

MEJORA DE LA CAPACITACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

(PROYECTO DE INVESTIGACIÓN)

Javier Zambrana Soriano

Trabajo final de Grado

Facultad de Enfermería

Curso 2017/2018

Tutor: Dr. David Ballester i Ferrando

*Cuando sientes frio en la mirada,
Cuando alguien ha roto tu sonrisa de cristal
Y tu carita de porcelana
Se acuerda de su mano
Mano de metal*

*Es hora de empezar a andar,
Se acabaron las lágrimas.
Es hora de empezar a andar
¡Rompe tu jaula YA!
Huecco (Se acabaron las lágrimas)*

Al otro lado del teléfono de emergencias, no solo está el fin de los malos tratos. Está la vida que has dejado de vivir.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todas las personas que han colaborado y me han dado todo su apoyo, tanto en la realización de este proyecto como durante estos 4 años de carrera.

En primer lugar, me gustaría agradecer todo el apoyo recibido por parte de mi tutor, David Ballester, por la paciencia, la dedicación, la disponibilidad y guiarme en todo momento, incluso cuando todo parecía que no tenía solución.

En segundo lugar, agradecer a mi madre y hermana el haber confiado en mí y en darme apoyo a lo largo de toda la carrera, para que tuviese confianza en mí mismo y consiguiese todos mis objetivos y metas. Su apoyo ha sido vital, sobre todo en aquellos momentos difíciles, cuando todo lo ves oscuro, ellas siempre hacían que viese la parte positiva y que al final del camino siempre hay una luz.

En tercer lugar, como no iba a dar una mención especial, a quien ha estado a mi lado durante estos cuatro años de carrera, me gustaría agradecer tanto a Patricia Martín como a Laura Aznar todo lo que hemos recorrido, los viajes en coche hasta la universidad, los constantes días de estudios preparándonos exámenes, exposiciones, trabajos... Ellas han formado parte de esta bonita etapa de mi vida.

Por último, agradecer a todos los profesionales de enfermería con los que he estado estos cuatro años y me han enseñado todo lo que hoy se.

¡Muchas gracias a todos y a todas!

ÍNDICE

1. Resumen	5
2. Abstract	6
3. Marco teórico	7
3.1. Introducción	7
3.2. ¿Qué es la violencia de género?	10
3.3. Violencia contra la mujer	11
3.3.1. Epidemiología	11
3.3.2. Etiología y factores de riesgo	14
3.3.3. Formas de violencia	15
3.3.4. Consecuencias de la violencia	18
3.3.5. Teoría del ciclo de la violencia	19
3.3.6. Síndrome de la mujer maltratada	22
3.3.7. Marco legal	22
3.4. Enfermería y violencia de género	25
3.4.1. Infradetección de los maltratos en los servicios de salud	25
3.4.2. Actuación de los profesionales de enfermería	28
3.5. Bibliografía	33
4. Hipótesis y objetivos	37
5. Metodología	38
5.1. Diseño	38
5.2. Ámbito y población de estudio	38
5.3. Criterios de inclusión	39
5.4. Criterios de exclusión	39
5.5. Muestra	39
5.6. Variables	39
5.7. Instrumentos	40
5.8. Análisis estadístico	44
5.9. Aspectos éticos	44
5.10. Descripción del procedimiento	45
6. Cronograma	49
7. Presupuesto	52

8. Futuras líneas de investigación.....	53
9. Anexos	
9.1. Anexo 1: Solicitud de evaluación al comité de ética clínica.....	54
9.2. Anexo 2: Carta de presentación del estudio IDIAP.....	55
9.3. Anexo 3: Carta de información del estudio.....	56
9.4. Anexo 4: Consentimiento informado.....	58
9.5. Anexo 5: Encuesta ad Hoc y encuesta PRIMES.....	59
9.6. Anexo 6: Guion de las sesiones.....	70

RESUMEN

La violencia de género (VG) es un gran problema en salud pública. Hoy en día un gran número de mujeres son víctimas de VG. En España todavía arrastramos la cultura del patriarcado, en la que el hombre tiene el poder económico y decisivo en el núcleo familiar, en cambio, la mujer queda relegada a un segundo término.

Las mujeres maltratadas son usuarias asiduas del sistema sanitario, por ese motivo, los profesionales sanitarios tenemos una gran responsabilidad en la detección y actuación en los casos de VG. Detectarlo de forma precoz nos permitirá realizar una actuación temprana. La mayoría de mujeres que son maltratadas, acuden alguna vez en su vida a urgencias o a su centro de atención primaria.

La consulta de enfermería en atención primaria es un lugar ideal para la detección precoz e intervención con mujeres en situación de maltrato por su accesibilidad y cercanía. La enfermera comunitaria, es una de los profesionales sanitarios que más contacto tiene con el paciente y esto hace que se cree una relación de confianza que puede permitir una detección precoz en casos de VG.

Sin embargo, muchas enfermeras tienen la percepción que no están bien formadas para abordar la VG, por eso es necesario realizar programas formativos en los que se mejoren sus conocimientos y actitudes para poder dar una respuesta sanitaria eficaz.

Objetivos: Identificar la mejora de conocimientos y abordaje de las víctimas de violencia de género, por parte de los profesionales de enfermería de atención primaria a partir de un programa formativo y analizar las variables que influyen en la detección y el abordaje de los casos de violencia de género.

Material y métodos: Se realizará un estudio cuasiexperimental Pre-Post. La muestra escogida será todos los enfermeros del ABS Lloret y ABS Girona 1 que cumplan los criterios de inclusión y que acepten participar en el estudio. Se utilizarán como instrumentos un cuestionario ad-hoc y la versión española del cuestionario PREMIS. Se utilizará el programa SPSS V23 para analizar las variables cuantitativas y cualitativas.

Palabras clave: Violencia de género, Conocimiento, actitud, programa formativo, atención primaria y Enfermería comunitaria.

ABSTRACT

Gender-Based Violence (GBV) is a great Public Health problem. Nowadays, many women are GBV victims. In Spain, it still exists the patriarchy culture, in which the man has the main economic and decisive power in the familiar core, the woman, instead, gets left behind in second term.

Abused women are regular users in the Health System, and it is for that reason that Health Personnel have a big responsibility in detecting and acting in cases of GBV. An early detection could let us to realize an early actuation. Most abused women, come almost once in their lives to an emergency room or Primary Attention Centre.

Nursing Consulting Room in Primary Attention is an ideal place for an early-detection and intervention with women in abuse situations because of its accessibility and privacy. The Community Nurse is one of the Health Staff which is most in contact with the user, so it helps to create a confident relation that can allow an early-detection in cases of GBV.

Nevertheless, most nurses have a bad self-perception of their knowledges in order to approach a GBV case, so it is fully necessary to realize formation programs in which their background and attitudes can be improved to be able to give an efficient health response.

Objectives: To identify the improvement of knowledges and approaching about GBV victims by nursing Primary Attention professionals with a formative program and to analyse the variables that affect in the detection and approaching of GBV cases.

Material and methods: a quasi-experimental Pre-Post study will be done. The elected sample will be each nursing professionals from ABS (in Spanish, Basic Health Area) Lloret and ABS Girona that satisfy the inclusion criteria and accept to participate in the study. The instruments used will be an Ad-Hoc questionnaire and the Spanish version of the PREMIS questionnaire. It will be used the program SPSS V23 in order to analyse the qualitative and quantitative variables.

Key words: Gender-based violence, Knowledge, attitudes, education (Training programs), Primary health care, Community health nursing.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es un grave problema de salud, por sus consecuencias sobre la salud física, mental y sexual. Tanto la actuación como su prevención es una prioridad en salud pública. En este ámbito, los profesionales de la salud de Atención Primaria (AP) son clave en su detección y tratamiento, debido a su accesibilidad y cercanía (1, 2,3).

Bien es cierto que la violencia afecta tanto a los hombres como a las mujeres, pero los modelos de conducta y las consecuencias que se derivan, son diferentes para ellos que para ellas (4).

El problema de la violencia de género no es algo nuevo, pero hoy en día, la preocupación social se ha incrementado de forma significativa y se ha comenzado a prestarle más atención, aunque todavía hay gran parte de la sociedad que no considera la violencia hacia la mujer como una grave violación hacia los derechos humanos (1, 5).

La OMS estima que aproximadamente un 35% de la población femenina ha experimentado violencia física o sexual a través de su pareja íntima. Además, a nivel mundial, un 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos a manos de sus parejas (1).

La magnitud del problema es realmente desconocida, ya que disponemos de pocas estadísticas de confianza. En España, si nos basamos en el último boletín estadístico anual del año 2016, se produjeron un total de 44 muertes, de las cuales 16 habían denunciado previamente a sus agresores, lo que supone un 36,4% y solo 6 de ellas contaban con medidas de protección en vigor (5, 6, 7).

Se estima que aproximadamente un 10,7% de las mujeres que han tenido pareja ha sufrido violencia física por parte de alguna de ellas, y el 6,3% han sufrido violencia sexual (6).

Pero el dato más alarmante viene dado por la prevalencia de mujeres que han sufrido violencia psicológica, donde el 20,4% de las mujeres que han tenido pareja, han sido sometidas a algún tipo de violencia psicológica como: humillación, menosprecio, amenaza verbal... (6).

La mayoría de estas mujeres son usuarias asiduas del sistema sanitario, siendo los servicios de urgencias y los centros de atención primaria los lugares a los que la mujer más acude (1, 2, 5, 8).

La atención primaria es la puerta de entrada al sistema nacional de salud. Debido a su accesibilidad y cercanía, gran parte de las víctimas acuden la primera vez a su centro de salud. Por este motivo, tanto los médicos de familia como los enfermeros de AP deben estar formados para prestar una atención personalizada y de calidad (1, 2, 5, 8, 9).

En definitiva, este proyecto de investigación está enfocado a evaluar una intervención formativa propuesta y valorar si se produce una mejora del conocimiento, atención, detección y abordaje de las personas que han sufrido violencia de género por parte de los profesionales sanitarios formados.

Motivación e interés del proyecto

El ámbito sanitario y sobre todo la atención primaria, es una puerta de acceso para la detección de personas que han sufrido violencia de género, ya que el personal sanitario es la primera persona fuera del entorno familiar al que acude una mujer maltratada (2, 5, 8, 9).

Las enfermeras* de atención primaria son un elemento clave en el abordaje de la violencia de género por su accesibilidad, atención integral y por el conocimiento sobre las personas y su contexto familiar. Por este motivo es importante que los enfermeros tengan una correcta formación para poder identificar, evaluar e intervenir en un caso de violencia de género. De hecho los programas formativos del grado en enfermería y las competencias reflejadas en el BOE, inciden en la importancia de *conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia*" (10).

Por este motivo, viendo la importancia del problema, del papel que tiene enfermería y de la proximidad de empezar en el mundo laboral, he visto conveniente realizar mi trabajo de final de grado enfocado a la violencia de género y especialmente, he querido plantear un proyecto en el que se pretende evaluar el conocimiento que tienen los enfermeros de atención primaria sobre VG para ver si están capacitados para abordarlo. Posteriormente, realizaría un programa formativo y evaluaría si se produce una mejora del conocimiento y como consecuencia si se produce una mejor detección de los casos de VG.

**Se utilizará el término enfermera para referirme tanto a mujeres como a hombres.*

¿Qué es la violencia de género?

La violencia de género es un fenómeno que se da en todos los países del mundo, clases sociales y ámbitos de la sociedad (1,3).

No hay una única definición para la violencia de género, cada autor u organización le da su propio sentido.

Por un lado, en el año 1993, en Viena, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoció los derechos de las mujeres y declaró la violencia contra ellas, como una violación a los derechos humanos. Además, definió la violencia de género de la siguiente manera: << *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*>> (8).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la violencia de género como: << *Violencia que involucra a hombres y mujeres, en la que la mujer suele ser la víctima; y que se deriva de las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres. Incluye, pero no se limita a daños físicos, sexuales y psicológicos (incluyendo intimidación, sufrimiento, coacción y/o la privación de libertad dentro de la familia o dentro de la comunidad en general)* >> (1, 3, 4).

En cambio, en la conferencia de Pequín de la ONU en 1995, se definió la violencia contra la mujer como: << *Una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad*>> (11, 12).

Fue justo en la conferencia de Pequín, donde el fenómeno violencia de género fue reconocido como un problema social (11, 12).

En resumen, podemos entender la violencia de género como todo acto violento cometido hacia la mujer, por el simple hecho de ser mujer y considerarla como un ser inferior al hombre. Además, es considerado un atentado a la dignidad, integridad y libertad de las mujeres, independientemente de que se produzca en el ámbito público o privado y de la forma en la que se produzca (física, psíquica, sexual, económica...).

La violencia doméstica o de pareja, es la expresión más utilizada de la violencia de género, aunque, muchos autores lo rechazan porque presenta el doble problema de no especificar ni la dimensión del género ni quién es el agresor.

Violencia contra la mujer

Epidemiología

Millones de mujeres en todo el mundo son maltratadas por sus maridos, novios o amantes (1).

Para ver el impacto que tiene este problema de salud pública en España, es necesario conocer los datos exactos para observar la gravedad del problema y actuar con conocimiento.

Conocer la epidemiología de las mujeres que son maltratadas, es complicado debido a que los casos de violencia de género son difíciles de cuantificar. Por este motivo, la incidencia real del problema se desconoce en nuestro país. Muchos casos no llegan a ser diagnosticados, por tanto hay un gran número de mujeres que está padeciendo VG y el personal sanitario no las está identificando como tal.

Para poder conocer un poco la epidemiología de la violencia de género, me centraré sobre todo en la mortalidad, ya que es un dato muy significativo de la importancia y el impacto de la violencia contra la mujer en nuestro país. Además, es el dato que más impacto tiene en la sociedad, ya que en todos los medios de comunicación sale implícito.

Según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística de España, se registraron un total de 921 víctimas mortales por la VG en los últimos 15 años (Figura 1) (6, 7).

Según estos datos (figura 1) observamos que el año 2008, lo consideraríamos como el más mortífero, ya que es el año que se han registrado más muertes por VG (6,7).

Otro dato importante a tener en cuenta, es que a partir del año 2013 se empezaron a recoger los datos de menores de edad, víctimas de violencia de género. En total, desde el año 2013 hasta el 2016 ha habido un total de 15 menores que han sido víctimas de violencia machista. Puede parecer un valor que no tiene importancia, pero esto produce una disminución de años de vida perdidos, por eso se considera una prioridad en salud pública (6,7).

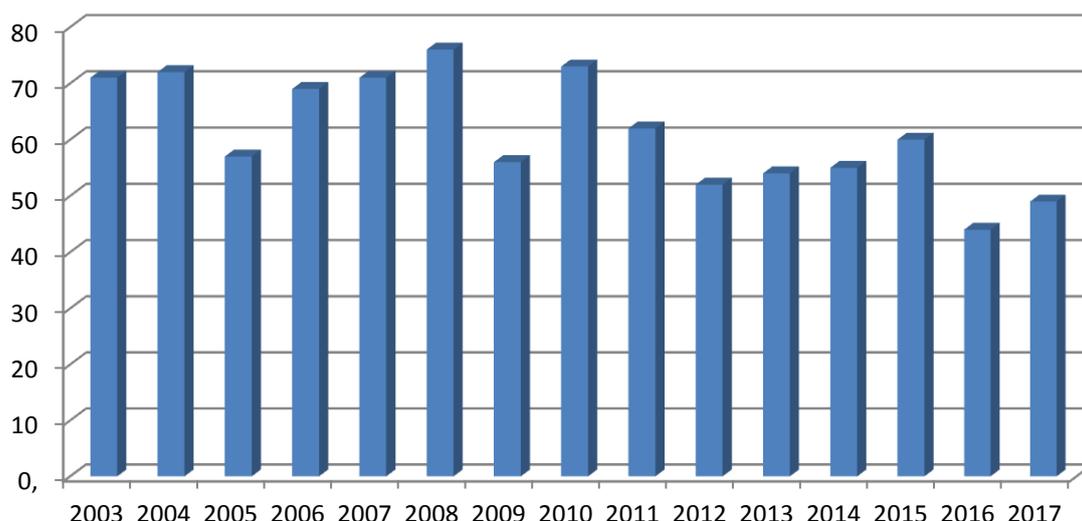


Figura 1. Número de víctimas mortales por Violencia de Género en los últimos 15 años en España. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos epidemiológicos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, basados en datos estadísticos del INE y de la Macroencuesta de violencia contra la mujer del año 2015 (6,7).

A continuación, tenemos representado el número de mujeres que habían denunciado previamente alguna agresión por parte de su pareja, expareja, compañero sentimental, excompañero sentimental, novio o exnovio (Figura 2). Se puede observar como hay una gran cantidad de mujeres que mueren a manos de sus exparejas, aun habiendo interpuesto una denuncia. Pero si comparamos el total de mujeres que han muerto a manos de sus parejas con las mujeres que habían denunciado, encontramos que muchas de ellas han

sido víctimas de violencia machista y no se había denunciado, por lo que es posible que ni la policía ni los juzgados tuviesen conocimiento.

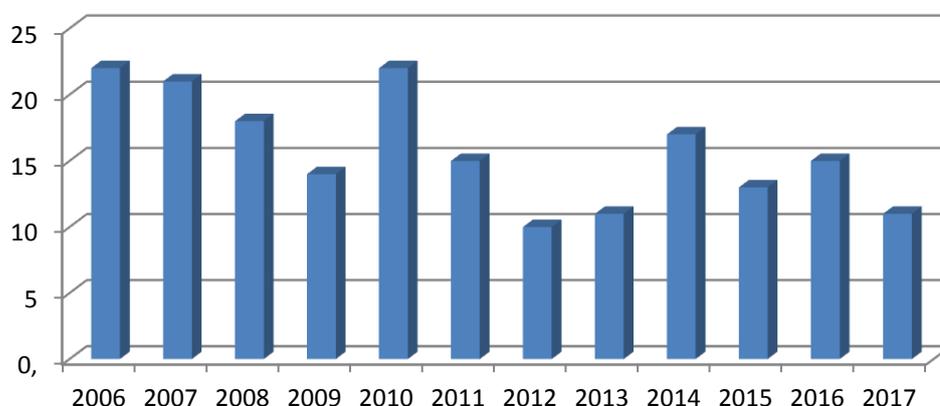


Figura 2 Número de víctimas mortales que habían denunciado una situación de violencia de género en España. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos epidemiológicos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, basados en datos estadísticos del INE y de la Macroencuesta de violencia contra la mujer del año 2015 (6,7).

Si comparamos los dos gráficos anteriores, hay un gran número de mujeres que no han denunciado. Muchas de ellas no lo hacen por miedo a las represalias que se puedan producir como consecuencia de este acto. También, encontramos que otro de los casos por los que las mujeres no denuncian es el hecho de no dar importancia a la violencia y pensar que solo es un episodio aislado. Una última razón por la que las mujeres no denuncian es la vergüenza, el pensar que si sale a la luz, todo el mundo la señalaría (6, 13, 14).

A pesar de las múltiples campañas que organiza el gobierno para sensibilizar a la población, no se ha logrado que las mujeres pierdan el miedo a que su situación salga a la luz.

En el siguiente gráfico, se observa la evolución del número de denuncias por parte de las mujeres maltratadas (Figura 3). Podemos ver que hay un ligero ascenso desde el año 2015, que podría ser debido a las campañas publicitarias promoviendo la denuncia y dando a conocer el teléfono de la mujer maltratada (016).

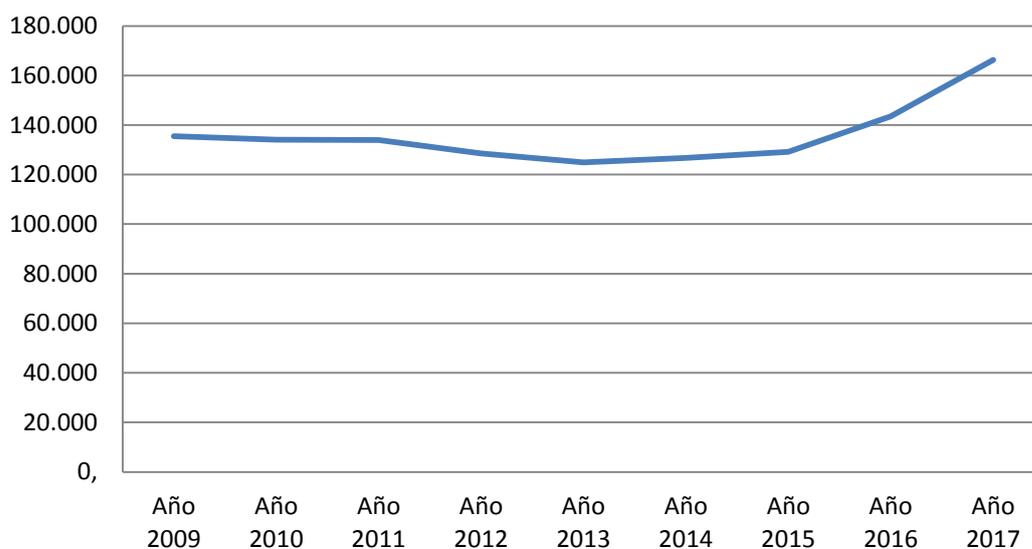


Figura 3. Evolución del número de denuncias por violencia de género. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos epidemiológicos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, basados en datos estadísticos del INE y de la Macroencuesta de violencia contra la mujer del año 2015 (6,7).

Etiología y factores de riesgo

La etiología de la violencia de género es multifactorial, gran parte de su origen lo encontramos en la historia y en la cultura. Su factor determinante, se encuentra arraigado en la unidad patriarcal donde el hombre tiene el poder decisivo en el núcleo familiar (5, 13).

El patriarcado es una forma de dominio y organización social, donde se decreta cierta sumisión de la mujer al poder del hombre. Esta ideología se ha mantenido desde tiempos históricos, pero hoy en día, se ha empezado a cuestionar y se intenta evitar que la mujer esté relegada en un segundo término, y no pueda protestar ni tomar decisiones sobre su vida (13, 14, 15).

La sociedad esta educada en la desigualdad y en la convicción de imponer cierta agresividad para poder tener éxito en la vida. Además, siempre hemos asociado la agresión como una forma de imponer y conseguir ciertos objetivos personales (15).

Respeto a los factores de riesgo de la violencia de género, cabe decir que todas las mujeres tienen riesgo de padecer maltrato, independientemente de la edad, clase social o etnia. No existe un perfil único de mujer maltratada, pero

existen algunos factores que predisponen o se relacionan con casos de VG. (13,14, 16,17, 18). Entre ellos encontramos:

- Vivencia de violencia doméstica en la familia de origen.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Consumo de alcohol y drogas
- Bajo nivel cultural.
- Desempleo o desequilibrio de poder en la pareja.
- Aislamiento psicológico y social.
- Baja autoestima
- Sumisión y dependencia

También existen ciertas situaciones, donde la mujer se encuentra en una situación especial de vulnerabilidad (13, 14, 16).

- Embarazo: es una etapa de vulnerabilidad y donde la violencia empieza a ser evidente. El maltrato es un factor de riesgo gestacional, por ese motivo, una mujer embarazada que sufre violencia, es considerado embarazo alto riesgo (13, 14, 16, 17).
- Discapacidad: las mujeres que sufren alguna discapacidad física, sensorial o psicológica, son más vulnerables y tienen más riesgo de padecer violencia por parte del hombre, ya que no se pueden defender, no pueden expresarse, tienen menor independencia... (13, 14, 16,17).
- Inmigración: existen diferentes situaciones que la hacen vulnerable como: precariedad económica y laboral, barreras idiomáticas, situación administrativa irregular, desconocimiento de sus derechos... (13,14, 17).
- Medio rural: Las mujeres que viven en el medio rural dificulta la detección y la intervención, ya sea por la dificultad de acceso a los recursos como para la protección de las víctimas (14, 17).

Formas de violencia

Las formas de violencia conyugal son muy diversas, pueden ir desde muestras más o menos insidiosas del maltrato psíquico a las expresiones más brutales de fuerza que causan la muerte (13, 14, 16).

Los malos tratos no siempre son agresiones físicas, ya que muchas de las veces su objetivo no es causar una lesión inmediata, sino someter a la persona sobre la que se está ejerciendo (14).

Los diferentes tipos de violencia, pueden presentarse de manera aislada o conjunta, es decir, puede producirse de vez en cuando o ser constantes, día tras día (13, 14).

En la violencia de género suele coexistir diferentes formas de maltrato:

- *Violencia física:* Toda acción que pueda provocar un daño o una lesión de manera infligida y de forma intencionada, como golpes, quemaduras, empujones, heridas, fracturas, agresiones con armas... Es importante tener en cuenta que cualquier forma de violencia física que se produzca, viene asociada la violencia psicológica (13, 14, 16).
- *Violencia psicológica:* conducta intencionada y prolongada en el tiempo, en que se atenta contra la dignidad de las mujeres. Se realiza con el objetivo de imponer las pautas de comportamiento que el hombre cree que debe tener su pareja. Para llevarlo a cabo, se producen humillaciones, desvalorizaciones, críticas, chantaje emocional, rechazo, abandono, insultos, lenguaje soez, culpabilizar, aislamiento social, amenazas, exigir la obediencia... La violencia psicológica es más difícil de demostrar y en ocasiones, no se identifica por la víctima sino por el carácter o la actitud del propio agresor, el cual intenta someter y controlar a la víctima (13, 14, 16, 18).
- *Violencia Sexual:* Ocurre cuando se atentan contra la libertad sexual de la persona, obligándola a realizar actos sexuales o cualquier comportamiento sexual contra su voluntad. Con estos actos, llega a lesionar su dignidad. Se puede producir mediante la coacción, intimidación, amenaza o fuerza, relaciones sexuales forzadas, abuso, violación...

Cuando hablamos de violencia sexual, no debemos olvidar cualquier actuación que restrinja a las mujeres su derecho a la salud sexual, que

pueda disfrutarla sin riesgo para su salud y que se sienta libre para poder disfrutar de la maternidad cuando se sienta preparada (13, 14, 16).

- *Violencia económica:* Cuando la mujer se encuentra en dependencia económica del hombre y éste le niega y/o controla su acceso al dinero. También hablamos de violencia económica cuando no le deja acceder a un puesto de trabajo o le niega el derecho a la propiedad (13, 14, 16).
- *Violencia espiritual:* Destruir las creencias tanto culturales como religiosas mediante el castigo, la ridiculización o la imposición de un sistema de creencias ajeno al suyo. Sobre todo le impulsa hacia un ideal etnocentrista (13).
- *Violencia ambiental:* conductas que lleven a romper, golpear objetos, tirar cosas que pertenecen a la mujer, destrozar enseres, amenazarle con tocar a sus hijos... (13, 14).

Cualquiera de las formas de violencia ejercidas, explicadas anteriormente, pueden tener una consecuencia en todas las dimensiones de la salud: psicológica, física, social, sexual y reproductiva (8, 13, 14, 16, 18).

Aún y todas las repercusiones en la salud que produce la violencia, también influye en la participación de las mujeres en todos los aspectos de la vida social, inhibiendo sus capacidades e infundiéndoles miedo (13, 18).

Cuando pensamos en la violencia de género, el primer tipo de violencia que nos viene a la mente es la física, pero no nos damos cuenta que el simple hecho de meterse en cómo debe ir vestida o la infravalore delante de otra persona, también es un tipo de maltrato. Hoy en día, cuando vamos por la calle y contemplamos alguna escena, no le damos importancia y algunos lo ven como un acto natural y cotidiano, sin saber que es un acto muy grave de violencia hacia la mujer.

Consecuencias de la violencia

La repercusión que tiene la VG en la salud de las mujeres es más que evidente. Por ese mismo motivo, es importante que los profesionales de enfermería sepan detectar todas aquellas consecuencias que vienen derivadas de una VG (tabla 1) y conozcan las diferentes intervenciones que deben realizar (8, 13, 14).

Cuando se produce uno o varios episodios de violencia, se deteriora la vida de las mujeres, debilitando su confianza, reduciendo su autoestima, y destruyendo su salud, llegando a negar sus derechos humanos (13, 14, 18).

Tabla 1. Consecuencias provocadas por la violencia de género. (Elaboración propia) Modificada de De Miguel N. et al (8, 13, 14).

Consecuencias físicas	<ul style="list-style-type: none">▪ Cualquier lesión, desde leves hasta las que producen la muerte.▪ Hematomas y contusiones▪ Síndromes de dolor crónico▪ Fracturas▪ Laceraciones y abrasiones▪ Daño ocular▪ Reducción del funcionamiento físico.▪ Daño abdominal/ torácico▪ Discapacidad▪ Se agravan situaciones crónicas: dolor crónico, colon irritable, y trastornos gastrointestinales
Consecuencias psicológicas y conductuales	<ul style="list-style-type: none">▪ Abuso de alcohol y drogas.▪ Tabaquismo▪ Consumo excesivo de psicofármacos▪ Trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia)▪ Baja autoestima e inactividad▪ Trastornos psicosomáticos▪ Conducta suicida y autodestructiva▪ Depresión y ansiedad▪ Trastornos del sueño▪ Sentimientos de vergüenza y culpa▪ Fobias y trastornos de pánico▪ Uso de violencia contra los propios hijos.▪ Trastorno por estrés postraumático.
Consecuencias sociales	<ul style="list-style-type: none">▪ Aislamiento social▪ Disminución del nivel socioeconómico▪ Aumento de visitas a los servicios sanitarios, tanto urgencias como centros de salud o centros de salud mental.▪ Pérdida de empleo▪ Absentismo laboral

Consecuencias sexuales y reproductivas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos ginecológicos ▪ Infertilidad ▪ Complicaciones del embarazo ▪ Disfunción sexual ▪ Enfermedades de transmisión sexual (ETS) ▪ Embarazo no deseado ▪ Abortos de repetición ▪ Inflamación de la pelvis ▪ Infección del tracto urinario (ITU) ▪ VIH/ SIDA
---	--

Una vez expuestas todas las consecuencias que se derivan de una VG, es importante que tanto la sociedad en general y particularmente los profesionales de la salud, conozcan las señales o indicios de que una mujer puede estar siendo maltratada. Esto nos facilita su detección y por tanto actuar en su contra (8, 13, 14, 18).

Cuando una mujer acude a cualquier servicio sanitario y observamos algún signo y síntoma expuesto anteriormente, como profesionales enfermeras debemos prestar atención e indagar, ya que puede ser un indicador de que se está produciendo violencia contra la mujer (8, 14).

Teoría del ciclo de la violencia

El inicio de la violencia de género puede ser muy variable, pero lo que parece ser predecible es el carácter cíclico de los episodios violentos. La “teoría del ciclo de la violencia” (Figura 5) definido por Walker, en 1979, explica lo que suele suceder en la mayoría de casos (16, 19, 20).

Cuando se da un episodio de violencia, lo más probable es que se pueda volver a repetir, aunque el tipo de violencia sea diferente entre un episodio u otro.

Walker, definió el ciclo de la violencia como una teoría de reducción de tensión. Consta de tres fases y ayuda a comprender la estrategia que utiliza el maltratador para lograr que la mujer se mantenga en esa situación (16, 19, 20).



Figura 4. Esquema ciclo de la violencia (Elaboración propia) Fuente: modificada de Lucena KDT, et al. (19, 20).

Acumulación de tensión: Escala gradual de tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo aparente. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. En esta primera fase se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios imprevistos del estado de ánimo y pequeñas agresiones físicas. La víctima en esta fase, se comporta de forma sumisa o ignora las descalificaciones por parte del agresor. Suele minimizar lo sucedido. El hecho de presentarse como episodios aislados que la mujer puede controlar, niega que sea malos tratos y atribuye el incidente a factores externos. A medida que la tensión aumenta y se acumula, la víctima va perdiendo el control hasta que al final ya no puede controlar la situación y no pueden soportar por más tiempo el miedo, la rabia y la ansiedad. El único consuelo que tienen es que por experiencia, saben que después de la agresión vendrá una fase de calma (19,20).

Agresión: En esta fase no hay control por parte del maltratador y estalla la violencia y se producen agresiones físicas, psíquicas y sexuales. La agresión se realiza con el fin de dar una lección a la víctima, sin la intención de producirle un daño. Suele ser la fase más corta de las tres y finaliza cuando el agresor cree que la mujer ha aprendido la lección. En este episodio se

producen las consecuencias más importantes y en casos graves puede llegar a la muerte de la mujer. Es en esta fase cuando se produce una negación y desconfianza, y la mujer suele denunciar y pedir ayuda (19, 20).

Arrepentimiento o “luna de miel”: En esta fase no hay ni tensión ni agresión. El agresor se arrepiente de lo sucedido y pide perdón a la víctima, remarcándole que no lo volverá a suceder. El maltratador cambia su manera de actuar llegando a ser cariñoso y encantador, donde lo que verdaderamente está haciendo, es utilizar estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. El agresor llega a pensar que no se verá obligado a volverlo a hacerlo, ya que su mujer ha aprendido la lección. En estos casos, cuando la mujer ve el arrepentimiento, piensa que ha sido una pérdida de control momentánea de su pareja, y que no volverá a repetirse (19, 20).

Durante todas estas fases, el agresor alterna comportamientos agresivos con arrepentimientos, lo que hace que la víctima se sienta confundida y no acabe de ver con claridad la situación en la que está inmersa (19, 20).

Con el paso del tiempo, la mujer sufre una pérdida progresiva de la autoestima y acaba perdiendo la esperanza, esperando a que cambie la situación. A medida que va sucediendo las diferentes fases del ciclo, la mujer adopta un papel de sumisa y acaba cogiendo miedo hacia el agresor (19, 20).

Un aspecto a tener en cuenta, es saber que a medida que los comportamientos violentos quedan arraigados, la fase de reconciliación desaparece, produciéndose solo las fases de tensión y agresión. Y es en este momento cuando las mujeres intentan salir del bucle y buscan ayuda o se separan. Cuanto más tiempo se esté en ese ciclo de tensión-agresión, el riesgo de muerte a manos del agresor se incrementa (19, 20).

Por último, este ciclo es frecuente en las relaciones de pareja que sufren maltrato, pero puede no producirse en todos los casos.

Síndrome de la mujer maltratada

Walker denominó este síndrome para describir las secuelas psicológicas que se producían a causa de la violencia doméstica. El origen, se encuentra en la teoría de la indefensión aprendida (21).

Cuando una mujer está siendo maltratada, no encuentran ninguna salida y acaban adaptándose a la situación aversiva, minimizando su dolor e incrementando su habilidad para afrontar estímulos adversos (21).

Muchas consiguen soportar los incidentes de maltrato, ya que presentan distorsiones cognitivas tales como: minimización, negación o disociación (21).

Walker y Dutton (21), equipararon los síntomas que presentaba la mujer maltratada con el trastorno de estrés postraumático, aunque el síndrome de la mujer maltratada es más complejo, ya que no sólo incluye los síntomas de dicho trastorno, sino que también se le asocia sentimientos de depresión, rabia, culpa, baja autoestima, rencor y otros problemas como quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas y dificultades para establecer relaciones.

Marco legal

Los diferentes organismos internacionales y nacionales declaran la violencia de género como un problema de salud pública (5). Debido a la gran alarma social que se ha producido en los últimos años, han visto la necesidad de tomar medidas legales para abordar tanto su prevención como su control.

Para poder hacer frente a la violencia de género, las administraciones y estamentos públicos mundiales han elaborado diferentes acuerdos y leyes para penalizar cualquier comportamiento violento del hombre hacia la mujer (1, 5, 12).

Es de vital importancia que los profesionales sanitarios sean concedores de dichas leyes para poder actuar en consecuencia y tener un apoyo o respaldo legal.

A nivel internacional

Por un lado, el primer organismo internacional que intervino en la violencia contra la mujer, fue la ONU (5, 12).

En la Conferencia Mundial de los Derechos humanos celebrada en Viena, la ONU aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” (1993). Además, en 1979 se aprobó la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (5).

La OMS estableció en 1980 la Unidad de Salud de la Mujer, dónde se promueve y coordina las actividades de salud y desarrollo en todos los programas de la OMS.

Por otro lado, la Unión Europea ha llevado a cabo diferentes iniciativas como:

- Informe de julio de 1997 del parlamento Europeo sobre la necesidad de realiza en toda la Unión Europea una campaña de tolerancia cero ante la violencia contra las mujeres (5).

A nivel Nacional

En España no existe una ley integral para luchar contra la violencia hacia las mujeres. Los juristas se acogen al artículo 153 del código penal para tipificarlo como un delito.

La constitución Española en el artículo 15, también reconoce el derecho a la vida y a la integridad física y moral de las personas. Este esta explícito de la siguiente manera: << *Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes*>> (22).

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en las que se aprueban medidas de sensibilización, prevención y detección de la violencia contra las mujeres en los ámbitos educativo, sanitario y de la comunicación, se legisla y actúa en defensa de los derechos de las mujeres víctimas de violencia y se promulga la tutela institucional, penal y judicial de las mismas (23).

Real Decreto 1030/2006, establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) con el propósito de erradicar la violencia de género, incluyendo la elaboración de un plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la VG (5, 13).

A nivel autonómico

En Cataluña, se implementó la ley 5/2008 del 24 de abril, relacionado con el derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (24).

Esta ley tiene como objetivo, establecer los mecanismos para erradicar la violencia machista que sufren las mujeres y remover las estructuras sociales y los estereotipos sociales que la perturben, así como el reconocimiento y avance en el derecho básico de las mujeres a vivir sin ningún tipo de violencia (24).

Algunos puntos clave de la ley son:

- Esta ley está destinada, exclusivamente a las mujeres que sufren violencia por parte de los hombres (24).

A mi parecer, se debería cambiar el título de la ley y agrupar a un colectivo mayor de personas que sufren violencia doméstica. Por tanto sería importante modificar el título de la ley por “ley sobre el derecho de las personas a erradicar la violencia de género”. Remarco la importancia de cambiar el título para que la ley de lugar a una mayor protección de todas las personas en su conjunto, es decir, que cualquier persona, ya sea hombre o mujer, pueda acogerse a esta ley en caso de sufrir violencia a manos de su pareja.

- La ley, nos habla de las diferentes formas de violencia (física, psicológica, sexual y económica). Además, también nos habla de los diferentes ámbitos donde se puede producir la violencia machista (24).
- Respecto a los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género incluye:
 - Protección efectiva
 - Atención y asistencia jurídica
 - Derecho a la atención y asistencia sanitaria

- Derechos económicos
 - Indemnizaciones
 - Prestaciones económicas extraordinarias
 - Prestaciones de urgencias sociales
 - Ayudas escolares
 - Viviendas y residencias públicas
- Derecho a la recuperación social integra.
 - Además, la ley explica la necesidad de formar y capacitar a los profesionales (personal sanitario, cuerpo de policía, organizaciones sociales...) para prestar una atención de calidad e integral (24).

Por último, en Cataluña existen protocolos que ayudan al personal sanitario a valorar situaciones de riesgo y les proporciona pautas de actuación.

Enfermería y violencia de género

Infradetección de los maltratos en el servicio de salud.

Los profesionales de la salud se convierten en los actores principales de este fenómeno al participar directamente en su atención. Se intenta abordar la violencia de género desde la formación que reciben los diferentes profesionales de la salud en los centros universitarios o en cursos específicos, de esta manera consiguen ser capaces de desempeñar esta función y realizar una correcta detección y abordaje (2, 4, 5, 12, 25).

Los centros de atención primaria, los servicios de urgencias, las unidades de salud mental y los centros de planificación familiar son servicios diana, en los que las mujeres agredidas suelen acudir en busca de atención o ayuda. Por este motivo, es primordial formar a los profesionales que se encuentran en estos servicios para que puedan abordar el problema y realicen prevención, detección precoz y una atención personalizada de la mujer maltratada (2, 13, 26).

La OMS plantea unas recomendaciones para los servicios sanitarios, respecto al abordaje de la violencia de género (1, 27), entre los que remarca:

- Mantener la privacidad y confidencialidad de la información que han obtenido.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer un seguimiento.
- Ofrecer una atención integral.
- Informar y remitir a los pacientes a los recursos comunitarios disponibles.
- Preguntar, siempre que sea factible, y con regularidad, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como si fuese un apartado más en las actividades preventivas.
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como consecuencia de la violencia y el miedo.
- Ayudar y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Establecer una coordinación con otros profesionales e instituciones.
- Investigar el problema mediante registro de casos.
- Evitar actitudes insolidarias o que se culpabilice a la víctima, ya que refuerzan el aislamiento, debilita la confianza en ellas mismas y cabe la probabilidad que no busquen ayuda.

Aún la importancia y trascendencia del problema y la alta frecuentación de las mujeres víctimas de violencia de género en los centros de salud, se encuentra un porcentaje muy bajo de profesionales que detectan y diagnostican casos de violencia de género (2, 25, 26, 27, 28).

Diferentes estudios nacionales e internacionales, han corroborado que gran parte de esta infradetección viene derivada porque la mayoría de los enfermeros no están preparados para proporcionar cuidados a mujeres que sufren VG. Además, de plantear la necesidad de mejorar el conocimiento individual, remarcan la necesidad de mejorar la organización para poder prestar una atención integral y multidisciplinar (2, 4, 26, 28, 29, 30).

En un estudio llevado a cabo en Kuwait, para analizar las barreras que tiene la atención primaria para detectar casos de VG, las enfermeras admitieron que no

estaban convencidas de la importancia del cribado y que su falta de experiencia les impedía realizar un buen cribado (31).

Otra causa de la escasa detección es la baja motivación debido a la frustración ante la falta de relación entre sus esfuerzos y los resultados inmediatos. El 86% de los enfermeros tiene un conocimiento medio o alto pero un 67% lo considera insuficiente, esto es debido a la falta de confianza (30).

Los profesionales no han adquirido herramientas suficientes para responder con solvencia ante los casos concretos. De ahí la desmotivación y la falta de confianza. Además, se ha comprobado que es necesaria una formación más completa en los niveles de pregrado y posgrado (25, 32, 33).

Se ha visto que las causas más frecuentes por las que no se detectan casos son: la falta de formación de los profesionales, el no saber cómo preguntar a la mujer, el temor por invadir su esfera privada, el miedo a ofender a la paciente o miedo de perder el control de la situación. También, no saben cuál es la actuación posterior una vez detectado el caso (1,4, 25, 26, 28, 30, 32, 33).

Además, estudios han encontrado cierta correlación entre estar casada o vivir en pareja y detectar casos de violencia de género. El estado civil influye en la detección de casos, y en el nivel de conocimiento (2, 30).

En definitiva, el desconocimiento y la desmotivación por parte de algunos profesionales sanitarios, dificulta la detección de los casos y más del 70% de los casos, son invisibles a ojos de los profesionales y si la detección se produce con mucho retraso, pueden pasar entre 5 y 10 años hasta que la mujer comunica el hecho (2, 5).

Hay cierta controversia entre los estudios, ya que algunos inciden en que la carga de trabajo (tiempo de consulta y el número de visitas) dificulta e influye en la detección de los casos de VG, en cambio otros estudios realizados no creen que sea una variable que tenga importancia (2, 12, 30).

Por último, las investigaciones coinciden en la necesidad de sensibilizar más y formar en la detección del maltrato. Es necesario mejorar la confianza de las enfermeras sobre sus capacidades para la detección de VG. Si se sienten

formados/as y son conocedores del protocolo de actuación, los profesionales se sienten más seguros, preguntan más y dan una respuesta sanitaria eficaz (2, 4, 5, 12, 26, 27, 30, 32, 33).

Actuación de los profesionales de enfermería

Algunos patrones culturales de nuestro país establecen que la violencia contra la mujer pueda ser considerada “normal” en las relaciones de pareja. Por este motivo, un gran número de víctimas no consideran que su relación sea violenta, a pesar que exista maltrato físico, psicológico y de abuso sexual. Esto hace que los profesionales de salud tengan mucha dificultad para detectar los casos de violencia de género y por eso se produce una infradetección (5, 14, 15).

Los profesionales sanitarios, especialmente las enfermeras, son fundamentales, no solo en la atención, sino en la prevención y detección precoz (1, 2, 28).

Las mujeres maltratadas tienen unas necesidades multidimensionales, por lo que se necesita intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Por este motivo, es necesaria una actuación interdisciplinar, a través de un modelo de atención integral (5, 26).

Como hemos comentado anteriormente, los profesionales sanitarios juegan un papel muy importante en su prevención, por eso debemos tener en cuenta como se debe realizar una correcta intervención para realizar dicha prevención.

Prevención primaria

Cuando queremos disminuir la incidencia debemos actuar mediante la prevención primaria.

La prevención primaria pretende realizar un cambio de mentalidad y eliminar actitudes sexistas que crean un caldo de cultivo para la VG. Sobre todo está orientada a realizar un cambio de valores y en la cultura, intentando romper las desigualdades entre los hombres y las mujeres (13).

El objetivo principal es buscar la causa de la violencia y prevenir antes de que ocurra (13).

Muchos estudios han buscado una solución para poder prevenir la violencia de género desde una prevención primaria. Cuando queremos influir en las causas de la violencia de género, se debe tratar a través de campañas educativas orientadas al respeto, a la igualdad y a la tolerancia. Los profesionales sanitarios pueden tener una intervención en esta iniciativa, por ello es esencial que exista una actuación multidisciplinar donde se incluya y participen las escuelas, institutos, centros de formación, asociaciones culturales, actuaciones políticas... (13, 14, 34).

Con esto se pretende sensibilizar y prevenir la violencia, cambiando el conocimiento y las actitudes individuales; llegando a la gente joven e involucrando a los hombres y niños como aliados. De tal forma que en futuras generaciones se establezca una relación de igualdad y no vean la violencia de género como una cosa normal (13).

Dentro de este nivel de prevención, entrarían las actuaciones comunitarias que tienen como objetivo concienciar a la población, y están orientadas a afrontar las causas de la violencia (13, 34).

También encontramos las actuaciones sociales, donde su principal objetivo es reducir la violencia mediante medidas generales, legislativas y judiciales. También encontraríamos las medidas políticas que deberían ser específicas y proactivas de tolerancia cero (13).

Centrándonos en el personal sanitario es importante remarcar cuales deben ser sus actuaciones dentro de la prevención primaria (13):

1. Identificar personas con mayor riesgo de sufrir maltrato:
 - a. Mujeres en riesgo de sufrir maltrato
 - b. Hombres en riesgo de maltratar
 - c. Niños con riesgo de ser testigos o víctimas de violencia doméstica.
2. Identificar situaciones de riesgo o de mayor vulnerabilidad.

En definitiva, la prevención primaria supone trabajar en los diferentes niveles de la sociedad para lograr cambios en las instituciones e implantar intervenciones en toda la población.

Prevención Secundaria

Los profesionales de la salud juegan un rol muy importante en la detección precoz de la violencia de género, ya que cuando una mujer sufre maltrato, el primer lugar a donde acude es al centro de salud (2, 4, 26, 30).

La detección precoz nos permite ver la magnitud del problema y como consecuencia, determinar estrategias para su abordaje. Sin embargo, hay indicios que muestran una infradetección de casos de maltrato por parte del personal sanitario (2, 2, 26).

No hay suficientes estudios que evidencien los beneficios de realizar un screening rutinario. Además, según un estudio llevado a cabo en Asturias, un 40,1% de los profesionales sanitarios no pregunta para indagar sobre violencia de género, debido a que se sienten incómodos hablando de VG con las mujeres (30). Aun así, otro dato que nos llama la atención en el mismo estudio, es que el 64,8% de los profesionales sanitarios encuestados, considera que no tiene la responsabilidad de preguntar a todas las mujeres por VG, lo cual va en contraposición a lo que recomienda la OMS (2, 5, 30).

Prevención Terciaria

En este nivel de prevención, el objetivo principal es actuar tras el diagnóstico de violencia de género y restaurar la salud.

Las principales actuaciones que se llevan a cabo en el tratamiento de la VG van dirigidas a poner en marcha los servicios y recursos de atención y asistencia a mujeres víctimas de VG, cuya finalidad es hacer desaparecer las secuelas físicas y psicológicas (13, 14).

Por tanto las intervenciones van relacionadas con la rehabilitación y reintegración de la mujer después de sufrir actos violentos (13).

En la mayoría de casos se actúa con la mujer y los hijos, dónde un equipo multidisciplinar (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, pediatras, enfermeras...) correctamente formado realizará un correcto abordaje de la situación (2, 9, 14).

Por último, se debería realizar una valoración biopsicosocial de la mujer que implique valorar lesiones físicas y psíquicas. Además, se deben tener en cuenta otros aspectos como: la situación familiar, económica y laboral, la red de apoyo (familiares, amigos, vecinos...). En definitiva se busca retornar a la normalidad y al control de su vida (13, 14, 16).

Hemos estado hablando de cuál debería ser la actuación de enfermería para abordar un caso de violencia de género, pero no hemos concretado que actuaciones no se deberían realizar (13, 16).

- No debemos adoptar una actitud paternalista.
- No debemos recomendar terapias de pareja ni mediación familiar.
- No dar falsas esperanzas ni decir que “todo se arreglará”
- No imponer criterios o decisiones.
- No criticar su actitud o la ausencia de respuesta de la mujer.
- ¡No debemos tener miedo a preguntar!
- No emitir juicios y creer el relato de la mujer.
- No prescribir o recomendar fármacos para disminuir la capacidad de reacción de la mujer.
- No corroborar con su pareja los hechos que relata la mujer. (Intentar que el agresor no esté presente).
- No infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.

Otro aspecto a tener en cuenta cuando se realiza la atención enfermera, son los principios éticos de actuación y los derechos que tienen las mujeres como pacientes, reconocidos en la Ley 41/2002 de la autonomía del paciente y en los códigos deontológicos de enfermería (16,35).

Los principios éticos que deben guiar a los profesionales sanitarios son los siguientes:

- Principio de Beneficencia → El personal sanitario debe poner en conocimiento de las autoridades cuando sea preciso, informando a la mujer de ello, obteniendo su consentimiento, salvo en situaciones de riesgo para su vida, pero siempre se debe dejar constancia de nuestras sospechas (8, 16, 35).

- Principio de No maleficencia → Evitar perjuicios con nuestra actuación, recordad que siempre que se tome la decisión de emitir un parte de lesiones, es necesario informar a la mujer previamente, ya que emitir un parte de lesiones sin obtener el consentimiento o adoptar las medidas oportunas de protección para la mujer puede tener consecuencias (8, 16, 35).
- Confidencialidad → Los profesionales sanitarios tenemos que tener presente la legislación que regula los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002) y la ley de protección de datos (Ley orgánica 15/1999). Además, está implícito en los códigos deontológicos de enfermería. Así mismo, se debe intentar no entrevistar con el supuesto agresor. Recordar que el único caso donde se puede revelar el secreto profesional es en un juicio (16, 35).
- Principio de Autonomía → En todo el proceso de acompañamiento e intervención sanitaria se debe respetar y fomentar la autonomía de la mujer, aunque en ocasiones éstas nos generen frustración. Para que ellas puedan tomar una decisión, han de conocer todas las alternativas y posibilidades de actuación, las consecuencias probables y los beneficios y riesgos esperados. De esta manera ella cuenta con toda la información y es protagonista de su propio proceso de recuperación (16, 35).

Finalmente debemos destacar que los profesionales sanitarios aún desconocemos las características del maltrato, con que guías y protocolos contamos para poder realizar una correcta actuación, cuales son las preguntas de detección... además, muchos profesionales no identifican un rol profesional propio, sino delegado al médico o a la trabajadora social.

Bibliografía

1. WHO Media Centre. Violence against women. *Intimate partner and sexual violence against women*. Switzerland: World Health Organization; 2017.
2. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2016; 48(10):623–31. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656716300385>
3. World Health Organization. Violence prevention the evidence: Promoting gender equality to prevent violence against women. Geneva: WHO publications; 2009. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44098/1/9789241597883_eng.pdf
4. Alshammari KF, McGarry J, Higginbottom GMA. Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing Open* [internet]. 2018;00: 1–17. <https://doi.org/10.1002/nop2.133>
5. Calvo González C, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global* [Internet] 2014; 33(1): 424–439. Disponible en: <http://goo.gl/wcOVL3>
6. Delegación del Gobierno de España para la Violencia de Género, Centro de Investigaciones Sociológicas. *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Centro de publicaciones; 2015. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
7. Instituto de la Mujer y Delegación del Gobierno de España para la Violencia de Género. *Víctimas mortales por violencia de género*. España: Instituto Nacional de Estadística (INE); [última actualización 30 de abril de 2018; citado 2 de mayo de 2018] Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>
8. De Miguel Llorente N, Muñoz López C. Violencia de género y atención primaria. *AMF* [internet]. 2016; 12(9):517-523. Disponible en: <https://rafalafena.files.wordpress.com/2017/03/violencia-de-gc3a9nero-y-atencic3b3n-primaria-2016.pdf>

9. Goicolea I, Mosquera P, Brionez-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Cases C. Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit.* 2017; 31(3): 187-93.
10. Ministerio de Ciencia e Innovación. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), nº 174, 2008. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31680-31683.pdf>
11. Unwomen.org [Internet]. Nueva York: Entidad de las naciones unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. [Actualizada el 26 de abril de 2018; Citada el 2 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.unwomen.org/en>
12. Lozano Alcaraz C, Pina Roche F, Torrecilla Hernández M, Ballesteros Meseguer C, Pastor Rodríguez JD, Ortuño Esparza A. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Rev Enferm UFSM.* 2014; 4 (1): 217-226.
13. Martín A, Cano JF, Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
14. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012 [Consultado el 20 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
15. Torralbas-Fernández A, Calcerrada-Gutiérrez M. Using Primary Care to Address Violence against Women in Intimate Partner Relationships: Professional Training Needs. *MEDICC Rev* [Internet]. 2016; 18(4):38–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27829653>
16. Mateos M, Rodríguez M, Mayor L, Pérez C, Durand I. Manual CTO de Enfermería. En: Manual CTO de Enfermería. Madrid: CTO Editorial; 2017.
17. Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *An Psicol.* 2016; 32(1):295-306.

18. Domínguez Fernández M, Martínez Silva IM, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez Calvo MS. Features and consequences of gender violence: study of cases confirmed by a conviction. *Rev Española Med Leg.* 2017; 43(3):115-22.
19. Yuguera A. Mujeres que han padecido malos tratos en relaciones de pareja: el ciclo de la violencia. *Rev. Poiésis.* 2015; 30: 13-19.
20. De Lucena KDT, Deninger LSC, Coelho HFC, Monteiro ACC, Vianna RPT, Nascimento JA. Analysis of the cycle of domestic violence against women. *J Hum Growth Dev.* 2016;26(1): 139-146 Available from: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119238>
21. Walker L. El síndrome de la mujer maltratada. Madrid: Declée de Brower; 2012.
22. Constitución Española. (BOE núm. 311, 29 de diciembre de 1978).
23. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE, núm. 313 (29-11-2004).
24. Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. DOC, núm. 5123 (02-05-2008).
25. Rojas Loría K, Gutiérrez Rosado T, Alvarado R, Fernández Sánchez A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de atención primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Aten Primaria.* 2015; 47(8): 490-97.
26. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac. Sanit.* 2017; 31(5): 410-145.
27. Pérez García, C; y Manzano Felipe, M^a A. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. *Cultura de los Cuidados.* [Internet] 2014;18 (40): 107-115). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.40.14>
28. Visentin F, Vieira LB, Trevisan I, Lorenzini E, Silva EF. Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Invest Educ Enferm.* 2015; 33(3): 556-564.

29. DeBoer MI, Kothari R, Kothari C, Koestner AL, Rohs T. What Are Barriers to Nurses Screening for Intimate Partner Violence? *Journal of Trauma Nursing* [Internet]. 2013;20(3):155–60. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00043860-201307000-00008>
30. Díaz Vigón N, Fernández Gutiérrez L, Fernández Raigada R, Rubio Domínguez J, Santos Granda MI. Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de atención primaria en relación a la violencia de género. *RqR Enfermería comunitaria (revista de SEAPA)*. 2017 Mayo; 5(2) 35-49.
31. Alotaby I, Alkandari A, Alshamali A, Kamel M, El-Shazly M. Barriers for domestic violence screening in primary health care centers. *Alexandria Journal of Medicine*. 2013; 49: 175-180.
32. Sharma KK, Vatsa M, Kalaivani M, Bhardwaj DN. Knowledge, attitude, practice and learning needs of nursing personnel related to domestic violence against women: a facility based cross sectional survey. *Int J Community Med Public Health* 2018;5(3):996-1003.
33. Sundborg E, Saleh-Stattin N, Wändell P, Törnkvist L. Nurses' preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*. 2012; 11 (1): 1-11.
34. Fernández Alonso M. Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género. ¿Hemos Superado el Reto? *Aten. Primaria*. 2015; 47(3):129-130.
35. Bugarín R, Bugarín C. Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género. *Semergen*. 2014; 40(5): 280-285.
36. Short LM, Alpert E, Harris JM, Surprenant ZJ. A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *Am J Prev Med*. [Internet]. 2006;30(2):173-80. Disponible en: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(05\)00401-0/pdf](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(05)00401-0/pdf)
37. Vives Cases C, Torrubiano Domínguez J, Carrasco Portiño M, Espinar Ruiz E, Gil González D, et al. Validación de la versión Española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). *Rev Esp Salud pública* [Internet]. 2015; 89(2) 173-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1135-57272015000200006%5Cnhttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S1135-57272015000200006

HIPOTESIS

H1: La puesta en marcha de un programa formativo en violencia de género, mejorará la capacitación, las habilidades y las actitudes de las enfermeras de atención primaria.

OBJETIVOS

- Identificar la mejora de conocimientos y abordaje de las víctimas de violencia de género, por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria a partir de un programa formativo.
- Analizar las variables que influyen en la detección y abordaje de los casos de violencia de género.

METODOLOGIA

DISEÑO

Se trata de un estudio Cuasiexperimental Pre- Post. Se realizará entre los meses de Septiembre de 2018 y Julio de 2020. En el que se pretende evaluar el conocimiento y las actitudes de las enfermeras de atención primaria sobre violencia de género y la relación que tienen con las variables sociodemográficas.

Se planteará un curso de formación para valorar si mejoran sus conocimientos y habilidades y como consecuencia, si se produce un aumento de la detección de casos.

Ámbito y población de estudio

El estudio se realizará en dos centros de atención primaria, situados en dos áreas básicas de salud (ABS) de Girona.

- Área básica de salud Lloret-Tossa compuesta por 2 centros de atención primaria:
 - CAP Lloret Centro → El equipo de enfermería que atiende en las consultas del área básica consta de 9 profesionales, de los cuales, 3 son enfermeras de pediatría y 6 son enfermeras de adulto.
 - CAP Rieral → El equipo de enfermería que atiende demandas agudas, consta de 7 profesionales, donde todas atienden población adulta.
- Área básica de salud Girona 1, comprende el CAP de Santa Clara. El equipo de enfermería que atiende en consulta, está formado por un total de 16 profesionales, de los cuales 2 son de pediatría y 14 atienden a población adulta.

En total se podría contar que cada ABS dispone de 4 suplentes de enfermería. Estos profesionales suelen cubrir bajas de corta duración, pero como se

encuentran en las consultas y atienden demandas agudas, también entrarían dentro de la población de estudio.

Por último, la muestra mínima total es de 35 enfermeros y enfermeras que atienden población adulta.

Criterios de inclusión

- Todos los profesionales de enfermería que atiendan en las consultas del área básica escogida y acepten acceder voluntariamente y sin coacción a participar en el estudio (firma del consentimiento informado)
- Suplentes del centro de salud con más de un año de experiencia clínica y quieran acceder voluntariamente y sin coacción a participar en el estudio (firma del consentimiento informado).

Criterios de exclusión

- Enfermeras que no acepten participar en el estudio.
- Enfermeras pediátricas
- Enfermeras que no acudan al 80% de las sesiones de formación.

Muestra

Para realizar este estudio se ha escogido a toda la población, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, y en total obtendríamos una muestra de aproximadamente de 35 enfermeras.

Variables

Variables Sociodemográficas

- **Sexo:** Variable cualitativa nominal (hombre o mujer)
- **Edad:** Variable cuantitativa discreta “opción abierta”
- **Estado Civil:** Variable cualitativa nominal
 - Casado/a o vivir en pareja
 - Viudo
 - Separado o divorciado
 - Soltero
- **Años de experiencia en comunitaria:** Variable cuantitativa discreta

- **Área sanitaria:** Variable cualitativa nominal
 - CAP Lloret
 - CAP Rieral
 - CAP Santa Clara
- **Número de pacientes atendidos a la semana (Carga asistencial):**
Variable Cuantitativa discreta.
 - No veo pacientes
 - Menos de 20
 - 20- 39
 - 40- 59
 - 60 o más

Variables relacionadas con la Violencia de género

- **Percepción de las enfermeras en relación al rol que tienen, respecto a la violencia de género:** Variable cualitativa ordinal. Se evaluará en la sección 1 del cuestionario PREMIS.
- **Opinión relacionada con la actuación en la consulta:** Variable Cualitativa ordinal. Se evaluará en la sección 2 del cuestionario PREMIS.
- **Conocimientos relacionados con la violencia de género:** Variable cuantitativa discreta. Se evaluará con la sección 4 del cuestionario PREMIS.
- **Estudios previos en violencia de género:** Variable cualitativa nominal
 - Ninguna
 - He leído el protocolo de actuación
 - He ido a una conferencia o sesión de sensibilización
 - He realizado un curso < 20 horas
 - He realizado un curso \geq 20 horas.
 - He recibido formación durante la carrera: Clases teóricas
 - He recibido formación durante la carrera: Clases prácticas
 - He realizado un posgrado en violencia de género
 - He realizado un máster en violencia de género
 - Otros (Especificar): _____
- **Acciones realizadas en los casos de violencia de género:** Variable cualitativa ordinal. Se medirá en la sección 3 del cuestionario PREMIS.
- **Número de detecciones de VG:** Variable cuantitativa discreta.

Instrumentos

Para llevar a cabo este estudio se utilizará el siguiente instrumento:

- Encuesta AD-HOC de datos sociodemográficos (Anexo 5). Tiene el objetivo de obtener información sobre datos sociodemográficos como: edad, sexo, estado civil, año de experiencia en comunitaria, área sanitaria en la cual trabajan y número de pacientes que atienden a la semana.
- Se elaborará un documento Excel, concretamente una tabla, con el nombre de todas las enfermeras que participen en el estudio. Una columna registrará una variable independiente, que será el número de casos de VG detectados durante el año 2017 y otra columna registrará los casos detectados una vez finalizadas las sesiones de formación. Para poder obtener estos datos, accederé a todas aquellas historias clínicas que se les haya abierto durante el periodo estudiado, un episodio de violencia de género.
- Cuestionario PREMIS (Anexo 5): Se trata de uno de los cuestionarios más completos para la valoración de la capacidad de respuesta que tienen los profesionales de atención primaria frente a la violencia de género. La versión original del cuestionario PREMIS fue realizada por Lynn M. Short, Elaine Alpert, John M. Harrys, ZJ. Surprenant (36).

Se utilizará para este estudio la versión española validada el año 2015 por Carmen Vives Cases, Jordi Torrubiano, Mercedes Carrasco, Eva Espinar, Diana Gil e Isabel Goicolea (37). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar la fiabilidad, consistencia interna y la validez del cuestionario PREMIS. Finalmente, cuatro de las escalas resultaron significativas (nivel de capacitación percibido, nivel de conocimientos percibido, opinión sobre la capacidad para el manejo de la violencia de género y la opinión sobre la autoeficacia).

Respecto a la consistencia interna: se valoró por medio del cálculo del coeficiente α de Cronbach. La mayoría de los índices fueron superiores a 0,7 o muy cercanos a ese valor excepto en los casos de: Instalaciones y tiempo en su centro para la atención de VCI, Autonomía de las mujeres, y Autoeficacia. Por otro lado, en cuanto a la fiabilidad, los indicadores obtuvieron un coeficiente de correlación intraclase de 0,87 y el valor del coeficiente de Spearman fue de 0,67 (37).

Se ha dado una alta sensibilidad del tema abordado en el PREMIS, lo que supone que este cuestionario permite realizar una valoración de la capacidad de respuesta de los profesionales ante un posible caso de violencia de género.

El cuestionario PREMIS es autocumplimentado y valora la capacidad de respuesta frente a situaciones de violencia de género de las enfermeras de atención primaria. Integra cuestiones relacionados con aspectos formativos y de nivel de conocimientos, opiniones/ percepciones y actuaciones realizadas en la consulta clínica en los casos de violencia de género detectados.

La versión española del cuestionario PREMIS consta de 64 ítems, 2 menos que el cuestionario original. Su aplicación en los servicios de atención especializada requeriría la revisión de algunos ítems, ya que se han adaptado exclusivamente al contexto de atención primaria.

Está dividido en 4 secciones y cada una de ellas evalúa un aspecto concreto.

Sección 1: Hace referencia a la percepción que tienen las enfermeras sobre su rol en la detección y actuación en casos de violencia de género y su preparación. Se evalúa a través de dos preguntas con subapartados. Las preguntas se responden a través de una escala de Likert donde para la pregunta 3: el 1 se considera nada preparado/a y el

7 muy bien preparado. Para la pregunta 4: el 1 se considera nada y el 7 mucho.

Sección 2: Hace referencia a las opiniones que tienen las enfermeras sobre su actuación delante de un caso de VG. Se evalúa a través de 32 preguntas donde se exponen una serie de situaciones y cada participante tiene que responder según su opinión de la manera más honesta. Las preguntas se responden a través de una escala de Likert donde 1 se considera totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Sección 3: Esta sección hace referencia a la práctica habitual, es decir, que realiza cada enfermera en la consulta de atención primaria cuando se encuentra un posible caso de VG. Se evalúa a través de 16 cuestiones. La pregunta 3 y 9 se evalúan a través de una escala Likert donde 1 se considera nunca y 5 siempre, también se contempla la opción de no avaluado o no sabe no contesta, y corresponde con el número 6. La pregunta número 16 es de opción abierta, las demás preguntas son de tipos multirespuesta, donde no hay una opción correcta, sino que se pretende conocer que es lo que realizan los profesionales en su día a día en la consulta, cuando se encuentran con un caso de violencia de género.

Sección 4: Hace referencia a los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería sobre violencia de género. Consta de 18 preguntas, cada respuesta correcta contará un punto y cada respuesta incorrecta contará cero puntos. Las primeras 8 preguntas son de opción multirespuesta y las restantes son del formato Verdadero/ falso.

Consideraremos el nivel de conocimiento que tienen los profesionales en función de los aciertos:

- ≤ 8 aciertos: Nivel Bajo de conocimiento.
- 9 -14 aciertos: Nivel medio de conocimiento.
- 15- 18 aciertos: Nivel alto de conocimiento.

Análisis estadístico

Se creará una base de datos en SPSS V23, se realizará el análisis estadístico de la siguiente manera:

- Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables del estudio, utilizando para las variables cualitativas el porcentaje y para las cuantitativas las medias y desviación estándar.
- Para estudiar la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas se utilizará la T-student y la ANOVA. Se considerará una $P < 0,05$ para comparar las diferencias significativas estadísticamente.
- En las variables Cualitativas se utilizará el test X^2 de Pearson y también se considerará $P < 0,05$, para comparar las diferencias significativas.

Aspectos éticos

Este estudio se llevará a cabo siguiendo los principios de la declaración de Helsinki (1964) y la ley de protección de datos LOPD 15/1999 del 13 de septiembre.

Las enfermeras que quieran participar de manera autónoma y voluntaria en este proyecto, tienen que dejar constancia dejando firmado el consentimiento informado. Siempre se respetará la libre voluntad de abandonar la investigación en cualquier momento, sin que esto ocasione ningún perjuicio.

Para llevar a cabo la investigación, se precisará previamente de la aprobación del proyecto por el comité de ética del Instituto universitario de investigación en atención primaria (IDIAP).

Una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética y para poder realizar el trabajo de campo, se entregará una carta de presentación a la coordinadora de enfermería con el proyecto adjunto y se pedirá su autorización para poder realizar las encuestas a las enfermeras y realizar las sesiones previstas.

Al acceder a las historias clínicas para obtener la información de los casos de VG detectados durante los periodos estudiados, no se vincularán estos datos con los de la historia clínica, ni se podrá correlacionar con ningún nombre, manteniendo así la confidencialidad de los datos.

Descripción del procedimiento

Una vez realizado el proyecto, se contactará con los centros escogidos para realizar el estudio. Se enviará una carta de presentación (Anexo 3) a la coordinadora de enfermería del centro para que conozca sobre la existencia de este estudio y obtener su aprobación.

Antes de iniciar el estudio se enviará una carta (Anexo 1 y 2) y una copia del proyecto al comité de ética para que den su aprobación. Por tanto, el estudio comenzará cuando se haya dado el visto bueno por parte del comité de ética, del instituto de investigación en atención primaria (IDIAP).

Para poder realizar el estudio en el ABS Lloret-Tossa, como pertenece a la corporación de salud del Maresme y la Selva, se enviará una copia del proyecto a Calella para que el comité de ética e investigación propio, lo revise y dé el visto bueno. Sobre todo se enviará una vez se haya obtenido la aprobación del IDIAP.

Una vez obtenga por parte de los comités de ética su aprobación, se volverá a contactar con las supervisoras de enfermería de cada área básica de salud a través del correo electrónico y se volverá a enviar una carta de información del estudio (Anexo 3), junto con la aprobación por parte de los comités de ética.

En un principio, ya habíamos enviado esta carta, ya que de esta manera cuando le llegase la aprobación por parte del comité de ética, tuviesen un pequeño conocimiento sobre la intención de realizar este estudio.

Una vez hayan leído la información del estudio y hayan aceptado la participación en él, se procederá a concretar una primera visita en el centro para informar a los profesionales de enfermería.

En la presentación del proyecto, se informará en que consiste el estudio y como se distribuirán las diferentes sesiones de formación. Además, se informará a las enfermeras de la posibilidad de entregar un certificado a aquellas que hayan realizado la totalidad del curso. Dicho certificado estará expedido por la universidad de Girona y con el apoyo del IDIAP.

Una vez explicado y resuelto todas las dudas, se procederá a preguntar quién quiere participar en el estudio y deberán firmar el consentimiento informado (Anexo 4).

El estudio tendrá una duración de 23 meses. Se ha escogido este periodo de tiempo para poder realizar todas las sesiones y ver de manera prospectiva si se mejora el conocimiento y si se produce un aumento de las detecciones de casos de violencia de género.

En el mes de noviembre de 2018 se realizará una segunda reunión y se entregarán el cuestionario PREMIS (Anexo 5) a todos los participantes. En esta reunión se discutirán que días se realizan las sesiones y se explicará en qué consisten dichas sesiones.

Durante el mes de diciembre de 2018, como es una época donde la gran mayoría de trabajadores realizan vacaciones y como se encuentran muchos días festivos por la navidad, he pensado que no sería conveniente comenzar ninguna sesión, por eso lo dedicaría a revisar cuantos casos de violencia de género han detectado los profesionales que han querido participar en el estudio, durante el año 2017.

En enero de 2019 hasta febrero de 2019 se llevarían a cabo las 5 sesiones de formación. Se ha escogido este periodo de tiempo ya que la campaña vacunal de gripe ya ha finalizado y la gran mayoría de profesionales se encuentran trabajando.

Las sesiones se realizarían en el horario de 14h a 15h ya que en todos los centros de salud no se realiza actividad asistencial (excepto aquellos profesionales que se encuentren en urgencias). Por otro lado, las sesiones se realizarían en alguna zona del centro como podría ser el aula maternal o cualquier estancia que nos permita realizar la sesión. En la segunda reunión, se podría debatir entre los asistentes el día de la semana concreto para realizar la sesión, ya que se realizará una vez por semana durante una hora.

La estructura de cada sesión queda explicada en los anexos (Anexo 6). En ellos, se explicarán los objetivos formativos de cada sesión y como se llevará a cabo cada una de las actividades.

Para realizar las sesiones formativas se ha tenido en cuenta llevar a cabo una formación con metodologías participativas, de modo que las sesiones contendrán una breve explicación sobre el tema a tratar en aquella sesión, y después se llevaran a cabo grupos de discusión, comentarios sobre vídeos y se contará en alguna sesión con la participación de algunas asociaciones, de otros profesionales que intervienen en el abordaje de VG y se plantearía la posibilidad de contar con una mujer que haya sufrido VG para que nos contase su vivencia. Al final de cada sesión se plantea una actividad para realizar fuera de las sesiones formativas que reforzaran el contenido teórico dado en esa sesión o posiblemente sea un avance para el contenido teórico de la próxima. En todo caso, todas las actividades se resolverán en la próxima sesión.

Una vez se hayan acabado las sesiones, y se hayan cumplido 6 meses desde que se realizó el primer cuestionario (Mayo de 2019), se volverá a pasar el mismo cuestionario que realizaron al principio y veremos si se produce una mejora del conocimiento. Posteriormente, se analizarán todos los cuestionarios y podremos valorar si las sesiones producen un aumento del conocimiento de las enfermeras sobre violencia de género.

Después, se analizarán las variables para ver si aquellas enfermeras que han tenido una formación previa han obtenido mejor resultado. Realizaré un informe donde se comparen las diferentes variables y cómo influyen en el conocimiento de las enfermeras de atención primaria.

Por último, durante 11 meses se realizará un estudio observacional, dónde se analicen cuantos casos de violencia de género han detectado las enfermeras desde que han recibido las sesiones de formación, aunque dicho estudio empezará una vez analizado el último cuestionario. Por tanto, compararemos si han aumentado el número de detecciones respecto a las que habían detectado durante el año 2017 (analizado con anterioridad). En el caso de qué se produzca un aumento, podríamos pensar que el programa formativo, no solo podría aumentar el conocimiento sino que podría verse mejorado las habilidades de las enfermeras para detectar nuevos casos y para su posterior abordaje.

Para recoger la información sobre los casos detectados de VG, se procederá a analizar todas aquellas historias clínicas en que quede explícito el episodio de violencia de género o violencia de la pareja, maltrato o como cada centro lo identifique. De esta manera podremos analizar cuantos nuevos episodios se han abierto en el último año y que profesional lo detectó.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE 2018				OCTUBRE 2018				NOVIEMBRE 2018				DICIEMBRE 2018				ENERO 2019				FEBRERO 2019			
	S E M A N A S																							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del trabajo al comité de ética (IDIAP)	X																							
Revisión del proyecto y modificación, si fuese necesario.		X	X																					
Enviar carta de presentación al director del ABS y a la coordinadora de enfermería del ABS Lloret y ABS Girona 1.				X																				
Sesión informativa en el centro de salud, dirigida a todas las enfermeras + Firma del Consentimiento informado					X																			
Inicio del estudio						X																		
2ª Sesión de información y entrega de cuestionarios a los participantes										X														
Revisar en el último año (2017) cuantos casos habían detectado de VG.															X	X								

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE 2018				OCTUBRE 2018				NOVIEMBRE 2018				DICIEMBRE 2018				ENERO 2019				FEBRERO 2019							
	S				E				M				A				N				A				S			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1ª Sesión (Introducción a la VG)																			X									
2ª Sesión (Papel de enfermería)																				X								
3ª Sesión (Simulación en consulta)																					X							
4ª Sesión (Abordaje multidisciplinar)																						X						
5ª Sesión (Recursos comunitarios)																							X					

ACTIVIDADES	MAYO 2019				JUNIO 2019				JULIO 2019 – MAYO 2020											JUNIO 2020				JULIO 2020					
	S E M A N A S																												
	1	2	3	4	1	2	3	4	11 MESES											1	2	3	4	1	2	3	4		
Volver a pasar el cuestionario para ver si hay mejoras en el conocimiento (6 meses después del primer cuestionario)	X																												
Analizar los Resultados		X	X	X	X																								
Elaborar las conclusiones a partir del cuestionario						X	X	X																					
Analizar cuantos casos de Violencia de género detectan las enfermeras que han realizado las sesiones.									X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Redacción del informe final																		X	X	X									
Transmitir resultados obtenidos a los participantes																					X								
Traducción al inglés																						X	X						
Difusión científica del trabajo																							X	X					

PRESUPUESTO

	Material	Cantidad	Precio (Unidad)	Total
Material encuesta y sesiones	Bolígrafos	80	0,35€	28,00€
	Caja de 500 folios	5	3,70€	18,50€
	Paquete de grapas	2	0,57€	1,14€
	USB 32 GB	1	10,90€	10,90€
	Tóner fotocopidora	10	20€	200€
Recursos para el proyecto	Licencia IBM SPSS V23	10 meses	95,53€/ mes	955,3€
	Llamadas telefónicas	150min	0,02€/min	3,00€
	Becario de soporte en el estudio		8€/hora	*
	Transporte	60L	1,29/l	77,40€
	Agua y aperitivo para los participantes	5 sesiones en 2 ABS	25€ Sesión	250€
Divulgación científica	Traducción del estudio			1200€
	Difusión en congresos	2 Congresos	1000€/ Congreso	2000€
	Publicación de los resultados en revista Open acces			2500€
TOTAL				7.244,24€

*Faltaría incluir en función de las horas que se realice la cantidad que se tiene que pagar al Becario.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Es importante tener en cuenta que la investigación se centrará en dos centros de atención primaria, por lo que los datos podrían no ser generalizables a otros servicios. Además, se realizarán en centros urbanos lo que podría no extrapolarse a los centros rurales.

Por último, puede suceder que los encuestados aporten respuestas socialmente deseables por miedo a ser juzgados, a pesar de que el cuestionario se realizará de manera confidencial. Podríamos encontrarnos con profesionales que respondan aquello que es correcto aunque no sea exactamente lo que piensan.

FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Una vez sea conocedor de los resultados del estudio, puede que el futuro de la investigación recorra diferentes caminos.

Se podría realizar diferentes estudios, comparando centros con personal que haya estado formado y no formado o comparar las actitudes de los profesionales de enfermería sobre la VG dependiendo de si han recibido o no formación.

Además, teniendo en cuenta que el programa formativo fuese beneficioso y se demostrase que aumenta el conocimiento y mejora las habilidades de las enfermeras, se podría extrapolar a otros centros de salud y se podría llevar a cabo la publicación de dicho estudio a revistas científicas (Aplicabilidad).

ANEXOS

Anexo 1. Presentación del proyecto y solicitud de evaluación al comité de ética clínica (CEIC)

IDIAP Jordi Gol
Gran Via Corts Catalanes, 587
08007- Barcelona
idiap@idiapigol.org

Referencia: Evaluación del proyecto número: XXXX

Bienvenidos,

Adjuntamos la documentación correspondiente al estudio:

- Proyecto: Mejora de la capacitación en violencia de género del personal de enfermería de atención primaria.
- Código de protocolo:
- CEIC de referencia:

Listado de documentación que se presenta:

- Carta de solicitud de evaluación del estudio.
- Compromiso IP
- Compromiso IP-CEIC
- Protocolo
- Hoja de consentimiento informado

En el caso de necesitar más información o documentación asistencial, póngase en contacto con:

Nombre: **Javier Zambrana Soriano**

Teléfono: 672-27-27-27

Email: estudioconocimientovg@gmail.com

Pedimos que firmen y daten una copia de esta carta, conforme lo han recibido:

Nombre	Firma y sello	Fecha

Cordialmente,

Girona,.....de.....20....

Anexo 2. Carta de presentación del estudio al IDIAP

Bienvenido/a

Me llamo **Javier Zambrana Soriano**, soy estudiante de cuarto curso de enfermería en la Universidad de Girona.

Me dirijo a usted para presentarle el proyecto de investigación “*Mejora de la capacitación en violencia de género del personal de enfermería de atención primaria*” Quería comunicarle mi interés a llevarlo a cabo en dos Áreas básicas de Salud de Girona (ABS Lloret y ABS Girona 1).

La Violencia de Género es un grave problema de salud, por sus consecuencias sobre la salud física, mental y sexual. Tanto la actuación como su prevención es una prioridad en salud pública. En este ámbito, los profesionales de la salud de la Atención Primaria son clave en su detección y tratamiento, debido a su accesibilidad y cercanía.

Estos últimos años se han publicado diferentes estudios en los que las enfermeras referían no sentirse preparadas para abordar un caso de violencia de género. Por este motivo, el objetivo principal de este proyecto que presento, es identificar la mejora de conocimientos y abordaje de las víctimas de violencia de género, por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria a partir de un programa formativo y analizar que variables influyen en la detección y abordaje de los casos de violencia de género.

Para analizar y completar estos objetivos contamos con un cuestionario validado, que evalúa diferentes aspectos, entre ellos el conocimiento de las enfermeras de atención primaria, la opinión que tienen sobre su actuación en consulta, la percepción en relación al rol que tienen respecto a la violencia de género y por último, las acciones realizadas.

Creo que sería primordial mejorar los conocimientos y las habilidades de las enfermeras de atención primaria en relación a la violencia de género, ya que de esta manera mejoraría la atención de estas mujeres, su evolución y en definitiva su estado de salud.

Por este motivo, le pido que tenga en consideración mi solicitud y me permita exponerle personalmente el proyecto.

Quedo a su disposición para cualquier aclaración o información complementaria que necesite,

Reciba un cordial saludo,

Javier Zambrana Soriano, Investigador Principal

Anexo 3

Carta de información del estudio

Bienvenido Sr. /Sra. Responsable de enfermería del centro de atención primaria.

Me dirijo a usted para explicarle por escrito la información del estudio que quiero llevar a cabo. Me llamo **Javier Zambrana Soriano** y soy un estudiante de cuarto curso de enfermería. Estoy realizando un estudio sobre el conocimiento que tienen los profesionales de enfermería de atención primaria y realizaría un pequeño programa de formación a sus enfermeras para ver si se produce un aumento de este conocimiento y una mejora en la detección y abordaje de los casos de violencia de género.

Muchos estudios coinciden en la necesidad de sensibilizar más y formar a los profesionales de la salud en la detección del maltrato. Por este motivo creo que sería muy beneficioso para los profesionales de su centro el hecho de poder participar en este estudio y adquirir un mayor conocimiento y mejorar sus habilidades en la detección de la violencia de género.

Para llevar a cabo este estudio, mi intención es distribuir entre los profesionales de enfermería que decidan participar, un cuestionario que consta de 32 preguntas con sus subapartados, sobre violencia de género. Este cuestionario pretende medir la percepción, la opinión, el conocimiento y la práctica habitual que tienen las enfermeras de atención primaria sobre violencia de género. Una vez realizado se llevará a cabo un programa formativo formado por 5 sesiones que se realizarían en el mismo centro.

Creo que sería muy interesante llevar a cabo este estudio ya que la violencia de género es una prioridad en salud pública y el hecho de mejorar la confianza de las enfermeras sobre sus capacidades para la detección de casos de violencia de género puede ser una vía para realizar una detección precoz, un correcto abordaje y como consecuencia, disminuiría las enfermedades crónicas, reduciendo el gasto sanitario y mejorando el estado de salud tanto

de las mujeres maltratadas como de los hijos, ya que de bien es sabido que las mujeres que sufren maltrato son asiduas al centro de salud.

El estudio ha recibido el visto bueno del comité de ética IDIAP. Todas aquellas enfermeras que lo deseen podrán acceder al estudio de manera voluntaria y sin coacción. Además, todas las enfermeras que realicen la totalidad del curso **se valorará dar un certificado de asistencia** a la actividad de sensibilización que irá firmado por la universidad de Girona y con el apoyo del IDIAP.

En el caso que aceptéis la participación del centro, concretaría con ustedes una fecha para realizar una sesión explicativa a todas las enfermeras y de esta manera conocer si quieren participar en el estudio. Cabe decir que los participantes que acepten, entrar en el estudio, serán totalmente anónimos sin necesidad de aportar ningún tipo de identificación. Solo se harán preguntas del perfil del trabajador tales como: edad, sexo, formación en violencia de género y años de experiencia clínica en comunitaria.

Gracias por su atención,

Anexo 4

Hoja de consentimiento informado

Título del estudio: MEJORA DE LA CAPACITACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Yo, _____ con DNI _____
(Nombre y apellidos)

He estado informado/ informada de las condiciones del proyecto y tengo el conocimiento sobre el proyecto violencia de género, para mejorar el conocimiento de los enfermeros/ enfermeras de atención primaria. He leído la hoja de información, he podido hacer preguntas sobre el proyecto, sobre el programa formativo y he recibido suficiente información sobre el proyecto.

He sido informado por: _____
(Nombre del investigador)

Entiendo que mi participación es voluntaria y que de acuerdo con lo que establece la L.O 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004), declaro haber estado informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de su recogida y de los destinatarios de la información, la identidad y la calle del responsable del fichero de datos. Tengo la disponibilidad de ejercer los derechos de accesos, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndome por escrito al titular del fichero de datos.

Acepto que los datos expuestos en los diferentes cuestionarios sean guardados en un fichero automatizado, la información de la cual podrá ser utilizada exclusivamente para finalidades científicas.

Los datos serán totalmente confidenciales y se mantendrá el anonimato. Comprendo que recibiré una copia de este consentimiento informado y del cronograma de las diferentes actividades.

Por tanto, doy mi consentimiento de forma voluntaria para participar en este estudio y para que así conste firmo el presente consentimiento.

Lugar y fecha:

(Firma del Participante)

(Firma del investigador)

Anexo 5

Cuestionario sobre el conocimiento, las actitudes y las habilidades en violencia de género

Identificador: tres últimas cifras del DNI + Letra: _____

Soy un estudiante de cuarto curso de enfermería y estoy realizando una investigación en relación al conocimiento, las habilidades y las actitudes que tienen los enfermeros de atención primaria sobre violencia de género.

El objetivo de este documento es informar al participante sobre el estudio y cuáles son las condiciones en cuanto a su colaboración.

Se trata de un estudio cuasiexperimental pre- post, que se realizará entre septiembre de 2018 y julio de 2020.

La instrumentalización de este estudio se realizará con una encuesta anónima, es por este motivo que de acuerdo con la ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal, los datos personales que se obtengan serán exclusivamente los justificados con el objetivo formativo del estudio.

Espero que sus respuestas sean lo más sinceras posibles en este cuestionario, ya que nos ayudaran a mejorar la detección y manejo de las mujeres víctimas de violencia de género.

Por favor, intente responder instintivamente con lo primero que le venga a la cabeza, incluso si piensa que no es una respuesta políticamente correcta. Trate de no pensar en “cómo” deberían de ser sus respuestas.

Le pedimos que conteste todas las preguntas para asegurar la confiabilidad del estudio. Todas las respuestas serán anónimas. **Muchas gracias** por tomarse el tiempo para responder este cuestionario.

[Las preguntas en que sus respuestas tengan (), se deberá marcar con una cruz la opción que corresponda con su opinión.]

[Las preguntas que se valoran a partir de un número, se deberán marcar con un círculo la opción que más se ajuste a su opinión].

Datos Sociodemográficos

1. Edad: ____
2. Sexo: () Hombre () Mujer
3. Años de experiencia en comunitaria: _____años _____Meses
4. Estado Civil:
 - Casado o viviendo en pareja
 - Viudo
 - Separado o divorciado
 - Soltero
5. Área sanitaria en la cual trabaja
 - CAP Lloret
 - CAP Rieral
 - CAP Santa Clara
6. De media cuántos pacientes atiende por semana (marque una opción):
 - No veo pacientes
 - Menos de 20
 - 20- 39
 - 40- 59
 - 60 o más
7. ¿Cuánta formación en temas de violencia de género ha tenido usted? (Por favor, marque con una X todas las opciones pertinentes).
 - () Ninguna
 - () He leído el protocolo de actuación
 - () He ido a una conferencia o sesión de sensibilización
 - () He realizado un curso < 20 horas
 - () He realizado un curso \geq 20 horas.
 - () He recibido formación durante la carrera: Clases teóricas
 - () He recibido formación durante la carrera: Clases prácticas
 - () He realizado un posgrado en violencia de género
 - () He realizado un máster en violencia de género
 - () Otros (Especificar): _____

Sección 1 – Percepción

3. Por favor rodee el número que describe mejor cómo de preparado/a se siente para realizar las siguientes acciones (1=nada preparado/a, 2=mínimamente preparado/a, 3=algo preparado/a, 4=moderadamente preparado/a, 5=preparado/a, 6=bien preparado/a, 7=muy bien preparado/a)

a. Hacer preguntas apropiadas sobre VCI	1	2	3	4	5	6	7
b. Responder apropiadamente cuando una paciente revela abusos	1	2	3	4	5	6	7
c. Identificar indicadores de VCI basándose en la historia clínica y el examen físico	1	2	3	4	5	6	7
d. Evaluar la disponibilidad para el cambio de una víctima de VCI	1	2	3	4	5	6	7
e. Ayudar a una víctima de VCI a hacer una valoración del riesgo de letalidad que corre	1	2	3	4	5	6	7
f. Realizar una evaluación del riesgo de los hijos/as de las víctimas	1	2	3	4	5	6	7
g. Ayudar a la víctima de violencia a crear un plan de seguridad	1	2	3	4	5	6	7
h. Documentar la historia de VCI y los hallazgos del examen físico en la historia clínica	1	2	3	4	5	6	7
i. Realizar referencias apropiadas en casos de VCI	1	2	3	4	5	6	7
j. Cumplimentar los documentos legales que se requieran para casos de	1	2	3	4	5	6	7
VCI	1	2	3	4	5	6	7
Violencia contra personas ancianas	1	2	3	4	5	6	7
Violencia contra niños/as	1	2	3	4	5	6	7

4. ¿Cuándo siente que sabe sobre...? (1=Nada, 2=Muy poco, 3=Un poco, 4=Moderadamente, 5=Una cantidad justa, 6=Bastante, 7=Mucho)

a. Sus obligaciones legales con respecto a la notificación en casos de:							
VCI	1	2	3	4	5	6	7
Violencia contra personas ancianas	1	2	3	4	5	6	7
Violencia contra niños/as	1	2	3	4	5	6	7
b. Signos y síntomas de VCI	1	2	3	4	5	6	7
c. Cómo registrar la VCI en la historia clínica	1	2	3	4	5	6	7
d. Recursos para la referencia a víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6	7
e. Agresores de VCI	1	2	3	4	5	6	7
f. Relación entre VCI y embarazo	1	2	3	4	5	6	7
g. Reconocer los efectos en los niños/as de ser testigos de la VCI	1	2	3	4	5	6	7
h. Qué preguntas hacer para identificar VCI	1	2	3	4	5	6	7
i. Por qué una víctima puede decidir no revelar la VCI	1	2	3	4	5	6	7
j. Su papel en la detección de VCI	1	2	3	4	5	6	7
k. Qué decir y no decir a una paciente que sufre violencia	1	2	3	4	5	6	7
l. Determinar el peligro en una paciente que sufre violencia	1	2	3	4	5	6	7
m. Desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VCI	1	2	3	4	5	6	7
n. Las etapas por las que las víctimas de VCI pasan para entender y cambiar su situación	1	2	3	4	5	6	7

Sección 2- Opinión

Para cada uno de los enunciados siguientes, por favor indique su respuesta en una escala desde "totalmente en desacuerdo (1)" a "totalmente de acuerdo (7)".

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo			De acuerdo			Totalmente de acuerdo
1. Si una víctima de VCI no reconoce el abuso, es muy poco lo que puedo hacer para ayudar	1	2	3	4	5	6	7	
2. Pregunto a cada nueva paciente sobre la posibilidad de violencia en sus relaciones	1	2	3	4	5	6	7	
3. El ambiente en mi trabajo me anima a responder a la VCI	1	2	3	4	5	6	7	
4. Puedo hacer referencias adecuadas a servicios en la comunidad para las víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6	7	
5. Soy capaz de identificar VCI sin necesidad de preguntar a la paciente sobre ello	1	2	3	4	5	6	7	
6. No tengo la suficiente preparación para ayudar a las pacientes a afrontar situaciones de VCI	1	2	3	4	5	6	7	
7. Pacientes que abusan del alcohol u otras drogas es probable que tengan antecedentes de VCI	1	2	3	4	5	6	7	
8. Las víctimas de abuso tienen derecho a tomar sus propias decisiones sobre si el personal sanitario debe intervenir o no	1	2	3	4	5	6	7	
9. Me siento cómoda/o hablando de VCI con mis pacientes	1	2	3	4	5	6	7	
10. No tengo las habilidades suficientes para hablar sobre abuso con una víctima de VCI que sea:								
a) mujer	1	2	3	4	5	6	7	
b) hombre	1	2	3	4	5	6	7	
c) de una cultura/etnia diferente	1	2	3	4	5	6	7	
11. Si una víctima de VCI permanece con su pareja después de episodios repetidos de violencia, debe aceptar la responsabilidad por esa violencia	1	2	3	4	5	6	7	
12. Conozco los requerimientos legales para reportar casos sospechosos de:								
a) VCI	1	2	3	4	5	6	7	
b) Violencia contra personas ancianas	1	2	3	4	5	6	7	
c) Violencia contra niños/as	1	2	3	4	5	6	7	
13. El personal sanitario no tiene tiempo para apoyar a sus pacientes en relación a la VCI	1	2	3	4	5	6	7	
14. Soy capaz de recoger la información necesaria para identificar la VCI como la causa subyacente a algunos malestares (ej. depresión, migrañas)	1	2	3	4	5	6	7	

15. Si la paciente se niega a hablar sobre el abuso, el personal sanitario lo único que puede hacer es tratar las lesiones físicas	1	2	3	4	5	6	7
16. Las víctimas de abuso podrían dejar la relación si así lo quisieran	1	2	3	4	5	6	7
17. Cumplo con el protocolo regional/nacional sobre VCI	1	2	3	4	5	6	7
18. El personal sanitario tiene la responsabilidad de preguntar a todas las pacientes sobre VCI	1	2	3	4	5	6	7
19. Mi lugar de trabajo me permite dedicar el tiempo adecuado para responder a las víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6	7
20. He contactado servicios en la comunidad para establecer referencias de casos de VCI	1	2	3	4	5	6	7
21. El abuso de alcohol es una causa principal de VCI	1	2	3	4	5	6	7

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo			De acuerdo			Totalmente de acuerdo
22. Las víctimas de abuso a menudo tienen razones válidas para permanecer en la relación abusivas	1	2	3	4	5	6	7	
23. Estoy demasiado ocupada/o para participar en un equipo multidisciplinario para manejar casos de VCI	1	2	3	4	5	6	7	
24. Hacer screening/tamizaje de VCI probablemente ofenderá a las personas a quienes se pregunta	1	2	3	4	5	6	7	
25. Tengo a mi disposición un espacio privado adecuado para dar atención a víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6	7	
26. Soy capaz de recoger la información necesaria para identificar la VCI como la causa subyacente de algunas lesiones (ej. hematomas, fracturas)	1	2	3	4	5	6	7	
27. Las mujeres que deciden alejarse de los roles tradicionales son una causa principal de la VCI	1	2	3	4	5	6	7	
28. El personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a las pacientes en relación a la VCI	1	2	3	4	5	6	7	
29. Puedo adaptar mis intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentra la persona con VCI	1	2	3	4	5	6	7	
30. Entiendo por qué las víctimas de VCI no siempre cumplen las recomendaciones del personal sanitario	1	2	3	4	5	6	7	
31. El uso de alcohol y otras drogas está relacionado con la victimización de VCI	1	2	3	4	5	6	7	
32. Puedo reconocer a una víctima de VCI por la manera de comportarse	1	2	3	4	5	6	7	

Sección 3 – Práctica habitual.

1. ¿Cuántos diagnósticos nuevos (un caso agudo de VCI continuada, paciente que revela una historia pasada de VCI) de VCI ha realizado en los últimos seis meses?
- Ninguno
 - 1-5
 - 6-10
 - 11-20
 - 21 o más
 - No aplicable – no trabajo en clínica

2. De las situaciones descritas abajo, ¿en cuáles de ellas indaga/hace screening sobre VCI? (marque todos los ítems que considere pertinentes)
- No aplicable. No hago práctica clínica
 - No pregunto
 - Pregunto a todos los nuevos y las nuevas pacientes
 - Pregunto a todas las nuevas pacientes mujeres
 - Pregunto a todas las pacientes con indicadores de abuso en la historia o el examen físico
 - Pregunto a todas las pacientes mujeres una vez al año
 - Pregunto a todas las embarazadas en momentos específicos durante el embarazo
 - Pregunto a todos y todas las pacientes periódicamente
 - Pregunto a todas las pacientes mujeres periódicamente
 - Pregunto a todas las pacientes mujeres periódicamente
 - Pregunto a ciertas categorías de pacientes (ver abajo)
 - Adolescentes
 - Mujeres jóvenes (menores de 30)
 - Mujeres mayores de 65 años
 - Mujeres solteras o divorciadas
 - Mujeres casadas
 - Mujeres que abusan del alcohol u otras drogas

3. ¿Con que frecuencia durante los últimos seis meses ha indagado sobre la posibilidad de VCI cuando ha visto pacientes con los siguientes problemas?:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	N/A
a. Lesiones (heridas, hematomas, quemaduras, etc.)	1	2	3	4	5	6
b. Dolor pélvico crónico	1	2	3	4	5	6
c. Síndrome de color irritable	1	2	3	4	5	6
d. Dolores de cabeza	1	2	3	4	5	6
e. Depresión/Ansiedad	1	2	3	4	5	6
f. Hipertensión	1	2	3	4	5	6
g. Trastornos alimentarios	1	2	3	4	5	6

4. En los últimos seis meses, ¿Cuál de las siguientes acciones ha realizado cuando ha identificado un caso de VCI? (marque todos los ítems que considere pertinentes)
- No he identificado VCI en los últimos seis meses
 - Entregué información (números de teléfono, folletos, otra información) a la paciente
 - Aconsejé a la paciente sobre las opciones que podría tener
 - Hice una valoración de riesgo de la víctima
 - Hice una valoración de riesgo de los hijos/as de la víctima
 - Ayudé a que la paciente hiciera un plan de seguridad
 - Referí a la paciente a:
 - Terapia individual
 - Terapia de pareja
 - Terapia para los/as niños/as / grupos de apoyo
 - Trabajador/a social en el centro de atención primaria
 - Programa para mujeres víctimas de VCI-casas de acogida
 - Conserjería sobre abuso de alcohol/sustancias
 - Línea telefónica local de ayuda a VCI
 - Servicios de protección infantil
 - Apoyo legal, abogados
 - Programa para maltratadores
 - Organización religiosa, iglesia
 - Grupo de apoyo para mujeres víctimas de VCI
 - Línea telefónica nacional para VCI
 - Grupo de apoyo para lesbianas/gay/transexual/bisexuales
 - Policía nacional, regional o local, guardia civil
 - Recursos de apoyo para vivienda, educación, trabajo o apoyo económico
 - Otros lugares de referencia (describir): _____
 - Otros acciones (describir): _____
5. ¿Hay un protocolo de manejo de casos de VCI en su servicio? (marque una opción)
- Sí, y es ampliamente usado
 - Sí, y se usa hasta cierto punto
 - Sí, pero no se usa
 - No
 - No estoy segura
 - No aplica a mi grupo de pacientes
 - No estoy haciendo práctica clínica
6. ¿Está familiarizado/a con las políticas y programa con respecto a la detección y manejo de víctimas de VCI de su institución?
- Sí
 - No
 - No aplicable
7. ¿Hay una cámara de fotos disponible para fotografiar las lesiones de víctimas de VCI?
- Sí Tipo: Instantánea
 - Digital
 - Otra: _____
 - No
 - No estoy segura
 - No aplica a mi grupo de pacientes
 - No estoy haciendo práctica clínica
8. ¿Trabaja en una comunidad autónoma donde es legalmente obligatorio notificar los casos de VCI de adultos?
- Sí
 - No
 - No estoy segura
 - No aplicable (no en práctica clínica)

9. Para cada víctima de VCI que ha identificado en los últimos 6 meses, ¿con que frecuencia ha realizado las siguientes acciones?:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	N/A
a. Documentado el testimonio de la paciente en la historia clínica	1	2	3	4	5	6
b. Utilizado un gráfico del cuerpo para documentar las lesiones de la paciente	1	2	3	4	5	6
c. Fotografiado las lesiones de la víctima para incluirlas en la historia clínica	1	2	3	4	5	6
d. Notificado a las autoridades apropiadas cuando es obligatorio	1	2	3	4	5	6
e. Realizado una evaluación del riesgo de la víctima	1	2	3	4	5	6
f. Realizado una evaluación del riesgo de los/as hijos/as de la víctima	1	2	3	4	5	6
g. Ayudar a una víctima de VCI a hacer un plan de seguridad	1	2	3	4	5	6
h. Contactado un proveedor de servicios para víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6
i. Ofrecido una actitud y palabras que validen y apoyen a la víctima	1	2	3	4	5	6
j. Provisto de información básica sobre VCI	1	2	3	4	5	6
k. Provisto de referencia e información sobre otros recursos	1	2	3	4	5	6

10. En su servicio, ¿se dispone de materiales educativos y sobre recursos de VCI (posters, folletos)? (marque una opción)
- Sí, bien visible y a los que las personas usuarias del centro pueden acceder
 - Sí, bien visible, pero a los que las personas usuarias del centro no pueden acceder
 - Sí, pero no bien visibles
 - No
 - No estoy segura
 - No aplica a mi grupo de pacientes
 - No estoy haciendo práctica clínica
11. ¿Brinda usted a sus pacientes víctimas de violencia materiales educativos y sobre recursos? (marque una opción)
- Sí, casi siempre
 - Sí, cuando es seguro para la paciente
 - Sí, pero solo cuando la paciente lo pide
 - No, ya que no hay recursos adecuados para referencia en la comunidad
 - No, porque creo que estos materiales no son útiles en general
 - No, otra razón (especificar) _____
 - No aplica a mi grupo de pacientes
 - No estoy haciendo práctica clínica
12. Siente que tiene recursos apropiados de referencia de casos de VCI dentro de su centro de atención primaria?
- Sí
 - No
 - No estoy segura
 - No estoy haciendo práctica clínica
 - No aplica a mi grupo de pacientes

13. ¿Siente que tiene conocimiento adecuado sobre recursos para referencia de pacientes con VCI en su comunidad (casa de acogida, grupos de apoyo)?
- Sí
 - No
 - No estoy segura
 - No estoy haciendo práctica clínica
 - No aplica a mi grupo de pacientes
14. En los últimos seis meses, ¿cuántos/as pacientes que previamente usted había diagnosticado con VCI ha visto en su consulta?
- 1-5
 - 6-10
 - 11-20
 - 21 o más
 - No aplicable-no trabajo en clínica
15. ¿Con cuántas de estas pacientes ha hecho seguimiento de la VCI?
- Ninguna
 - 1-5
 - 6-10
 - 11-20
 - 21 o más
 - No aplicable-no trabajo en clínica
16. ¿Qué acciones realizó con estas pacientes? (describa abajo)

Sección 4- Conocimientos

1. ¿Cuál es el factor de riesgo más importante para ser víctima de VCI?
 Edad (menor de 30 años)
 Pareja abusa de alcohol/drogas
 Género-ser mujer
 Historia familiar de violencia
 No sabe/No contesta
2. ¿Cuál de las siguientes es generalmente cierta sobre los abusadores?
 Tienes problemas controlando su ira
 Utilizan la violencia para controlar a sus parejas
 Son violentos porque beben o usan drogas
 Se pelean con cualquiera
3. ¿Cuáles de los siguientes son signos de que una paciente puede haber sufrido violencia por su pareja? (marque todos los ítems que considere pertinentes)
 Dolor crónico sin causa aparente
 Ansiedad
 Abuso de sustancias
 Lesiones frecuentes
 Depresión
4. ¿Cuáles de las siguientes son razones por las que una víctima de VCI puede no ser capaz de dejar una relación violenta? (marque todos los ítems que considere pertinentes)
 Miedo a las represalias
 Depende económicamente del maltratador
 Creencias religiosas
 Necesidades de los/as hijos/as
 Amor hacia la pareja
 Aislamiento
5. ¿Cuál de las siguientes es la forma más apropiada de preguntar sobre VCI? (marque todos los ítems que considere pertinentes)
 ¿Es usted una víctima de violencia de pareja?
 ¿Alguna vez su pareja le ha pegado o amenazado?
 ¿Alguna vez ha sentido miedo de su pareja?
 ¿Alguna vez su pareja le ha pegado o ha hecho daño?
6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es generalmente cierta? (marque todos los ítems que considere pertinentes)
 Muchas pacientes que sufren maltrato no presentan heridas
 Hay patrones de conductas de pareja que pueden indicar VCI
 Hay algunas áreas específicas del cuerpo que son más frecuentemente afectadas en casos de VCI
 Hay patrones de lesiones que están comúnmente asociados con VCI
 Lesiones en diferentes estadios de curación pueden indicar abuso
7. Por favor relacione las siguientes descripciones de conductas y sentimientos de pacientes con una historia de VCI con los estadios apropiados de cambio (1=Pre-contemplación, 2=Contemplación, 3=Preparación, 4=Acción, 5=Mantenimiento, 6=Terminación)
 Comienza a hacer planes para dejar al abusador
 Niega que hay un problema
 Comienza a pensar que el abuso no es su propia falta
 Continúa cambiando conductas
 Obtiene orden(es) de protección

8. Rodee con un círculo V para "Verdadero", F para "Falso" o NS para "No sé" para las respuestas de las siguientes preguntas:

a. El consumo de alcohol es el predictor más importante del riesgo de VCI	V	F	NS
b. No hay razones para no dejar una relación violenta	V	F	NS
c. Las razones de preocupación sobre VCI no deben incluirse en la historia clínica si la paciente no revela la VCI	V	F	NS
d. Al preguntar a la paciente sobre VCI se deben usar las palabras "abusada" o "maltratada"	V	F	NS
e. Ser comprensivo/a con la decisión de una paciente de permanecer en una relación violenta condona/significa aprobar, aceptar el abuso	V	F	NS
f. Las víctimas de VCI son capaces de tomar decisiones apropiadas sobre cómo manejar la situación	V	F	NS
g. El personal sanitario no debe presionar a las pacientes a reconocer que viven en una relación violenta	V	F	NS
h. Las víctimas de VCI sufren un riesgo elevado de lesiones cuando abandonan la relación	V	F	NS
i. Las heridas por estrangulamiento son raras en casos de VCI	V	F	NS
j. Dejar que las parejas o amigos estén presente durante la historia clínica o el examen físico de la paciente asegura la seguridad de la víctima de VCI	V	F	NS
k. Incluso si los niños no están en peligro inmediato, los sanitarios están obligados a reportar a los servicios de protección de la infancia que los niños/as están siendo testigos de VCI	V	F	NS

MUCHAS GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

ANEXO 6- GUIÓN DE LAS SESIONES FORMATIVAS

La formación que recibirán las enfermeras mejorará sus habilidades en relación a la detección de casos, preguntas específicas de cribado, enseñanza de habilidades de comunicación, conocimiento de los recursos existentes...

Los objetivos que se plantean para este programa formativo son:

- Orientar a los profesionales de enfermería sobre violencia de género y sus distintas manifestaciones con el fin de facilitar su prevención y su detección.
- Mejorar la calidad y equidad en la atención sanitaria a las mujeres en situación de maltrato.
- Mejorar la detección y el diagnóstico precoz de la violencia de género
- Capacitar al personal de enfermería para detectar y actuar ante la violencia de género.
- Proporcionar herramientas para prevenir, detectar, gestionar, y resolver situaciones de conflicto, en personas que padecen VG.
- Prestar una atención multidisciplinar e integral de la mujer una vez se conozca la situación de maltrato.

A continuación, dejaré reflejado el guion de cada sesión que se impartiría en este programa de formación para mejorar el conocimiento y las habilidades de los enfermeros de atención primaria.

Sesión 1

Objetivos educativos:

- Conocer los conceptos básicos sobre género, desigualdad y violencia de género.
- Reconocer la violencia de género como un problema de salud pública.
- Conocer los tipos de violencia que existen.
- Saber diferenciar en qué fase del ciclo se encuentra la mujer maltratada.

1. Presentación de la sesión (5 minutos), *técnica Charla-Coloquio*.

Se realizará el recibimiento de los discentes y la presentación del docente. Realizaré una breve explicación de en qué consistirá el programa formativo y posteriormente del guion de la sesión, es decir, de que se hablará en la sesión y cómo está organizada.

Se repartirá a todos los participantes un cartel con su nombre, de esta manera podremos dirigirnos a la persona por su nombre.

2. Explicación de la sesión (25 minutos); *Técnica Charla-Coloquio*.

Contenidos:

- Conceptos básicos sobre género y desigualdad
 - Sistema Patriarcal y relaciones de poder.
- Conceptos básicos sobre violencia de género.
 - Conceptos generales de la VG (OMS, ONU)
 - Epidemiología (ámbito internacional, nacional y local)
 - Causas y factores de riesgo.
 - VG en mujeres inmigrantes y mujeres en situación de trata.
 - Impacto de la VG en el sistema sanitario: Costes, recursos humanos, materiales...
 - Conocer y saber diferenciar los siguientes conceptos:
 - Agresividad
 - Abuso
 - Violencia

- Relaciones conflictivas
 - Tipos de violencia: Física, psicológica y sexual
- Ciclo de la violencia

3. Video discusión (20 min); Técnica video discusión.

Finalmente se pasarán dos fragmentos de video donde se observaran diferentes tipos de violencia. Se pretende que los discentes, lo observen y sepan detectar y diferenciar los diferentes tipos de violencia.

4. Resumen y tarea para casa (5 min)

Al final remarcaremos los puntos más importantes de la sesión y se planteará una tarea que tendrán que traer el próximo día. También se resolverán todas las dudas que hayan surgido. Breve explicación de la siguiente sesión y pasaremos el registro de asistencia.

Tarea: Se proporcionará un enlace con un vídeo el cual deberán ver y analizarlo. El video que deberán ver es: Amores que matan de Iciar Bollaín. Deberán analizar diferentes escenarios y coger los puntos más importantes.
https://www.youtube.com/watch?v=J4WG_H9V26w

El vídeo se divide en diferentes escenas, de cada escena quiero que recojan aquello más importante, por ejemplo:

- Escenario 1: Opinión del marido sobre su mujer,
- Escenario 2: Opinión de la vecina: visión que da la familia al resto de la gente.

Estos serían los ejemplos que se les muestra a los discentes para que entiendan el ejercicio.

La siguiente sesión resolveremos cada una de los escenarios y debatiremos que les ha parecido.

La solución será la siguiente.

- Escena 1: Opinión del marido sobre su mujer: <<es una desquiciada, una histérica...>>

- Escena 2: Opinión de la vecina: << Es un matrimonio magnifico...>>
- Escena 3: Opinión sobre los maltratadores: son torturadores, terroristas domésticos...>>.
- Escena 4: Dinámica de grupo con el psicólogo: Solo es un empujón, ella me obligaba, como en mi casa mi padre nos pegaba, la culpable es mi mujer...
- Escena 5: Inventario ideas tergiversadas: ¡respuestas del marido!
- Escena 6: Como era la persona antes. Como la mujer explica la violencia que recibía por parte de su marido: humillaciones, patadas...
- Escena 7: en la lavandería, explica que su mujer solo tiene que cuidar a los niños, limpiar la ropa...
- Escena 8: Escena de violencia. (Preguntar, si en la consulta viene alguien explicando que ha vivido una escena parecida, ¿qué le recomendaríais o que le aconsejaríamos que hiciese?)
- Escenas 9, 10, 11 y 12 → no relevante.
- Escena 13: Conversación telefónica
- Escena 14: Reflexión del marido cuando su mujer se va. (IMPORTANTE)
- Escena 15: << domina sus muebles y dentro de ellos esta su mujer...>>

Sesión 2

Objetivos educativos:

- Saber detectar y diagnosticar los signos y síntomas que aparecen en una situación de maltrato, manteniendo una actitud de alerta.
- Identificación de demandas implícitas y explícitas.
- Realizar un diagnóstico precoz.
- Conocer las posibles actuaciones e intervenciones a realizar en cada una de las fases de cambio que se encuentra la mujer.
- Conocer los indicadores de sospecha de una mujer maltratada.
- Incorporar un modelo de atención que contemple aspectos físicos, psicológicos y sociales

1. Presentación de la sesión (3 min)

Se realizará el recibimiento de los discentes y la presentación del docente. Realizaré una breve explicación del guion de la sesión 2 y de cómo está organizada.

Se recordará a los participantes el uso del cartel con el nombre para podernos dirigir por su nombre.

2. Resolución de la tarea (10 min).

Se resolverá la tarea que se explicó en la anterior sesión. En el guion de la sesión anterior esta resultado escena por escena, aquella situación que deberían haber detectado los discentes. Se utilizará la técnica video discusión.

3. Contenido Teórico (20 min); Técnica Charla-Coloquio.

3.1. Consecuencias de la VG

3.2. Indicadores de sospecha durante la consulta

3.2.1. Características de las lesiones y problemas de salud

3.2.2. Actitud de la mujer

3.2.3. Actitud de la pareja

3.3. Indefensión aprendida

3.4. Entrevista clínica y preguntas ante sospecha:

3.4.1. Actitudes y habilidades que favorecen a la comunicación

3.4.2. Actitudes a evitar en la entrevista

3.4.3. Preguntas específicas para determinar si una persona es o ha sido víctima de violencia de género.

4. Practica (25 min)

Contaremos con la presencia de una mujer maltratada, que expondrá su situación, como lo vivió, Porque motivo iba al CAP, signos y síntomas, que ayuda tuvo por parte del personal sanitario...

5. Resumen (5 min)

Al final de la sesión se expondrán los puntos más importantes a tener en cuenta, se resolverán las dudas surgidas en la sesión y pasaremos el registro de asistencia. También realizaremos una breve explicación de la siguiente sesión.

Se expondrá la tarea para la próxima sesión. Esta consistirá en ver un vídeo relacionado con la película “Te doy mis ojos”, en los que se observarán diferentes escenas y se mostrará la indefensión aprendida por parte de la mujer. Enlace: https://www.youtube.com/watch?v=E_7SOvcELjs

Una vez visto el video, tendrán que plantear como preguntarían a esa mujer para que les explicase todo lo que ellos previamente ya han visto en el video. Plantearemos que la mujer viene a la consulta por un hematoma y nosotros sabiendo lo que ella está pasando como preguntarían para que al final ella nos confesara la verdad de todo lo que está viviendo.

También como parte de la tarea, deberán buscar y leer el protocolo de actuación que hay en su centro de atención primaria.

Sesión 3

Objetivos educativos:

- Conocer las dificultades de las mujeres para verbalizar que están sufriendo violencia de género.
- Saber realizar una correcta valoración biopsicosocial y del entorno de la mujer maltratada.
- Conocer el protocolo de actuación del centro sanitario.
- Conocer la intervención sanitaria en caso de una agresión aguda.

1. Presentación de la sesión (3 min)

Se realizará el recibimiento de los discentes y la presentación del docente. Posteriormente, explicaremos los objetivos y el guion de la tercera sesión.

Se recordará el uso del cartel con el nombre para podernos dirigir por su nombre.

2. Resolución de la tarea (15 min)- Video discusión

Una de las tareas era obtener el protocolo de actuación del centro, leerlo y entenderlo. Un voluntario saldrá a exponer dicho protocolo.

La segunda tarea era ver un video sobre indefensión aprendida de la película te doy mis ojos, Para resolver esta tarea, se hará a través de una técnica expositiva (Vídeo discusión)

3. Contenido teórico (20 min); Técnica Charla-Coloquio.

3.1. Identificar las dificultades para hablar de la situación de violencia por parte de las mujeres y del personal sanitario

3.1.1. Dificultad de las mujeres para verbalizar su situación del maltrato: miedo, vergüenza, indefensión, supervivencia...

3.1.2. Dificultad de los profesionales para detectar y atender situaciones de maltrato.

3.2. Realizar adecuada valoración de: biopsicosocial, seguridad y riesgo, situación familiar y del entorno, recursos en los que se encuentra la mujer.

3.2.1. Elaborar plan de seguridad y protección

3.3. Protocolo de actuación en atención primaria

3.3.1. Coordinación interdisciplinaria y multisectorial.

4. **Practica (25 min); Técnica Role-Playing.**

En esta tercera sesión, se realizará varios Role Playing, donde se simulara una consulta de enfermería con diferentes situaciones, desde mujeres que consultan por un hematoma, hasta crisis de ansiedad, lesiones en genitales...

Con esta actividad se pretende poner en situación a los discentes para que observen las diferentes manifestaciones de la violencia de género y como deben abordar el problema.

Seguidamente, una vez diagnosticado el caso de violencia de género, deberán saber la actuación posterior, a quien deben derivar... Todo en función del protocolo de actuación explicado en la misma sesión y el cual han leído anteriormente.

5. **Resumen (5 min)**

Al final de la sesión se expondrán los puntos más importantes a tener en cuenta, se resolverán las dudas surgidas en la sesión y pasaremos el registro de asistencia. También realizaremos una breve explicación de la siguiente sesión.

Tarea: se repartirán en una hoja un caso clínico en el que deberán leerlo y posteriormente escribir como lo resolverían, que escribirían en el curso clínico y cuál sería su actuación posterior. Además deberán identificar los signos y síntomas que nos pueden dar señales de que esta paciente puede estar sufriendo malos tratos.

Caso clínico: Mujer de 31 años de edad con antecedentes de migraña. Presenta empeoramiento de la intensidad y frecuencia de las crisis de migraña, por lo que consulta en el centro de Atención Primaria (AP) de

forma urgente y programada en varias ocasiones. También, en los últimos meses acude por diferentes motivos como gastritis, vómitos, insomnio, lumbalgia. En una de las visitas viene acompañada de su pareja y en la visita llama la atención la actitud de preocupación y sobreprotección hacia ella por parte de su pareja. Posteriormente, acude a control de la migraña y explica que ha presentado una crisis de ansiedad y al preguntar «cómo están las cosas en casa y con la pareja», se pone a llorar, relatando que «su pareja a veces tiene un comportamiento muy especial». Comenta que es muy minucioso con las cosas de casa, necesita que estén en su sitio porque si no se pone muy nervioso, en alguna ocasión ha tirado algún objeto contra ella e incluso ha roto de un puñetazo la puerta. Explica que desde que está con él ha dejado de lado sus amistades y va menos a ver a su familia. También comenta que, después de estos episodios de más nerviosismo y agresividad, pide disculpas y promete que no sucederá más.

Sesión 4

Objetivos educativos:

- Realizar una derivación adecuada en función de las necesidades de las mujeres, informándolas adecuadamente de todos los recursos de los cuales disponen.
- Conocer el circuito

1. Presentación de la sesión (2 min)

Se realizará el recibimiento de los discentes y la presentación del docente. Posteriormente, explicaremos los objetivos y el guion de la tercera sesión.

2. Resolver tarea y dudas de la sesión anterior (10 min); Técnica resolución de caso.

Se resolverá la tarea del caso clínico a través de una lluvia de ideas, posteriormente, el docente resolverá el caso de cómo se debería haber actuado.

3. Contenido teórico (13 min); Técnica Charla-Coloquio

3.1. Marco legal

3.2. Establecer y mantener una coordinación y colaboración interinstitucional constante con los dispositivos sociales, policiales, legales y comunitarios.

4. Practica (30 min)

Contaremos con la presencia de la policía y de los mossos d'esquadra que nos explicarán su actuación, que pasa cuando nosotros detectamos un caso y lo notificamos... De esta manera, se acabara de entender toda la parte legal y la secuencia de la actuación multidisciplinar.

5. Resumen (5 min)

Al final de la sesión se expondrán los puntos más importantes a tener en cuenta, se resolverán las dudas surgidas en la sesión y pasaremos el

registro de asistencia. También realizaremos una breve explicación de la siguiente sesión.

Volveremos a entregar un caso clínico para que lo puedan resolver en casa y en la siguiente sesión lo aporten resultado.

Caso clínico: *María, es una mujer de 25 años que vive con su pareja desde hace cuatro años. Es una mujer trabajadora y formada. Es independiente económicamente y se encuentra embarazada de cinco meses.*

Tiene una relación de confianza con su matrona. Le comenta sus problemas de pareja. La profesional, pese a ser evidente el mal aspecto de María, resta importancia al comentario, trivializándolo. La consulta se repite al cabo de los años. María está con tratamiento farmacológico por ansiedad. Acude a atención continuada por una crisis de ansiedad.

Durante la anamnesis la enfermera de atención continuada observa un desgaste físico, e indagando, María acaba verbalizando los conflictos de pareja. Refiere que se siente triste, abatida...

La enfermera le pregunta sobre los cuidados de la casa y el bebé. Además, realiza preguntas claras y directas sobre su relación de pareja, a lo que María queda en silencio.

- *A partir de este Caso clínico, realiza un listado de preguntas que le habrías realizado en el caso de que tú fueses la enfermera de atención continuada.*
- *¿Qué signos de alerta presenta María que podríamos hacernos pensar que está sufriendo malos tratos?*
- *¿Cómo crees que debería haber sido la actuación de la comadrona?*
- *¿Cómo habrías actuado si María no te verbaliza que está sufriendo maltrato? Y en el caso contrario, ¿Cómo actuarías si María te confirma que está sufriendo malos tratos por parte de su pareja?*

Sesión 5

Objetivos educativos:

- Conocer los diferentes recursos que ofrece la comunidad para mujeres víctimas de violencia de género y la adecuación de uno u otro dependiendo de la fase del ciclo de violencia en la que se encuentre.
- Realizar una derivación adecuada en función de las necesidades de las mujeres, informándolas adecuadamente de todos los recursos de los cuales disponen.

1. Presentación de la sesión (2 min)

Se realizará el recibimiento de los discentes y la presentación del docente. Posteriormente, explicaremos los objetivos y el guion de la tercera sesión.

2. Resolver la tarea y dudas de la sesión anterior. (15 min)

Se resolverá la tarea a través de las técnicas de exposición Charla-Coloquio y resolución de caso.

Para la primera pregunta relativa al listado de preguntas, se resolverá a través de una lluvia de ideas.

3. Contenido teórico (20 min); Técnica Charla-Coloquio.

3.1. Conocer en profundidad los recursos disponibles en la comunidad

3.1.1. Recursos sanitarios, sociales y de la comunidad a nivel de provincia y localidad

3.1.2. Centros de emergencia y casas de acogida

3.1.3. Asociaciones de mujeres maltratadas/ inmigrantes

3.2. Realizar una derivación adecuada en función de las necesidades de las mujeres.

3.2.1. Conocimiento de los circuitos de derivación internos del sistema sanitario i externos

3.2.2. Importancia de consensuar con las mujeres e informarles correctamente.

3.3. Establecer un plan de consultas de seguimiento.

3.3.1. Importancia del seguimiento y continuidad en primaria.

3.3.2. Seguimiento según cada mujer:

3.3.2.1. Intervención específica según la fase del proceso de maltrato

3.3.2.2. Tipo de información y apoyo para trabajar en la consulta

3.3.2.3. Valoración continuada del riesgo.

4. Practica (25 min)

En esta última sesión, explicaremos el contenido de la sesión junto con la trabajadora social del centro de atención primaria. Por último, contaremos con alguna asociación sobre violencia de género que acepte venir a la sesión a explicar su función.

5. Resumen de la sesión

Se realizará un resumen de la última sesión, remarcando aquellas ideas más importantes. Pasaremos el registro de asistencia y se llevará a cabo la despedida.

Al final de todo se entregará toda la documentación que se haya ido explicando en las diferentes sesiones para que la puedan consultar siempre que la necesiten.

Por último, se realizará una pequeña merienda de despedida y se informará de que próximamente recibirán el certificado de asistencia al curso, que estará acreditado y firmado por la universidad de Girona y con el apoyo del IDIAP.