



**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

## **Trabajo Fin de Grado**

**Estudio observacional sobre el conocimiento en protocolos de violencia de género en profesionales de enfermería de servicios de urgencias de Soria.**

Natalia García Moreno

Tutelado por: Ana M<sup>a</sup> Fernández Araque

Soria, Curso Académico 2023/24

25 de mayo de 2024



## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** La violencia de género es un problema social y de salud, sus víctimas acuden frecuentemente a los servicios de urgencias donde se debe poner en marcha el protocolo de actuación, amparado por la ley. En Castilla y León la actuación está dirigida a los tres ejes de intervención.

**OBJETIVO.** Determinar los conocimientos de las enfermeras de la Unidad de Urgencias Hospitalarias y Puntos de Atención Continuada en Atención Primaria sobre la existencia y utilización del protocolo de actuación sanitaria ante la Violencia de Género.

**METODOLOGÍA.** Estudio observacional descriptivo a través de una encuesta anónima a los profesionales de enfermería del servicio de Urgencias Hospitalarias y PAC de Soria, tras la solicitud de los permisos necesarios. La variable de estudio es si conocen el protocolo de actuación ante la violencia de género, que se ha analizado como dependiente con el programa estadístico SPSS 29.

**RESULTADOS.** Hay un 26,51% de respuestas, con un 84,8% de presencia femenina. En cuanto a las preguntas de formación destaca un bajo nivel de conocimiento sobre el protocolo. Existe un consenso en que esto es un problema frecuente y que las víctimas a menudo pasan desapercibidas. Se ha encontrado una relación significativa entre el conocimiento del protocolo y la detección de casos. Las actitudes y opiniones reflejan que se trata de un problema importante que compete a todos, y los principales obstáculos para su detección son la falta de formación y el escaso tiempo disponible en la consulta.

**CONCLUSIONES.** Hay que proporcionar recursos y formación a los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias para acabar con la infra detección de la violencia de género.

Palabras clave: violencia de género, urgencias, protocolo y enfermería.

## **GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS**

<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>CEAS</b>	Centros de Acción Social
<b>CEM</b>	Centro de Emergencias
<b>ERES</b>	Escucha activa, Reconocimiento de su vivencia, Evaluación de riesgos y Servicios de apoyo
<b>Et al.</b>	Y otros autores
<b>ETS</b>	Enfermedades de Transmisión Sexual
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>ONU</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PAC</b>	Puntos de Atención Continuada
<b>Sacyl</b>	Sanidad de Castilla y León
<b>SANE</b>	Sexual Assault Nurse Examiner (Enfermera Examinadora de Agresiones Sexuales)
<b>SART</b>	Sexual Assault Reponse Team (Equipo de Respuesta a Agresiones Sexuales)
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>VG</b>	Violencia de Género
<b>WAST</b>	Women Abuse Screening Tool (Herramienta de Detección de Maltrato en Mujeres)

## ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN .....	1
1.1 Marco legislativo nacional .....	2
1.2. Epidemiología/datos .....	3
1.3. Servicios sanitarios en atención a la violencia de género.....	3
1.3.1.Importancia de la actuación de los servicios de urgencias en la atención a mujeres víctimas o con sospecha de violencia de género. ....	3
1.3.2. Ejes de intervenciones sanitarias en Violencia de Género.....	4
2.JUSTIFICACIÓN .....	7
3.OBJETIVOS .....	7
4.METODOLOGIA.....	8
4.1 Diseño del estudio .....	8
4.2 Sujetos de estudio .....	8
4.3 Variables .....	9
4.4 Procedimiento de recogida de datos.....	9
4.5 Análisis de datos.....	9
4.6 Limitaciones del estudio .....	10
5.RESULTADOS.....	11
6.DISCUSIÓN.....	14
7.CONCLUSIÓN.....	16
8.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17
9.ANEXOS.....	I

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 .....	12
Figura 2 .....	12
Figura 3 .....	X
Figura 4 .....	X

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	XI
Tabla 2.....	XII
Tabla 3.....	XIII

# 1. INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) representa en la sociedad actual un problema de salud pública de gran magnitud y elevada repercusión, constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres. Su erradicación es considerada prioridad internacional por parte de los servicios sanitarios.

Es definida por la Organización de la Naciones Unidas (ONU) (1,2) como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*.

Al tratarse de un tipo de violencia estructural representa un problema complejo y multifactorial, sus manifestaciones son múltiples, desde las más sencillas de identificar hasta las más enmascaradas. Engloba diversos tipos de violencia, aunque generalmente suelen coexistir (3):

- **Violencia física:** cualquier acto que pueda infligir lesiones en el cuerpo de forma intencionada, como golpes, quemaduras, fracturas, negación de las necesidades básicas como la asistencia médica, secuelas o discapacidades secundarias.
- **Violencia psicológica:** toda acción que atenta contra la integridad emocional y la dignidad. Insultos, humillaciones, chantajes, acoso, control del movimiento, manipulación emocional y amenazas, pudiendo acabar en trastornos de pánico, fobias, depresión, ansiedad, incluso ideaciones suicidas.
- **Violencia social:** aislamiento social y familiar, prohibición de contactos, estigmatización, desprecio a cuerpo y persona, etc.
- **Violencia económica y patrimonial:** control de dinero y propiedades que afectan a la economía y subsistencia, mediante limitaciones de control de ingresos, restricciones, negación injustificada para obtener recursos económicos o para recibir la pensión establecida.
- **Violencia sexual:** cualquier suceso que atente contra la libertad sexual, imposición de una relación o práctica sexual mediante la fuerza o por presión, agresiones, abusos, violaciones, explotación sexual.

La violencia sexual es una de las manifestaciones más graves y sus consecuencias son las más devastadoras y severas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (4,5) la define como “todo acto sexual o tentativa de consumir un acto sexual sin el consentimiento de la persona, también puede darse a través de comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para

comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

Aparte de todas las consecuencias que puede conllevar en los ámbitos de la vida de la víctima, lesiones físicas traumáticas, dolores y problemas crónicos de salud, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, pérdida de la autonomía sexual, abuso de sustancias, etc. Supone también importantes costes económicos, de justicia, de vivienda, sociales y sanitarios, entre otros (6).

Es vital la actuación en prevención y educación como instrumento de cambio social, ya que cada vez se denuncian más casos, pero sigue invisibilizado socialmente.

### **1.1 Marco legislativo nacional**

Respecto a la parte legislativa en España, el 28 de diciembre se publicó la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, donde se decretaron medidas de sensibilización, prevención y detección en diversos ámbitos, entre ellos el educativo y el sanitario (7). También hace referencia a los derechos de las mujeres víctimas, asistencia social integral, asistencia jurídica gratuita, ayudas sociales, etc.

A continuación, la Ley Orgánica 3/2007 del 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres en la que destaca la prevención de conductas discriminatorias y la implementación de políticas públicas activas para alcanzar el principio de igualdad (8).

Por último, la Ley Orgánica 10/2022, del 6 de septiembre de garantía integral de la libertad sexual que, no solo reforma el ámbito penal con la ampliación de la protección legal a las víctimas, al considerar a todas las conductas que atentan contra la libertad sexual sin consentimiento como agresiones sexuales. Sino que también implementa la promoción de protocolos para evitar casos de acoso sexual en el ambiente laboral y favorece una cultura de valores que respeten la libertad sexual (9).

Concretamente, en Castilla y León, se publicó la Ley Orgánica 13/2010, del 9 de diciembre, contra la violencia de género en Castilla y León. Recoge las competencias específicas a la Comunidad Autónoma (10), disposiciones de sensibilización, investigación, prevención y atención integral, la estructura de la red de atención a las mujeres víctimas en la comunidad, además de los centros, servicios y otros recursos disponibles. Mencionando también los casos de mujeres especialmente vulnerables, las ayudas para los hijos e hijas huérfanos

de víctimas, las medidas de seguridad, coordinación y los órganos autonómicos que lo llevan a cabo.

## **1.2. Epidemiología/datos**

La Macroencuesta de violencia contra la mujer realizada en 2019 por el Ministerio de Igualdad expone que un 57,3% de las mujeres encuestadas confirma haber sido víctima de algún tipo de violencia física, sexual o acoso sexual (11, 12). Afirma que del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, 2.802.914, el 13,7%, han sufrido violencia sexual a lo largo de su vida y 453.371, el 2,2%, han sufrido alguna violación (12). Estos datos van empeorando progresivamente ya que, según el Instituto Nacional de Estadística (13), INE, el número de mujeres víctimas de VG aumentó un 8,3% en el año 2022, hasta alcanzar el número de 32.644 víctimas. En 2023 el número de víctimas mortales por VG asciende a 58 mujeres (Anexo 1) (14) y en lo que llevamos de 2024 ya son siete las féminas asesinadas (Anexo 2) (15), dejando en muchos casos menores huérfanos (12).

## **1.3. Servicios sanitarios en atención a la violencia de género.**

Las víctimas de VG asisten con mayor frecuencia a los servicios de salud (16), según diversos autores (17, 18) la probabilidad es tres veces superior a la de la población general. Esto unido a los datos recogidos en un estudio a nivel mundial que calculaba que el coste económico directo de atención a la salud relacionado con la VG alcanza al menos el 5% del producto interior bruto, cantidad que supera el doble de lo que la mayoría de los países gastan en educación primaria (3), reflejan la importancia de los servicios sanitarios, tanto en la detección como en la atención a las víctimas de VG. Asimismo, el informe “Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres” (19), indica que las mujeres en quienes más confían a la hora de revelar esta situación, es en el personal sanitario.

### **1.3.1. Importancia de la actuación de los servicios de urgencias en la atención a mujeres víctimas o con sospecha de violencia de género.**

Del mismo modo que destaca la importancia de los servicios de salud para el abordaje de este problema, hay que recalcar la relevancia de los servicios de urgencias. Diversos estudios (20, 21) coinciden en que la mitad de las mujeres que acuden a los servicios de urgencias por patología leve o no traumática, podrían estar sometidas a malos tratos. Por ello, es de vital importancia la aplicación en estas unidades de los protocolos de actuación, mayoritariamente

van a tratarse de los primeros puntos de contacto de las víctimas con el sistema sanitario al tratarse de los más accesibles.

En el año 2012, se desarrolló un “Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género” publicado en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. Que orienta las actuaciones sanitarias a lo largo de todo el proceso, con los criterios de seguimiento y acompañamiento, la atención inter y multidisciplinar de los profesionales o la coordinación con otros sectores. El objetivo que buscaba era la implantación de una pauta de actuación estandarizada y uniforme para el Sistema Nacional de Salud (SNS) (1). Previamente, en el año 2006, el Ministerio de Sanidad incorporaba a la Cartera de Servicios del SNS la detección y atención a la VG y en el 2007, el Protocolo Común de actuación sanitaria ante la VG (3).

Adicionalmente, cada Comunidad Autónoma dispone de un protocolo específico, agrupados en la siguiente tabla aludiendo cada año de publicación (Anexo 3) (22).

Específicamente, Castilla y León incorporó en el año 2008 a su Cartera de Servicios las pautas publicadas por el Ministerio, y en el 2010 se publica la guía de Atención Sanitaria ante la violencia contra las mujeres de Sacyl (Sanidad de Castilla y León). Actualizada en 2019 (3) y apoyada en 2020 con la publicación del proceso de atención integrada ante las agresiones sexuales (23).

### **1.3.2. Ejes de intervenciones sanitarias en Violencia de Género.**

Hasta hace relativamente poco tiempo la actuación de los servicios sanitarios de Castilla y León con relación a la VG ha estado dirigida principalmente a la atención tras el diagnóstico. La respuesta de los profesionales sanitarios debe incluir la detección precoz, la atención y el seguimiento. Actuaciones en las que la Atención Primaria (AP), desde su posición privilegiada en el sistema, puede tener un papel fundamental y más aún la atención de urgencias en ella durante las veinticuatro horas, además de las urgencias hospitalarias.

Sin embargo, entre las principales dificultades encontradas en la atención a las mujeres víctimas de VG cabe destacar la insuficiente detección y la falta de coordinación entre las diferentes organizaciones implicadas (24).

Es por ello que, actualmente, se debe sustentar en los tres ejes de intervención, como son la prevención primaria, secundaria y terciaria.

- PRIMARIA: busca evitar la aparición del problema de salud, en este caso disminuir la incidencia de esta violencia desde la prevención de las causas. Se trata de un reto social al tratarse la VG de un problema complejo y multifactorial, se deberán crear líneas de intervención diversas para abordar el

cambio estructural que ha permitido la aparición de esta desigualdad. Es una intervención muy limitada ya que debe afectar a toda la estructura social y contar con el apoyo de gobiernos e instituciones. Las actuaciones más eficaces son la educación para la salud, la identificación de personas en riesgo de sufrir malos tratos o de infringirlos y de las situaciones que puedan aumentar el riesgo y la vulnerabilidad.

- **SECUNDARIA:** pretende una detección precoz del problema, rol más específico de los sanitarios, sobre todo en AP. Debido a las facilidades con las que se cuenta desde la posición estratégica de los profesionales, la accesibilidad y las diversas vías de contacto, la atención integral al paciente y la sólida relación de confianza que se crea con la persona. Siempre con el objetivo de reducir la infra detección ya que, de la gran proporción de casos de maltrato, solo se llega al diagnóstico de unos pocos (25). Para ello se incita al personal de la salud a ser capaz de reconocer los distintos signos y señales del maltrato (Anexo 4), además en Castilla y León se ha incluido en la Cartera de Servicios de AP, la pregunta sistemática a las mayores de 14 años que acudan a la consulta sobre la posibilidad de estar viviendo una situación de malos tratos. Sobre las herramientas de cribado, se sugieren un conjunto de preguntas facilitadoras (Anexo 5) para favorecer la realización de la entrevista clínica, se proponen varias normas para impulsar la detección, como asegurar la confidencialidad estando a solas con la mujer, recordar que no es culpable de la violencia sufrida y que nunca es algo justificado, mantener una actitud empática, no emitir juicios, etc (3). Asimismo, existen test de cribado basados en preguntas directas de corta duración válidos para los casos de violencia en mujeres con pareja actual. El propuesto es el cuestionario Women Abuse Screening Tool (WAST), que puede tratarse de la versión corta (Anexo 6) con dos preguntas de cribado (26) o del largo, más recomendado, al que se le añaden seis cuestiones (Anexo 7). Si el cribado es positivo expresa mayor posibilidad de sufrirlo, pero es necesario realizar la confirmación diagnóstica.

- **TERCIARIA:** enfocada en minimizar las complicaciones tras el diagnóstico, controlando el proceso. Existen múltiples guías de acción y protocolos, en cualquier caso, es primordial que los trabajadores de la salud conozcan la intervención mínima sistematizada con el acrónimo “ERES”. Aborda: “Escucha Activa” mediante una actitud cercana, condiciones de intimidad y confidencialidad. “Reconocimiento de su vivencia” partiendo de una buena acogida de sus emociones ya que puede tratarse de la única oportunidad de ayuda existente. “Evaluación de Riesgos” con ayuda del Protocolo de Valoración del Riesgo de Violencia contra la mujer por parte de su pareja o expareja (RVD-BCN) (Anexo 8) que puede ir desde peligro extremo por gravedad, alto riesgo de suicidio, peligro extremo de homicidio, bajo riesgo hasta sospecha con negación de la mujer (27). Y los “Servicios de Apoyo” como psiquiatría, la policía, trabajadora social, etc. (Anexo 9). Cabe mencionar la actuación especial si se

trata de una agresión sexual, de haber llegado al centro de salud se omitirán exploraciones innecesarias, esto tendrá lugar en el hospital. Se advertirá de la importancia de no ducharse, orinar o cambiarse de ropa hasta que se lleve a cabo la recogida de muestras.

Tras esto, si el riesgo es bajo o para realizar una valoración más profunda, es de vital importancia buscar el apoyo de los profesionales de AP para lograr una atención integral y continuada, valorando también las actuaciones con los hijos e hijas, si existieran, y el trabajador social le derivará a su Centro de Acción Social (CEAS).

En cambio, si se trata de un caso con riesgo alto, los profesionales sanitarios deberán ponerse en contacto con los centros de emergencia (CEM) de la Red de atención a víctimas de VG. En Castilla y León hay tres gestionados por Cruz Roja. Aparte de la derivación a los Servicios Sociales, hay situaciones en las que hay que contactar con otros servicios, las fuerzas de seguridad si se requiere protección, asociaciones de mujeres para apoyo, etc. Las vías de coordinación interinstitucional requieren de un conocimiento de estas, así como de su acceso para consulta en caso necesario (3).

Además de registrar todo en la historia clínica por si resulta útil para la víctima posteriormente, en Castilla y León se utiliza la historia clínica informatizada en AP, "MEDORA" que cuenta con una Guía Clínica Asistencial para la VG. Respecto al parte de lesiones, se debe informar siempre a la víctima de la obligatoriedad legal de emitirlo, sin ponerle en riesgo (3). Debe constar una descripción detallada de las lesiones, valorar estado emocional, pronóstico supuesto, tratamiento y exploraciones realizadas. No es obligatoria su realización en el modelo oficial, puede llevarse a cabo en cualquier papel firmado con el número de colegiado. Si se considera una situación de peligro extremo se debe hacer un parte judicial en el que quede constancia la sospecha y la negación o no de la paciente, si el riesgo es más bajo y la víctima pide expresamente que no se revele al juzgado supone un conflicto ético para el profesional pudiendo respetar el principio de autonomía de la mujer y el compromiso de confidencialidad o el principio de no maleficencia queriendo evitar un mal mayor para ella.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Las Unidades de Urgencias Hospitalarias y Extrahospitalarias son unos mecanismos sanitarios privilegiados y muy accesibles a los que las mujeres víctimas de VG pueden acudir fácilmente (17). A pesar de ello, no se declaran muchos casos detectados a través de estos servicios (25), las causas pueden ser muy amplias, desde el desconocimiento de los signos de alarma, falta de formación o presión asistencial hasta mitos y prejuicios de este tipo de violencia por parte de los profesionales. No intervenir como trabajadores sanitarios es permitir que la violencia continúe, pudiendo conllevar a un problema de salud mayor.

## **3. OBJETIVOS**

General:

Determinar el conocimiento de las enfermeras de la Unidad de Urgencias Hospitalarias y Puntos de Atención Continuada en Atención Primaria sobre la existencia y utilización del protocolo de actuación sanitaria ante la Violencia de Género.

Específicos:

- Obtener información útil de la formación de los profesionales de enfermería en la implicación e intervención de los procesos de atención ante la Violencia de Género.
- Identificar las barreras actitudinales y opiniones, así como las posibles acciones de mejora para la aplicación efectiva de los protocolos en las Urgencias Hospitalarias y Extrahospitalarias.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Diseño del estudio**

Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo en el Servicio Hospitalario de Urgencias y Puntos de Atención Continuada (PAC) de urgencias de AP de la provincia de Soria. Esta cuenta con una Unidad de Urgencias Hospitalarias ubicada en el Hospital Universitario de Santa Bárbara y un PAC de urgencias que engloba a los usuarios de los centros de salud urbanos Soria Norte, Soria Sur y Soria Rural. Además, existen once zonas básicas de salud más, todas ellas rurales, con al menos un PAC cada una y dos zonas que, por su ubicación geográfica, cuentan con dos PAC. El estudio se ha llevado a cabo en el Complejo Universitario Asistencial de Soria, en ocho PAC de la zona rural y en el único de la capital, y en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.

El estudio está enfocado en observar y registrar el conocimiento de los profesionales de enfermería que prestan atención en estos servicios. El proyecto se ha llevado a cabo durante los meses de febrero a mayo de 2024.

### **4.2 Sujetos de estudio**

El estudio se realizó en el Complejo Universitario Asistencial de Soria, en PAC de la zona rural y urbana y en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.

La población diana ha sido el conjunto de profesionales de enfermería que estaban desarrollando la prestación de servicios en estos puntos en el momento del estudio. La muestra idónea es el total de enfermeros que trabajan en el Servicio de Urgencias hospitalarias, 24 profesionales y, al menos, una muestra significativa de los que prestan servicios en PAC, 126 enfermeros, en total hay 166 enfermeros en AP, pero no todos prestan servicios de Atención Continuada. Estos datos se obtienen preguntando directamente a la supervisora de la Unidad y a la Directora de Enfermería en AP. Considerando que los índices de respuesta válidos en las encuestas oscilan entre el 20 y 30%, el porcentaje idóneo de respuesta estimado para el presente estudio ha sido de un mínimo de 25%.

Se lleva a cabo un muestreo incidental de profesionales de enfermería de AP y Unidad de Urgencias Hospitalarias. Para un nivel de confianza del 95%, y una precisión del 5%, sería necesaria una muestra de 24 enfermeras en la unidad de urgencias, el total de población y en AP una muestra ajustada a las pérdidas de 52 profesionales.

Los criterios de inclusión fueron profesionales de enfermería que trabajaran en la Unidad de Urgencias Hospitalarias y los de AP de PAC. No se establecen criterios de exclusión, pero sí se tienen en cuenta las pérdidas de aquellos que se niegan a contestar las preguntas.

### **4.3 Variables**

Dentro del conjunto de variables a estudiar se pueden agrupar en categorías, variables sociodemográficas, de conocimiento y de opinión. Las sociodemográficas que se han recogido son la edad, identidad de género, estado civil y centro de trabajo. Para la realización del estudio de investigación se empleó la variable dicotómica de conocimiento “¿Conoce el protocolo de actuación para la atención sanitaria a estas pacientes?” como dependiente al resto.

### **4.4 Procedimiento de recogida de datos**

Para la consecución de este proyecto se utilizó una encuesta anónima seleccionada mediante una adaptación del cuestionario diseñado por Sindones Castillo et al. (28, 29), elaborado según la literatura científica y el consenso entre profesionales. Consta de 20 preguntas que abarcan los siguientes dominios:

- Grado de formación y conocimiento: trece ítems.
- Barreras actitudinales y opiniones: siete ítems.

Además, se han recogido un conjunto de variables sociodemográficas: edad, identidad de género, estado civil y centro de trabajo.

Tras obtener las autorizaciones de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (Anexo 10) y de la Unidad de Investigación del Área de Salud de Soria (Anexo 11), e informando a los Directores de Enfermería de Atención Hospitalaria y AP. Se distribuyeron telemáticamente los cuestionarios a todo el equipo enfermero de la Unidad de Urgencias del Hospital Santa Bárbara y a las respectivas Unidades de Atención Continuada de la provincia a través de la dirección de AP y la supervisora de Urgencias. Con las que se contactó previamente para la explicación del objetivo del estudio y el envío del cuestionario para que lo transmitieran a todo el servicio. Tras esta primera toma de contacto, se llamó telefónicamente a cada centro de salud, tanto urbano como rural, para animar a completar el cuestionario.

### **4.5 Análisis de datos**

Para el análisis de datos se utiliza el programa estadístico SPSS. Se realizó un análisis descriptivo, utilizando porcentajes para las variables que eran todas cualitativas. Para el estudio entre variables se utilizó el test de Chi cuadrado, en aquellas de respuesta múltiple, y el de Fisher, para las dicotómicas. Principalmente se analizó la relación de la variable dependiente del estudio “¿Conoce el protocolo de actuación para la atención sanitaria a estas pacientes?” con todas las demás. Considerando estadísticamente significativo los valores de

$p < 0,05$ . Aquellos ítems, cuyo valor estadístico ha sido insuficiente por el escaso número de respuestas en determinadas opciones, se ha desestimado. Esto ha tenido lugar en las seis cuestiones cuya respuesta se ha ampliado a respuesta abierta para que aquellos profesionales que quisieran aportar más información tuvieran la posibilidad.

Como el número de sujetos participantes en cada PAC no es elevado y la muestra es justa, se procede a analizar en conjunto todos los profesionales de los distintos PAC de la provincia y de Soria, no disgregando entre PAC.

#### **4.6 Limitaciones del estudio**

Como limitaciones del estudio cabe mencionar la falta de participación de algunos profesionales que queda reflejado en la baja tasa de respuesta obtenida en los PAC, además del ámbito reducido que abarca la investigación, ya que su desarrollo se ha llevado a cabo de forma exclusiva en la provincia de Soria y en un periodo de tiempo más corto del deseado desde la obtención de los permisos hasta la fecha límite de realización del trabajo. Un incremento del tamaño de la muestra puede favorecer la detección de relaciones significativas entre variables.

Del mismo modo que la interpretación de los datos puede verse afectada por la subjetividad del investigador al presentar los resultados. E incluso los encuestados pueden haber dado respuestas socialmente aceptadas por la sensibilidad social del tema, a pesar de la confidencialidad con el tratamiento de los datos. Por lo que la validez y la confiabilidad de los datos recopilados puede influir en la precisión de los resultados.

## 5. RESULTADOS

La tasa de respuestas, calculada sobre el total de profesionales de enfermería esperados, es dispar según el centro de trabajo. En cuanto al Servicio de Urgencias del Hospital, de 24 profesionales enfermeros en plantilla, se ha recibido un 91,7% de respuestas. En cambio, en los centros de Atención Continuada, partiendo de un total de 166 enfermeros y teniendo en cuenta que el número de profesionales que realiza servicios de Atención Continuada es menor, se ha obtenido un total de 26,51% de respuestas.

La muestra ha estado repartida equitativamente por los diversos rangos de edad preestablecidos, con una notable mayoría de presencia femenina (84,8%).

Como se observa en la Tabla 1, la proporción de profesionales que asegura conocer el protocolo es semejante. Variables como edad ( $p=0,499$ ), identidad de género ( $p=0,728$ ), estado civil ( $p=0,741$ ) o centro de trabajo ( $p=0,794$ ), no muestran significación estadística alguna con conocer o no el protocolo sobre VG.

Tras mencionar los resultados más significativos sobre las variables sociodemográficas, entran las de conocimiento (Tabla 2). El 60,6% de los profesionales que respondieron el cuestionario desconoce el protocolo de actuación sanitario ante este tipo de pacientes, el 80,3% tampoco conoce la Ley y las obligaciones legales ante la sospecha de VG. Sin embargo, un 59,1% considera poseer los conocimientos necesarios para detectar un caso, tanto por su formación (16,7%), su experiencia (16,7%) o por ambas razones (25,8%). Respecto a los profesionales que han indicado el protocolo que conocen, la gran mayoría menciona el Protocolo Sacyl, alguno refiere avisar a las fuerzas del Estado, otro profesional redacta lo siguiente: "Recepción de la víctima con nivel 2 de triaje, acompañamiento al box, valorar nivel de urgencia vital, toma de constantes, valorar lesiones, toma de muestras, administración de tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS), valoración por ginecología y forense de forma simultánea, interconsulta con psiquiatría y medicina interna.", etc.

La gran mayoría concuerda que en nuestra sociedad se trata de un problema muy frecuente (40,9%) o bastante frecuente (53%), frente a un 6,1% que lo considera de poca frecuencia. Un 95,5% de los sanitarios coincide en la creencia de que estas pacientes pasan desapercibidas frente a un 4,5% que consideran que comunicarían su situación. Una gran minoría (3,3%) asocia esta violencia a las clases sociales altas en lugar de a las bajas (42,4%) o a ambas por igual (54,5%). Tan solo el 6,1% afirma saber de la existencia de países en los que existen equipos multidisciplinares de atención a agresiones sexuales,

donde destaca el papel de una enfermera que brinda una correcta atención a las víctimas y recoge adecuadamente las muestras forenses.

El 80% del total de profesionales de enfermería que desconocen el protocolo afirman no haber detectado casos de VG ( $p=0,003$ ).

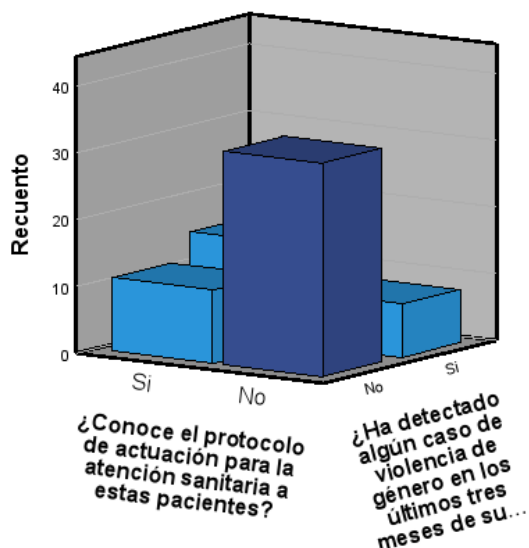


Figura 1. Comparación entre conocimiento del protocolo con haber detectado casos de VG. Fuente: elaboración propia.

Conocer el protocolo influye en el grado de conocimiento ( $p= 0,021$ ) ya que únicamente el 3,8% de este grupo considera su grado bajo, frente a un 32,5% de aquellos que no lo conocen. Respecto a la parte legislativa, no se han encontrado diferencias significativas, al igual que con el resto de las variables de este ámbito, ya que la mayoría de ambos grupos, un 69,2% y un 87,5%, desconocen la ley ante sospecha de VG (Figura 2).

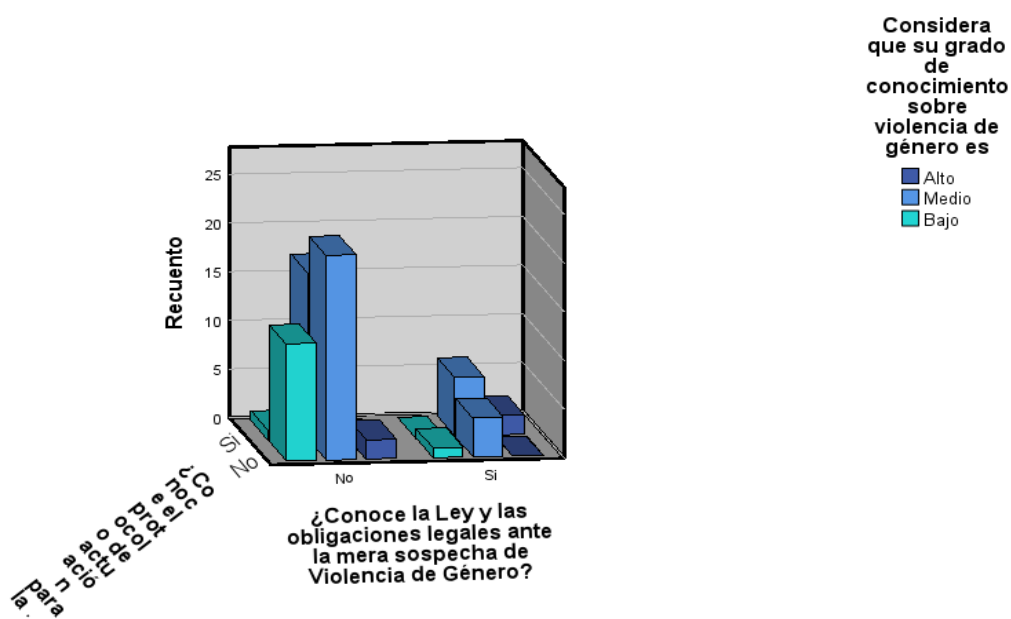


Figura 2. Comparación entre conocimiento del protocolo con conocer la Ley y tener los conocimientos necesarios. Fuente: elaboración propia.

Y, respecto a las cuestiones de actitud y opinión (Tabla 3), el 72,7% afirma que la VG es un problema muy importante, frente al 0% que lo consideraría poco importante, para los restantes es bastante importante. La gran mayoría (84,8%) concuerda que a la hora de identificar y solucionar el problema es competencia de todos, respecto al 1,5% que lo asocia con jueces, 6,1% a trabajadores sociales, 6,1% a policías y 1,7% a sanitarios. En cuanto al mayor problema para detectar un caso (Figura 3), el 39,4% considera que es falta de formación frente al 34,8% que lo relaciona con falta de tiempo en consulta, además de disparidad de opiniones como “complejidad del problema”, “acompañamiento del paciente por parte del agresor”, “la víctima lo oculta”, etc. Entre las propuestas de mejora para la detección (Figura 4) destaca la creación de un grupo especializado de profesionales (54,5%), existiendo al menos uno al que poder recurrir. También, cursos de formación (22,7%), aumento de tiempo que sea suficiente para una actuación integral (18,2%), y opiniones como “concienciación social”.

Como se observa en la Tabla 3, el conocimiento o desconocimiento del protocolo de la muestra no influye en las cuestiones de actitud y opinión ya que la mayoría de ambos grupos considera la VG como muy importante, ante una paciente con lesiones físicas normalmente se plantea como diagnóstico diferencial la posibilidad de malos tratos, etc.

## 6. DISCUSIÓN

Un 95,5% de los profesionales sanitarios que respondieron al cuestionario coincide en que las mujeres víctimas de VG pasan desapercibidas, razón por la que muchos de ellos no hacen preguntas (3). Resultado del presente estudio que coincide con un estudio llevado a cabo en el servicio de urgencias (1) donde el 100% de los participantes, médicos y enfermeras, indicaron que las pacientes pasan desapercibidas. Existe un dogma generalizado a pensar que hacerlo va a molestar a la víctima, que no se va a conseguir nada con ello e incluso una dificultad añadida sobre cómo hacer este tipo de cuestiones o tener interiorizados mitos sociales sobre la VG. Pero, desmintiendo esto, hay diversos estudios (3, 30, 31) que demuestran que el simple hecho de preguntar acerca de este problema es considerado por las mujeres como una señal de interés del profesional hacia ellas. Además, según Gisbert J (20) *“las víctimas no muestran expresamente su situación, aunque suelen acceder a contarlo una vez se las pregunta”*. Motivo más que suficiente para que las instituciones sanitarias, en este caso de Castilla y León, incluyeran en la Cartera de Servicios de AP, la pregunta sistemática a las mujeres mayores de 14 años acerca de la detección activa de este problema (3).

Ningún profesional seleccionó la opción de tratarse de un problema poco importante y únicamente un 6,1% piensa que la VG es poco frecuente. Aun así, el 40,9% considera no tener los conocimientos necesarios para detectar casos, algo que es muy importante a tener en cuenta para una mejora en esta área. Es decir, los propios sanitarios, que ven la magnitud del problema, no poseen los conocimientos y las medidas necesarias para hacerle frente. La mayoría, (39,4%) coincide en que el mayor problema para la detección es la falta de formación. Lo que refleja la necesidad de formación específica en VG.

El 93,9% de los encuestados afirmó no saber de la existencia de equipos multidisciplinares de atención a agresiones sexuales donde destaca el papel de una enfermera titulada que brinda una correcta atención a las víctimas y recoge adecuadamente las muestras forenses. Estos equipos de respuesta a agresiones sexuales, SART (Sexual Assault Reponse Team), son característicos de Estados Unidos y Canadá y cuentan con personal sanitario, policías, trabajadores sociales, psicólogos y profesionales fiscales (22). Destaca el papel de la enfermera examinadora de agresión sexual, SANE (Sexual Assault Nurse Examiner), profesionales que han llevado a cabo una formación para desarrollar las competencias de una adecuada recogida de muestras forenses, actualizado conocimiento de la ley vigente y apropiado trato con la víctima. Grupo de intervención específico que no existe en nuestro país y que el 54,5% de los profesionales sanitarios consideran como propuesta de mejora para una mayor detección de casos, además de cursos de formación (22,7%) y tiempo suficiente

para una atención integral (22,7%). Además, diversos estudios mencionados en Hernández MP (22, 30, 31, 32) coinciden en que *“la presencia de enfermería cualificada en agresiones sexuales optimiza los tiempos y los recursos para el cuidado holístico de las víctimas (...) facilita la integración y coordinación entre el trabajo legal y forense con la atención sanitaria y, garantiza el asesoramiento y la derivación a otros profesionales o centros especializados (...) puede desarrollar actividades de prevención y concienciación de la problemática de la violencia de género.”*

El 60,6% desconoce el protocolo de actuación en VG, a diferencia del estudio de Vecina et al. (1) donde más de la mitad de los encuestados lo conocían, quizás la disparidad se debe a que también entraban médicos en su estudio. En Valdés et al. (28) la mitad de los profesionales sanitarios afirmaban conocer el protocolo. Por lo tanto, podemos objetivar la necesidad de un incremento en la formación y preparación de los profesionales, abalando los resultados obtenidos. Así como, una mayor insistencia desde las instituciones a que los profesionales tengan las competencias necesarias en servicios de puerta de entrada tan importantes como las urgencias y atención continuada en VG.

Como propuesta de futuro, podría ser interesante ampliar el ámbito de estudio y la muestra a todos los centros de Urgencias Hospitalarias y PAC de Castilla y León, para comprobar si existen diferencias significativas entre las diversas áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma.

## 7. CONCLUSIÓN

- Los profesionales de enfermería de la provincia de Soria presentan un conocimiento inferior sobre el protocolo de violencia de género están en comparación con otras Comunidades Autónomas.
- Los profesionales de enfermería participantes identifican como principales barreras para la detección de casos de violencia de género la falta de formación y la falta de tiempo durante las consultas.
- La propuesta de mejora más repetida entre los profesionales encuestados es la creación de un grupo especializado, además de cursos de formación y aumento del tiempo en consulta.
- La gran mayoría coincide en que es competencia de todos. Por la complejidad del problema hay que garantizar una coordinación a nivel sanitario, forense, fiscal, judicial, de cuerpos de seguridad y servicios especializados, para una adecuada actuación.
- Los Servicios de Urgencias, tanto Hospitalarios como PAC, tienen que ser espacios de protección, ya que suelen ser el lugar al que acuden las víctimas de violencia de género. Siendo fundamental proporcionarles recursos y formación que facilite el apoyo a estas pacientes.
- Según los resultados obtenidos, el SNS debería introducir nuevas estrategias formativas para dotar a los profesionales de las competencias necesarias para abordar estas situaciones. Esto incluye la creación de cursos de formación para enfermeras especialistas en violencia de género y agresiones sexuales.
- Como conclusión, en cuanto a lo revisado y observado, se puede añadir que los diversos protocolos de actuación existentes en cada Comunidad Autónoma deberían unificarse a nivel nacional en un único protocolo, garantizando así una actuación homogénea y de calidad en todo el país.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vecina Oliver A, Miravalls Pérez T, Poveda Rocamora C. *Percepción de la violencia de género como problema de salud por parte del personal sanitario del servicio de urgencias*. RIdEC [Internet]. 2019 [Consultado 12 Mar 2024]; 12(2):28-36. Disponible en: [RIdEC-v12-n2 - COMPLETA.pdf \(enfermeriacomunitaria.org\)](#)
2. Organización de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993) [Internet]. ONU [Consultado 12 Mar 2024]. Disponible en: [Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer | OHCHR](#)
3. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. *Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género* [Internet]. Junta de Castilla y León; 2019 [consultado 10 Mar 2024]. Disponible en: [Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género | Profesionales \(saludcastillayleon.es\)](#)
4. Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana. *Protocolo contra la Violencia Sexual del Principado de Asturias* [Internet]. Gobierno del Principado de Asturias; 2018 [consultado 24 Mar 2024]. Disponible en: [Protocolo contra la Violencia Sexual del Principado de Asturias](#)
5. Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer* [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 [Consultado 24 Mar 2024]. Disponible en: [Violencia contra la mujer \(who.int\)](#)
6. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings*. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015 [Consultado 26 Mar 2024]; 2015(7). Disponible en: [Screening women for intimate partner violence in healthcare settings - PubMed \(nih.gov\)](#)
7. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral de la Violencia de Género [Internet]. España. Boletín Oficial del Estado; 29 de diciembre de 2004 [Consultado 22 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>
8. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres [Internet]. España. Boletín Oficial del Estado; 23 de marzo de 2007 [Consultado 22 Mar 2024]. [BOE-https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3](https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3)
9. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de Garantía Integral de la Libertad Sexual [Internet]. España. Boletín Oficial del Estado; 7 de septiembre

de 2022 [Consultado 22 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2022/09/06/10/con>

10. Ley Orgánica 13/2010, de 9 de diciembre, contra la Violencia de Género en Castilla y León [Internet]. España. Boletín Oficial del Estado; 20 de diciembre de 2010 [Consultado 22 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-cl/l/2010/12/09/13/con>

11. Monzó-Miralles A, Couchoud-Falcó A. *Resultados de la implantación de un protocolo de atención a víctimas de agresiones sexuales en Urgencias de un hospital terciario de referencia*. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2021 [Consultado 19 Mar 2024]; 95. Disponible en: [RS95C\\_202111188.indd](RS95C_202111188.indd) (<sanidad.gob.es>)

12. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. *Macroencuesta de violencia contra la mujer* [Internet]. España: Ministerio de Igualdad; 2020 [Consultado 20 Mar 2024]. Disponible en: [Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género \(igualdad.gob.es\)](Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (igualdad.gob.es))

13. INE. *Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género* [Internet]. 2024 [Consultado 28 Abr 2024]. Disponible en: [Área de prensa / Notas de prensa publicadas \(ine.es\)](Área de prensa / Notas de prensa publicadas (ine.es))

14. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. *Ficha estadística de víctimas mortales por Violencia de Género. Año 2024* [Internet]. España: Ministerio de Igualdad; 2024 [Consultado 30 Abr 2024]. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/2024/VMortales\\_2024\\_04\\_15.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/2024/VMortales_2024_04_15.pdf)

15. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. *Ficha estadística de víctimas mortales por Violencia de Género. 2023* [Internet]. España: Ministerio de Igualdad; 2024 [Consultado 30 Abr 2024]. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/actualizacion/VMujeres\\_2023\\_act\\_11\\_04\\_2024.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/actualizacion/VMujeres_2023_act_11_04_2024.pdf)

16. Stapleton SJ, Bradford JY, Horigan A, Barnason S, Foley A, Johnson M, et al. *Clinical practice guideline: Intimate partner violence*. J Emerg Nurs [Internet]. 2019 [Consultado 22 Mar 2024]; 45(2): 191.e1-191.e29. Disponible en: <10.1016/j.jen.2019.01.016>

17. Fontanil Y, Alcedo M Á, Solís García P, Alonso Y, Fernández-Álvarez N, Fernández-Briz N. *Atención a las mujeres víctimas de violencia de género desde los servicios de urgencias hospitalarias*. Investig fem [Internet]. 2022 [Consultado 22 Mar 2024]; 13(1):223-3. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/infe.78280>

18. Ahmad I, Ali PA, Rehman S, Talpur, Dhingra K. Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literatura. J Clin Nurs



parte de su pareja o expareja (RVD-BCN). Circuito Barcelona contra la Violencia hacia las Mujeres [Internet].

28. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz A. *Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria*. Aten Primaria [Internet]. 2016 [Consultado 30 Mar 2024]; 48 (10): 623-631. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>

29. Siendones Castillo R, Perea-Milla Lóopez 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 [Internet]. 2002 [Consultado 30 Mar 2024]; 14: 224-232. Disponible en: [Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección – Revista Emergencias](#)

30. Plichta SB, Clements PT, Houseman C. *Why SANEs matter: Models of care for sexual violence victims in the emergency department*. J Forensic Nurs [Internet]. 2007 [Consultado 25 Mar 2024]; 3(1): 15-23. Disponible en: [10.1111/j.1939-3938.2007.tb00088.x](https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2007.tb00088.x)

31. Fehler-Cabral G, Campbell R, Patterson DL. *Adult sexual assault survivors' experiences with sexual assault nurse examiners (SANEs)*. Journal of Interpersonal Violence [Internet]. 2007 [Consultado 25 Mar 2024] 26: 3618-3639. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260511403761>

32. Lechner M, Bell k, Short NA, Martin SL, Black J, Bichanan JA, McLean SA. *Perceived care quality among women receiving sexual assault nurse examiner care: Results from a 1'week postexamination survey in a large multisite prospective study*. Journal of Emergency Nursing [Internet]. 2021 [Consultado 25 Mar 2024]; 47(3): 449-458. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.11.011>



## Anexo C

Tabla de protocolos según CA y año de publicación (22).

Comunidad Autónoma	Año de publicación	Protocolo
Andalucía	2015	Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género.
Aragón	2005	Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia.
Asturias	2007	Protocolo sanitario para mejorar la atención las mujeres víctimas de violencia de género.
Baleares	2009	Recomendaciones de actuación sanitaria ante la violencia de género.
Canarias	2016	Protocolo de atención a mujeres víctimas de agresión sexual en el área de salud de Gran Canaria.
Cantabria	2007	Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresión/abusos sexuales.
Castilla la Mancha	2008	Protocolo de actuación sanitaria en mujeres víctimas de malos tratos.
Castilla y León	2019	Proceso de atención integrada ante las agresiones sexuales.
Cataluña	2009	Protocolo de abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña.
Comunidad Valenciana	2019	Protocolo de atención integral, sanitaria y judicial, a víctimas de agresiones sexuales.
Extremadura	2016	Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura.
Galicia	2009	Guía técnica del proceso de retención a las mujeres en situaciones de violencia de género.
La Rioja	2010	Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres.
Madrid	2014	Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres.
Murcia	2018	Guía profesional de recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de genérico.
Navarra	2018	Guía para profesionales. Protocolo de actuación conjunto ante la violencia contra las mujeres en Navarra.
País Vasco	2019	Guía de atención para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi.

## Anexo D

### Signos y señales de alerta de maltrato (3).

#### 1. Sospechar posibilidad de maltrato ante lesiones cuando encontremos:

- a. Discrepancias entre la exploración y el mecanismo de producción referido, retraso en la petición de consulta, lesiones o hematomas en diferentes estadios evolutivos o ante consultas reiteradas de urgencia por lesiones atribuidas a accidentes fortuitos.
- b. No existen lesiones físicas patognomónicas de maltrato pero sí hay lesiones que sugieren esa posibilidad. Características de las lesiones:
  - Suelen ser bilaterales y más frecuentes en cabeza, cuello, tórax y abdomen, siguiendo un patrón central.
  - Lesiones sugestivas: rasguños, marcas de mordedura, quemaduras de cigarrillos y abrasiones por roce de cuerda.
  - Lesiones que indican una postura defensiva: equimosis o fracturas de los antebrazos, hematomas en región dorsal que obedecen a la postura de defensa que adopta la víctima al proteger su cara o tórax.
  - Fracturas de huesos nasales, dientes y mandíbula.
  - Desgarro del lóbulo de la oreja por arrancamiento del pendiente, rotura timpánica (bofetón).
  - Lesiones antiguas: cicatrices, signos radiográficos de fracturas antiguas.
  - En gestantes: las lesiones pueden localizarse en abdomen, en mamas y área genital.
  - Investigar signos de agresión sexual en mujeres con agresiones físicas.

#### 2. Señales de alerta por el estado psicológico de la mujer:

- a. Actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas, o a dejar se explorar, incapacidad para tomar decisiones. Puede tratar de ocultar lesiones o demorar la atención de las mismas. A veces quita importancia a lesiones que sí la tienen.
- b. Estado emocional: tristeza, depresión, ideas suicidas, miedo a morir, confusión, agitación, ansiedad extrema y síndrome de estrés postraumático. Vergüenza y humillación.

#### 3. Otros signos y señales de maltrato son:

Quejas crónicas de mala salud, insomnio, cefaleas, abdominalgias, disfunciones sexuales, hiperfrecuentación, absentismo laboral, abortos provocados o espontáneos, fatiga crónica, uso frecuente o prolongado de psicofármacos o consumo de sustancias\*.

#### 4. Actitud del cónyuge:

Excesiva preocupación y control, o bien excesivo desapego y despreocupación intentando banalizar los hechos.

# Anexo E

## Preguntas facilitadoras (3).

1. Se proponen de modo orientativo las siguientes:

-Si tiene lesiones o hematomas: me preocupan sus lesiones...¿quiere contarme que le ocurrió?  
-Si no tuviera lesiones pero se sospecha la posibilidad de maltrato: Le veo preocupada: ¿Cómo van las cosas en su familia?, ¿Tiene algún problema con su esposo o con los hijos?  
Si la respuesta es afirmativa ir, gradualmente preguntando las siguientes:  
¿Cómo es el trato hacia usted en casa? ¿Cómo resuelven sus problemas? ¿Siente que no le tratan bien? ¿Ha sido agredida físicamente? ¿Le insulta o amenaza? ¿Controla sus salidas? ¿Le controla el dinero? ¿Se siente segura? ¿Ha sentido miedo? ¿Tiene armas en casa? ¿Ha contado su problema a algún familiar o amigo?

2. Cuando observamos lesiones y la mujer niega la agresión, puede ser bueno realizar generalizaciones que le ayuden a comprender que nos preocupa y que nos podrían contar eso que le está pasando:

-“La violencia en la vida de la mujer es un problema desgraciadamente frecuente, y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas mis pacientes si están recibiendo algún tipo de maltrato por parte de su pareja, algún familiar u otra persona. Si ese fuera su caso, podría contar con nosotros para intentar solucionarlo”

-“Ya sabe que ahora se habla mucho de malos tratos, es un problema muy frecuente y puede ser muy grave. ¿Ha sufrido usted una situación así? Si responde NO: Me dice que ahora no le pasa, pero si alguna vez esto le ocurriera, no dude en contar con nosotras, este es un problema que les pasa a muchas mujeres y que les puede afectar gravemente a su salud y causar mucho sufrimiento, por eso nosotros los sanitarios preguntamos a todas nuestras pacientes por ello”.

-“Muchas mujeres experimentan algún tipo de maltrato en su vida, y como sabe, hoy está considerado como un grave delito ¿le ha ocurrido a usted alguna vez?”

3. En mujeres jóvenes y adolescentes puede ser oportuno incluir en la entrevista de detección alguna pregunta que denote conductas de control ¿Te controla constantemente por el móvil? ¿Decide siempre cuando y con quién salir? ¿Te impide ver a tus amistades? ¿Te fuerza a tener relaciones sexuales cuando tú no lo deseas?

### *Actitudes a evitar en la entrevista*

- Dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente. Generar falsas expectativas.
- Decir que basta con tratar a la pareja para que todo se arregle.
- Evitar expresiones que pueden crear sensación de culpabilidad en la mujer con frases como: “¿Por qué sigue con él? Si usted quisiera acabar, se iría...”.
- Paternalismo. No se deben imponer criterios o decisiones. Las decisiones son de la mujer.

### *Violencia psicológica*

- ¿Tiene hacia usted conductas contradictorias que la desconciertan, como elogiarla o insultarla alternativamente?
- ¿Le insulta?, ¿le dice que está loca, que no vale para nada, que es una inútil?
- ¿Le infantiliza, le trata como a una niña, le impide decidir?, ¿Le amenaza con quitarle los hijos si le abandona?
- ¿Le obliga a consultarle todo cuanto hace?, ¿Le ignora?, ¿Pasa días sin dirigirle la palabra?
- ¿Le culpa de todo lo que sucede?
- ¿Le desautoriza frente a sus hijos/as, empleados, etc.?, ¿Le ridiculiza frente amigos o familiares?
- ¿Le controla las llamadas telefónicas?, ¿Abre sus cartas o revisa sus cosas?
- ¿Rompe sus objetos queridos o pertenencias?

### *Valoración del riesgo de suicidio*

- ¿Ha tenido deseo en algún momento de tirar la toalla, de desaparecer?
- ¿Ha pensado alguna vez que desearía estar muerta para dejar de tener problemas?
- ¿Ha pensado en quitarse la vida?, ¿Con que frecuencia?, ¿Ha pensado en el modo de hacerlo?
- ¿Lo ha intentado alguna vez?, ¿Tiene armas en casa?, ¿En qué piso vive?...

### *Violencia social/aislamiento*

- ¿Le dificulta o impide trabajar (o estudiar) fuera de casa?, ¿Es celoso o posesivo?
- ¿Le acusa de serle infiel sin motivo?, ¿Le impide mantener sus amistades o relaciones familiares?
- ¿Trata mal a sus familiares o amigas?, ¿Le ridiculiza en público?
- ¿Se hace la víctima entre sus amigos o familiares ante usted?, ¿Le obliga a vivir en lugar aislado?
- Valorar los apoyos familiares y red social: ¿Conoce su problema algún familiar o amigo?, ¿Podría contar con su apoyo si lo necesitara?, ¿Podría acudir a casa de ellos en caso de sentirse amenazada?

### *Violencia económica*

- ¿Le controla el dinero y le obliga a justificarle hasta mínimos gastos?, ¿Le impide disponer de dinero?
- ¿Le ha obligado a dejar de trabajar?, o por el contrario ¿Le obliga a trabajar fuera de casa?
- ¿Si tiene sueldo propio, puede disponer de él?, ¿Pone las posesiones gananciales sólo a su nombre?

### *Violencia sexual*

- ¿Le obliga a mantener relaciones en contra de su voluntad?, ¿Le fuerza a realizar prácticas sexuales que usted no desea?
- ¿Le obliga a ver pornografía en contra de su voluntad?

## Anexo F

Versión corta del cuestionario WAST (cribado) (3).

Nº	Cuestionario WAST corto (cribado)			Total
1a	En general, cómo describiría su relación con su pareja?			<b>Cribado Positivo <math>\geq 3</math> puntos</b>
	Mucha tensión (3 puntos)	Alguna tensión (2 p)	Ninguna tensión (1 p)	
2b	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con...			
	Mucha dificultad (3 p)	Alguna dificultad(2 p)	Sin dificultad (1 p)	

## Anexo G

Versión larga del cuestionario WAST (3).

Nº	Cuestionario WAST-Largo			Total
1a	En general, ¿cómo describiría su relación con su pareja?			<b><math>\geq 3</math> cribado positivo</b>
	Mucha tensión (3 puntos)	Alguna tensión (2p)	Ninguna tensión (1p)	
2b	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con...			
	Mucha dificultad (3p)	Alguna dificultad(2p)	Sin dificultad (1p )	
3c	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?			<b><math>\geq 11</math></b>
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
4d	Las discusiones ¿Terminan en golpes patadas o empujones?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
5e	¿Siente miedo de lo que su pareja haga o diga?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
6f	Su pareja ¿Ha abusado de usted físicamente?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
7g	Su pareja ¿Ha abusado de usted emocionalmente?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
8h	Su pareja ¿Ha abusado de usted sexualmente?			
	Muchas veces (3p)	A veces (2p)	Nunca (1p)	
	<b>WAST LARGO POSITIVO :TOTAL PUNTOS</b>			<b><math>\geq 11</math></b>

# Anexo H

## Valoración del riesgo de violencia contra la mujer. RVD-BCN (3).

Nº de expediente / Nº de historia:		Fecha de la valoración: / /		
Nombre y apellidos de la mujer:				
DNI / NIE / Pasaporte:		Fecha de nacimiento: / /		
Historia de conducta violenta de la pareja o ex pareja		SÍ	NO	SE DESCONOCE
1	Agresiones o violencia física y/o sexual en los últimos 18 meses hacia la mujer o hacia parejas anteriores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Agresiones o violencia hacia terceras personas sean familiares (hijos/hijas u otras) o no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Agresiones a la mujer cuando estaba embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Antecedentes policiales/judiciales de violencia hacia la pareja/ex pareja (pareja actual u otras parejas en episodios anteriores).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	El agresor ha roto medidas judiciales de protección de la mujer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amenazas y/o abusos graves contra la mujer		SÍ	NO	SE DESCONOCE
6	La mujer ha recibido amenazas graves y creíbles, y/o con uso de armas, respecto a su integridad física.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	La mujer ha sufrido un abuso emocional y verbal grave en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circunstancias agravantes		SÍ	NO	SE DESCONOCE
8	La mujer comunica al presunto agresor la voluntad de separarse o hace menos de seis meses que se ha producido la separación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Incremento, en los últimos seis meses, de la frecuencia o gravedad de los episodios de violencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	El presunto agresor abusa de drogas y/o alcohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Diagnóstico o historia de trastorno mental severo del presunto agresor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Tenencia o fácil acceso a armas por parte del presunto agresor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Intentos o ideas de suicidio por parte del presunto agresor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Control extremo de los actos de la mujer por celos o similar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Factores de vulnerabilidad de la mujer		SÍ	NO	SE DESCONOCE
15	Aislamiento social y/o falta de recursos personales de la mujer, y/o la mujer justifica la violencia ejercida por el presunto agresor, y/o presencia de hijos/hijas menores y/o dependientes de la mujer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer		SÍ	NO	SE DESCONOCE
16	La mujer cree que el presunto agresor es capaz de matarla personalmente o a través de terceras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUMA DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS / VALORACIÓN DEL RIESGO				TOTAL SE DESCONOCE
RIESGO BAJO (de 1 a 7 respuestas afirmativas)				
RIESGO MEDIO (de 8 a 9 respuestas afirmativas)				
RIESGO ALTO (de 10 a 16 respuestas afirmativas)				

El RVD-BCN es útil si se dispone de información de 20 o más factores de riesgo. En caso contrario se recomendará hacer observaciones detalladas hasta completar el número mínimo de factores de riesgo mencionados.

Otros factores clave para valorar el riesgo que vive esta mujer y que se encuentran a faltar en la lista anterior (enumerar pero no puntuar)

Está embarazada en el momento de efectuar esta valoración.	<input type="checkbox"/>
Hay indicios de que la pareja a o ex pareja tiene intención de matarla.	<input type="checkbox"/>
Otros (especificarlos):	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>

### VALORACIÓN DEL RIESGO

La valoración del riesgo por parte del o de la profesional se realiza a partir de los apartados anteriores (puntuación obtenida, cantidad de factores de riesgo sin información y presencia de otros factores de riesgo importantes para esta valoración).

RIESGO BAJO	<input type="checkbox"/>	RIESGO MEDIO	<input type="checkbox"/>	RIESGO ALTO	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------	--------------------------

Observaciones de interés

### ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DE LA VALORACIÓN DEL RIESGO ACTUAL EXISTENTE

### CIRCUNSTANCIAS PREVISIBLES QUE PUEDEN AUMENTAR EL NIVEL DE RIESGO EN EL FUTURO (ALERTA)

(Por ejemplo: el agresor sale de la cárcel, el agresor regresa del país de origen o de otros destinos, etc.)

Profesional que efectúa la valoración:

Nombre y apellidos o nº de identificación:		
Dirección electrónica:	Teléfono/s:	Fax:
DNI / NIE / Pasaporte:	Dirección:	


## Anexo I

### Resumen de la intervención inicial “ERES” (3).


<b>Escucha Activa</b>	<b>Reconocimiento de su vivencia</b>	<b>Evaluación de Riesgos</b>	<b>Servicios de Apoyo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con intimidad, confidencialidad, en un lugar adecuado.</li> <li>- Empatía, ponernos en su lugar.</li> <li>-No juzgarla, ni presionarla, no interrumpirla.</li> <li>-Observar y cuidar el lenguaje corporal.</li> <li>-Utilizar técnicas que favorezcan la verbalización o la elaboración de ideas o emociones.</li> <li>- Preguntar acerca de sus necesidades y preocupaciones.</li> <li>- Conocer tiempo de evolución, tipo de violencia, apoyos.</li> <li>- Saber si existen hijos o personas a su cargo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acogerla emocionalmente.</li> <li>- Creerla, hacerla saber que puede confiar en nosotros/as.</li> <li>-Decirla que la entendemos, que no está sola.</li> <li>-Posicionarnos claramente en contra de la violencia hacia las mujeres.</li> <li>- Desculpabilizar, no hay un porqué, ni una justificación.</li> <li>-Mostrarle que sus síntomas y malestares son consecuencia del proceso por el que está pasando.</li> <li>- Empoderar: decirla que es una persona valiosa. Destacar sus cualidades, sus habilidades.</li> <li>-Hacerla ver que esta situación no tiene porqué ser para siempre, que puede cambiar. Mostrarle modelos de otras supervivientes que salieron de ello.</li> </ul>	<p><b>RIESGO FÍSICO</b></p> <p>Evaluación médica para detectar lesiones físicas graves</p>	<p>SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS</p>
		<p><b>RIESGO PSÍQUICO</b></p> <p>Evaluación del riesgo de autolisis</p>	<p>SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS</p>
		<p><b>RIESGO DE AGRESIÓN GRAVE</b></p> <p>Evaluación con preguntas sobre el agresor y tipo de agresión o cuestionario de riesgo</p>	<p>POLICIA Y F.C.S.</p> <p>JUZGADO</p> <p>CENTRO DE EMERGENCIA</p>
		<p><b>AUSENCIA O BAJO RIESGO DETECTADO</b></p> <p>La mujer quiere irse a casa con el agresor y no quiere denunciar</p>	<p>CONSULTA MÉDICA DE AP</p> <p>TRABAJADOR/A SOCIAL AP</p> <p>CEAS: SERVICIO PSICOLÓGICO, SERVICIO JURÍDICO, ASESORAMIENTO LABORAL, ETC</p>

## Anexo F


### Autorización de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.



**Junta de  
Castilla y León**  
Consejería de Sanidad



**GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA**  
COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SORIA



**Sacyl**

**D. JOSE LUIS VICENTE CANO, Director de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria** da su conformidad para la realización del Trabajo Fin de Grado (TFG), cuyo proyecto lleva por título **"Estudio observacional sobre el conocimiento en protocolos de violencia de género en profesionales de enfermería de servicios de urgencias de Soria"**, siendo su tutora académica, Dña. Ana Fernández Araque, Decana de la Facultad de Ciencias de la salud en el Campus Universitario Diques de Soria (Universidad de Valladolid), a realizar por Dña. **Natalia García Moreno** con NIF 71363777K, estudiante de Grado de Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus Universitario Duques de Soria (Universidad de Valladolid).

Manifiestan su compromiso de confidencialidad y declaran conocer y entender la legislación sobre protección de datos, autonomía, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que están firmados por la alumna y tutora académica.

El desarrollo del trabajo consiste en conocer el grado de conocimiento de los enfermeros de diferentes servicios de Urgencias del Área de Salud de Soria sobre la aplicación de los protocolos de violencia de género mediante un test de 23 preguntas anónimo y participación voluntaria.


Dadas las características del proyecto no es preciso disponer de responsable asistencial ni de consentimiento informado. Se posee el conocimiento de los Directores Enfermería de Atención Hospitalaria y Atención Primaria.

Un cordial saludo. Atentamente

Firmado por: JOSE LUIS VICENTE CANO  
En la fecha 17.05.2024 10:21:57 CEST  
Cargo: GERENTE DE ASISTENCIA  
SANITARIA


Fdo: Jose Luis Vicente Cano  
Gerente de Asistencia Sanitaria de Soria

Paseo de Santa Bárbara, s/n.- 42005 SORIA  
Tel. 975 23 43 00.- Fax: 975 23 43 05



**E**  
EQUIPO  
FINANCIADO  
60012111

Código Seguro de Verificación CSV: P3H0E77DU705F80WGS09W0CA8BDE0CT54YH  
Puede verificar la autenticidad de este documento en <https://sai.sai.jccyl.es/verificar>



## Anexo G

### Autorización de la Unidad de Investigación del Área de Salud de Soria.



**Dña. Elena Jiménez Callejo**, responsable de la Unidad de Investigación del Área de Salud de Soria informa que:

**Dña. Natalia García Moreno**, con NIF 71363777K, estudiante del Grado de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus Universitario Duques de Soria. Universidad de Valladolid. Solicita autorización para la realización del Trabajo Fin de Grado (TFG), cuyo proyecto lleva por título: **"Estudio exploratorio del conocimiento sobre aplicación de protocolos de violencia de género en profesionales de enfermería de Servicios de Urgencias y puntos de Atención Continuada de Soria"**, siendo su tutora académica la Dña. Patricia Ibáñez García, Profesora Adjunta de Universidad en la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus Universitario de Soria.

El desarrollo del trabajo consiste en conocer el grado de conocimiento de los protocolos de aplicación de los enfermeros de diferentes servicios de urgencias del Área de Salud de Soria sobre el abordaje integral de las heridas crónicas mediante un test de 23 preguntas y participación voluntaria

El estudio no precisa consentimiento informado. La solicitud reúne todos los requisitos requeridos, con manifestación de compromiso de confidencialidad y declaración de conocer y entender la legislación sobre protección de datos, autonomía, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que están firmados por la Alumna y Tutora académica. Dadas las características del proyecto no es preciso disponer de Responsable Asistencial.

Revisado la idoneidad de la solicitud y el proyecto, se consideran adecuados para que el TFG sea realizado.

Un cordial saludo.

Fdo: Elena Jiménez Callejo  
Responsable de la Unidad de Investigación  
Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

Paseo de Santa Bárbara, s/n.- 42005 SORIA  
Tel. 975 23 43 00.- Fax: 975 23 43 05

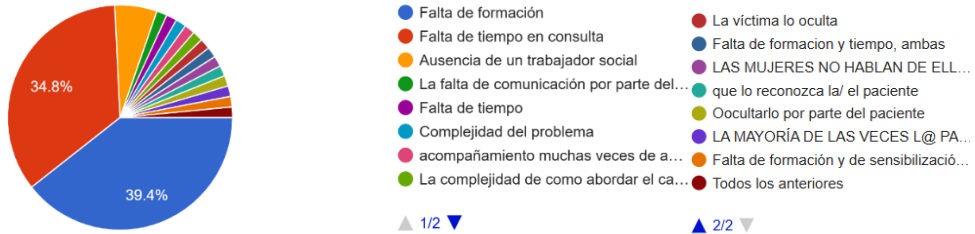


## FIGURAS

### Figura 3

¿Cuál cree que es el mayor problema a la hora de detectar un caso de violencia de género?

66 responses

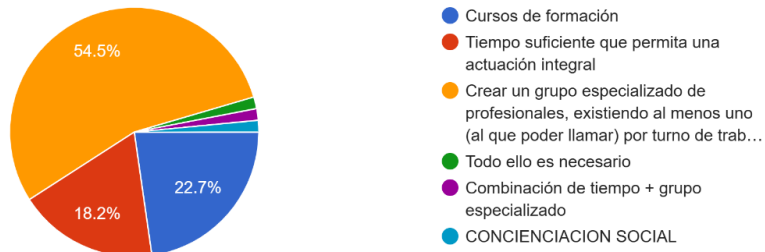


Fuente: elaboración propia.

### Figura 4

Elija cual considere la principal propuesta de mejora para detección de casos de violencia de género

66 responses



Fuente: elaboración propia.

## TABLAS

TABLA 1

Tabla 1. Comparación de conocimiento del protocolo con variables sociodemográficas. Fuente: elaboración propia.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS							
Protocolo:		Si n=26		No n=40		Total	p
Edad	21-39 años	7	26,9%	16	40%	34,8%	0,499
	40-54 años	10	38,5%	11	27,5%	27,5%	
	Más de 54 años	9	34,6%	13	32,5%	32,5%	
Identidad de género	Masculina	3	11,5%	7	17,5%	15,2%	0,728
	Femenina	23	88,5%	33	82,5%	84,8%	
Estado civil	Soltero/a	5	19,5%	10	25,6%	23,1%	0,741
	Matrimonio	18	69,2%	27	69,2%	69,2%	
	Divorcio	1	3,8%	1	2,6%	3,1%	
	Viudedad	2	7,7%	1	2,6%	4,6%	
Centro de trabajo	Urgencias	8	30,8%	14	35%	33,3%	0,794
	A. Continuada	18	69,2%	26	65%	66,7%	

TABLA 2

Tabla 2. Comparación de conocimiento del protocolo con diversos ítems de conocimiento.  
Fuente: elaboración propia.

ÍTEMS CONOCIMIENTO							
Protocolo:		SI	n=26	NO	n=40	Total	p
Detectados casos	Si	15	57,7%	8	20%	34,8%	0,003
	No	11	42,3%	32	80%	65,2%	
Actividades de detección	Si	20	76,9%	23	57,5%	65,2%	0,185
	No	6	23,1%	17	42,5%	34,8%	
Frecuencia	Muy frecuente	8	30,8%	19	47,5%	40,9%	0,221
	Bastante frecuente	15	57,7%	20	50%	53%	
	Poco frecuente	3	11,5%	1	2,5%	6,1%	
Mujeres	Comunican	2	47,7%	1	2,5%	4,5%	0,557
	Desapercibidas	24	92,3%	39	97,5%	95,5%	
Tipo	Física	1	47,5%	2	7,5%	6,1%	0,452
	Psicológica	23	88,5%	29	80%	83,3%	
	Social	0	0,0%	2	5%	3%	
	Sexual	1	3,8%	1	2,5%	3%	
	Física y psicológica	0	0,0%	2	5%	3%	
	Varias	1	4,2%	0	0,0%	1,7%	
Clases sociales	Altas	0	0,0%	2	5%	3%	0,486
	Bajas	12	46,2%	16	40%	42,4%	
	Ambas por igual	14	53,8%	22	55%	54,5%	
Ley	Si	8	30,8%	5	12,5%	19,7%	0,112
	No	18	69,2%	35	87,5%	80,3%	
Conocimientos	Sí por mi formación	7	26,9%	4	10%	16,7%	0,060
	Si por experiencia	4	15,4%	7	17,5%	16,7%	
	Si, por mi formación y mi experiencia	9	34,6%	8	20%	25,8%	
	No	6	23,1%	21	52,5%	40,9%	

Grado conocimiento	Alto	2	7,7%	2	5%	6,1%	0,021
	Medio	23	88,5%	25	62,5%	72,7%	
	Bajo	1	3,8%	13	32,5%	21,2%	
SART	Si	0	0,0%	4	10%	6,1%	0,127
	No	26	100%	36	90%	93,9%	

**TABLA 3**

Tabla 3. Comparación de conocimiento del protocolo con ítems de actitud y opinión. Fuente: elaboración propia.

<b>ÍTEMES BARRERAS ACTITUDINALES Y OPINIONES</b>							
Protocolo:		<b>SI</b> n=26		<b>NO</b> n=40		Total	P
Importancia	Muy importante	18	69,2%	30	75%	72,7%	0,778
	Bastante importante	8	30,8%	10	25%	27,3%	
	Poco importante	-	-	-	-	-	
Actitud expectante	Siempre	13	50%	9	22,5%	33,3%	0,057
	Normalmente	12	46,2%	30	75%	63,6%	
	Nunca	1	3,8%	1	2,5%	3%	
Lesiones físicas	Siempre	6	23,1%	10	25%	24,2%	0,338
	Normalmente	20	76,9%	27	67,5%	71,2%	
	Nunca	0	0,0%	3	7,5%	4,5%	
Competencia	Policías	1	3,8%	3	7,5%	6,1%	0,605
	Jueces	1	3,8%	0	0,0%	1,5%	
	Trabajadores sociales	2	7,7%	2	5%	6,1%	
	Sanitarios	0	0,0%	1	2,5%	1,5%	
	Todos	22	84,6%	34	85%	84,8%	