

**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y  
Cuidados Críticos**

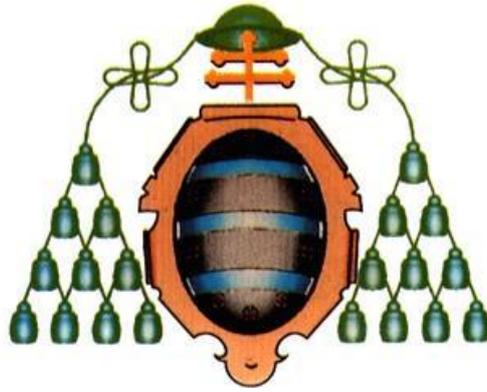
**“Conocimientos y pensamientos distorsionados del  
personal de Enfermería de Atención Primaria sobre  
Violencia de Género”**

**Laura Feito Prieto**

**Junio de 2013**

**Trabajo Fin De Master**





**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y  
Cuidados Críticos**

**“Conocimientos y pensamientos distorsionados del  
personal de Enfermería de Atención Primaria sobre  
Violencia de Género”**

**Trabajo Fin De Master**

**Autora**

Laura Feito Prieto

**Tutora**

Carmen Ana Valdés Sánchez



## ÍNDICE

|  | Página    |
|--|-----------|
| <b>I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA</b>  | <b>7</b>  |
| 1. VIOENCIA DE GÉNERO  | 8         |
| 1.1 Consideraciones generales  | 8         |
| 1.2 Delimitación conceptual del término y tipos<br>de violencia de género                              | 10        |
| 1.3 Proceso del maltrato   | 12        |
| 1.4 Indicadores, consecuencias en la mujer y factores de riesgo  | 14        |
| 2. ACTUACIÓN SOCIOSANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO  | 17        |
| 2.1 Protocolos y planes de actuación sanitaria   | 17        |
| 2.2 Recursos asistenciales para víctimas<br>de violencia de género                                     | 18        |
| 3. EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA<br>DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GENERO | 22        |
| 3.1 Actuación general de los profesionales sanitarios<br>ante la violencia de género                   | 22        |
| 3.2 La enfermería y la violencia de género en Atención Primaria  | 25        |
| <b>II. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b>   | <b>29</b> |
| 4. HIPOTESIS Y OBJETIVOS   | 30        |
| 5. METODOLOGÍA   | 31        |



|  | Página    |
|--|-----------|
| 5.1 Tipo de estudio  | 31        |
| 5.2 Contexto   | 31        |
| 5.3 Sujetos  | 34        |
| 5.4 Material   | 35        |
| 5.5 Método   | 37        |
| 5.5.1 Procedimiento  | 37        |
| 5.5.2 Temporalización  | 39        |
| 5.5.3 Variables del estudio  | 39        |
| 5.5.4 Tratamiento estadístico de los datos   | 42        |
| 5.5.5 Consideraciones éticas   | 42        |
| 5.5.6 Limitaciones   | 43        |
| <b>III. BIBLIOGRAFÍA</b>   | <b>44</b> |
| <b>IV. ANEXOS</b>  | <b>51</b> |
| 1. Planes de atención a la mujer maltratada del<br>Ministerio de Sanidad y Consumo | 52        |
| 2. Parte de lesiones del SESPA   | 54        |
| 3. Algoritmo de actuaciones del SESPA  | 55        |
| 4. Autorización para la realización del estudio                                    | 56        |
| 5. Cuestionario  | 57        |
| 6. Consentimiento informado  | 61        |



# **I. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA**



# 1. VIOLENCIA DE GÉNERO

## 1.1 Consideraciones generales

La violencia de género (VG) se perfila como un grave problema de salud pública con importantes consecuencias para las víctimas y su entorno, además de generar un elevado coste económico y social<sup>1</sup>.

En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un estudio para medir la prevalencia de la violencia contra la mujer en 10 países diferentes y se encontró que entre un 15% y un 71% (15% en Japón – 71% en Etiopía y Perú) de las mujeres encuestadas habían sufrido algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida<sup>1,2</sup>.

En Estados Unidos (EEUU) la violencia de género es la actividad criminal más frecuente, registrándose una cifra de entre el 2 y el 6% de mujeres maltratadas en el último año<sup>3,4</sup>.

En el caso de España, Ruiz Pérez et al (2006) señalan, en su estudio sobre variabilidad geográfica de la VG, que un 24,8% de las mujeres participantes habían sufrido malos tratos alguna vez en su vida. Las comunidades con mayor prevalencia de casos de violencia de género fueron Ceuta, Melilla e Islas Baleares y las de menor prevalencia Castilla-La Mancha, Cantabria y Aragón<sup>5</sup>. En relación a nuestra Comunidad Autónoma, los datos medios por año sobre violencia de género pueden verse en la Tabla 1<sup>6</sup>.



TABLA 1: Datos medios por año sobre violencia de género en Asturias y España\*

|                                   | Asturias | España  | Asturias / España |
|-----------------------------------|----------|---------|-------------------|
| Víctimas mortales                 | 2        | 69      | 2,90 %            |
| Llamadas al 016                   | 1.121    | 56.726  | 1,98 %            |
| Denuncias por violencia de género | 2.208    | 134.516 | 1,64 %            |

\*Medias obtenidas tomando como fuente datos del Instituto Asturiano de Estadística de los años 2007-2010<sup>6</sup>

Todas estas cifras reflejan que la violencia de género es un fenómeno universal que persiste en todos los países del mundo y que repercute de manera muy negativa en las mujeres que lo sufren, siendo la primera causa de pérdida de años de vida en las mujeres de entre 15 y 44 años, por encima de guerras, accidentes de tráfico y los diferentes tipos de cáncer<sup>2,3</sup>.

Aunque la VG es un problema que ha existido desde siempre, es hoy en día cuando se ha tomado más conciencia de la gravedad del problema y de sus implicaciones. Esto ha contribuido al desarrollo de políticas que protegen y defienden los derechos de la mujer<sup>7</sup>.

Durante los últimos años, se ha producido un avance en la legislación de la violencia de género con la promulgación de varias leyes a nivel nacional y autonómico en las que se regulan los derechos de las víctimas<sup>7,8</sup>. De ellas se destacan:

- LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, cuyo objetivo es actuar contra la VG y establecer una serie de medidas de protección para prevenir la violencia y proporcionar asistencia a las víctimas<sup>8</sup>.



- LEY del Principado de Asturias 2/2011, de 11 de Marzo, para igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género, que tiene los mismos objetivos que la anterior ley aplicados en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias<sup>9</sup>.

## **1.2 Delimitación conceptual del término y tipos de violencia de género**

Según la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1993, se define como violencia de género a todo acto de violencia sobre el sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyéndose también 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<sup>10</sup>. La VG puede presentarse de distintas formas:

- **Violencia física:** comprende cualquier acción que implique el uso de la fuerza y cuya intención es causar daño físico: golpes, empujones, palizas, quemaduras, heridas, zarandeos, tirones de pelo, intentos de estrangulamiento, etc<sup>3, 10, 11</sup>.
- **Violencia psicológica:** se define como una conducta intencionada y mantenida en el tiempo que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona (chantaje, coacción, humillaciones, insultos, amenazas, etc.). Varios estudios realizados en distintos países (4, 5, 12) señalan que este tipo de violencia es el más



frecuente, siendo además el más difícil de detectar pues la mayoría de sus víctimas no son conscientes de que lo sufren<sup>3, 10, 11, 13</sup>.

- **Violencia sexual:** se refiere a situaciones en las que se obliga a la mujer a mantener cualquier tipo de contacto sexual (posturas, gestos, formas de vestir, actos, etc.) en contra de su voluntad<sup>3, 10, 11, 13</sup>. En este sentido se diferencian tres conceptos<sup>10</sup>:
  - Agresión sexual: aquellos actos sexuales en los que se usa violencia o intimidación.
  - Abuso sexual: se produce cuando el agresor se aprovecha de una situación de superioridad manifiesta respecto a la víctima que le impide actuar con libertad. No hay violencia ni intimidación.
  - Acoso sexual: se refiere a la proposición de actos sexuales en el ámbito laboral provocando en la víctima una situación intimidatoria y humillante.
- **Violencia social:** se describe como aquellos comportamientos que tienen como fin provocar el aislamiento social de la víctima (familia y amigos)<sup>11</sup>.
- **Violencia económica:** consiste en el control absoluto por parte del hombre de los recursos económicos del hogar<sup>11, 13</sup>.

La “violencia de pareja” o “violencia doméstica” se refiere a la manifestación de cualquiera de los tipos de violencia descritos anteriormente en el marco de una relación íntima de pareja, siendo la mujer mayor de 14 años<sup>1, 10</sup>. En la mayoría de los actos de maltrato, la figura del agresor es asumida por la pareja sentimental de la víctima<sup>3, 14</sup>.



### **1.3 Proceso del maltrato**

Existen diferentes modelos que explican el proceso de la VG; el más utilizado para describir las etapas de la relación violenta es el denominado “Ciclo de la Violencia” propuesto por Leonor Walker en 1979, en el que se establecen 3 fases que se detallan a continuación<sup>10, 13</sup>:

1. *Acumulación de la tensión.* Aumento gradual de la tensión y la hostilidad del hombre. Las reacciones agresivas aparecen de manera impredecible. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. La mujer se cree capaz de controlar estas situaciones y confía en su desaparición.
2. *Explosión o agresión.* Se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. La mujer suele denunciar o pedir ayuda durante esta fase.
3. *Calma o reconciliación o luna de miel.* El agresor se arrepiente y pide perdón utilizando estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, promesas y disculpas). La mujer suele mostrarse esperanzada y confía en que la situación cambiará. A medida que los comportamientos violentos se afianzan esta fase tiende a desaparecer, provocando la aproximación temporal de los episodios violentos.

Este ciclo de violencia aparece en las relaciones de pareja donde se da maltrato físico de forma repetida; por el contrario, en aquellos casos en los que la agresión física aparece de forma esporádica pero existe una situación continua de frustración y amenaza, no se observan las 3 fases descritas anteriormente, hablándose entonces de “forma moderada de violencia”. Este tipo de violencia resulta mucho más difícil de detectar<sup>13</sup>.



Existen algunos factores que se pueden asociar al hombre violento: poseer valores tradicionales y estereotipos machistas, manifestar dificultad para expresar sentimientos y haber experimentado casos de maltrato en su familia de origen<sup>1,3</sup>.

Algunas investigaciones señalan que la situación de dependencia en que se encuentra la mujer maltratada es generada por las actitudes de poder, control y dominio que adopta el agresor sobre su víctima, lo que acaba generando una situación de dependencia<sup>15</sup>. El maltratador utiliza diferentes estrategias como la intimidación, la amenaza y la degradación, que provocan en la víctima sentimientos de inferioridad y culpa que contribuyen a perpetuar el control y el poder sobre la mujer, sintiéndose ésta incapaz de resolver la situación<sup>7</sup>.

Según la OMS el dominio del hombre sobre la mujer incluye las siguientes acciones: impedirle ver a su familia y amigos, saber dónde esta y con quién en todo momento, ignorarla y tratarla con indiferencia, controlar su acceso a los Servicios de Salud, acusarla de infidelidad constantemente y enfadarse si habla con otros hombres<sup>2</sup>.

Generalmente, las mujeres maltratadas son reacias a expresar su problema y a pedir ayuda, ya sea a su entorno o a los servicios oficiales<sup>2</sup>; solamente cuando la violencia se vuelve insoportable solicitan asistencia de algún tipo<sup>2, 16</sup>. Como cifra, se puede afirmar que en torno al 80% de las mujeres asesinadas cada año por violencia de género no habían denunciado ni puesto en conocimiento de ninguna institución su situación<sup>13</sup>. Las principales razones por las que la mujer no busca ayuda son: el temor a que la situación empeore, la consideración de la violencia como algo normal y merecido y, por último, el miedo al rechazo y a la incompreensión por parte de su entorno<sup>2, 15, 16, 17</sup>.



Además del temor a la denuncia, existen otras condiciones que hacen que la víctima no pueda abandonar la relación violenta, como pueden ser la incapacidad de mantenerse económicamente, la necesidad de proteger a sus hijos o simplemente porque siguen sintiendo amor por su agresor a pesar del maltrato y espera que la situación cambie en el futuro<sup>13, 15, 17</sup>.

No debemos olvidar que el aislamiento, la baja autoestima y la anulación son emociones que experimentan habitualmente las víctimas y que también dificultan que pongan fin al problema utilizando los recursos disponibles para ello<sup>7</sup>.

#### **1.4 Indicadores, consecuencias en la mujer y factores de riesgo**

Aunque en los últimos años se ha observado un aumento de las denuncias por maltrato, aun existe un gran número de mujeres que no denuncian su problema. Por ello resulta importante que la sociedad en general y particularmente los profesionales de la salud conozcan las señales o indicios que pueden sugerir situaciones de violencia de género para facilitar su detección y actuar en su contra<sup>7</sup>. Los principales indicadores de sospecha que deben conocer los profesionales de salud son los siguientes<sup>7, 10, 11, 13</sup>:

- a) **Indicadores físicos:** cefalea, dolor crónico general, magulladuras, quemaduras, mordeduras, mareos, molestias gastrointestinales y problemas ginecológicos recurrentes (molestias pélvicas, abortos repetidos, embarazos no deseados, lesiones genitales, etc.).
- b) **Indicadores psicológicos:** agresividad e irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, dependencia emocional, depresión, estrés, insomnio, intentos de suicidio, temor, y trastornos alimenticios.



- c) **Indicadores de utilización de los recursos sanitarios:** acudir siempre acompañada de su pareja, consultar de forma repetida sin justificación, dar explicaciones incoherentes, hiperfrecuentación de los Servicios de Urgencias, incumplimiento de citas, ingesta crónica de tranquilizantes y retraso en la solicitud de asistencia prenatal.
- d) **Indicadores laborales:** absentismo crónico, baja productividad, cambios frecuentes de empleo y retrasos habituales.

En cuanto a los factores de riesgo de la violencia de género, cabe destacar que todas las mujeres independientemente de su edad, clase social o raza, tienen riesgo de sufrir algún tipo de agresión a lo largo de su vida, es decir, no existe un perfil definido de mujer maltratada<sup>11</sup>. Sin embargo, algunos estudios señalan que existen determinados factores que se relacionan con una mayor ocurrencia de casos de VG, entre los que se encuentran: edad menor de 35 años, desempleo, abuso de alcohol y drogas, divorcio previo, bajos ingresos y bajo nivel educativo<sup>1, 3, 4, 14, 18</sup>.

Aunque no se ha demostrado que la violencia de género cause un problema de salud concreto, numerosos estudios señalan que existe una relación entre la violencia y los signos y síntomas de mala salud<sup>2</sup>. En la Tabla 2 se ha elaborado un resumen de las principales consecuencias que tiene el maltrato para la salud de la mujer.

TABLA 2: Consecuencias del maltrato en la salud de la mujer<sup>1, 2, 10</sup>

**Muy graves**

Muerte causada por suicidio o por las propias lesiones físicas infligidas por el maltratador.



|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Físicas</b>                  | Lesiones físicas (quemaduras, heridas, moratones...), deterioro funcional, cefaleas, fibromialgia, trastornos gastrointestinales, lumbalgia, dolor abdominal, limitaciones de la movilidad y mal estado general. |
| <b>Psicológicas</b>             | Depresión, trastornos del sueño y de la alimentación, abuso sustancias, angustia, intentos suicidio.   |
| <b>Sociales</b>                 | Aislamiento social, pérdida empleo, disminución días de vida saludable.  |
| <b>Reproductivas y sexuales</b> | Embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, abortos, hemorragia vaginal, dolor pélvico, pérdida del deseo sexual, etc.  |

Las mujeres víctimas de violencia tienen más probabilidades de experimentar síntomas somáticos (migrañas, dolor abdominal, problemas respiratorios, etc.) y trastornos psicológicos (alcoholismo, abuso antidepressivos, falta de energía, hipersomnia, etc.) que las no maltratadas<sup>12</sup>, lo que justifica que visiten los Servicios de Salud hasta 2 veces más que las mujeres que no han sufrido maltrato<sup>16</sup>.

Por tanto, podemos afirmar que la violencia de género repercute en el estado de salud de la víctima, tanto a corto como a largo plazo, pudiendo provocar trastornos físicos, psíquicos y sexuales que generan un elevado coste económico y social<sup>1, 16</sup>. Además, se cree que estos daños continúan incluso cuando la situación de maltrato se ha resuelto<sup>16</sup>.



## **2. ACTUACIÓN SOCIO-SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**

### **2.1 Protocolos y planes de actuación sanitaria**

Como se ha comentado, la violencia de género es un problema muy prevalente en todo el mundo y con unas consecuencias devastadoras para la salud de la víctima. Por todo ello, resulta de vital importancia que se disponga de unos recursos tanto sanitarios como sociales adecuados para la atención a estas mujeres, encaminados a la detección precoz del problema y a su tratamiento. Por esta razón, se han desarrollado diferentes planes de actuación y protocolos en los que se recogen medidas de prevención y sensibilización, así como pautas para la asistencia y la atención a las víctimas de maltrato, facilitando la coordinación de los distintos profesionales implicados en la detección y tratamiento de los casos de violencia de género<sup>7,19</sup>.

Los planes de atención sanitaria protocolizan de manera detallada las actuaciones que deben llevar a cabo los profesionales sanitarios una vez que se haya identificado la situación de maltrato. El “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género”<sup>10</sup>, editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2007, es el documento base que especifica las líneas generales de actuación ante este problema a nivel de todo el territorio español. Su finalidad es orientar al personal sanitario a la hora de realizar una atención integral a las mujeres víctimas de maltrato y para ello, establece como principal objetivo proporcionar una serie de pautas de acción homogéneas y normalizadas para todo el Sistema Nacional de Salud ante casos de violencia de género. Como objetivos secundarios plantea los siguientes: sensibilizar



tanto al personal sanitario como a la población general sobre el problema y promover la capacitación de las mujeres que sufren maltrato tanto para el reconocimiento de su situación como para la búsqueda de soluciones<sup>10</sup>.

En este plan se especifican tres líneas de actuación para la atención a la mujer maltratada que pueden ser aplicadas en los distintos servicios asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada y Servicios de Urgencias; dichas líneas, las cuales se encuentran detalladas en el Anexo 1, varían en función de la situación particular de cada mujer, siendo las siguientes<sup>10</sup>:

- a) Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.
- b) Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.
- c) Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

A partir de este protocolo nacional se han desarrollado distintos protocolos autonómicos (11, 20, 21) así como diferentes guías de actuación específicas para los distintos servicios sanitarios dentro de cada comunidad (7, 13, 22).

## **2.2. Recursos asistenciales para víctimas de violencia de género**

Como aparece recogido en la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, las mujeres maltratadas poseen una serie de derechos asistenciales que deben ser atendidos<sup>8</sup>:



- Derecho a la información, a la asistencia social integral y a la asistencia jurídica gratuita.
- Derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social.
- Derechos económicos.

Para poder cubrir estos derechos legítimos y llevar a cabo las actuaciones indicadas en las guías y protocolos, se hace necesario disponer de una serie de recursos que cubran las múltiples necesidades de las mujeres maltratadas y cuyo objetivo final es que la víctima consiga vivir de forma autónoma e independiente<sup>21</sup>. Como el problema de la VG requiere una atención multidisciplinar, deberá derivarse a la víctima al dispositivo que corresponda según su estado y situación<sup>7</sup>. A nivel general, los recursos para víctimas de maltrato se dividen en:

#### **a) Recursos de información y asesoramiento**

Son servicios destinados a proporcionar información y asesoramiento sobre los recursos disponibles para las víctimas y cómo pueden acceder a ellos.

Unos de los más utilizados son las líneas telefónicas por su facilidad de acceso y discreción. Entre ellas destacan el teléfono del Instituto de la Mujer (900 191 010) y el teléfono de atención a los malos tratos (016) donde se proporciona información general sobre violencia de género (recursos, derechos, programas y proyectos). Existen, además, otras líneas a las que se puede recurrir en situaciones de grave peligro (teléfono emergencias: 112, Policía Nacional: 091, Guardia Civil: 062)<sup>7,10</sup>.

Otros recursos de información, asesoramiento y apoyo son las asociaciones de mujeres. En Asturias existen 3: Asociación “Simone de Beauvoir”, Asociación de mujeres separadas y divorciadas de Asturias y Asociación-Centro de asistencia a víctimas de agresiones sexuales y malos tratos (CAVASYM)<sup>7</sup>.



Respecto al ámbito jurídico y administrativo las mujeres tienen a su disposición los Centros Asesores de la Mujer, que actúan como responsables del caso ante la Administración y se encargan de la coordinación con otros recursos, así como los Colegios de Abogados de cada Comunidad Autónoma, que proporcionan asistencia jurídica de manera gratuita<sup>7</sup>. En nuestra Asturias disponemos de 15 Centros Asesores de la Mujer distribuidos por toda la provincia y de los Colegios de Abogados de Oviedo y Gijón para garantizar la asistencia judicial de las mujeres que lo necesiten<sup>7,21</sup>.

### **b) Casas de acogida y Servicios de Atención Psicosocial**

Los Servicios Sociales son los que asumen la atención integral a la mujer y la coordinación con los diferentes recursos del sistema. Algunos ejemplos de estos recursos son las casas de acogida, que proporcionan atención de emergencia, alojamiento temporal y programas multidisciplinarios que contribuyen a la recuperación de las víctimas, y los Servicios de Atención Psicosocial que ofrecen apoyo psicológico para prevenir y tratar las consecuencias de la violencia de género<sup>21</sup>. En Asturias existe una red de casas de acogida y viviendas tuteladas en las ciudades de Oviedo, Gijón y Avilés, así como un Servicio de Atención Psicosocial situado en el Centro de Salud de La Ería (Oviedo)<sup>7</sup>.

### **c) Recursos de protección**

Son aquellos destinados a asegurar la seguridad personal de la mujer. Existen unidades, tanto de la Policía Nacional (Servicio de Atención a la Familia) como de la Guardia Civil (Equipo de Mujer y Menor), especializadas en la atención a víctimas de malos tratos. Además se dispone de un servicio de teleasistencia móvil permanente que permite la movilización precoz de los Cuerpos de Seguridad si así se necesitara<sup>7,10</sup>.



#### **d) Recursos económicos y laborales**

Se componen de una serie de medidas destinadas a facilitar la incorporación al mercado laboral de las mujeres maltratadas y a proporcionar apoyo económico a aquellas que no dispongan de recursos suficientes para hacer frente a los gastos de la vida diaria: ayudas para la vivienda y el alquiler, programas de incorporación preferente a cursos de Formación Profesional, salario social básico, retribuciones económicas de emergencia, etc<sup>7</sup>.

La mayoría de las veces, por ser los primeros en detectar el problema, es responsabilidad de los profesionales sanitarios la derivación o activación de uno u otro recurso. Por ello, es importante que estos profesionales conozcan su existencia y funcionamiento.



### **3. EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA DETECCIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GENERO**

#### **3.1 Actuación general de los profesionales sanitarios ante la violencia de género**

Las Instituciones Sanitarias, según el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), son las mejor valoradas en cuanto a la confianza que puede depositar en ellas la mujer maltratada<sup>22</sup>.

Los Centros de Atención Primaria (AP) y los Servicios de Urgencias suelen ser los primeros recursos asistenciales a los que acuden las víctimas de violencia. Según la OMS de un 30 a un 60% de las mujeres que solicitan atención en estos servicios sufren malos tratos, constituyendo un ámbito ideal para la detección precoz de casos violencia de género<sup>23, 24</sup>. Por todo ello, los profesionales de la Salud de esas áreas tienen una gran responsabilidad a la hora de detectar, sospechar y notificar las agresiones por maltrato<sup>25</sup>.

El objetivo general del personal sanitario en la atención a las víctimas de maltrato debe estar encaminado inicialmente a la detección precoz del problema y, una vez se haya confirmado, a la atención, información y derivación a otros profesionales<sup>7</sup>.

El proceso de atención básico en los servicios de Atención Primaria y Urgencias, debe iniciarse con una anamnesis minuciosa que permita identificar problemas existentes o potenciales y realizar una valoración adecuada del estado de la víctima para poder activar los recursos necesarios para su atención<sup>21</sup>.



Los servicios de Atención Primaria se encargan generalmente de la asistencia a víctimas leves y del seguimiento posterior de los casos. El personal sanitario debe proporcionar información a la mujer sobre los recursos de apoyo disponibles, además de contactar con la Unidad de Trabajo Social del centro y activar el protocolo policial si lo considera necesario para asegurar la seguridad de la mujer. En los casos de maltrato grave, agresión sexual y cuando no se disponga de los recursos adecuados para la atención urgente, las víctimas serán remitidas al hospital de referencia de la zona<sup>20, 21</sup>.

En lo que se refiere al ámbito de las Urgencias hospitalarias se presta atención a todo tipo de víctimas. En los casos de maltrato grave y de agresión sexual el personal sanitario procederá a la activación del protocolo judicial, comunicando inmediatamente el caso al médico forense del juzgado para proceder a un reconocimiento conjunto del estado de la mujer. En todos los casos de maltrato se proporcionará información a la mujer y se derivará a la Unidad de Trabajo Social del hospital<sup>20, 21</sup>.

No debemos olvidar que la violencia de género es un delito tipificado en el Código Penal y que el personal sanitario está obligado legalmente a cumplimentar y remitir un parte/informe de lesiones al Juzgado en caso de sospecha de maltrato, incluso si la víctima no va a denunciar el hecho a las autoridades. Para realizar la denuncia, resulta básico que se cumplimente de forma correcta el parte de lesiones. En este documento se recogen con exactitud los datos personales de la mujer, la historia de la agresión (antecedentes, exposición de los hechos, estado emocional, riesgos y diagnósticos) y las medidas que se llevaron a cabo para su asistencia<sup>20</sup>.

SI la mujer es atendida en los servicios de Atención Primaria y trasladada



posteriormente al hospital se cumplimentarán dos partes/informes, uno en cada nivel de asistencia. Si es atendida únicamente en el ámbito hospitalario, aunque sea por diferentes profesionales, se cumplimentará un único parte/informe en el que cada profesional registrará los datos que le correspondan. De las cuatro copias que se realizan, una se entregará a la mujer si no supone un riesgo para su seguridad, otra se remitirá al Juzgado, la tercera se enviará al Registro Sanitario de Casos de Violencia contra las Mujeres del Servicio de Salud y la última copia se archivará en la historia clínica. En el Anexo 2 se adjunta el modelo de parte de lesiones utilizado en la red de hospitales y centros de salud del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)<sup>20, 21</sup>.

Durante todo el proceso de atención deberá mantenerse informada a la mujer sobre todos los procedimientos y exploraciones que se le realizarán así como su finalidad, obteniendo previamente su consentimiento para llevarlos a cabo<sup>21</sup>.

El algoritmo de actuación, tanto en Atención Primaria como en Urgencias, propuesto en el “Protocolo de Atención Sanitaria ante la violencia contra las mujeres” del SESPA puede consultarse en el Anexo 3.

Cabe destacar que, de los distintos profesionales sanitarios, los enfermeros y las enfermeras, por las características de su formación, son tal vez los que establecen en el ámbito asistencial una relación más cercana con los pacientes y en consecuencia ejercen un papel fundamental en la prevención de la violencia de género; por esta razón resulta básico que estos profesionales estén sensibilizados con el problema y adecuadamente formados en este campo<sup>23, 24</sup>.



### **3.2 La enfermería y la violencia de género en Atención Primaria**

La consulta de enfermería de Atención Primaria es uno de los lugares ideales para la detección precoz y asistencia de mujeres maltratadas ya que éstas acuden con frecuencia a este tipo de servicios sanitarios<sup>22</sup>. Los Centros de Salud, por la accesibilidad y continuidad en la atención que proporcionan, favorecen que se establezcan relaciones de confianza y cercanía entre enfermera y paciente, facilitando la expresión de los problemas y la demanda de asistencia por parte de la víctima<sup>3, 24</sup>. Por ello, el personal de AP es el que más posibilidades tiene de detectar casos de VG<sup>11</sup>.

En muchas ocasiones, los/as enfermeros/as de Atención Primaria son los primeros profesionales en establecer contacto con la víctima y constituyen uno de los principales puntos de apoyo para la mujer<sup>3, 24</sup>.

Habitualmente, las mujeres maltratadas acuden a los servicios de AP durante años por síntomas somáticos provocados por el maltrato antes de consultar por los malos tratos propiamente<sup>13, 26</sup>. Si se detecta algún indicio de violencia, el profesional enfermero puede aprovechar el ambiente de confianza y privacidad que proporciona la consulta para realizar una pequeña investigación que ayude a confirmar el problema. Las preguntas se formularán sin estereotipos ni prejuicios, e inicialmente serán de carácter general. Un ejemplo de estas cuestiones podría ser: ¿Cómo van las cosas en casa?, ¿Cómo es la relación con las personas con las que convive? o ¿Tiene oportunidad de decidir sobre cuestiones cotidianas?. Resulta importante observar tanto la respuesta verbal como la no verbal. Si la mujer se muestra receptiva se podrán realizar preguntas más concretas sobre maltrato, que aportarán información básica para la valoración de la mujer y para decidir qué intervención resulta más adecuada para cada



caso<sup>22</sup>. Las cuestiones realizadas deberán ser claras, abiertas y directas, siendo enunciadas en todo momento con respeto y comprensión<sup>13</sup>.

Durante la entrevista se debe crear un clima de confianza e intimidad que facilite la expresión de sentimientos y emociones, ya que las mujeres maltratadas, como se ha mencionado anteriormente, suelen tener un estado de ánimo disminuido, baja autoestima y muy poca seguridad en sí mismas. La mujer siempre será recibida sola y el profesional mostrará comprensión, aceptación, confianza y apoyo<sup>20</sup>. Además se deberá mantener una actitud de escucha activa, sin interrumpir ni juzgar, permitiendo a la persona explicar sus problemas y preocupaciones<sup>7, 20, 22</sup>. Reconocerse víctima de maltrato puede resultar costoso y doloroso, por ello se reforzarán los logros y capacidades de la mujer, además de orientar y apoyar sus decisiones, lo que contribuirá a aumentar su confianza en si misma<sup>7</sup>. El objetivo final de la entrevista, además de detectar los posibles casos ocultos de violencia, es informar y ayudar a clarificar ideas y pensamientos para tomar decisiones sobre el problema<sup>13</sup>.

Una vez confirmada el maltrato deberá seguirse un plan de actuación adecuado a la situación de la mujer y a sus necesidades<sup>11, 22</sup>. Dado que la violencia de género es un problema complejo que afecta a de diversas maneras a la víctima (daños físicos, psicológicos y sociales), se deberá trabajar en coordinación con otros profesionales e instituciones especializadas en los distintos aspectos del mismo<sup>3</sup>.

Para llevar a cabo este proceso asistencial, que va desde la detección precoz del caso hasta la derivación a distintos recursos, resulta de vital importancia que los profesionales de la salud, y particularmente los/as enfermeros/as, posean un conocimiento adecuado en materia de violencia de género que incluya la identificación y manejo de signos y síntomas de sospecha de maltrato, los distintos recursos



disponibles para la atención, los protocolos de derivación requeridos para dichos recursos y las herramientas generales para el abordaje del caso<sup>13, 20, 26</sup>. A pesar de esta necesidad evidente de formación, estudios realizados sobre el tema señalan que los profesionales de la salud poseen un nivel insuficiente de conocimientos generales sobre violencia de género, observándose especialmente desconocimiento sobre la frecuencia e importancia del problema, los recursos disponibles y los protocolos y procedimientos de actuación<sup>23, 24, 25, 26, 27, 28</sup>.

Además del grado de formación, se ha comprobado que el personal sanitario mantiene estereotipos y percepciones erróneas respecto a víctima y maltratador que influyen de manera negativa en la detección y asistencia de los casos<sup>26, 27, 29</sup>. Algunos comportamientos derivados de estas creencias pueden incluir dar respuestas rápidas y precipitadas por sentirse incapaz de atender el problema, paternalismo excesivo, criticar la actitud de la mujer y banalizar o racionalizar el comportamiento del agresor<sup>7</sup>. Para evitar estos comportamientos deberán desarrollarse habilidades sociales y de afrontamiento que ayuden a hacer frente a la situación y a tomar conciencia de los propios prejuicios y vivencias que influyen en la forma de actuar de cada uno para reaccionar de la forma más objetiva y adecuada posible<sup>22</sup>.

Como conclusión, debe destacarse que la Atención Primaria es uno de los servicios a los que más acuden las mujeres maltratadas y constituye una de las puertas de entrada a los recursos asistenciales específicos para víctimas de violencia. A pesar de que entre el 32 y el 66% de mujeres que acuden a las consultas de Atención Primaria han sufrido maltrato alguna vez en su vida, se estima que solo un 1% del total de los casos son identificados y mayoritariamente en fases tardías, con las graves



repercusiones que esto supone para la salud de la mujer<sup>26,27</sup>. Una razón que puede dar explicación a este porcentaje es que la baja detección de casos de maltrato se encuentra estrechamente relacionada con el gran desconocimiento del personal sanitario sobre el tema y las percepciones erróneas y prejuicios que adoptan estos profesionales hacia el problema<sup>23, 24, 28</sup>.

Al realizar la revisión bibliográfica sobre el tema se han encontrado diversos estudios que demuestran el nivel insuficiente de conocimientos sobre violencia de género de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y celadores) (23, 25, 26, 27, 29, 30) y únicamente uno realizado en el ámbito de la enfermería exclusivamente realizado en México (24). Además, se han estudiado las creencias personales sobre el problema encontrándose un alto grado de distorsiones cognitivas tanto en estudiantes de carreras sanitarias (28, 31) como en el propio personal sanitario (26, 27, 30).

A pesar de lo alarmante de los datos expuestos, casi no existen estudios sobre tema. Dado el importante papel que juegan las enfermeras de Atención Primaria en la detección de violencia de género y las bajas tasas de identificación de casos, parece relevante realizar un estudio sobre los conocimientos y las distorsiones cognitivas de estos profesionales en nuestra Comunidad Autónoma, pudiendo constituir un punto de partida para mejorar la asistencia a las víctimas.



## **II. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**



## 4. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### 4.1 Hipótesis

El personal de enfermería de Atención Primaria posee un nivel de conocimientos insuficiente sobre violencia de género y un alto grado de distorsiones cognitivas hacia el maltrato a la mujer.

### 4.3 Objetivos

- **Objetivo general:**
  - Valorar el nivel de conocimientos sobre violencia de género y la existencia de pensamientos distorsionados en los profesionales de enfermería de Atención Primaria.
  
- **Objetivos secundarios:**
  - Evaluar la influencia de las variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) y laborales (categoría laboral y experiencia) en el nivel de conocimientos sobre violencia de género de los enfermeros/as.
  - Analizar la influencia de las variables sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) y laborales (categoría laboral y experiencia) en la presencia de pensamientos distorsionados relacionados con la violencia de género en los enfermeros/as.
  - Establecer una relación entre nivel de conocimientos y el grado de pensamientos distorsionados.



## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 Tipo de estudio

Se realizará un estudio transversal, descriptivo y observacional.

### 5.2 Contexto

El estudio planteado se realizará en el Área Sanitaria IV del Principado de Asturias que constituye el área de salud con mayor territorio y población, unos 342.336 habitantes, de las 8 áreas de Salud en las que se encuentra dividida la provincia. Situada en la zona central de la comunidad, este área da cobertura a los concejos de: Belmonte de Miranda, Bimenes, Cabranes, Candamo, Grado, Las Regueras, Llanera, Salas, Morcín, Nava, Noreña, Oviedo, Quirós, Ribera de Arriba, Santo Adriano, Sariego, Siero, Somiedo, Teverga, Riosa y Yermes y Tameza. (Imagen 1)<sup>32</sup>.

Imagen 1: Área IV de salud del Principado de Asturias

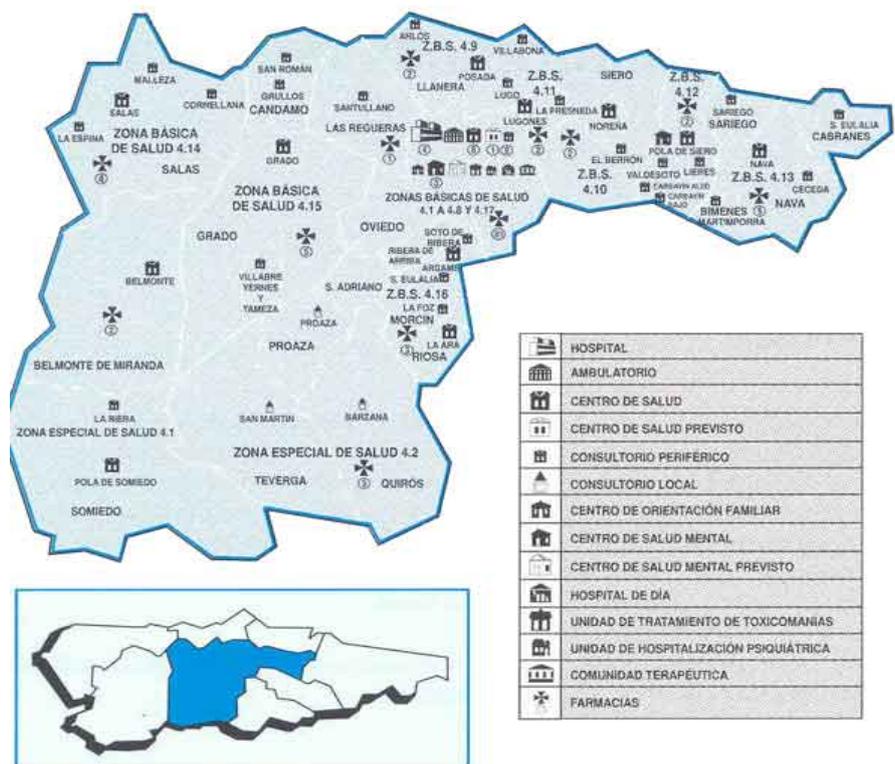


Imagen extraída de [www.astursalud.es](http://www.astursalud.es)



A su vez, el Área IV se encuentra dividida en 19 Zonas Básicas de Salud y en 4 Zonas Especiales de Salud que delimitan geográficamente el marco de actuación de cada equipo de Atención Primaria y se encuentran enumeradas en la Tabla 3<sup>32</sup>.

TABLA 3: Zonas Básicas y Especiales de Salud del Área IV

| <b>Zonas Básicas de Salud (ZBS)</b>         | <b>Zonas Especiales de Salud (ZES)</b> |
|---|--|
| 1. Oviedo Centro – Noroeste                 | 1. Belmonte                            |
| 2. Oviedo Centro - Sur                      | 2. Teverga – Proaza – Quirós           |
| 3. La Argañosa - San Claudio - Las Regueras | 3. Somiedo                             |
| 4. El Cristo - Trubia                       | 4. Riosa                               |
| 5. Otero – Olloniego - Tudela Veguín        |  |
| 6. Ventanielles - Colloto                   |  |
| 7. Teatinos                                 |  |
| 8. Pumarín                                  |  |
| 9. Llanera                                  |  |
| 10. Noreña - Siero                          |  |
| 11. Siero - Lugones                         |  |
| 12. Siero - Sariego                         |  |
| 13. Bimenes – Cabranes - Nava               |  |
| 14. Salas                                   |  |
| 15. Grado – Candamo - Yermes y Tameza       |  |
| 17. Vallobín                                |  |
| 18. Naranco                                 |  |
| 19. La Corredoria                           |  |
| 20. Llanera - Siero - La Fresneda           |  |

Datos extraídos de la Memoria anual del SESPA del año 2011<sup>32</sup>

La dotación total de Centros de Atención Primaria del área se compone de 19 Centros de Salud, 30 Consultorios Periféricos y 10 Consultorios Locales. Existen además 23 Puntos de Atención Continuada (PAC) y 2 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP)<sup>32</sup>.

En las zonas urbanas, los PAC proporcionan atención de forma continuada permaneciendo abiertos de 8:00 a 20:00 horas todos los días y en el horario nocturno



(de 20:00 a 8:00 horas) los SUAP se encargan de la atención a las urgencias. Por el contrario, en el ámbito rural no existen SUAP y es en los PAC donde se presta asistencia durante las 24 horas del día todo el año<sup>32</sup>.

En estos centros, los profesionales de enfermería desempeñan diferentes actividades asistenciales, pudiéndose hablar de:

- Enfermeros/as de Equipo de Atención Primaria (EAP): proporcionan atención en la consulta o en el domicilio del paciente en horario de mañana (8:00 – 15:00) o tarde (13:00 – 20:00). Normalmente se trata de un asistencia programada, aunque también puede ser a demanda o derivada por otros profesionales. Estos profesionales se encargan del seguimiento de los pacientes crónicos, de la aplicación de cuidados y tratamientos, de labores preventivas e informativas, etc. Durante el horario de mañana también se ocupan de la asistencia a las urgencias que puedan surgir. En los Puntos de Atención Continuada realizan guardias de 15:00 a 20:00 horas en días laborables o de 8:00 a 20:00 horas en días festivos y fines de semana, salvo que estén exentos de realizarlas por edad (mayores de 55 años) o enfermedad justificada.
- Enfermeros/as de pediatría: se ocupan del seguimiento y de los cuidados de los niños menores de 14 años (curas, vacunaciones, revisiones según edad, etc).
- Enfermeros/as del Servicio de Atención Continuada (SAC): prestan atención programada (domiciliaria y en consulta) en aquellos casos en los que se requiere una continuidad del tratamiento pautado y se encargan además de la atención a las urgencias, todo ello en el horario en el que no hay servicio de consulta ordinario: tardes (15:00 – 20:00), fines de semana y días festivos (8:00



- 20:00). En las zonas rurales también se ocupan de las urgencias nocturnas. Estos profesionales trabajan en los Puntos de Atención Continuada.

- Enfermeros/as del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP): prestan asistencia en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria.
- Matronas: se encargan del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, de la asistencia al parto y del seguimiento del postparto, además de asesorar en planificación familiar y en la atención durante la menopausia.

### 5.3 Sujetos

La población diana del estudio es el personal de enfermería de Atención Primaria del Área IV de Salud. Esta población se compone de un total de 255 sujetos, de los cuales 225 son mujeres y 30 son hombres, con unas edades comprendidas entre los 27 y los 65 años. La distribución por categorías laborales se expone en el siguiente cuadro:

|                  |                  | Hombres   | Mujeres    | TOTAL      |
|------------------|------------------|-----------|------------|------------|
| Personal de Zona | Consulta adultos | 20        | 154        | 174        |
|                  | Pediatría        | 2         | 23         | 25         |
| Personal de Área | SAC              | 5         | 30         | 35         |
|                  | SUAP             | 3         | 8          | 11         |
|                  | Matrona          | -         | 10         | 10         |
|                  | <b>TOTAL</b>     | <b>30</b> | <b>225</b> | <b>255</b> |

Datos proporcionados por la Gerencia de Atención Primaria del Área IV



La población elegible del estudio se determinará en función de los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

**Criterios de inclusión:**

- Enfermeros y enfermeras de Atención Primaria que trabajen en el Área IV de salud en alguno de los siguientes puestos: consulta de enfermería de adulto, consulta de enfermería pediátrica, matrona, SAC y SUAP.
- Enfermeros/as que tengan una experiencia laboral en el puesto actual superior a 1 año.

**Criterios de exclusión:**

- Enfermeros Interno Residentes.
- Enfermeros/as de aquellos centros y consultorios que **no** tienen PAC y que cubran una población inferior a 1500 personas, siendo los siguientes: Arlós, Bimenes, Cabranes, Ceceda, Cornellana, Las Caldas, La Espina, La Manjosa, Las Regueras, Mayeza, Olloniego, Quirós, Tudela-Veguín y Villabona.
- Se desecharán las encuestas en las que se haya contestado un porcentaje inferior al 80% del total de las preguntas.

## **5.4 Material**

Los cuestionarios y encuestas utilizados en el estudio serán autoadministrados y contestados de forma individual por cada enfermero y son los siguientes:

- a) **Cuestionario sociodemográfico:** Consta de 5 ítems referidos a edad, sexo, estado civil, categoría profesional y años de experiencia en el puesto.
- b) **Encuesta sobre violencia doméstica y profesionales sanitarios (Siendones Castillo R., et al., 2002):** Esta encuesta consta de 24 preguntas mediante las



que se evalúan tres dominios: grado de formación sobre violencia de género (preguntas 1 a 14), barreras de actitud y propuestas de mejora (preguntas 15 a 22) y barreras organizativas (preguntas 23 y 24). En este trabajo solo se utilizará la parte de la encuesta correspondiente al dominio “Grado de Formación” por entender que es la más útil para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el mismo. Este dominio comprende un total de 14 preguntas: de la 1 a la 4 preguntas introductorias y de la 10 a la 14 preguntas en las que se valoran conceptos generales, importancia del problema, factores relacionados con el maltrato y aspectos legales. Los autores establecen el nivel de conocimientos en una serie de grados según el porcentaje de respuestas correctas obtenidas en las preguntas 10 a 14. Esta escala ha sido utilizada diversas investigaciones (23, 25, 26, 29, 30).

- c) **Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998):** Consta de 13 ítems de respuestas binarias relativos a pensamientos distorsionados sobre las mujeres. El encuestado debe señalar el grado de correspondencia entre las ideas señaladas y su forma habitual de pensar en función a la escala. El cuestionario consta de una escala tipo Likert de 4 puntos propuesta (desde 1: muy en desacuerdo hasta 4: muy de acuerdo). El rango del inventario oscila de 13 a 52 puntos y se establecen 3 niveles de pensamientos distorsionados en función a la suma total de los puntos obtenidos en cada ítem: bajo (de 13 a 26 puntos), medio (de 27 a 39 puntos) y alto (más de 39 puntos). El cuestionario ha sido empleado en varios estudios con anterioridad (28, 31).



d) **Otros recursos:** folios, bolígrafos, carpetas archivadoras, sobres, impresora, ordenador en el cual deberá estar instalado el programa SPSS y vehículo de transporte. Todo el gasto que pueda derivarse del uso de estos materiales será asumido por el investigador principal, ya que no se va a solicitar ningún tipo de subvención o ayuda a otro organismo. También deberá contarse con la colaboración de la Gerencia de Atención Primaria, de los coordinadores de Enfermería de los centros y de todos los profesionales de Enfermería que participarán de forma voluntaria en el proyecto.

## **5.5 Método**

### **5.5.1 Procedimiento**

Previamente a la realización del estudio, se solicitarán los permisos pertinentes a la Gerencia de Atención Primaria del Área IV de Salud y se concertará una cita con la Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria de dicho Área con el propósito de exponerle los objetivos del estudio, su relevancia y cómo va a llevarse a cabo. Se adjunta en Anexo 4 la autorización para realizar este trabajo.

Una vez obtenidos los permisos, se comenzará la parte experimental del estudio. Desde la propia Gerencia se informará mediante correo interno a todos los profesionales de enfermería sobre la relevancia de participar en el proyecto y los objetivos del mismo.

Anteriormente a la entrega de las encuestas se prepararán paneles informativos que serán colocados en las zonas comunes de los centros y en las consultas donde se realizan las guardias para informar al mayor número de enfermeros posibles de la existencia del estudio.



Durante el mes de Mayo se concertarán citas con los coordinadores de enfermería de los Centros de Salud de cada Zona Básica y de los Consultorios Locales de cada Zona Especial. El objetivo de estas reuniones es proporcionar información sobre el estudio y hacerles entrega de las encuestas, ya que serán ellos los encargados de repartirlas posteriormente entre los profesionales de enfermería de su Centro. El personal que tenga su puesto de trabajo en un Consultorio Periférico recogerá las encuestas en el Centro de Salud del que dependa dicho consultorio. En el caso del personal del Servicio de Atención Continuada y del Servicio de Urgencias de Atención Primaria los cuestionarios se dejarán para su cumplimentación en las consultas donde se realizan las guardias en una carpeta rotulada con el texto “ENCUESTAS PARA ESTUDIO SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y ENFERMERÍA” que será colocada en un lugar visible.

Las 3 encuestas utilizadas en el estudio irán introducidas en un sobre junto a una carta de presentación e instrucciones y el consentimiento informado, todo ello unido mediante una grapa. En dicho sobre se depositarán las encuestas una vez estén respondidas y el consentimiento firmado y cumplimentado. Este sobre será cerrado por el encuestado y únicamente se abrirá a la hora de analizar los datos. Se adjunta carta de presentación y cuestionario en Anexo 5.

En la zona administrativa de cada Centro se colocará una caja señalada como “ESTUDIO SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y ENFERMERÍA” donde los/as enfermeros/as podrán ir depositando los sobres cerrados. El personal de Consultorios Periféricos podrá depositar las encuestas en la caja situada en el Centro de Salud del que dependan. Para resolver cualquier duda o pregunta que se plantee se proporcionará un teléfono de contacto con el investigador.



Se dejará un plazo de 15 días a partir de la reunión con cada coordinador para la cumplimentación de las encuestas. Las encuestas serán recogidas por las mañanas una vez haya pasado ese intervalo de tiempo. Durante todo el proceso se establecerá contacto telefónico semanalmente con los coordinadores de enfermería de cada centro para verificar el número de encuestas respondidas hasta el momento y solucionar los posibles problemas que puedan surgir.

### 5.5.2 Temporalización

|  | Ene. | Feb. | Mar. | Abr. | Mayo | Jun. | Jul. | Ago. | Sept. |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Fundamentación teórica                 | ■    |      |      |      |      |      |      |      |       |
| Diseño de la investigación             |      |      | ■    |      |      |      |      |      |       |
| Solicitud de permisos                  |      |      |      | ■    |      |      |      |      |       |
| Entrega de cuestionarios e información |      |      |      |      | ■    |      |      |      |       |
| Recogida de cuestionarios              |      |      |      |      |      | ■    |      |      |       |
| Análisis de los datos                  |      |      |      |      |      |      | ■    |      |       |
| Finalización                           |      |      |      |      |      |      |      |      | ■     |

### 5.5.3 Variables del estudio

Las variables a medir se han agrupado de la siguiente forma:

#### a) Variables sociodemográficas y laborales

- **Edad:** tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de recogida de los datos.

*Naturaleza:* Cuantitativa, discreta.

*Escala de medición:* De razón. Años completos.

- **Sexo:** características fenotípicas de la persona.

*Naturaleza:* Cualitativa

*Escala de medición:* Nominal, dicotómica.

*Categorías:* Hombre - Mujer



- **Estado Civil:** condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo en lo que hace relación a su condición de soltería, matrimonio, viudez, etc.

*Naturaleza:* Cualitativa

*Escala de medición:* Nominal, politómica.

*Categorías:* Soltero/a - Casado/a - Divorciado/a - Convive con pareja - Viudo/a

- **Categoría laboral:** tipo de puesto laboral para el que está contratado.

*Naturaleza:* Cualitativa

*Escala de medición:* Nominal, dicotómica.

*Categorías:* Enfermero de Zona Básica de Salud (Enfermero de Equipo de AP y pediatría) – Enfermero de Área de Salud (Matrona, SAC y SUAP)

- **Años de experiencia en el puesto actual.**

*Naturaleza:* Cuantitativa, discreta.

*Escala de medición:* De razón. Años completos.

b) Variables sobre conocimientos y pensamientos distorsionados

- **Nivel de conocimientos:** grado de conocimientos generales sobre VG de los profesionales de enfermería.

*Naturaleza:* Cualitativa

*Escala de medición:* Ordinal, politómica.

*Categorías:* Bajo ( $\leq 33\%$ ) - Medio (34 – 66%) - Alto ( $\geq 67\%$ )



- **Nivel de pensamientos distorsionados:** grado de percepciones erróneas y distorsiones cognitivas sobre VG de los profesionales de enfermería.

*Naturaleza:* Cualitativa

*Escala de medición:* Ordinal, politómica.

*Categorías:* Bajo (13 a 26 puntos) - Medio (de 27 a 39 puntos) - Alto (+ de 39)

- **Conocimiento de casos de violencia en el entorno**

*Naturaleza:* Cualitativa

*Escala de medición:* Nominal, dicotómica.

*Categorías:* Si - No

- **Casos de violencia vistos en los últimos 3 meses**

*Naturaleza:* Cuantitativa, discreta.

*Escala de medición:* De razón. Número de casos.

- **Conocimiento de actividades sobre detección, ayuda y seguimiento en la Comunidad**

*Naturaleza:* Cualitativa

*Escala de medición:* Nominal, dicotómica.

*Categorías:* Si - No

- **Conocimiento del protocolo interno del servicio**

*Naturaleza:* Cualitativa

*Escala de medición:* Nominal, dicotómica.

*Categorías:* Si - No



#### 5.5.4 Tratamiento estadístico de los datos

Los datos obtenidos se introducirán en una base de datos que se desarrollará para el estudio y se analizarán a través de la última versión del programa SPSS. Se realizará un estudio descriptivo de los datos obtenidos.

Para las variables cuantitativas se utilizará la media aritmética, la desviación típica y el rango. Como test estadísticos, partiendo del supuesto de una distribución normal que permita usar test paramétricos, se utilizará la prueba de t de Student para muestras independientes, el ANOVA (en el caso de variables politómicas) y el coeficiente de correlación de Pearson.

Para las variables cualitativas de considerarán frecuencias, porcentajes, tablas de contingencia y como test estadístico la prueba Chi Cuadrado.

En todo caso se considerarán significativos los valores de  $p < 0,05$ .

#### 5.5.5 Consideraciones éticas

Este trabajo se adapta a los principios éticos de la investigación clínica recogidos en la declaración de Helsinki de 1964. Para garantizar el respeto por el individuo y su derecho a la autodeterminación la participación en este estudio será voluntaria y libre, pudiendo abandonar la investigación en cualquier momento sin que esto suponga ningún perjuicio. Se ha elaborado un consentimiento informado (Anexo 6) donde se recogen los objetivos del trabajo y el tratamiento que se dará a los datos obtenidos y cuya cumplimentación será imprescindible para formar parte del proyecto. Además, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos, se respetará la confidencialidad de todos los datos obtenidos de los encuestados.



En esta investigación no se realiza ningún tipo de prueba o experimento que pueda afectar de forma negativa a sus participantes.

El trabajo de campo se iniciará una vez que se haya obtenido la autorización de la Gerencia de Atención Primaria del Área IV del SESPA.

#### 5.5.6 Limitaciones

Existen algunas limitaciones tenidas en cuenta por el investigador y que podrían alterar los resultados del estudio. Debido a la amplia extensión geográfica del ámbito de estudio se corre el riesgo de que algunos profesionales no sean informados del mismo y no participen, especialmente los que tengan su puesto de trabajo en Consultorios Periféricos.

Por otro lado, existe la posibilidad de que las encuestas no se respondan con toda la sinceridad que cabría debido a la delicadeza del tema y al gran impacto social que produce.



### **III. BIBLIOGRAFÍA**



1. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra: OMS; Noviembre de 2012 [acceso enero de 2013]. Centro de prensa: Violencia contra la mujer [aproximadamente 5 páginas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [acceso enero de 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summaryreportSpanishlow.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf)
3. Liqueste Briffel TM, Moyano Mora P, Martínez Laguna I, Fajardo Trujillo M, Domínguez Martínez A. Violencia doméstica, abordaje enfermero. *Metas enferm.* 2005; 8 (7): 10-16.
4. Selic P, Pesjak K, Kersnik J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. *BMC Public Health.* 2011; 11: 621.
5. Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Vives Cases C, Montero Piñar MI, Escribá Agüir V, Jiménez Gutiérrez E et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac Sanit.* 2010; 24 (2): 128-135.
6. Instituto Asturiano de Estadística, Instituto Asturiano de la Mujer. Mujeres y hombres en Asturias [Internet]. Asturias: Instituto Asturiano de Estadística; 2012 [acceso febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.asturestad.es/es/portal.do?IDM=33&NM=2>



7. Instituto Asturiano de la Mujer. Guía para profesionales. Recursos contra la violencia de género [Internet]. Asturias: Instituto Asturiano de la Mujer; 2008 [acceso febrero de 2013]. Disponible en: [http://institutoasturianodelamujer.com/iam/wp-content/uploads/2010/04/Guia\\_profesionales\\_recursos\\_violencia.pdf](http://institutoasturianodelamujer.com/iam/wp-content/uploads/2010/04/Guia_profesionales_recursos_violencia.pdf)
8. Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (29 –12 – 2004).
9. Ley del Principado de Asturias para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género. Ley 2/2011 de 11 de marzo. Boletín Oficial del Principado de Asturias, nº 64, (18 – 3 -2011).
10. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso enero de 2013]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
11. Junta de comunidades de Castilla-La Mancha. Guía de intervención integral contra la violencia de género [Internet]. Castilla-La Mancha: Instituto de la mujer; 2008 [acceso enero de 2013]. Disponible en: [http://www.institutomujer.jccm.es/fileadmin/user\\_upload/PUBLICACIONES/Guia\\_profesionales\\_violencia\\_2009/guia\\_violencia\\_2009.pdf](http://www.institutomujer.jccm.es/fileadmin/user_upload/PUBLICACIONES/Guia_profesionales_violencia_2009/guia_violencia_2009.pdf)
12. Ulla Díez S, Velázquez Escutia C, Notario Pacheco B, Solera Martínez M, Valero Caracena N, Olivares Contreras A. Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. *Int J Clin Health Psychol.* 2009; 9 (3): 411-27.



13. Muslera Canclini E, González Sánchez M. Guía didáctica de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en Violencia de Género en atención primaria [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; s. f. [acceso febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.m.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=fc6f9ef69dba4310VgnVCM10000098030a0aRCRD>
14. Kopčavar Guček N, Švab I, Selič P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a five-year period (2005-2009). *Croat Med J.* 2011; 52 (6): 728-34.
15. Hawley DA, Hawley Barker AC. Survivors of intimate partner violence: implications for nursing care. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2012; 24 (1): 27-39.
16. Tower M, Rowe J, Wallis M. Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemp Nurse.* 2012; 42 (2): 216-25.
17. Loke AY, Wan ML, Hayter M. The lived experience of women victims of intimate partner violence. *J Clin Nurs.* 2012; 21 (15-16): 2336-46.
18. Gin NE, Rucker L, Frayne S, Cygan R, Hubbell FA. Prevalence of domestic violence among patients in three ambulatory care internal medicine clinics. *J Gen Intern Med.* 1991; 6 (4): 317-22.
19. Instituto Asturiano de la Mujer. Plan del Principado de Asturias para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres [Internet]. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2002 [acceso febrero de 2013]. Disponible en: <http://tematico.asturias.es/imujer/upload/documentos/violencia.pdf>



20. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Protocolo de Atención Sanitaria ante la Violencia contra las Mujeres [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2003 [acceso enero de 2013]. Disponible en: [http://igualdade.xunta.es/sites/default/files/files/documentos/Protocolo\\_Atencion\\_Sanitaria\\_p\\_asturias%5B1%5D.pdf](http://igualdade.xunta.es/sites/default/files/files/documentos/Protocolo_Atencion_Sanitaria_p_asturias%5B1%5D.pdf)
21. Gobierno del Principado de Asturias. Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género en Principado de Asturias [Internet]. Asturias: Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad; 2007 [acceso febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=396bf708c1674210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
22. Rodríguez Gimena M, Pérez Alonso E, Moratilla Monzó L, Pires Alcaide M, Escortell Mayor E, Lasheras Lozano L, et al. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres [Internet]. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad; 2008 [acceso febrero de 2013]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142437762083&language=es&pageid=1156826982515&pagename=PortalSalud%2FPTSA\\_Generico\\_FA%2FPTSA\\_pintarGenerico&vest=1156826982515](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142437762083&language=es&pageid=1156826982515&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenerico&vest=1156826982515)
23. Ruiz Navarro MG. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género?. *Enferm integr.* 2011;(93): 8-14.
24. Mendoza Flores ME, de Jesús Corona Y, García Urbina M, Martínez Hernández G, Sánchez Vera R, Reyes Zapata H. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatol Reprod Hum.* 2006; 20 (4): 69-79.



25. Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002; 14: 224-32.
26. 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. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 86 (1): 85-99.
27. Coll Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M, et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008; 22 (1): 7-10.
28. Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Ramis Palmer MC, Torres Espinosa G, Navarro Guzmán C. La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema*. 2006; 18 (3): 359-66.
29. Arredondo Provecho AB, del Puego Pilo G, Nadal Rubio M, Roy Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de violencia de género. *Enferm Clin*. 2008; 18 (4): 175-82.
30. Larrauri Barandela MA, Rodríguez Alonso E, Castro Feijoo TM, Pérez Zorelle A, Ojea Montes B, Blanco Gómez MA. Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. *Revista Páginasenferurg* [revista en Internet] 2010 [acceso febrero de 2013]; 2 (7): 36-45. Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/paginasenferurn07.pdf>



31. Ferrer Pérez V, Bosch Fiol E, Ramis Plamer MC. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica y Salud*. 2008; 19 (1): 59-81.
32. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Memoria 2011 del Servicio de Salud del Principado de Asturias [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2011 [acceso marzo de 2013]. Disponible en: [http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_SESPA/As\\_Organizacion/MEMORIA%20SESPA%202011/memoria%20Sespa%202011%20multimedia.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/As_Organizacion/MEMORIA%20SESPA%202011/memoria%20Sespa%202011%20multimedia.pdf)



## **IV. ANEXOS**



## **1. Planes de atención a la mujer maltratada del Ministerio de Sanidad**

### **Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos**

- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada
- Informar a la mujer de la situación en que se encuentra
- Trabajo en la consulta-seguimiento:
  - Atención integral/interdisciplinar.
  - Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
  - Ofertar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática.
  - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).

### **Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo**

- Registrar en la historia clínica
- Informar a la mujer de la situación en que se encuentra
- Trabajo en la consulta-seguimiento:
  - Atención integral/interdisciplinar
  - Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados
  - Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema.
  - Establecer un plan de consultas de seguimiento para:
    - Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación
    - Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación
    - Prevenir nuevas situaciones de violenciaOfertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro ú otros recursos de la zona
- Derivar (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer)
  - Al personal de trabajo social
  - A los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer
- Emitir parte de lesiones cuando proceda
- Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera



### **Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo**

- Informarla de la situación de peligro en que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola
- Derivar con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas
- Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.
- Emitir el parte de lesiones e informe médico, entregando una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones.
- Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta
- Llamar al 112 (Emergencias) o los servicios específicos de su comunidad autónoma

Extraídos del “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género” del Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>10</sup>



## CUMPLIMENTAR LOS DATOS CON BOLÍGRAFO

Nombre ..... con N° del Colegio Profesional .....  
con ejercicio profesional en el centro: .....  
Participa a VI. que a las ..... horas del día ..... / ..... / ....., ha sido atendida en este centro, domiciliado en la C/ ..... D.ª ..... nacida el ..... / ..... / ..... con domicilio en C/ ..... nº ..... C.P ..... y telef. ....  
Acude acompañada por D./D.ª ..... con domicilio en C/ ..... nº ..... C.P ..... localidad ..... y telef. ....

Le remite el presente informe por presunta agresión.

### 1. EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA

- Tipo de agresión:
- Lugar, día y hora:
- Relación con el agresor:
- Síntomas:
- Actuaciones previas:

### 2. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS (Referencias de agresiones anteriores y número si se conoce).

### 3. EXPLORACIÓN FÍSICA

3.1. General: Tipo de lesiones (contusiones, erosiones, quemaduras....) / Características de las lesiones (antigüedad, tamaño, localización....) / Exploración por aparatos (si procede).

3.2. Ginecológica.

INFORME MEDICO AL JUZGADO

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Centro: \_\_\_\_\_  
Área Sanitaria: \_\_\_\_\_

4. ESTADO EMOCIONAL APARENTE (ansiedad, llanto, estado sereno, bloqueo del habla, agitación, temblor, temor, apatía, confusión)

5. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS (Rx, analítica, consulta especialista..)

### 6. DIAGNÓSTICOS

### 7. PLAN DE ACTUACIÓN

- Tratamiento:
- Medidas profilácticas:
- Derivación a otros centros sanitarios:
- Derivación a otros agentes sociales:
- Derivación a centro asesor de la mujer:
- Revisiones:

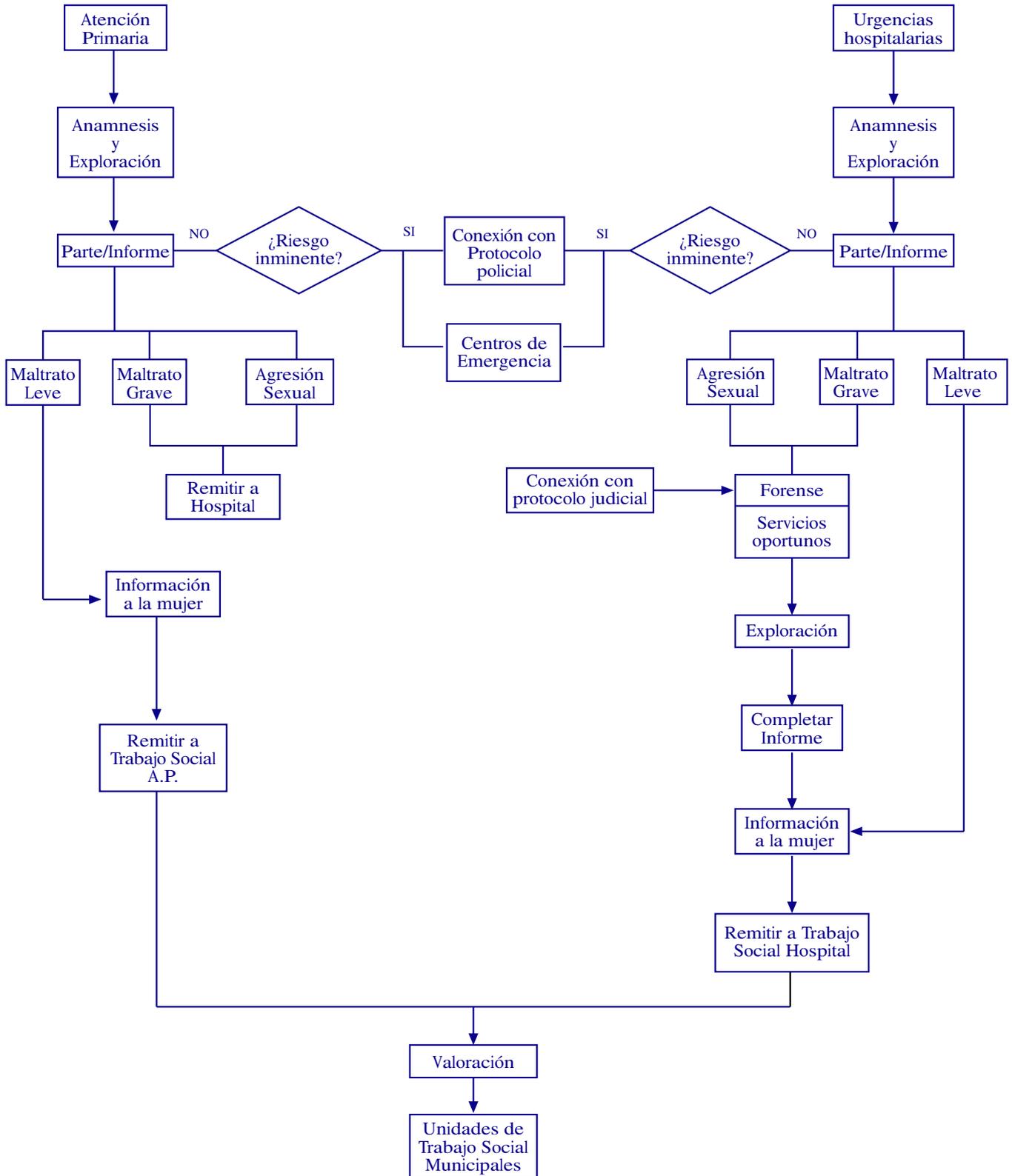
8. OBSERVACIONES: (demás acompañantes, demás agentes que han participado en la atención..)

Fdo.:

ILMO. SR. JUEZ o ILMA. SRA. JUEZ DE .....



### 3. Algoritmo actuaciones SESPA



Extraído del “Protocolo de atención sanitaria ante la violencia contra las mujeres” del SESPA<sup>20</sup>



## **5. Carta de presentación y cuestionarios**

Estimado compañero:

La violencia de género es un problema que afecta a millones de mujeres en todo el mundo independientemente de su clase social o raza y con unas graves consecuencias para su salud física psicológica y social.

Los/as enfermeros/as de Atención Primaria juegan un importante papel en la detección y asistencia a las mujeres maltratadas por ser unos de los primeros profesionales en entrar en contacto con las víctimas, que suelen acudir con bastante frecuencia a este servicio.

Por ello, se ha planteado este estudio cuyo objetivo es evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería de Atención Primaria sobre violencia de género y su grado de pensamientos distorsionados, ya que se ha comprobado que influyen de manera directa en la detección de casos de malos tratos.

Por razones metodológicas se han establecido una serie de criterios de exclusión; si usted cumple alguno de ellos NO podrá participar en este estudio:

- Ser Enfermero Interno Residente.
- Tener una experiencia laboral en el puesto actual inferior a 1 año.
- Lugar de trabajo ubicado en aquellos centros o consultorios que **no** tienen PAC y que cubran una población inferior a 1500 personas, siendo los siguientes: Arlós, Bimenes, Cabranes, Ceceda, Cornellana, Las Caldas, La Espina, La Manjoya, Las Regueras, Mayeza, Olloniego, Quirós, Tudela-Veguín y Villabona.

Si no cumple ninguna de las condiciones anteriores, es candidato a participar en esta investigación cumplimentando un sencillo cuestionario que no le robará más de 10 minutos de su tiempo. Este cuestionario se compone de 3 partes: en la primera se recogen datos socio-demográficos del encuestado, en la segunda se evalúan los conocimientos sobre violencia de género y en la tercera las percepciones personales sobre el maltrato. También se adjunta un documento de consentimiento informado que deberá leer y firmar.

Cuando haya respondido los cuestionarios y cumplimentado el consentimiento informado, introdúzcalos en el sobre adjuntado y ciérrelo. En la zona administrativa de su Centro de Salud hay una caja rotulada donde deberá depositar el sobre con el cuestionario.

Por favor conteste con la mayor sinceridad posible ya que todos los datos obtenidos serán tratados anónimamente.

Para cualquier duda puede contactar con el investigador principal llamando al: 639 --- ---

Muchas gracias por su colaboración.



### DATOS PERSONALES

*Marque con una X la casilla correspondiente*

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Hombre<br><input type="checkbox"/> Mujer   | <b>Edad (en años):</b> |
| <b>Estado civil:</b><br><input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a<br><input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Convive con pareja<br><input type="checkbox"/> Viudo/a  |                        |
| <b>Puesto de trabajo:</b><br><input type="checkbox"/> Consulta de Atención Primaria de adulto<br><input type="checkbox"/> Servicio Atención Continuada (SAC)<br><input type="checkbox"/> Servicio Urgencias Atención Primaria (SUAP)<br><input type="checkbox"/> Enfermería Pediátrica<br><input type="checkbox"/> Matrona |                        |
| <b>Años de experiencia en el puesto actual:</b>  |                        |



**ENCUESTA PARA PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE  
CONOCIMIENTOS EN VIOLENCIA DE GÉNERO  
(Siendones Castillo R., et al., 2002)**

*Por favor, conteste de la manera más sincera posible marcando con una X la casilla que usted considere.*

1. Conoce algún caso de violencia doméstica en su entorno:  Si  No
2. ¿Cuántos casos habrá visto en los últimos 3 meses durante su jornada laboral?:.....
3. ¿Sabía que en su comunidad se están realizando actividades sobre: detección, ayuda y seguimiento de pacientes víctimas de abusos y violencia doméstica?:  
 Sí, ya lo sabía.  
 No, es la primera noticia que tengo del tema.
4. ¿Conoce el protocolo interno de su servicio para la atención sanitaria de estos pacientes?  
 Si  No
5. Cree que el significado de “Violencia doméstica, Malos tratos y Violencia de género” es el mismo o cree que hay diferencias entre ellos:  
 Son similares los tres  Hay diferencias
6. La violencia doméstica en nuestra sociedad es un problema:  
 Muy frecuente  Bastante frecuente  Poco frecuente
7. Cree que la mayoría de los pacientes que la sufren:  
 Comunican su situación  Pasan desapercibidas
8. ¿Sabe lo que es el “fenómeno Iceberg” en violencia doméstica?  
 Si  No
9. ¿Conoce cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados con los medios actuales?  
 10 – 30%  50 – 70%  
 30 – 50%  70 – 90%
10. ¿Cuál es, según su opinión, el tipo más frecuente de violencia?  
 Físico  Psicológico  Sexual
11. La violencia se asocia más a clases sociales...  
 Altas  Bajas  Todas por igual
12. ¿Cuál de estos factores influye más en que existan malos tratos en nuestro medio?  
 Nivel sociocultural bajo  
 Estar en trámites de separación o divorcio  
 Nivel socioeconómico bajo
13. ¿Conoce las repercusiones legales que pueden derivarse de no declarar un caso evidente de violencia doméstica??:  Si  No
14. ¿Conoce las obligaciones legales de los sanitarios ante la mera sospecha de un caso de violencia doméstica?:  Si  No



**INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE LA MUJER  
(Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)**

*Señale su grado de acuerdo-desacuerdo con las siguientes frases marcando la casilla correspondiente:*

|   | Muy en<br>desacuerdo     | En<br>desacuerdo         | De<br>acuerdo            | Muy de<br>acuerdo        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Las mujeres son inferiores a los hombres.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Si el marido es el que aporta dinero en casa, la mujer debe estar supeditada a él.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. El marido es el responsable de la familia, por lo que la mujer le debe obedecer.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. La mujer debe tener la comida y la cena a punto para cuando el marido vuelva a casa.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La obligación de una mujer es tener relaciones sexuales con su marido, aunque en ese momento no le apetezca.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Una mujer no debe llevar la contraria a su marido.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Una mujer que permanece conviviendo con un hombre violento debe tener un serio problema psicológico.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Para muchas mujeres, el maltrato por parte de sus maridos es una muestra de preocupación por ellas.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. cuando un hombre pega a su mujer, ella sabrá por qué.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. si las mujeres realmente quisieran, sabría cómo prevenir nuevos episodios de violencia.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Muchas mujeres provocan deliberadamente a sus maridos para que éstos pierdan el control y les golpeen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. si una mujer tiene dinero, no tiene por qué soportar una relación violenta.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. El hecho de que la mayoría de las mujeres no suele llamar a la policía cuando están siendo maltratada, prueba que quieren proteger a sus maridos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## **6. Consentimiento informado para la realización del estudio**

Estimado participante:

Soy una estudiante del Master de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos impartido por la Universidad de Oviedo. Como parte de los requisitos para obtener el título de dicho Máster se llevará a cabo una investigación que en este caso trata sobre los conocimientos y distorsiones cognitivas de los profesionales de enfermería de Atención Primaria respecto a la violencia de género. El objetivo del estudio es conocer el nivel de conocimientos sobre el tema y el grado de pensamientos distorsionados hacia el maltrato de los/as enfermeros/as de nuestra comunidad.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación contestando un sencillo cuestionario que le llevará aproximadamente 10 minutos. Los datos obtenidos a través de este encuesta serán mantenidos bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Además, usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento.

El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio salvo el que supone conocer los datos estudiados (no recibirá compensación por participar).

Los resultados grupales de la investigación estarán disponibles en el Repositorio de la Universidad de Oviedo, al que podrá acceder, si desea consultarlos, visitando su página web.

Investigador principal: Laura Feito Prieto. Teléfono: 639 --- ---

Yo ....., de..... años de edad y con D.N.I. .... he leído el procedimiento descrito arriba y he sido informado de los objetivos del estudio, su procedimiento y el tratamiento que se dará a los datos obtenidos. En consecuencia doy mi consentimiento para participar en el estudio “Conocimientos y pensamientos distorsionados del personal de Enfermería de Atención Primaria sobre Violencia de Género” y que mis datos sean utilizados en dicha investigación.

Firma y fecha