in a discipline or field.	
Limitations	Trustworthiness and limitations of findings.	
Other		
Conflicts of interest	Potential sources of influence or perceived influence on study conduct and conclusions; how these were managed.	
Funding	Sources of funding and other support; role of funders in data collection, interpretation, and reporting.	

Table 2. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist (COREQ)

No. Item	Guide questions/description	Reported
Domain 1: Research team and reflexivity		
1. Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview?	The authors have experience in qualitative research and are researchers in the field of public health, sociology, nursing and women's health in all phases of sexual and reproductive life (midwifery). Furthermore, the members of Cooperativa Aplica have training and experience in qualitative analysis and qualitative research methodologies.
2. Credentials	What were the researcher's credentials?	
3. Occupation	What was their occupation at the time of the study?	
4. Gender	Was the researcher male or female?	The interviews with the young people were conducted by two women with the girls and one man with the boys. The interviews with the professionals did not have this difference.
5. Experience and training	What experience or training did the researcher have?	The interviewers had sufficient training and experience in qualitative research methodology.
6. Relationship with participants established	Was a relationship established prior to study commencement?	No.
7. Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher?	The participants were informed when they were contacted and at the beginning of the interview on the project, scope and goals, the research leader and the university responsible for it.
8. Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator?	
Domain 2: Study design		
9. Methodological orientation and theory	What methodological orientation was stated to underpin the study?	Content analysis + interpretive and comparative analysis according to gender and young people vs. professionals.
10. Sampling	How were participants selected?	The identification, selection and recruitment strategy of participants was carried out by the snowball technique. On the one hand, the researchers did so online with an initial survey of potential participants and disseminating information on the study. On the other hand, they did so through a network of contacts of the identified entities. Afterwards, selection was intentional by differentiating the profiles and their selection criteria.
11. Method of approach	How were participants approached?	
12. Sample size	How many participants were in the study?	38 participants (23 young people and 15 professionals).
13. Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	There was no loss of participants due to purposive sampling.
14. Setting of data collection	Where was the data collected?	26 interviews were carried out by telephone and 12 by video call.
15. Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	No.

No. Item	Guide questions/description	Reported
16. Description of sample	What are the important characteristics of the sample?	A series of criteria to select the participants were considered. On the one hand, the following variables were taken into account for the young people: 1) age (18-21 years and 22-24 years to reach a balanced representation); 2) sex; 3) level of education (university or non-university); 4) place of origin (migrant or national); 5) geographical distribution according to region. On the other hand, in order to select the resource, the following factors were considered: 1) type of resource management (public administration or third sector entities); 2) scope of action (address SV and youth services); 3) geographical distribution according to region.
17. Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors?	The interview script was drafted by the members of the research team and was adapted to each profile. The scripts were tested and adapted in the initial phases of the field work.
18. Repeat interviews	Were repeat interviews carried out?	No.
19. Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Audio recording was used to collect data from telephone interviews.
20. Field notes	Were field notes made during and/or after the interview?	The interviewers were instructed to take notes immediately after the interview, focusing on issues of the situation and on rapport and connection between interviewers and interviewees. Interview notes added context and were verified to see if discursive saturation had been achieved, but they were not used in the analysis.
21. Duration	What was the duration of the interviews?	The duration of the interviews was 50 to 70 minutes.
22. Data saturation	Was data saturation discussed?	Yes. The saturation of the discourse occurred when the last interviews did not generate additional information and it was decided to finalize the selection of participants.
23. Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	No.
Domain 3: Analysis and findings		
24. Number of data coders	How many data coders coded the data?	Two analysts of the research team.
25. Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	Yes, the codes included in the coding tree that was made for the first part of the content analysis are listed.
26. Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	The codes used to analyze the transcriptions were based on the project objectives and interviews. They were used for a pre-analysis. Based on that, new data codes emerged. From these new codes, categories and identified topics emerged.
27. Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	ATLAS.ti (version 9).
28. Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	No.
29. Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified?	The most representative quotes of the discourses found are added to the manuscript in the results section.
30. Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	Yes.

No. Item	Guide questions/description	Reported
31. Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	Yes.
32. Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Yes.

Anexo 2. Material del conjunto de la investigación, complementario a la discusión integradora

Tabla I. Barreras en el acceso y la respuesta de recursos sociosanitarios a la VPM, identificadas por los y las profesionales en el artículo 1^{XIX} mediante el análisis de contenido [Resumen]

Barreras relacionadas con la socialización de género y el proceso de salida de la violencia	Socialización de género • Prácticas de violencia psicológica (control y/o emocional) que no identifican como VPM • Mitos sobre el amor normalizados en la sociedad (TV, música): celos, dependencia emocional, falta de autonomía • Falso espejismo de igualdad: la VPM se daba en el pasado cuando las mujeres tenían menos derechos • Negación social de la VPM: cultural, asociada a una ideología patriarcal
	Salida de la violencia • Desconocimiento de los recursos disponibles y los protocolos de actuación • Miedos relacionados con la respuesta familiar, con la soledad y la pérdida de amistades • Miedo al rechazo, a la estigmatización y a no ser creídas • El proceso de salida depende del tipo de violencia: la VPM física más fácil de identificar que la VPM psicológica; VPM sexual más estigmatización • Situación psicoemocional de las jóvenes y su capacidad para hablar de la violencia • Situación legal de las jóvenes menores de edad
Barreras relacionadas con los y las profesionales	• Falta de formación específica de los y las profesionales (en igualdad, en perspectiva de género, en VPM en población adolescente y juvenil) • Estereotipos sobre la juventud por parte de los y las profesionales • Poca valoración de la formación de los y las profesionales en cuestiones de género (provocando una victimización secundaria)
Barreras estructurales de los recursos	Servicios no adaptados a las jóvenes • No identificación de las jóvenes con los recursos de «víctimas» de VPM (por no identificarse con el nombre de los recursos) • Falta de interseccionalidad en la atención (mujeres inmigrantes, jóvenes, discapacitadas, otros grupos étnicos, etc.) • Ubicaciones poco atractivas y confusas de los recursos contra la violencia de género para las jóvenes (por ejemplo, servicios sociales) • Falta de confidencialidad de los servicios en zonas rurales • Falta de difusión y contacto real de los servicios de VPM con los y las jóvenes • Problemas de acceso geográfico • Falta de disponibilidad de los servicios especializados en VPM para jóvenes • Recursos humanos, materiales y financieros limitados • Espacios poco acogedores e inseguros

Fuente: Elaboración propia.

^{XIX} **Artículo 1:** Otero-García L, Durán-Martin E, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives. *PLoS One*. 2024;19(4): e0297886. <https://doi.org/nrzt>.

Tabla II. Barreras en el acceso y la respuesta de recursos sociosanitarios a la VPM, identificadas por las personas participantes en el artículo 2^{xx} mediante el análisis temático teórico (modelo de servicios amigables de la OMS) [Resumen]

Accesibilidad	P y J	- Desconocimiento sobre los servicios y su funcionamiento - Falta de apoyo del entorno social a la problemática de VPM (para las jóvenes es debido a una falta de asesoramiento a los familiares de las víctimas y para los y las profesionales por tendencia de las personas adultas a negar la VPM, repercutiendo en la autorización de menores para acudir a los centros)
	J	Falta de divulgación a la comunidad sobre los recursos específicos de violencia (sobre sus beneficios y las necesidades que cubren a las jóvenes)
	P	- Coste económico que supone acceder a los recursos (por ejemplo, transporte) - Falta de adaptación de horarios (por ejemplo, el tiempo que supone acudir y poca flexibilidad) - Localización de los recursos: - centralización de los recursos específicos de jóvenes en la ciudad principal (recursos más especializados en VPM y jóvenes) - compartir espacio con servicios sociales o municipales (perjudica) - Falta de prestación en los entornos cercanos a jóvenes (por ejemplo, centros educativos)
Aceptabilidad	P y J	- Falta de confidencialidad de los servicios - Espacios poco acogedores (entorno inadecuado, falta de privacidad, espacios muy formales y de personas adultas) - Falta de rapidez en los servicios o en derivar a otros servicios
	J	Actitudes de mala praxis profesional (habilidades interpersonales de trato, falta de empatía)
	P	-
Equidad	P y J	Actitudes profesionales discriminatorias (debido al origen étnico, a ser migrantes, menores o mujeres con discapacidad)
	J	-
	P	Falta de protocolos que aseguren la equidad de grupos vulnerables (abordar las barreras idiomáticas, prejuicios sociales de profesionales, como el racismo, y falta de apoyo del entorno social)
Adecuación	P y J	Falta de cobertura de las necesidades de las jóvenes: no encuentran ayuda y se sienten mareadas de un servicio a otro por la falta de adaptación de los servicios a la gente joven o para dar con una solución que se adapte a su proceso vital. Para las jóvenes esto se relaciona con una victimización secundaria y para una profesional se debe a que los centros están enfocados para mujeres adultas
	J	-
	P	Falta de equipos multidisciplinares: con profesionales con formación específica en la atención a la juventud
Efectividad	P y J	- Falta de recursos (tiempo, económicos y humanos): - Falta de tiempo para cubrir las necesidades de las jóvenes (demoras en las sesiones y necesidad de dedicar más tiempo en consulta para adaptarse a los procesos de recuperación de las jóvenes) - Déficit en los presupuestos económicos para el desarrollo de actividades - Falta de recursos humanos y/o la organización inadecuada del recurso no permiten una atención de calidad (sobre todo atención psicológica) - Falta de profesionales competentes: - Medicalización de los procesos o dificultades para encontrar ayuda psicológica - Falta de formación en perspectiva de género y en atención a la juventud y falta de habilidades de comunicación con jóvenes
	J	- Falta de profesionales competentes: carencia de habilidades interpersonales de algunos y algunas profesionales (falta de empatía o de escucha activa) - Falta de protocolos de actuación adaptados a mujeres jóvenes
	P	Falta de coordinación formal por existencia de protocolos diferentes entre los distintos servicios

Fuente: Elaboración propia. Nota: P y J: profesionales y jóvenes; P: profesionales; J: mujeres jóvenes.

^{xx} **Artículo 2:** Durán-Martin E, Vives-Cases C, Otero-García L, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B. Do we have friendly services to meet the needs of young women exposed to intimate partner violence in the Madrid region? *Health Expect.* 2022;25(3):1058-1068. <https://doi.org/nrzs>.

Tabla III. Aspectos clave para mejorar la accesibilidad de los recursos de VPM, identificados por los y las profesionales del artículo 1^{XXI} [Resumen]

Facilitadores de los servicios de atención a la mujer para atender a las jóvenes expuestas a VPM	• Actividades de sensibilización sobre VPM (en fechas clave 8M y 25N) • Intervenciones de sexualidad y relaciones afectivas desde recursos no específicos de violencia (institutos, centros juveniles, centros de planificación familiar) • Flexibilidad horaria • Disponibilidad de espacios seguros, adaptados y accesibles • Coordinación entre los centros docentes, servicios sociales, puntos de violencia y departamentos de orientación (mesas de atención a la violencia) • Protocolos de coordinación concretos y transversales entre los servicios que atienden a las víctimas • Movimientos comunitarios e implicación de la comunidad
Facilitadores relacionados con la praxis profesional para atender a las mujeres expuestas a VPM	• Formación en perspectiva de género • Formación específica en juventud • Implicación personal de los y las profesionales (uso de su tiempo libre para formarse) • Experiencia de los y las profesionales en trabajo multidisciplinar y especializado • Habilidades de comunicación por parte de los y las profesionales (escucha activa y empatía que ayudan a las jóvenes a sentirse creídas. No culpabilizar y generar un clima de confianza) • Actitud de disponibilidad de los y las profesionales • Modificación del lenguaje, la imagen y los canales de comunicación (redes sociales) para llegar a los y las jóvenes • Disponer en el centro de trabajo de figuras referentes de VPM (Atención Primaria)
Mejoras de los servicios de respuesta a la VPM que puedan venir de la mano de las propias jóvenes	• Que los recursos tengan referentes entre iguales (jóvenes que han utilizado previamente el recurso) • Grupos autogestionados por las propias jóvenes • Que las mujeres jóvenes que hayan confrontado la VPM asuman un papel protagonista y participativo

Fuente: Elaboración propia.

^{XXI} **Artículo 1:** Otero-García L, Durán-Martin E, Castellanos-Torres E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Accessibility of intimate partner violence-related services for young women in Spain. Qualitative study on professionals' perspectives. *PLoS One*. 2024;19(4): e0297886. <https://doi.org/nrzt>.

Tabla IV. Barreras en el acceso y la respuesta de los recursos sociosanitarios a la VS, identificadas por las personas participantes en el artículo 3^{xxii} mediante el análisis temático inductivo [Resumen]

A) FACTORES DEL CONTEXTO SOCIAL QUE INFLUYEN EN LA COBERTURA EFECTIVA					
Escasa concienciación sobre la violencia sexual	P y J	Confusión del concepto de VS o VG	Los y las jóvenes no son conscientes de los tipos de VS existentes. Dificultad en la identificación de acoso u otras agresiones sexuales, lo que conlleva una barrera en la búsqueda de ayuda		
		Normalización de la VS	Normalización de comportamientos de VS integrados en las relaciones sexoafectivas, en los grupos de amistades o en la sociedad. Dificultad en la identificación de la VS		
		Resistencia para hablar de sexualidad	Tabú de la sexualidad que la excluye al ámbito privado exclusivamente, sobre todo para hablar de problemas sexuales, lo que promueve la dificultad de acceso a servicios especializados		
		No identificación con los estereotipos de víctimas	Implica una dificultad en la búsqueda de ayuda	P	A mujeres víctimas de VS: una profesional relaciona este factor a que las jóvenes no se ven reflejadas en la imagen de mujer agredida, ya que en la actualidad existe la imagen social de que las mujeres deben ser autónomas, empoderadas y capaces de resolver sus problemas
				J	A hombres víctimas de VS: una joven relaciona este factor con los estereotipos de masculinidad en caso de hombres víctimas de VS
	P	-			
	J	Prácticas de ocultación y silencio	En hombres víctimas de VS: son identificadas estas prácticas por las mujeres jóvenes. Prácticas relacionadas con el concepto de masculinidad y los roles de género		
		No formación educativa en VS y VG	Barrera en el conocimiento sobre la VS y sus manifestaciones		
		Educación sexual biologicista	Basada solo en la prevención de ETS. No tiene en cuenta la responsabilidad individual, social y ética. Desatiende la parte afectiva de las relaciones, las actitudes discriminatorias, las conductas violentas, etc.		
Falta de aceptación social de los recursos	P y J	Rechazo al feminismo y a la lucha contra la VG	Este factor crea animadversión hacia los servicios y una reacción defensiva. Dificulta el acceso a información sobre VS y a programas de prevención y sensibilización		
	P	-			
	J	Falta de confianza	Hacia las instituciones y los recursos. Dificulta la aceptación de los recursos y el primer contacto o acceso inicial , sobre todo en instancias policiales y judiciales		

^{xxii} **Artículo 3:** Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Vives-Cases C. Perceived barriers to effective coverage of health and social services for sexual violence in young adults in Spain. *Health Soc Care Community*. 2023; 2023 (1):3946029. <https://doi.org/nq2b>.

B) FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS PERSONAS AFECTADAS (VÍCTIMAS, AGRESORES Y ENTORNO CERCANO)				
Situación social diferente	P y J	Edad	Barrera para el acceso de los recursos formales	P Edad relacionada con la dependencia y la necesidad de un consentimiento paterno y/o materno
				J Edad relacionada con la falta de madurez de los procesos de concienciación, aceptación y toma de decisiones
		Situación socioeconómica precaria	Barrera de acceso	P Debido a la dificultad en el acceso a la información, por la brecha digital. No tener acceso a Internet para estar conectado/a con las redes sociales y así obtener información, y, por tanto, aunque sean accesibles y gratuitos, el hecho de no conocer su existencia impide que acudan
				J Debido a recursos económicos únicamente
	P	Discapacidad intelectual	Factor que limita la comunicación con las víctimas debido a la falta de adaptación de la justicia y a la ausencia de una perspectiva integradora	
	J	Estatus migratorio	Barrera de acceso. No acuden a los recursos o a la Policía por miedo a deportaciones o a ser detenidas por una situación residencial irregular	
Estigmatización social	P y J	Sentimientos de miedo, vergüenza y culpa	Dificultan para pedir ayuda	
		Juicios del entorno hacia la víctima	Dificultan el acceso a los recursos por no sentirse apoyadas o por la estigmatización que conlleva ser víctima de VS, culpabilizando o rechazando a la víctima, sobre todo en casos en que el agresor es conocido	
		Prejuicios de la víctima hacia los y las profesionales	Barrera para que las personas jóvenes acudan	P Identifican esos prejuicios en los recursos en general
				J Identifican esos prejuicios en los recursos policiales, que en algunos casos pueden ser la entrada a la red de servicios
	P	Sobreprotección familiar	Padres que apoyan, pero agobian a las jóvenes en su proceso de superación de la VS	
	J	-		

C) FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS Y SUS PROFESIONALES

Factores relacionados con los servicios y los profesionales					
Formación de los y las profesionales	P y J	Formación en perspectiva de género-VS	Factor limitante	P	Impide hacer intervenciones de calidad, por tanto, en el uso continuado de los recursos
				J	Impide el acceso al resto de recursos formales ; destacan la falta de formación en los servicios sanitarios y policiales, que produce situaciones revictimizantes que pueden frenar el acceso a la red de servicios especializados en VS o hacer que directamente no acudan otras víctimas a los recursos sociosanitarios (por miedo a no ser creídas)
	P	Formación en jóvenes	La falta de conocimientos de los y las profesionales en el trato con personas jóvenes, dificultando la adaptación de las intervenciones		
	J	-			
Atención institucional mejorable	P y J	Poca terapia psicológica	Debido a la elevada demanda		
		Procesos legales: duros, poco eficaces y adaptados	Dificulta el uso continuado de los recursos. Procesos legales hostiles, de larga duración, inciertos, con falta de adaptación y eficacia		
		Instituciones legales no especializadas en VS	Sobre todo, el ámbito judicial. La VS se trata como un delito penal cualquiera, cuando sucede fuera de la violencia de pareja		
	P	Especialización excesiva de los programas de acompañamiento de recuperación psicológica	Se refieren a que una excesiva focalización de la VS a veces puede ser contraproducente, ya que no aborda las consecuencias que la violencia tiene en otras dimensiones de la vida de las mujeres (laboral, familiar, amistad, etc.). Además, no se pueden realizar intervenciones grupales o con su entorno		
	J	Exceso de burocratización-repetición de entrevistas	Exceso de gestiones institucionales, derivación excesiva entre los servicios y tener que acudir repetidas veces a los servicios, refieren que limita la cobertura efectiva		
		Retraso en la atención psicosocial			
		Medicalización			
Infraestructura de los servicios	P y J	Atención centrada en VG y mujeres de mediana edad	Excluye a otros colectivos afectados por la VS. Por varios motivos: 1) horarios no adaptados; 2) que no puedan acudir al centro menores de edad sin ser acompañadas por un tutor; 3) espacios e intervenciones poco adaptadas a las personas jóvenes		
		Falta de captación enfocada a jóvenes	Relacionado con el factor anterior, pero por causas diferentes	P	Tiene que ver con los medios de difusión de la información, porque el uso de las redes sociales es limitado
				J	El mensaje está dirigido a la población adulta y no se identifican con él
		Información (recursos y procedimientos burocráticos): poca y no adaptada a jóvenes	P	Refieren que existe poca información de los procesos burocráticos y desconocen que no es necesario interponer una denuncia para usar un recurso	
	J		La poca información que hay no está adaptada a las personas jóvenes en formatos más atractivos y amigables para que sea comprendida		
	P	Falta de recursos	Humanos-económicos: dificulta el buen funcionamiento de los mismos		
	P	Falta de protocolos	Dificulta la detección, derivación y correcta atención de los y las jóvenes		
	J	Escasa difusión de los recursos cercanos	Para dirigirse a la población de una zona concreta		
		Desigualdad en la distribución territorial	Entre las diferentes ciudades o pueblos		

Fuente: Elaboración propia. Nota: P y J: profesionales y jóvenes; P: profesionales; J: hombres y mujeres jóvenes.

Tabla V. Activos para el acceso y la respuesta de los recursos sociosanitarios a la VS, identificados por las personas participantes en el artículo 4^{XXIII} mediante el análisis temático teórico e inductivo, con la adaptación del método comparativo constante [Resumen]

ACTIVO	JÓVENES		PROFESIO-NALES	FUNCIONES Y DIFERENTES PERCEPCIONES ENTRE LOS GRUPOS	
	♀	♂			
Activos informales	Amistades			J ♀ ♂	Respuesta inicial a la VS: sensibilizar o no dejar sola a una víctima potencial, acompañarla a su casa o llamarla durante el trayecto Papel auxiliar en las fases iniciales de la victimización: dar el apoyo emocional necesario para continuar buscando ayuda profesional
				P	Identificado
				J ♀ ♂	Respuesta inicial a la VS: sensibilizar o no dejar sola a una víctima potencial, acompañarla a su casa o llamarla durante el trayecto Papel auxiliar en las fases iniciales de la victimización: dar el apoyo emocional necesario para continuar buscando ayuda profesional
	Pareja		NO	J ♀ ♂	Respuesta inicial a la VS: sensibilizar o no dejar sola a una víctima potencial, acompañarla a su casa o llamarla durante el trayecto Papel auxiliar en las fases iniciales de la victimización: dar el apoyo emocional necesario para continuar buscando ayuda profesional
Activos informales	Familia			J ♀ ♂	Respuesta inicial a la VS: sensibilizar o no dejar sola a una víctima potencial, acompañarla a su casa o llamarla durante el trayecto Papel auxiliar en las fases iniciales de la victimización: dar el apoyo emocional necesario para continuar buscando ayuda profesional
				P	Identificado
				J ♀ ♂	Respuesta inicial a la VS: sensibilizar o no dejar sola a una víctima potencial, acompañarla a su casa o llamarla durante el trayecto Papel auxiliar en las fases iniciales de la victimización: dar el apoyo emocional necesario para continuar buscando ayuda profesional
	Mujeres informantes clave	NO	NO	J ♀	Se trata de contactos personales que no forman parte del entorno inmediato, pero que son percibidos como un recurso útil y fiable si alguien experimenta VS, bien por sus conocimientos sobre género y recursos de apoyo, o bien por seguridad y el empoderamiento que proyectan Funciones: detección y abordaje inmediato para minimizar la violencia cuando se está produciendo, ya sea asistiendo a la víctima o confrontando al agresor; difundiendo recursos de respuesta de VS y facilitando la derivación hacia otros activos de mayor grado de formalidad

^{XXIII} **Artículo 4:** Durán-Martín E, Sanz-Barbero B, Muñoz-Haba A, March S, Vives-Cases C. “Thanks to my activist friends”: A qualitative study of perspectives of young adults and professionals on the factors related to seeking support among victims of sexual violence in Spain. *Arch Public Health*. 2024;82(1):93. <https://doi.org/nqz9>.

	ACTIVO	JÓVENES		PROFESIO-NALES	FUNCIONES Y DIFERENTES PERCEPCIONES ENTRE LOS GRUPOS	
		♀	♂			
Activos nivel intermedio de formalidad	Asociaciones feministas		NO	NO	J ♀	Encuentran un espacio seguro en asociaciones feministas (colectivos autoorganizados, asambleas, etc.), así como en las iniciativas feministas culturales o artísticas, de carácter individual o colectivo Funciones: sensibilización y difusión; realización de actividades formativas más específicas en materia de igualdad de género; funciones centradas en respuestas más avanzadas de apoyo a la VS (realización de prevención directa, detectando la violencia en el momento que se produce y abordándola inmediatamente para detenerla o minimizarla); acompañamiento emocional de la víctima en la atención
	Internet y redes sociales				J ♀ ♂	Está dentro de los espacios de comunicación social , que condicionan la opinión pública y las concepciones de la VS socialmente compartidas Funciones (atribuidas por jóvenes): ofrecer ejemplos de dinámicas sexoafectivas sanas, así como servir de canal de información y difusión de los recursos de ayuda. Perciben que Internet y las redes sociales trascienden estas funciones. En este tipo de activos los y las jóvenes no son meros sujetos pasivos, pues pueden interactuar compartiendo sus vivencias personales de VS e, incluso, señalando públicamente casos de VS buscando la responsabilización del agresor
					P	Identificado
	Productos culturales y publicidad				J ♀ ♂	Está dentro de los espacios de comunicación social , que condicionan la opinión pública y las concepciones de la VS socialmente compartidas Funciones (atribuidas por jóvenes): ofrecer ejemplos de dinámicas sexoafectivas sanas, así como servir de canal de información y difusión de los recursos de ayuda
					P	Identificado
	Medios de comunicación tradicionales			NO	J ♀ ♂	Está dentro de los espacios de comunicación social , que condicionan la opinión pública y las concepciones de la VS socialmente compartidas Funciones (atribuidas por jóvenes): ofrecer ejemplos de dinámicas sexoafectivas sanas, así como servir de canal de información y difusión de los recursos de ayuda
	Asociaciones y recursos sociales, integración y juventud	NO			J ♂	Estos recursos pueden ser desde instituciones más formales dependientes de los servicios sociales, hasta asociaciones de tiempo libre para jóvenes. Se incluyeron como un único activo porque la función que les atribuyen es similar. Funciones: encuentran un espacio seguro para compartir sus vivencias sexoafectivas, obtener información y buscar apoyo emocional o solicitar ayuda y orientación en caso de experimentar VS en ellos mismos
					P	Identificado

ACTIVO	JÓVENES		PROFESIO-NALES	FUNCIONES Y DIFERENTES PERCEPCIONES ENTRE LOS GRUPOS	
	♀	♂			
Activos formales	Teléfonos especializados			J ♀ ♂	Lo identifican como activo con identidad propia y su función clave es la derivación a recursos de servicios de asistencia específicos de VS y VG
				P	Identificado
	Servicios de atención a la VG y VS			♀ ♂	Foco de actuación: acompañamiento profesional de las víctimas de VS y apoyo material o económico
				J ♂	Lo identifican como activo para las mujeres jóvenes víctimas de VS Algunos tienen reticencias para identificar los servicios de VG como activos cuando un hombre sufre VS, ya que no creen que estén destinados para ellos, y se decantan por la vía legal
				P	Dos funciones solo identificadas por profesionales: - elaboración de protocolos de actuación en materia de VG y VS - coordinación en red con otras entidades
	Sistema educativo			J ♀ ♂	Entendido como espacio saludable de socialización, sensibilización y formación específica en violencia de género, además de un espacio para dar a conocer otros activos, como asociaciones feministas, recursos y teléfonos especializados de VG, Policía, etc.
				P	Función solo identificada por profesionales: coordinación en red con otras entidades
	Sistema sanitario (incluye recursos psicológicos)			J ♀ ♂	Atribuyen a la atención psicológica, casi en exclusiva, la función de reeducar al agresor
				P	Identificado
	Sistema policial-judicial-penal	NO		♀	Barrera: es un actor institucional que toma parte en el proceso de respuesta a la VS. Lo consideran una barrera porque las víctimas de VS sufren una revictimización y porque la cultura de la masculinidad dentro del cuerpo policial genera desconfianza. Además, consideraron que no todos los tipos de VS podían abordarse dentro del marco legal
				J ♂	Activo: independientemente de que la persona agredida sexualmente sea un hombre o una mujer Piensan que es urgente acudir a este activo para denunciar ante un caso de VS puesto que cumple la función de responsabilizar al agresor y prevenir la violencia hacia las víctimas
				P	Identificado

Fuente: Elaboración propia. Nota: P y J: profesionales y jóvenes; P: profesionales; J: jóvenes; ♀: mujeres jóvenes; ♂: hombres jóvenes

Tabla VI. Cambios necesarios para mejorar la respuesta sociosanitaria a la VPM en base al modelo de servicios amigables de la OMS

Accesibilidad	- Adaptación de los servicios a la capacidad económica de las jóvenes (coste del transporte). <i>Medidas que tengan en cuenta la precariedad socioeconómica de algunas jóvenes (brecha digital, precariedad laboral y falta de tiempo que supone)**</i> - Adaptación de los horarios a las jóvenes. Flexibilidad horaria y que no sea necesaria cita previa - Mejorar las ubicaciones de los centros de VPM específicos - Descentralización de los servicios de VPM para jóvenes de las grandes ciudades - Adaptación de las campañas de sensibilización de VPM al colectivo joven, para conocer los recursos y su funcionamiento - Fomentar movimientos comunitarios, apoyo e implicación de la comunidad - Promover programas de sensibilización en la comunidad y programas de prevención en el entorno educativo (alumnos/as, padres y madres, profesorado) - Promover servicios y actividades de sensibilización (sexualidad y relaciones sexoafectivas) en recursos cercanos a las jóvenes (institutos, centros juveniles, actividades extraescolares, centros de planificación familiar) <i>Creación de más recursos específicos sobre VPM para jóvenes en entornos cercanos**</i>
Aceptabilidad	- Fomentar medidas para asegurar la confidencialidad de las jóvenes, sobre todo en zonas rurales - Mejorar la infraestructura de los servicios para que sean más acogedores, asegurando la privacidad y la seguridad - Mejorar las listas de espera en los servicios y agilizar la derivación a otros (disminuir la presión asistencial) - Divulgación de los recursos <i>en múltiples formatos (haciendo uso de las nuevas tecnologías**)</i>: adaptando el mensaje en formatos más atractivos, modificando el lenguaje, la imagen de los recursos y los canales de comunicación (por ejemplo, redes sociales) - Mejorar las habilidades comunicativas de los y las profesionales promoviendo un clima de confianza (escucha activa, empatía, no culpabilizar, etc.) - Promover grupos de apoyo entre mujeres para que las víctimas encuentren referentes de su grupo de iguales y asuman un papel protagonista y participativo <i>Fomentar la evaluación de los servicios por parte de las jóvenes para mejorar su satisfacción**</i>
Equidad	<i>Fomentar programas protocolizados que tengan en cuenta la interseccionalidad de las personas (situación migratoria, edad, etnia, diversidad funcional, etc.)*</i> <i>Formación en competencias culturales y sociales de los y las profesionales de los recursos sociosanitarios, para la atención de colectivos vulnerables (inmigrantes, discapacitadas, jóvenes, etc.)*</i> <i>Favorecer la diversidad en el personal**</i>
Adecuación	- Mejorar las dinámicas en la atención para satisfacer las necesidades de las jóvenes - Trabajar en equipos multidisciplinares con figuras referentes en VPM y juventud dentro del equipo <i>Fomentar un enfoque holístico en la atención (biopsicosocial)**</i>
Efectividad	- Formación de los y las profesionales en perspectiva de género, VPM y juventud - Incentivar la implicación del personal y la actitud de disponibilidad hacia las jóvenes - Mejorar la coordinación de los distintos servicios con la creación de protocolos de actuación transversales entre los recursos - Proporcionar más recursos financieros a los servicios sociosanitarios que dan respuesta a la VG

Fuente: Elaboración propia adaptada de los criterios del modelo de servicios amigables de la OMS y a Goicolea [93, 97] de la Tabla 5 del artículo 2. *Nota:* Los cambios que se encuentran en estilo de fuente *cursiva*** son aquellos que se han identificado en otras investigaciones, pero no por los y las participantes de esta tesis doctoral. Bibliografía utilizada para la elaboración de la tabla: [61, 68, 72, 75, 76, 93–97, 110, 146, 148, 194–298].