



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2018-19)

Trabajo Fin de Grado

**VIOLENCIA DE GÉNERO:
CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL
PERSONAL SANITARIO DEL ÁREA OESTE
DE VALLADOLID**

Alumna: Vanessa Hernández Bruno

Tutor: Jose Antonio iglesias Guerra

Mayo, 2019

ÍNDICE

▪ Resumen.....	3
▪ Abstract.....	4
▪ Introducción.....	5
Justificación.....	9
▪ Material y métodos.....	11
▪ Resultados.....	14
▪ Discusión.....	21
▪ Conclusiones.....	27
▪ Bibliografía.....	28
▪ Anexos.....	31

RESUMEN

Introducción: La violencia de género es un problema de salud pública que arrastra a miles de mujeres en nuestro país y a nivel mundial. Su prevención y tratamiento, depende de la buena preparación de un equipo multidisciplinar y en especial, de los profesionales sanitarios, que mantienen un papel muy relevante por su accesibilidad en la relación que mantiene con la paciente.

El objetivo es analizar los conocimientos, las habilidades y la formación que tienen los médicos y enfermeras del Área Oeste de la provincia de Valladolid

Material y métodos: Se desarrolla un estudio descriptivo en el área a estudio que comprende 16 centros de salud de Atención Primaria y un Servicio de Urgencias Hospitalarias, recogiendo la información mediante el cuestionario PREMIS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey).

Resultados: Un 54% de los profesionales encuestados manifiestan no haber recibido más formación en la materia, y el 51% declara no sentirse preparado para indagar ante un caso del maltrato; mientras que 70% apenas sabe realizar un plan de seguridad para la víctima y sus hijas/os. El 55% se declaran poco conocedores de los documentos legales a elaborar en un caso de violencia y un 44% apenas reconocer los signos y síntomas que puede mostrar una víctima de malos tratos.

Discusión: Se detectan deficiencias graves en la formación de los profesionales sanitarios para la detección de la violencia de género.

Conclusión: La formación y preparación del profesional sanitario es una asignatura pendiente y elemento clave para la lucha y la prevención de la violencia de género.

Palabras clave: Violencia de género, profesional sanitario, conocimientos, formación

ABSTRACT

Introduction: Gender violence is a public health problem that drags thousands of women in our country and worldwide. Its prevention and treatment depends on the good preparation of a multidisciplinary team and, in particular, of the health professionals, who maintain a very relevant role for its accessibility in the relationship that it maintains with the patient.

The objective is to analyze the knowledge, skills and training of physicians and nurses in the Western Area of the province of Valladolid

Material and methods: A descriptive study was carried out in the study area comprising 16 primary care health centers and a hospital emergency service, collecting the information through the PREMIS questionnaire (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey).

Results: 54% of the professionals surveyed stated that they had not received more training in the subject, and 51% said they did not feel prepared to investigate a case of abuse; while 70% of them know how to make a safety plan for the victim and his children. 55% declare that they are not very familiar with the legal documents to be drawn up in a case of violence and 44% hardly recognize the signs and symptoms that a victim of abuse can show.

Discussion: Severe deficiencies are detected in the training of health professionals for the detection of gender violence.

Conclusion: The training and preparation of health professionals is a pending issue and a key element in the struggle and prevention of gender violence.

Key words: General-based Violence, Health Personnel, Knowledge, Training

INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es un problema de salud pública desde tiempos inmemorables, aunque su reconocimiento como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se produjo en 1998¹, tal vez, por deberse a un problema insidioso y que resulta ser aceptado como algo cotidiano en la mayoría de sociedades y culturas, lo que dificulta enormemente su erradicación. La subordinación de las mujeres hacia los hombres como innegable antecedente histórico patriarcal ha sido patente en diversas partes del mundo y civilizaciones:

- En la India, la mujer que enviudaba era enterrada junto al cadáver de su esposo. Así mismo contaban con el rechazo absoluto las mujeres que no podían gestar o solo concebían hijas.
- En Irán y Etiopía, el nacimiento de una mujer era considerado como algo deshonoroso.
- En la antigua Grecia, si la pareja cometía cualquier acto delictivo, la pena se imponía exclusivamente a la mujer.
- En Roma, el hombre considerado cabeza de familia tenía el absoluto derecho de castigar, esclavizar, comerciar o matarla según su deseo.
- En las normas islámicas, una mujer al casamiento se convierte en propiedad exclusiva de su marido, pudiendo realizar con su persona lo que sea de su antojo, como agredirla hasta la muerte sin repercusión legal.
- En la Edad Media, en Inglaterra se reguló como ley la llamada “Regla del dedo pulgar” que permitía al esposo golpear a su mujer con una vara no mayor del diámetro del dedo pulgar.
- En el siglo XIX los cambios no fueron muy significativos, donde en New York un juez anulo la sentencia de divorcio a una mujer por agresión con arma blanca y fractura de extremidad superior por considerarla una reacción compresiva y razonable de su marido.
- Y aún en el siglo XX se aprobaron leyes en lugares como Arabia Saudí, Emiratos Árabes, Kuwait donde se permite asesinar a la esposa si incurre en un delito de adulterio.²

Aunque afortunadamente, el presente nada tiene que ver con los hechos relatados y la visión de la mujer dista mucho de la realidad de entonces, sigue habiendo un acuciante problema en el maltrato y vejación a la mujer de diferentes índoles, ya sea violencia física, psíquica, económica, sexual etc. Es indiscutible que la VG acarrea terribles consecuencias físicas, psíquicas, emocionales y sociales para las mujeres que la padecen así como a sus hijos/as que muchas veces son testigos directos y presenciales de tan traumática vivencia, constituyendo un sufrimiento difícil de reparar.

Los factores relacionados con la VG son complejos y multifactoriales. Es necesario comprender esos factores porque sólo así podremos abordarlo con intervenciones dirigidas a tratar sus causas, y no sólo sus consecuencias. Esos factores hunden sus raíces en el patriarcado, que desde el nacimiento asigna unos roles diferenciados según el sexo, y limitando el desarrollo de las mujeres en igualdad de derechos y oportunidades, y son de distintos tipos²:

- Factores sociales: normas que autorizan el control de los hombres sobre las mujeres en el modelo social patriarcal. Serían las actitudes socioculturales y estereotipos respecto a la masculinidad y feminidad asignando una relación de dependencia y sumisión de la mujer respecto al hombre. Aunque se están produciendo cambios sociales importantes aún persisten de forma más sutil estos roles y valores.
- Factores comunitarios: aislamiento de la mujer, falta de apoyo social, menor acceso a la formación, trabajos más precarios, mayor nivel de pobreza, exclusión de la vida pública y el poder.
- Factores relacionales: estilos de la relación de pareja (jerárquica/asimétrica), control del dinero y de la toma de decisiones.
- Factores individuales: propios de la historia biográfica: personalidad, historia de abusos o violencia en la familia de origen o en anteriores relaciones, rechazo parental, trastornos psicopatológicos, abuso de drogas y alcohol.

En la base de la violencia estará la educación sexista, la publicidad machista, y los micromachismos, formas sutiles de discriminación que tenemos asimiladas y

normalizadas y que son muy difíciles de cambiar al ser invisibles si no se analizan con perspectiva de género.

En la actualidad, la prevalencia real de la violencia contra las mujeres en la pareja es desconocida, aunque diferentes estudios a nivel internacional y también en nuestro país, aportan cifras alarmantes. Un estudio europeo³ encuentra que la prevalencia de la VG en mujeres mayores de 15 años oscila entre el 19 y el 52 %. Los resultados globales de algunos países participantes en el estudio fueron: Austria 20%, Alemania el 35 %, Reino Unido el 44%, Dinamarca 52% y España el 22%.

Según la Macroencuesta realizada en España en 2015⁴, un 12,5% de las mujeres a partir de 16 años de edad ha sufrido violencia física o sexual por parte de alguna pareja o expareja.

Según datos publicados en el Instituto de la Mujer para la Igualdad de Oportunidades, Observatorio contra la violencia doméstica, Consejo General del Poder Judicial (CGPJ)⁵, en Castilla y León durante 2018 se produjeron 5.239 denuncias por VG, lo cual nos da una idea de la magnitud del problema.

Otra situación añadida es el daño que se produce a los hijos en estos casos que, además de las lesiones físicas y psíquicas, internalizan un modelo negativo de relación que daña su desarrollo. En 2015, con la nueva ley del menor (Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia) se reconoció a los hijos/as menores de una mujer que sufre violencia de pareja, como víctimas directas de la violencia, lo que supuso la modificación de la ley de violencia de género para incluirlos.

Centrándonos en el mundo sanitario, ha permanecido ajeno a este problema hasta hace escasos años, a pesar de ser un ámbito idóneo para su despistaje. En esta Comunidad, disponemos de diversas herramientas para la lucha contra la VG junto con las acciones emprendidas desde la Ley 13/2010 contra la VG, hasta nuestros días. En esta línea destacamos el establecimiento de la Cartera de Servicios de Atención a la VG, la Guía asistencial en VG (Medora), el Protocolo Marco de actuación profesional o el Protocolo de actuación de Cuerpos y Fuerzas de

Seguridad del Estado ante la VG. Además, se integra la información en un sitio web disponible para los profesionales⁶.

Aún así, parecen insuficientes las herramientas disponibles para el abordaje de este problema. Una razón puede ser que en los estudios reglados de las profesiones sanitarias, aún no se ha incorporado la VG como problema de salud. Por ello los/as profesionales que no se han formado con posterioridad en el tema, pueden no estar capacitados para abordarlo, o ni siquiera contemplarlo como un problema que les compete en el desarrollo de su rol profesional.

Si bien la solución para acabar con este problema prioritario como es la violencia hacia la mujer parte de la concienciación social del respeto entre géneros y la educación de nuestros más pequeños en un ambiente igualitario de tolerancia y respeto, no es menos importante la labor del personal sanitario y resto de profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, fuerzas de seguridad etc.) de manera multidisciplinar, en adquirir las habilidades necesarias para la detección de casos de VG de manera precoz, con la finalidad de minimizar las consecuencias que produce la misma y ayudar a la víctima a mantener su integridad, restablecer su autonomía y el control de su vida.

La OMS en 2013, recomienda la inclusión sistemática de formación en materia de VG a los profesionales sanitarios⁷. No olvidemos que en muchos casos la víctima no acude a los servicios de salud a denunciar su situación de manera explícita y abierta, sino que más bien acude de manera velada, en ocasiones repetitiva, manifestando otro tipo de dolencias o síntomas que a priori no son relacionados con la realidad de su problema y que sin las habilidades correspondientes pueden pasar desapercibidas ante el profesional que las atiende.

Por todo ello es necesaria una atención integral y un abordaje coordinado entre profesionales, niveles asistenciales y sectores, que abarquen la prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria es un reto social, ya que se trata de una violencia estructural y debe estar orientada al cambio en los valores y en la cultura que ha permitido e

incluso autorizado la desigualdad entre los hombres y las mujeres, en el que los profesionales de la salud debieran ser agentes ejemplarizantes. Esta prevención también pasa por identificar:

- Mujer en situación de riesgo.
- Hombres maltratadores.
- Situaciones en las que es más probable que aparezca la V.G. como las alteraciones del equilibrio de la dinámica familiar

La prevención secundaria se centra en el diagnóstico precoz, donde el papel de profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y de Atención primaria es básico.

Por último, la prevención terciaria se basa en la intervención ante el caso detectado en el campo social, sanitario, psicológico y judicial, adaptación de las intervenciones a las peculiaridades de cada caso, y realizar seguimiento y evaluación de la intervención.

Justificación

Diversos estudios dan a conocer la dificultad de los profesionales sanitarios en la lucha contra la VG.

- Un artículo en la Revista Clínica de Atención Primaria¹ señala como razones la carga de trabajo, el sentirse incómodos con la situación o falta de formación y conocimientos al respecto como argumento por las que los profesionales de la salud no indagan con regularidad sobre malos tratos en la mujer.
- Otro estudio en la Revista Journal of Feminist, Gender and Women Studies⁸ apunta a problemas como la poca sensibilización sobre el tema, además de la carga de trabajo y formación sanitaria como el artículo anterior.
- En otro de la publicación Atención Primaria⁹ refiere que aún falta compromiso por parte de los profesionales y un mayor apoyo institucional.
- Otro estudio comparativo entre los profesionales de AP en Cataluña y Costa Rica¹⁰ aporta que la utilización de los recursos sociosanitarios, la buena formación en los profesionales así como una visión biopsicosocial de la salud, mejoraría el abordaje en la VG.

Se puede deducir, que los problemas clave en la detección de casos y abordaje de VG están en la falta de habilidades por una deficiente formación entre los profesionales sanitarios, en la poca sensibilización que puede deberse a no tenerlo reconocido como un problema de salud lo que por otra parte, también desencadena la falta de compromiso por parte del profesional. La carga de trabajo o falta de tiempo también constituye una barrera importante a la hora de su abordaje, pero es menos significativa si se dispone de la formación y el apoyo institucional necesario. También hace referencia la importancia que cobra la Atención Primaria y el Servicio de Urgencias como papel crucial en la detección de víctimas de violencia machista puesto que constituyen la primera toma de contacto con la misma.

La OMS, en su infografía publicada en 2013, Violencia en la mujer, Respuestas del Sector de Salud¹¹, manifiesta el papel que el sector sanitario debe tomar al respecto, siendo fundamental para la lucha contra la VG: sensibilización, investigación y formación, educación, promoción y cobertura integral para las víctimas como los pilares básicos que deben reunir los profesionales sanitarios a la hora de enfrentar este problema de salud pública.

Por todo ello, es pertinente realizar este estudio, con el fin de conocer las habilidades que muestra el personal sanitario en la detección de casos de VG, los conocimientos sobre las diferentes herramientas disponibles, los protocolos a realizar y la formación recibida al respecto, ya que la detección precoz y un buen abordaje contribuirá a reducir sus graves consecuencias hacia la mujer que la padece, sus familiares y descendientes directos.

El **objetivo** de este estudio es analizar los conocimientos y habilidades que muestran los profesionales sanitarios, médicos y enfermeros, que ejercen sus funciones en Atención Primaria y el Servicio de Urgencias Hospitalarias del Área de Salud Oeste de Valladolid.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo transversal (sin intervención) en Atención Primaria y el Servicio de Urgencias del Área Oeste de Valladolid. Dicha Área consta de 16 Zonas Básicas de Salud, de las cuales 7 son Urbanas (Arturo Eyries, Campo Grande, Delicias I y II, Parquesol, Plaza del Ejército y Valladolid Sur) y 9 Rurales (Laguna de Duero, Mayorga, Mota del Marques, Medina de Rioseco, Pisuegra, Tordesillas, Valladolid Rural II, Villafrechos y Villalón de Campos) más el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega (HURH). Los profesionales objeto a estudio son los pertenecientes a la categoría profesional de Médico y Enfermera.

Se lleva a cabo un muestreo incidental entre médicos y enfermeras de Atención Primaria del Área Oeste de Valladolid y Servicio de Urgencias del HURH. Sus efectivos a fecha 31/12/2018 son:

- Atención Primaria: 231 enfermeras y 254 médicos
- Servicio de Urgencias HURH: 60 enfermeras y 36 médicos

Para un nivel de confianza del 95%, y una precisión del 5%, sería necesaria una muestra de 56 enfermeras y 57 médicos en Atención Primaria, y 33 enfermeras y 24 médicos para Urgencias del Hospital Río Hortega.

Como no se consigue llegar a la muestra necesaria en el servicio de Urgencias para las dos categorías ni para la de médico de Atención Primaria, se procede a analizar en conjunto ambas categorías y no disgregar entre Atención Primaria ni Urgencias, para lo cual la muestra necesaria con los mismos criterios que la pretendida anteriormente es de 64 profesionales.

Las variables de estudio son los conocimientos y formación que poseen estos profesionales en materia de VG

Criterios de inclusión del estudio:

- Médicos, enfermeras, médicos de Medicina Familiar y Comunitaria, pediatras, enfermeras, enfermeras especialistas en Familiar y Comunitaria, enfermeras de pediatría y matronas. Residentes en formación de Medicina y Enfermería.

- Estar desarrollando su actividad asistencial por lo menos durante los 6 meses anteriores a la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Profesionales que rehúsen la cumplimentación del cuestionario.
- Los cuestionarios desechados por no pasar las preguntas de control a la hora de su análisis, que en este caso fueron 2.

El instrumento empleado es Versión Española del Cuestionario PREMIS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey) sobre la violencia de compañero íntimo en la pareja, validado para los profesionales de Atención Primaria de Salud en España por Vives Cases et al¹². Dicho cuestionario consta de cinco secciones en las que se detallan:

- 1- **Perfil del participante:** edad, sexo, categoría, tiempo trabajado, lugar de trabajo y volumen de pacientes que atiende a la semana
- 2- **Antecedentes:** formación, en la que se pueden elegir varias opciones a marcar y preparación, con ítems del 1 al 7 que varían desde no conforme (1) y muy conforme (7)
- 3- **Opiniones:** con la misma valoración por ítems que el anterior
- 4- **Práctica clínica:** en la que se puede elegir entre más de una respuesta.
- 5- **Conocimientos:** que consta de 5 preguntas tipo test con múltiples respuestas verdaderas, con opción de seleccionar las que se considere oportuno. Se considera correcta si se marcan todas las opciones correctas en cada pregunta.

El cuestionario es de cumplimentación voluntaria y anónima, y los datos se analizan de forma agregada. Se depositaron los cuestionarios en los centros de objeto a estudio del Área Oeste y se recogieron posteriormente en el lugar predeterminado por cada centro en un plazo de 7-10 días, de forma conjunta, garantizando así el absoluto anonimato de los participantes e interfiriendo lo mínimamente posible en su jornada laboral.

El estudio se lleva a cabo entre los meses de Enero a Mayo del 2019. Se redacta un proyecto (Anexos) para presentarlo al Comité de Ética e Investigación Clínica del

Área Oeste con el fin de obtener el permiso correspondiente para el desarrollo de dicho estudio, obteniendo la resolución en el mes de Marzo (Anexos)

Los datos son codificados, validados y vertidos en una plantilla elaborada Ad hoc, y se obtienen medidas de tendencia central, proporciones y asociaciones entre las variables para un nivel de confianza del 95%. El software utilizado es de uso libre: el PSPP.

RESULTADOS

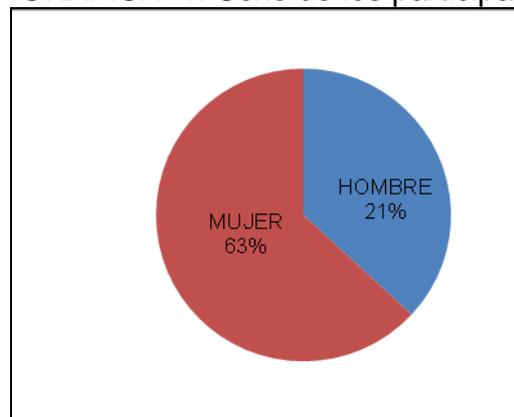
Se entregan 400 cuestionarios en el mes de Marzo repartidos por el área a estudio, haciendo un recuento previo in situ del número de profesionales que trabajan en cada centro visitado con el fin de proveer la cantidad de encuestas necesarias. Tras dejar un plazo de 7-10 días se recogen en total 125 encuestas cumplimentadas, de los cuales 2 son desechados posteriormente en el análisis de datos, por no cumplir las preguntas de control establecidas, obteniendo un total de 123 cuestionarios válidos.

Los participantes son pertenecientes a las categorías profesionales de Médico y Enfermera, trabajadores de Atención Primaria y Urgencias del HURH, mostrando una media de edad aproximada de 49 años (tabla 1) y predominando con alto porcentaje el sexo femenino (gráfica 1)

TABLA 1. Edad de los participantes

Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
26	64	49,62	10,69

GRÁFICA 1. Sexo de los participantes



La mayoría de estos profesionales desempeñan su labor en Atención Primaria rural y urbana, obteniendo una baja participación en el servicio de Urgencias del HURH no llegando a la muestra establecida inicial para poder llevar a cabo una disgregación por categorías y servicios.

La media de años trabajados es de 24,09 años (DT 11,16). Se puede relacionar directamente con la media de edad obtenida y con el hecho de que la tasa de participación sea mayoritariamente de Atención Primaria, puesto que son en los centros de salud donde suelen desempeñar su labor profesionales con más años de experiencia (Tabla 2).

TABLA 2. Distribución de los trabajadores por ámbito.

	Frecuencia	Porcentaje válido
Atención Primaria	98	79,71
Urgencias	25	20,29
Total	123	100,0

Es reseñable que la mayoría de cuestionarios cumplimentados son de la categoría de las enfermeras, obteniendo una baja participación del colectivo médico (62,60% vs 37,40%).

Se identifica una media alta respecto al número de pacientes que atienden a la semana, en las que cerca de un 75 % declaran atender más de 60, lo que nos hace indicar un volumen alto de población inscrita tanto en la zona rural como en la urbana y usuaria de los centros tal y como se muestra en la tabla 3.

TABLA 3. Número de pacientes que atienden cupo de pacientes a la semana

	Frecuencia	Porcentaje válido
No pacientes	1	0,8
Menos de 20	3	2,5
Entre 20-39	8	6,6
Entre 40-59	19	15,6
60 o más	91	74,6
Total	122	100,0

Como antecedentes de la formación de estos profesionales en materia de VG nos encontramos con una media baja de horas dedicadas a la instrucción sobre el tema. El promedio de horas de formación recibidas al respecto es de 22,27 horas (DT 24,61). El 54% de los participantes declaran que la única formación recibida al respecto es haberse leído un protocolo de actuación.

Cuando hablamos de la sensación de seguridad y preparación que sienten estos profesionales en su consulta a la hora de tratar con una paciente con sospecha (o diagnóstico claro) de maltrato por el compañero íntimo, observamos un porcentaje superior al 50% que manifiesta apenas sentirse preparado para el abordaje en puntos claves cómo hacer una valoración de riesgo apropiada sobre el peligro que la paciente corre, ayudarla a crear un plan de huida o simplemente dirigirse a ella con términos correctos y adecuados a la situación que sufre (tabla 4).

TABLA 4. Seguridad percibida para afrontar casos de V.G.

	Opciones de respuesta 1, 2 y 3	Opciones de respuesta 5, 6 y 7	Diferencias p; IC 95%
II.3.a. Hacer preguntas apropiadas sobre VCI	51	21	p<0,000 (0,127;0,364)
II.3.b. Responder apropiadamente cuando una paciente revela abusos	50,4	28,1	p=0,0039 (0,057;0,303)
II.3.c. Identificar indicadores de VCI basándose en la historia clínica y el examen físico	44,7	26,8	p=0,018 (0,029;0,311)
II.3.d. Evaluar la disponibilidad para el cambio de una víctima de VCI	56,7	15,8	p<0,000 (0,286;0,551)
II.3.e. Ayudar a una víctima de VCI a hacer una valoración del riesgo de letalidad que corre	59,0	22,1	p<0,000 (0,237;0,511)
II.3.f. Realizar una evaluación del riesgo de los hijos/as de las víctimas	68	19,7	p<0,000 (0,354;0,616)
II.3.g. Ayudar a la víctima de violencia a crear un plan de seguridad	70,5	11,5	p<0,000 (0,477;0,715)
II.3.h. Documentar la historia de VCI y los hallazgos del examen físico en la historia clínica	50	29,5	p=0,037 (0,069;0,355)
II.3.i. Realizar referencias apropiadas en casos de VCI	62,8	20,7	p<0,000 (0,290;0,559)
II.3.j. Cumplimentar los documentos legales que se requieran para casos de VCI	55,7	31,1	p=0,001 (0,098;0,386)

Lo mismo nos encontramos a la hora de identificar la preparación como profesionales y su papel ante un caso de violencia machista en puntos como

diferenciar las etapas por las que esta víctima puede pasar o reconocer los efectos que ocasionan en los hijos que hayan sido testigos presenciales de violencia (tabla 5), destacando el mismo porcentaje en ambas tablas con un 70% aproximadamente de ser mínimamente capaces a la hora de desarrollar un plan de seguridad para la víctima.

TABLA 5. Preparación respecto a la capacidad de actuación percibida ante casos de V.G.

	Opciones de respuesta 1, 2 y 3	Opciones de respuesta 5, 6 y 7	Diferencias p; IC 95%
II.4a. Sus obligaciones legales con respecto a la notificación en casos de VCI	45,53	31,71	p=0,099 (-0,018;0,229)
II.4b. Signos y síntomas de VCI	43,90	32,52	p=0,129 (-0,025;0,221)
II.4c. Cómo registrar la VCI en la historia clínica	47,97	30,89	p=0,02,8 (0,016;0,268)
II.4d. Recursos para la referencia a víctimas de VCI	61,48	20,49	p<0,000 (0,217;0,455)
II.4e. Relación entre VCI y embarazo	61,79	18,70	p<0,000 (0,233;0,466)
II.4f. Reconocer los efectos en los niños/as de ser testigos de la VCI	63,41	17,89	p<0,000 (0,250;0,482)
II.4g. Qué preguntas hacer para identificar VCI	55,74	22,95	p<0,000 (0,140;0,380)
II.4h. Por qué una víctima puede decidir no revelar la VCI	50,82	29,51	p=0,004 (0,056;0,302)
II.4i. Su papel en la detección de VCI	52,46	28,69	p=0,028 (0,065;0,313)
II.4j. Qué decir y no decir a una paciente que	50,83	24,17	p=0,005

sufre violencia			(0,095;0,339)
II.4k. Determinar el peligro en una paciente que sufre violencia	56,91	19,51	p<0,000 (0,192;0,426)
II.4l. Desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VCI	70,73	10,57	p<0,000 (0,380;0,596)
II.4m. Las etapas por las que las víctimas de VCI pasan para entender y cambiar su situación	64,75	22,13	p<0,000 (0,222;0,461)

Respecto a la habilidad para identificar el perfil del maltratador y de la víctima, los signos que pueden presentar estas mujeres (tanto físicos como psicológicos) a la hora de acudir a la consulta, o los motivos por las que muchas veces soportan una relación violenta llegando a tolerar el maltrato en todas sus formas como algo cotidiano y habitual se valoran con un total de 5 preguntas de opción múltiple dando opción a marcar todos los ítems que se consideren correctos, puesto que hay preguntas en la que las opciones verdaderas son varias, obteniendo los siguientes resultados:

- En la pregunta sobre los maltratadores, se encuentra que un 98% de los profesionales contesta erróneamente a las respuestas verdaderas de error al identificar correctamente al abusador ($p < 0,000$: 0,928 - 1,007).
- A la hora de valorar si se sabe identificar los signos que presenta una paciente que pueda haber sufrido violencia por su pareja, los porcentajes mejoran respecto al anterior, aunque siendo solo un 52% los que señalaron tener la habilidad de identificar los signos correctos lo que deja casi a la otra mitad de los encuestados sin saber reconocer adecuadamente esos signos. Aunque son diferencias sin significación estadística ($p = 0,440$; -0,192 - 0,076), si es relevante.
- Cuando hablamos de las razones por las que una víctima de VCI puede no ser capaz de dejar una relación violenta, los porcentajes de error también son elevados (62,61%), demostrando no ser conocedores de los diferentes motivos que pueden llevar a una mujer a soportar una relación de violencia,

resultando diferencias con significación estadística respecto de los profesionales que acertaron ($p=0,0001$; $0,133 - 0,392$).

- Cuando nos referimos a la forma más apropiada de indagar en la paciente para tratar de identificar si es una posible víctima VG, el porcentaje de profesionales que no responden adecuadamente también es alto, el 57,72%, y el resto responde erróneamente ($p= 0,0043$; $0,060 - 0,326$).
- Finalmente, cuando se exponen determinadas afirmaciones que revelan otros conocimientos sobre el tema, pidiendo que contesten las que consideren más ciertas sobre patrones físicos o psicológicos que se dan en los casos de violencia machista, volvemos a encontrarnos con un margen de error superior a la mitad (53,76%; $p=0,307$; $-0,060 - 0,206$).

Aunque no responde a los objetivos formulados de este trabajo, hay que resaltar datos obtenidos en relación con las actitudes que muestra el personal sanitario de las categorías a estudio en referencia a varios ítems obtenidos en la sección III (correspondiente a opiniones) de la encuesta, valorando el grado de conformidad de estos profesionales ante varios aspectos como indagar en cada nueva paciente la posibilidad de sufrir maltrato por su pareja, la asociación de alcohol u otras sustancias con la posibilidad de padecer VG o la responsabilidad que tienen los profesionales sanitarios en VCI.

Cabe destacar que aunque los profesionales sanitarios encuestados consideran tener la responsabilidad en la detección de casos de VG, reconocen la mayoría no tener las habilidades ni el conocimiento suficiente en la materia, además de no disponer del espacio necesario en su trabajo para el adecuado trato de la víctima.

DISCUSIÓN

La violencia de género produce un deterioro físico y mental devastador de la mujer que la padece, anulándola como persona, conviviendo con el miedo constante, luchando permanentemente con sus sentimientos, aguantando vejaciones de todas las índoles por lo que erróneamente considera el beneficio de sus hijos/as o bien por las creencias inculcadas en la base de su educación llegando así a verse sola en un callejón sin salida.

Los profesionales sanitarios, en muchas ocasiones somos su única opción para revelar por lo que están pasando y no siempre lo va hacer constar de forma abierta, pero si no disponemos de los conocimientos ni de las habilidades necesarias, y no somos conocedores de las herramientas que poseemos para poder ayudar a nuestras pacientes víctimas de maltrato por parte de su pareja, este gran problema será imposible minimizarlo.

Uno de los argumentos que se esgrimía para no detectar este problema en el ámbito sanitario era la falta de tiempo^{1,9}; pero actualmente disponemos de herramientas de cribado sencillas, breves y ágiles que invalidan esa excusa. Es el test de cribado es el Women Abuse Screening Tool (WAST), que se recomienda como apoyo a la entrevista o cuando los profesionales disponen de poco tiempo y/o les cuesta iniciar la entrevista sobre maltrato. Es breve para hacerlo factible en Atención Primaria y es el recomendado como adecuado para este uso. Consta de 2 preguntas de cribado. Si se obtienen 3 o más puntos de los 6 posibles, se considera cribado positivo, que significa mayor probabilidad de que esta persona pueda estar sufriendo maltrato, pero no significa que este confirmado. Para ello hay que formular nuevas preguntas para confirmar o descartar.

En el análisis de datos que aporta este estudio evidenciamos que la formación específica y desde un prisma práctico, sigue siendo una asignatura pendiente en nuestra práctica profesional. Las horas dedicadas a formación específica aportan un resultado bajísimo, se puede afirmar que un poco más de la mitad de los encuestados declaran haberse leído solo un protocolo de seguridad, añadido a la escasa formación que recibimos en nuestro currículo académico, supone el mayor

lastre a la hora de actuar ante un problema de magnitud considerable. Declaran tener dificultades a la hora de registrar las lesiones físicas de un caso de VCI en la historia clínica y cumplimentar debidamente los documentos que sean necesarios. No olvidemos que Castilla y León tiene a disposición del profesional numerosas herramientas en esta materia, que si no se saben utilizar, de poco sirven.

Los encuestados señalan no disponer de los conocimientos necesarios para identificar a una víctima de maltrato ni determinar el peligro que corre, apenas saben actuar en elementos claves como ayudar a crear un plan de seguridad en el caso de que su vida corra peligro. No se sienten seguros para abordar la situación, dirigirse a ella y tratarla de una manera adecuada y cuidadosa ni ser conocedores de las fases que puede estar pasando para actuar en consecuencia y poder cambiar su situación, puesto que cerca de un 65% de los encuestados fueron incapaces de identificar las razones por las que una víctima de VCI le pueda resultar difícil abandonar la relación que la une a su pareja y cerca de un 55% no lograron identificar patrones frecuentes que muestran las mujeres víctimas de VG. También revelan desconocimiento para saber identificar comportamientos que presentan las víctimas tanto si vienen solas o acuden con la pareja acompañada a la consulta y les cuesta identificar el rol de un maltratador, sin olvidar que el 98% de los encuestados, contestaron de manera errónea a la pregunta que trataba de identificar su tipo de perfil, y, que tampoco manifiestan sentirse seguros a la hora de poder identificar el rol de la propia víctima, problema que puede dar como resultado errores fatales.

El problema de la comunicación con la paciente ante una sospecha de maltrato también puede percibirse deteriorado al manifestar no sentirse seguros de cómo preguntarla por la situación apropiadamente, recordando que cerca del 60% de los encuestados contestaron erróneamente ante esta cuestión, lo que puede desembocar en el enmascaramiento de su situación o simplemente pasar desapercibida dando como consecuencia daños que posteriormente será difíciles de reparar.

En cuanto a mostrar empatía con la víctima a pesar del incumplimiento sobre las recomendaciones y consejos indicados por parte del profesional sanitario,

demuestran la voluntad de querer ayudarla y un sentimiento de comprensión aunque no reconozca el abuso. Tampoco la hacen responsable del mismo, con el típico “si no lo denuncias o no lo reconoces, no te podremos ayudar”, algo que también merece ser destacado, puesto que se traduce en una sensibilización con las mujeres que tienen la desgracia de sufrir una situación vejatoria, atroz y peligrosa, pero si les resulta complicado identificar las razones de por qué les cuesta abandonar esa relación perjudicial y dañina. Se podría deducir que muestran empatía con la víctima por la situación tan dura que está atravesando, pero no llegan a identificar del todo los motivos que le pueden llevar a soportar tan penosa situación, muchas veces causa de estereotipos sociales marcados desde la infancia, temor a unas represalias mayores ante la típica frase “si me dejas, te mato”, miedo a la soledad, la situación económica de la que puede depender ella y sus descendientes directos, un sentimiento de culpabilidad infundado o la negación de la situación por amor a su maltratador. Situaciones en las que se podría trabajar con firmeza y de manera contundente si se posee de las cualidades, formación y conocimientos necesarios

No olvidemos que estamos ante un problema declarado como prioritario de salud pública, que la violencia de género azota a miles de mujeres en nuestro país y en el mundo entero, vulnerando los derechos humanos y que es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud actuar de manera holística para prevenir y minimizar de sus drásticas consecuencias.

La participación en el estudio se ha llevado a cabo en un alto porcentaje en los centros de Atención Primaria, tanto rural como urbano, institución básica para trabajar sobre la VG, puesto que se genera una relación profesional-paciente más estrecha, al tener un trato más cotidiano y prolongado en el tiempo, ya que al conocer su situación personal, laboral y familiar facilita el seguimiento de nuestras pacientes, brindándonos la posibilidad de averiguar si se encontraran en una situación de maltrato de manera más incipiente que en otra institución como pudiera ser los Servicios de Urgencias donde resulta más complicado percibir esta situación de manera más precoz, puesto que en numerosas ocasiones, sus visitas a este servicio ocurren cuando ya han sido agredidas físicamente de manera importante tras un largo historial velado de otros tipos de maltrato, donde las lesiones ya no pasan desapercibidas, resultando mucho más difícil negar lo evidente o incluso ya

acuden acompañadas de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado. Es por ello, que debemos aprovechar la situación laboral de la que disponen los trabajadores sanitarios de los centros de Atención Primaria, lugar privilegiado para la detección de manera precoz de la violencia machista, sin olvidarnos ni mucho menos el resto de profesionales que trabajan en otras instituciones, pero si quedar claro la ventaja de la que disponen y que debe ser aprovechada.

Tras la revisión bibliográfica realizada, buscando estudios similares realizados en España, se encuentra un trabajo similar publicado en el año 2017 por Rodríguez Blanes et al¹³. Un estudio transversal llevado a cabo en 15 centros de Atención Primaria de 4 comunidades autónomas diferentes (Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Comunidad de Murcia) con la participación total de 215 profesionales de diferentes categorías, utilizando el mismo cuestionario como herramienta (versión PREMIS) con una participación del 45% de la provincia de Castilla y León aunque no se especifica los centros donde se llevo a cabo en dicha comunidad.

Dicho estudio aporta como resultados que un 60% de los encuestados no se encuentra familiarizado con las políticas de VG ni con los recursos de su centro y un 67% haber realizado en su consulta preguntas relacionadas con la violencia machista a sus pacientes. La media de formación en horas que estos encuestados señalan haber recibido es baja, en torno a un 45% no ha recibido formación en la materia y dicha formación no ser superior a 1 hora. El colectivo más numeroso de participación en este estudio es el médico.

Como conclusión refiere que un porcentaje alto de profesionales pregunta sobre violencia del compañero íntimo en su consulta y que crece esta práctica de manera notable, cuanto más formado y preparado se encuentra el profesional.

Podemos encontrar similitudes en estos estudios en tanto que los profesionales sanitarios no se sienten preparados para el abordaje de los casos de maltrato que se puedan encontrar en su consulta y de la importancia que resulta estar formado y capacitado para la detección y prevención de violencia por el compañero íntimo. Puesto que la mayor participación en este caso es del colectivo médico, puede dar

una imagen, de las carencias de formación recibida de ambos colectivos en conjunto.

Cabe deducir de la importancia en la preparación y formación en esta materia para que los profesionales realicen adecuadamente las practicas necesarias para ofrecer a las pacientes victimas de VG una atención de calidad, detectando precozmente los casos que se pudieran plantear, realizando los trámites necesarios, facilitando las diferentes medidas y recursos disponibles para la mujer maltratada aportando claridad y una salida para ella y para sus hijas e hijos a la lamentable y peligrosa situación en la que se encuentran.

Pero para actuar, es preciso conocer. Y en este tema, los estudios en España sobre si los profesionales sanitarios conocen o no la existencia de los protocolos de actuación ante la sospecha de la V.G., así como hasta qué punto lo conocen y el nivel de conocimientos, vierten información poco tranquilizadora porque alrededor de la mitad de los profesionales dicen no conocer los protocolos en dos estudios publicados en 2012 y 2016. En el estudio realizado por Arredondo-Provecho et al¹⁴, en una muestra de profesionales sanitarios de Atención Primaria de Madrid, el 52% conocen la existencia del protocolo y de estos un 44% conocen su contenido; y Valdés-Sánchez et al¹⁵, realizado con enfermeras de Atención Primaria de la comunidad de Asturias, el 50,0% de las/os enfermeras/os conocen el contenido del protocolo.

Por su parte, en el año 2017, Rodríguez-Blanes et al¹³ al considerar si conocen la existencia del protocolo para la atención sanitaria a mujeres que sufren VCI, de los profesionales sanitarios que trabajan en Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara, un 51,7% conoce su existencia.

Como limitaciones del estudio se destaca la reducida tasa de cumplimentación de cuestionarios (30,75%), lo que puede deberse a la herramienta empleada (cuestionario PREMIS) por la extensión de su contenido, lo que requiere de esfuerzo y tiempo para su realización; y aunque se dejó un plazo de 7-10 para recogerlo, puede causar sobrecarga y abandonarlo a la mitad o en sus páginas finales. Por otra parte al tratarse de un cuestionario validado, ofrece más garantías para medir con precisión los objetivos de estudio.

Tampoco ha sido posible establecer una comparación entre las dos categorías ni los dos servicios elegidos (Urgencias y Atención Primaria), puesto que la participación de médicos no llegaba a la muestra establecida para la desagregación por categorías en Atención Primaria ni en el servicio de Urgencias.

CONCLUSIONES

A pesar del esfuerzo realizado por las administraciones y otras instituciones en los últimos años para abordar el problema de la VG, hay puntos débiles que se deben abordar:

- ✓ Implantar en el currículum pregrado de Ciencias de la Salud el abordaje de la V.G., con lo que se conseguiría sensibilizar al profesional del problema existente desde su formación e integrarlo como su responsabilidad.
- ✓ Ampliar la oferta de talleres de formación para profesionales, en especial en los puntos clave como son Atención Primaria y los Servicios de Urgencias. Proponemos talleres de tres tipos. Uno inicial de sensibilización obligatorio para todos los profesionales de la salud; otros de profundización obligatorio en Atención Primaria y en los servicios de urgencias donde se dote a los profesionales de capacidad de actuación; y el tercero de experto, voluntario para los profesionales de referencia en cada centro sanitario, y que podrían ser formadores en el nivel anterior.
- ✓ Crear la figura de coordinador/responsable/tutor que recaerá en un profesional de cada centro de salud, encargado de velar por el cumplimiento de la formación, utilización adecuada de las herramientas y protocolos disponibles y el asesoramiento del profesional de los casos de VCI que se pudieran presentar en su práctica diaria.

Dotando a los profesionales de la preparación correspondiente para el abordaje de la VG, reforzando sus conocimientos y con el debido apoyo a nivel institucional, se podrá contribuir a prevenir y minimizar sus consecuencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia E, Lila M. El papel de los profesionales de la salud en la detección y prevención de violencia domestica. Revista Clínica Electrónica de Atención Primaria [internet].2003. [Acceso el 14 de abril de 2019]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2007m3n12/rceap_a2007m3n12a5.pdf
2. Páez Cuba Ld. Génesis y Evolución Histórica de la Violencia de Género. Contribuciones a las Ciencias Sociales [Internet].2011. [Acceso el 20 de Marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/11/ldpc.htm>
3. European Union Agency for Fundamental Rights. Encuesta sobre la violencia contra las mujeres en la UE. [Internet]. 2014. [Acceso el 20 de Marzo del 2019]. Disponible en: <https://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey-data-explorer-violence-against-women-survey>
4. Macroencuesta de la violencia contra la mujer 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. 2015. [Acceso el 1 de Abril de 2019]. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
5. Observatorio contra la violencia doméstica y de género. Consejo General del Poder Judicial. [Acceso 15 de Abril del 2019]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/Macroencuestas.htm>
6. Guía de actuación de los profesionales ante la violencia de género. Portal de Salud de Castilla y León. [Acceso el 15 de Marzo de 2019] Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero>
7. Organización Mundial de La Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la

violencia sexual no conyugal en la salud.[Internet].2013. [Acceso el 27 de Marzo de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/

8. Salvador Sánchez, L .Resilience in Violence Against Women. A new approach for health professionals. Journal of Feminist Gender and Women Studies. [Internet]. 2015. [Acceso el 12 de Abril de 2019].Disponible en: <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/416>

9. Fernández Alonso, MC. Compromiso de la atención primaria en Violencia de Género. Atención primaria. Elsevier. [Internet]. 2015. [Acceso el 18 de Abril de 2019]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656715000311?token=5ADD8595C2D0933F2A0D431C3EB5E6D343A8AF717D884A48511C5C371DB506510C7929182F38D8514400582E7F88133C>

10. Rojas Loría K, Gutiérrez Rosado T, Alvarado R, Fernández Sánchez A. Actitud hacia la Violencia de Género de los profesionales de Atención Primaria: Estudio comparativa entre Cataluña y Costa Rica. Atención primaria. Elsevier. [Internet]. 2015. [Acceso el 5 de abril de 2019]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656714003953?token=869574170DB82729DBC3D80A578C62C82D4DD9D2A1BB1FF8178A38A63E0E609E593FD9C971A612CAB568D8782772165F>

11. Organización Mundial de salud. Violence against Women The Health sector Respons. [Internet]. 2013. [Acceso el 24 de abril del 2019]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/NMH_VIP_PVL_13_1/es/

12. Vives Cases C, Torrubiano Domínguez J, Carrasco Portiño M, Espinar Ruiz E, Gil-González D, Goicolea I et al. Validación de la Versión Española del Cuestionario PREMIS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey). Rev. Esp. Salud Pública 2015; 89: 173-90.

13. Vives Cases C, Torrubiano Domínguez J, Carrasco Portiño M, Espinar Ruiz E, Gil-González D, Goicolea I et al. Detección de la Violencia del Compañero Íntimo en Atención Primaria y sus Factores Asociados. *Gac Sanit.*2017;31(5).410-5. . [Acceso el 26 de abril del 2019]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008>

14. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo, Alcalá-Ponce de León, Rivera-Álvarez A, Jiménez-Trujillo, Gallardo-Pino. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2012;86(1). [Acceso el 24 de abril del 2019]. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ProfesionalesDeAtencionPrimariaDeMadridYViolenciaD- 5275286.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-ProfesionalesDeAtencionPrimariaDeMadridYViolenciaD-5275286.pdf)

15. Valdés-Sánchez CA, García-Fernández, Sierra-Díaz. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2016;48(10). [Acceso el 24 de abril del 2019]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-violencia-genero-conocimientos-actitudes-las-S0212656716300385>

ANEXOS

- Proyecto del estudio

- Resolución del permiso concedido.

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CONOCIMIENTO Y DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PERSONAL SANITARIO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA OESTE DE VALLADOLID.

TÍTULO

Conocimiento y detección de casos de violencia de género en el personal sanitario de los servicios de Urgencias y Atención Primaria del Área Oeste de Valladolid.

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Hernández Bruno, Vanessa

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La violencia contra las mujeres en la pareja es la forma más frecuente de Violencia de Género (VG). El reconocimiento de la VG es un problema prioritario de salud, y se justifica por las dramáticas consecuencias que el maltrato tiene en las mujeres que la sufren y en sus hijas e hijos.

La prevalencia real de la violencia contra las mujeres en la pareja es desconocida aunque diferentes estudios a nivel internacional y también en nuestro país, aportan cifras alarmantes. En un estudio europeo realizado en (Study FRA 2014)¹ encuentra que la prevalencia de la VG en mujeres mayores de 15 años oscila entre el 19 y el 52 %. En los países participantes en el estudio y los resultados globales fueron: Austria 20%, Alemania el 35 %, Reino Unido el 44% y España el 22%.

Según la Macroencuesta² realizada en España en 2015 por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, un 12,5% de las mujeres residentes en España en edad de 16 años en adelante, ha sufrido violencia física o sexual por parte de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida, pero en los boletines estadísticos del Observatorio contra la Violencia³ obtenemos cifras mayores.

El abordaje de la VG en los servicios de salud tiene que ver en primer lugar con la protección y el respeto a los derechos de la mujer. Los profesionales sanitarios tienen un papel importante en la detección y atención a las víctimas de la violencia, especialmente la atención primaria, su labor es primordial en la detección por su cercanía a las mujeres y a las familias. En este sentido, la OMS (2013) recomienda la inclusión sistemática de la VG en la formación de los y las profesionales sanitarios⁴. Lo considera esencial para ser capaces de responder adecuadamente a las necesidades de las víctimas y sus hijos e hijas, y para asegurar el mejor tratamiento posible.

En 2006 el Ministerio de Sanidad incorpora a la cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud la detección y atención a la VG, publicando un año después el Protocolo Común de actuación Sanitaria ante la VG.

En Castilla y León hay un claro compromiso institucional en la lucha contra la VG, y son muchas las acciones emprendidas desde Ley 13/2010 contra la Violencia de Género de Castilla y León hasta nuestros días. En esta línea destacamos el establecimiento de la Cartera de Servicios de Atención a la Violencia de Género, la Guía asistencial en Violencia de Género en Castilla y León (Medora), el Protocolo marco de actuación profesional para casos de Violencia de Género o el Protocolo de actuación de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado ante la Violencia de Género. Además, se integra la información en un sitio web disponible para los profesionales⁵.

Pero uno de los primeros pasos para intervenir, pues sin él el resto carece de sentido, es conocer y sensibilizar ante este problema, así como destacar el papel preponderante de los profesionales sanitarios en su detección precoz. Este criterio es el que me anima a realizar este estudio que, por otra parte, conformará el Trabajo Fin de Grado que he de realizar como última asignatura de mis estudios de Grado en Enfermería.

Referencias:

1. Disponible en:
<https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>

2. Disponible en:

http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

3. Disponible en:

<http://observatorioviolencia.org/>

4. Disponible en:

https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/

5. Disponible en:

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero>

OBJETIVO (PRINCIPAL/SECUNDARIOS)

El objetivo general es analizar los conocimientos y la percepción de la capacidad de actuación de médicos y enfermeras ante la sospecha de VG en los pacientes.

DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo y transversal (sin intervención) que se realizará entre los profesionales médicos y de enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega y Centros de Atención Primaria del Área Oeste de Valladolid.

Se llevará a cabo un muestreo incidental entre médicos y enfermeras Atención Primaria del Área Oeste de Valladolid. Sus efectivos a fecha 31/12/2018 son de 231 enfermeras y 254 médicos. Para un nivel de confianza del 95%, y una precisión del 5%, sería necesaria una muestra de 56 enfermeras y 57 médicos.

Entre los profesionales del servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega, con los mismos niveles de exigencia que en el caso anterior, de los 60 profesionales de enfermería, la muestra necesaria es de 33, y de los 36 médicos, la muestra representativa estaría conformada por 24 efectivos.

Los criterios de inclusión serán:

- Médicos de Medicina Familiar y Comunitaria, pediatras, enfermeras, enfermeras especialistas en Familiar y Comunitaria, enfermeras de pediatría y matronas. Residentes en formación.
- Estar desarrollando su actividad asistencial de en Atención Primaria por lo menos durante los 6 meses anteriores a la encuesta.

Los criterios de exclusión serán:

- Profesionales que rehúsen la cumplimentación del cuestionario.

El instrumento empleado será **Versión Española del Cuestionario PREMIS** (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey) sobre la violencia de compañero íntimo en la práctica, validado para los profesionales de Atención Primaria de Salud en España por Vives Cases et al ⁶.

El cuestionario será de cumplimentación voluntaria y anónima, y los datos se analizarán de forma agregada. Se depositarán los cuestionarios en los centros de objeto a estudio del área Oeste, recogidos posteriormente en el lugar predeterminado por cada centro en un plazo de 7-10 días, de forma conjunta, garantizando así el absoluto anonimato de los participantes e interfiriendo lo mínimamente posible en su jornada laboral.

Las variables serán: Edad. Sexo. Profesión. Tiempo experiencia profesional. Número de pacientes que atiende a la semana, que serán variables independientes; y las dimensiones del PREMIS, que son las variables dependientes.

Los datos serán codificados, validados y vertidos en una plantilla elaborada adhoc, y se obtendrán medidas de tendencia central, proporciones, correlaciones y asociaciones entre las variables, que de permitirse, terminarán con un análisis de regresión logística. El software utilizado será de uso libre: el PSPP.

- Versión Española del Cuestionario PREMIS:

6.Vives Cases Carmen, Torrubiano Domínguez Jordi, Carrasco Portiño Mercedes, Espinar-Ruiz Eva, Gil-González Diana, Goicolea Isabel. Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2015 Abr [citado 2019 Ene 12]; 89 (2): 173-190. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000200006&lng=es)

[57272015000200006&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000200006](http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000200006)

CRONOGRAMA

	Dic-2018	Ene-2019	Feb-2019	Mar-2019	Abr-2019	May-19	Jun-19
Elaboración del proyecto y solicitud de autorización							
Revisión bibliográfica 1ª							
Elaboración instrumentos							
Trabajo de campo-obtención de datos							
Clasificación y vertido de datos							
Análisis de datos							
Revisión bibliográfica 2ª							
Redacción del estudio							
Presentación / defensa del estudio							

FINANCIACIÓN

No se han previsto fuentes de financiación.

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)

Dña. ROSA M^a CONDE VICENTE, Secretario Técnico del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Área de Salud Valladolid Oeste

CERTIFICA:

Que este Comité ha tenido conocimiento del Proyecto de Investigación, Trabajo Fin de Grado (TFG), titulado: “**Conocimiento y detección de casos de violencia de género en el personal sanitario de los servicios de URG y AP de Valladolid Oeste**”, Ref. CEIm: PI008-19, Protocolo versión 1.0, y considera que:

Una vez evaluados los aspectos éticos del mismo, acuerda que no hay inconveniente alguno para su realización, por lo que emite **INFORME FAVORABLE**.

Este Proyecto de Investigación será realizado por el alumno **D^a. Vanessa Hernández Bruno**, siendo su tutora en el Hospital Universitario Río Hortega, **D^a. Rosa González Bañuelos**.

Lo que firmo en Valladolid, a 04 de Marzo de 2019

ROSAMARIA	Firmadodigitalmente
CONDE	porROSAMARIA
VICENTE-DNI	CONDEVICENTE-DNI
09296839D	09296839D
	Fecha:2019.03.05
	10:32:35+01'00'

Fdo. Dña. Rosa M^a Conde Vicente
Secretario Técnico CEIm

