



Universitat de Girona

# VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

---

**Autor: Joseba Goicoechea Irigaray.**

**4º Enfermería.**

**Curso 2018/2019**

**Tutor: David Ballester i Ferrando**

TRABAJO FIN DE GRADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIVERSITAT DE GIRONA

## **Agradecimientos**

A mi tutor David Ballester, por su apoyo y ayuda en este proyecto tan bonito e ilusionante, pero a la vez complicado. Gracias por haberme ayudado a salir de la complejidad de este TFG.

A mis amigos de Pamplona por estar siempre ahí a pesar de la distancia y a mis amigos de esta nueva etapa de mi vida por apoyarme durante estos cuatro años.

A todas las personas que luchan para que esto finalice y con especial mención a todas las mujeres que sufren y luchan cada día contra esta injusticia.

A todos los profesionales, tanto docentes como profesionales de la salud que me han enseñado a apreciar lo bonito de nuestra profesión.

Por último, dar la gracias a mi padre, madre y mi hermana por ser mis tres pilares incondicionales. Resaltando a mi hermana Maite por ayudarme como si de su trabajo se tratase.

## Índice

---

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
- <i>Motivación e interés</i> .....	5
Concepto de Violencia de Género .....	6
Etiología, factores de riesgo y consecuencias .....	8
- <i>Etiología</i> .....	8
- <i>Factores de riesgo</i> .....	8
- <i>Consecuencias</i> .....	9
• <b>Consecuencias mortales:</b> .....	9
• <b>Consecuencias físicas:</b> .....	9
• <b>Consecuencias psicológicas:</b> .....	10
• <b>Consecuencias sociales:</b> .....	10
• <b>Consecuencias sexuales y obstétricas:</b> .....	11
Formas de violencia y ciclo de la violencia de género .....	11
- <i>Formas de violencia de género.</i> .....	11
- <i>Ciclo de la violencia de género</i> .....	12
Epidemiología .....	14
Marco legal.....	17
Enfermería y violencia de género.....	18
- <i>Infradetección</i> .....	19
- <i>Actuación de la enfermera ante la violencia de género</i> .....	20
Justificación de la necesidad de un diagnóstico .....	25
Bibliografía.....	27
Objetivos.....	31
Metodología .....	32
- <i>Primera fase: cualitativa</i> .....	32
• <b>Diseño</b> .....	32
• <b>Ámbito de estudio</b> .....	33

•	<b>Criterios de inclusión y exclusión</b> .....	33
•	<b>Muestra</b> .....	34
•	<b>Instrumentos</b> .....	34
•	<b>Análisis de resultados</b> .....	34
-	<b>Segunda fase: cuantitativa</b> .....	34
•	<b>Diseño</b> .....	34
•	<b>Ámbito de estudio</b> .....	35
•	<b>Criterios de inclusión y exclusión</b> .....	36
•	<b>Muestra</b> .....	36
•	<b>Instrumentos</b> .....	37
-	<b>Aspectos éticos</b> .....	37
-	<b>Procedimiento</b> .....	38
	<b>Cronograma</b> .....	41
	<b>Cronograma</b> .....	43
	<b>Presupuesto</b> .....	44
	<b>Limitaciones</b> .....	45
	<b>Anexos</b> .....	46

## Resumen

---

**Marco teórico:** la violencia de género se considera todo acto que tiene consecuencias físicas, psicológicas o sexuales en la mujer procedente de la desigualdad existente entre hombres y mujeres. En los últimos 15 años, casi 1000 mujeres han sido asesinadas por este motivo en España, considerándose uno de los mayores problemas de salud pública.

El ámbito sanitario y más concretamente, la atención primaria es una de las puertas de ayuda que antes elige la mujer maltratada. Por ello, los profesionales sanitarios deben estar concienciados sobre la gravedad del asunto y preparados para el posible abordaje de un caso de VG. La enfermería comunitaria juega un papel imprescindible en este ámbito.

No obstante, la realidad muestra que queda mucho trabajo por hacer. Es un problema infradetectado por diferentes razones como la escasa formación, concienciación o falta de herramientas claras al alcance.

Por lo tanto, es necesario un diagnóstico de enfermería de VG dónde se propongan unas pautas claras para su abordaje. De esta manera, se concienciará de la gravedad del asunto y se fomentará la prevención primaria y la detección precoz.

**Objetivos:** Realizar la primera fase de la validación del diagnóstico de enfermería de violencia de género.

**Material y métodos:** es un estudio transversal piloto que consta de dos fases: la primera cualitativa y la segunda cuantitativa. La primera fase se realiza en las áreas básicas de salud (ABS) de Girona ciudad, seleccionando 10 participantes que crearán las características definitorias. Posteriormente, mediante el método Fhering se lleva a cabo la fase cuantitativa eligiendo 20 enfermeras de las áreas básicas de salud restantes y 10 expertos de universidades. Para la selección del personal, se proporcionará una encuesta AD-HOC.

Este proyecto dará comienzo en enero de 2020 y tendrá una duración aproximada de un año.

**Palabras clave:** *violencia de género; diagnóstico de enfermería; atención primaria; infradetección; validación.*

## Abstract

---

**Introduction:** Gender-based violence is considered any act which has physical, psychological and sexual consequences in women from the existing inequality between men and women. In the last 15 years, in Spain, almost 1000 women have been killed because of this, being considered one of the most important public health problems.

The health sector, and more specifically, primary care is one of the gates of help that a woman uses after suffering gender-based violence. That is why health professionals must be aware about the gravity of the matter and prepared for the possible approach of a case.

However, reality shows that it is much work to do. It is a low detected problem because of different reasons, such as poor training, awareness or lack of clear tools.

Therefore, gender-guided violence nursing diagnosis is necessary, where there are clear guidelines for this approach. This way will encourage primary prevention and early detection.

**Objectives:** To carry out the first phase of the validation of diagnosis of nursing of gender violence.

**Material and methods:** it is a cross-sectional pilot study consisting of two phases: the first is qualitative and the second one is quantitative. The first phase is performed in the basic health area (ABS) of Girona city, selecting 10 participants who will create the defining characteristics. Subsequently, using the method Fhering is carried out quantitative phase choosing 20 nurses in the remaining basic areas of health and 10 experts from universities. For the selection of staff, and AD-HOC survey will be provided.

**Key words:** *gender-based violence; nursing diagnoses; Primary health care; low detection; validation.*

## Introducción

---

Una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido en algún momento de su vida violencia de género. Es por eso por lo que actualmente es considerado como uno de los mayores problemas de salud pública y de vulnerabilidad de los derechos humanos. (1,2)

El problema de base está en nuestra cultura actual y de la que provenimos, la cual sistemáticamente ha creado diferencias de género y las ha jerarquizado, creando una sociedad patriarcal en la que la mujer, por ser mujer, parte de una vida más injusta y difícil. Para combatirlo se necesitan intervenciones desde diferentes ámbitos como el educativo, el social o el sanitario. (1,3,4)

Se considera un problema de salud de proporciones epidémicas, es por eso que se puede considerar como una patología social donde las enfermeras tienen un papel relevante como agentes sociales de cambio. (5,6,7)

### - ***Motivación e interés***

El sistema sanitario y más concretamente, la atención primaria es el lugar que más confianza genera y al que prioritariamente acude la mujer maltratada, antes que a la justicia o servicios sociales. Los ámbitos sanitarios que no examinan este problema desde su origen hasta sus peores consecuencias, contribuyen a invisibilizar y a empeorar este grave problema social y sanitario. (2,6,8)

Los datos aportados por la última macroencuesta de violencia contra la mujer que se realizó en 2015 reflejan que el centro de atención primaria es el recurso mejor valorado por las mujeres que acudieron por su situación de violencia género. (8)

Las enfermeras, como pieza fundamental en la atención primaria (AP) y como una profesión predominantemente femenina y social, deben tener la capacidad para prevenir, identificar e intervenir sobre este problema. (3,7)

Sin embargo, se ha detectado que queda mucho trabajo por hacer. Hay una infradetección evidente, una escasa formación y muchas dudas sobre la intervención en caso de aparecer el problema en la consulta.(3,9)

He aquí la razón y el origen de mi interés por hacer el trabajo sobre la violencia de género. Considero que es un problema muy infravalorado, en el cual he detectado que hay una insuficiente formación desde la universidad. Además, es un problema necesitado de recursos tanto para la actuación como para la prevención.

Estimo que es fundamental que las enfermeras, profesionales claves en la mejoría del problema, puedan utilizar un diagnóstico de violencia de género para tener unas directrices en caso de enfrentarse a uno en la consulta. Por ello, he querido plantear un proyecto de investigación donde se lleve a cabo la primera fase de la validación del diagnóstico de enfermería sobre violencia de género, con el único fin de ayudar tanto en la actuación como en la formación.

## Concepto de Violencia de Género

---

La **violencia de género** (VG) ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad. Es y ha sido parte de nuestra historia, sin embargo, no es hasta los finales de los 90 cuando se empieza a conceptualizar y a reconocer la realidad que sufren las mujeres. Esto ocurre gracias a propuestas como la Conferencia Mundial para los derechos humanos celebrada en Viena en el año 1993, la declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer del año 1994 o la Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing de 1995.(1,2,5)

En 1993, las Naciones Unidas definieron la violencia contra la mujer como *«todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada»*(1,2)



La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, la define 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).(2)

Tanto a nivel estatal como a nivel autonómico, en los años 2004 y 2008 respectivamente, se conceptualiza sobre la violencia de género.

Es importante diferenciar conceptos semejantes como pueden ser la violencia doméstica o la violencia de pareja.

La **violencia doméstica** es un tipo de abuso que implica que se haya realizado en el hogar. Por lo general, implica a una pareja pero también puede ser a un niño, pariente mayor u otro miembro de la familia. Es un término diferente a la violencia de género, ya que ésta engloba diferentes ámbitos (no se cierra solo en el hogar) y se ciñe solo a la violencia del hombre contra la mujer.(10,11)

La **violencia de pareja**, en cambio, es un concepto que delimita la violencia solo en el ámbito de la pareja o cónyuge y que incluye cualquier tipo de violencia en el seno de la pareja, sea heterosexual u homosexual y sea hombre o mujer. La violencia de género, sin embargo, abarca cualquier ámbito sin la premisa de que sean pareja, pero con el requisito de que esta última solo sea ejercida por el hombre contra la mujer.

En conclusión, la violencia de género se puede entender como cualquier acto donde la mujer sufra cualquier tipo de daño (psicológico, físico, económico) proveniente del hombre, independientemente del ámbito y de la forma que se produzca. Respaldado por una sociedad patriarcal y machista donde la mujer, por el mero hecho de serlo, es considerada un ser con menores derechos que el hombre. Una sociedad que, hasta que no se comprometa plenamente con una actitud de "tolerancia cero" no erradicará una de las mayores heridas de la humanidad.(11)

## Etiología, factores de riesgo y consecuencias

---

### - **Etiología**

Todo tipo de violencia surge (en este caso perdura) por la regla dominación-sumisión. En este contexto, es la desigualdad entre hombres y mujeres lo que ha perpetuado esta cadena de dominación del hombre sobre la sumisión de la mujer.(5,12)

La VG es multifactorial, pero se puede explicar por esta relación histórica de dominación del hombre a la mujer que viene respaldada por una sociedad patriarcal. Una sociedad donde el hombre ha aprendido mediante la socialización que la violencia de género es la mejor manera para someter a las mujeres y seguir dominándolas.(5,11)

Esta sociedad patriarcal que hoy vivimos no es nueva, ya que la violencia de género ha existido siempre. Eternamente, la mujer y el hombre han jugado papeles muy diferentes, donde al hombre se le han atribuido actitudes de virilidad, poder y ambición y en cambio, a la mujer actitudes que son consideradas inferiores y que en ningún caso llevan ni al éxito ni al poder.(5,11)

Es por eso por lo que la violencia de género, no como concepto sino como realidad, tiene hondas raíces culturales y sociales.(5)

### - **Factores de riesgo**

Cabe destacar que, aunque haya algunos factores que predispongan casos de violencia de género, cualquier mujer tiene el riesgo de ser maltratada. Es decir, el principal factor de riesgo de la violencia de género es el hecho de ser mujer.(2,5,11,12)

De esos factores comentados encontramos :(3,13)

- Un bajo nivel de instrucción.
- Bajo nivel socioeconómico y desempleo.
- Consumo de drogas, especialmente el alcohol.
- Historial de exposición previa.

- Normas sociales que implementan el desequilibrio entre ambos sexos.
- Cohabitación.
- Inmigración por diferentes barreras como pueden ser: idioma, desconocimiento de derechos, precariedad laboral y económica.
- Experiencia de violencia familiar.
- Baja autoestima.
- Contexto cultural y adherencia a religiones.
- Estados de guerra, militarización de la sociedad y conflictos étnicos.
- Minoría de edad.
- Embarazo.

(Estos factores de riesgo incluyen tanto a la víctima como al autor).

### - **Consecuencias**

La violencia de género puede llegar a causar graves consecuencias a corto y largo plazo de salud física, psicológica, sexual y reproductiva. Además, puede afectar a la situación económica de una mujer con un gran costo social, impactando también en la vida de sus hijos, familiares o gente cercana. La consecuencia más grave sería el fallecimiento de la mujer.(2)

Nosotras como enfermeras tenemos la obligación de saber detectarlas y saber que cada una de las formas de violencia afecta a todas las dimensiones de la salud.(2,5)

#### **Consecuencias mortales:**

En muchas ocasiones, la violencia de género puede ocasionar la muerte, ya sea por homicidio directo por parte del agresor o por suicidio de la mujer por una situación inaguantable e insufrible.(5)

En la mayoría de las ocasiones esta suele aparecer una vez ya manifestada la violencia (en otras muchas es repentina).

#### **Consecuencias físicas:**

En muchas ocasiones las consecuencias de la VG pueden producir lesiones físicas a corto o medio plazo como pueden ser: contusiones, quemaduras,

traumatismos, heridas, etc. El 42% de las mujeres las sufren y de esas, el 30% requieren atención médica. Las localizaciones más frecuentes de estas lesiones suelen ser la cabeza, cuello y cara.(2,8,12)

Además, la violencia de género puede acarrear en la mujer un deterioro funcional causado por el estrés y que esto conlleve a una peor salud con un menor auto cuidado.

Por otra parte, esta consecuencia de daños, con el tiempo, puede acarrear que la mujer que sufra violencia de género desarrolle condiciones crónicas de salud como lo son el dolor crónico, los trastornos gastrointestinales, el síndrome del colon irritable, las quejas somáticas, etc.(2,4,8)

Frecuentemente, el estrés crónico también puede generar síntomas inespecíficos, que la mujer puede no correlacionarlos con la violencia de género como pueden ser: dolores de espalda, cefaleas, cansancio...(4)

### **Consecuencias psicológicas:**

Las consecuencias psicológicas son las más frecuentes y a la vez las más invisibles para la sociedad ya que no son tan visibles como las físicas. Sin embargo, enfermería tiene que tener la capacidad de indagar y comprender qué consecuencias psicológicas pueden aparecer en una mujer que ha padecido violencia de género.(12)

Una mujer que ha sufrido este tipo de violencia tiene el doble de posibilidades de desarrollar una depresión durante su vida. A esto se le suma la ansiedad, el trastorno por estrés post traumático, trastorno de la conducta alimentaria, intento autolíticos, y abuso de alcohol, drogas o diferentes psicofármacos.(2,4,8)

### **Consecuencias sociales:**

La violencia de género también afecta y de manera importante al estatus y ámbito social de las mujeres.

Las mujeres que han sufrido este tipo de violencia pueden padecer aislamiento social, desempleo o absentismo laboral. Además, se calcula que las mujeres maltratadas pierden uno de cada 5 días de vida saludable, es decir, pierden calidad de vida.

Por otra parte, la violencia de género tiene consecuencias sociales en general, ya que supone un retroceso contra su lucha y radicación.(2,5,8)

### **Consecuencias sexuales y obstétricas:**

Como consecuencia de la violencia de género se pueden producir alteraciones a nivel sexual o reproductivo.

Pueden desarrollar trastornos ginecológicos, pérdida del deseo sexual, enfermedades de transmisión sexual, infecciones urinarias, embarazos no deseados, dolor pélvico crónico o sangrado vaginal.(4,5,8)

En un estudio de 2013 hecho por la OMS reveló que las mujeres que han sufrido maltratos físicos o abusos sexuales a manos de su pareja tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de padecer infecciones de transmisión sexual y el doble de posibilidades de sufrir un aborto.(2)

En cuanto a las consecuencias obstétricas, cabe destacar que la violencia de género aumenta considerablemente la probabilidad de aborto involuntario, muerte fetal, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer. El estudio antes comentado (2), también analizó que las mujeres que sufren VG tienen un 16% más de posibilidades de sufrir un aborto espontáneo y 41% de tener un parto prematuro.(4,5)

## **Formas de violencia y ciclo de la violencia de género**

---

### **- *Formas de violencia de género.***

La violencia de género se puede presentar de maneras muy diferentes: (11,14)

- **Violencia psicológica:** es la forma más prevalente y a la vez más invisible para la sociedad y para las mujeres. Forman parte de ella los insultos, amenazas, humillaciones, ataques a la autoestima, desprecios y coerciones. De esta manera, la mujer se siente limitada ya que se le restringe su libertad y pasa a ser dominada por el hombre.

- **Violencia física:** es la forma más clara de poder detectar el maltrato, pero no la más prevalente. Forma parte cualquier acción que esté destinada a controlar a la mujer mediante la fuerza física con resultados que puedan conllevar incluso a la muerte. Estos pueden ser empujones, bofetadas, golpes, patadas, quemaduras, puñaladas o asesinato.

- **Violencia sexual:** cualquier acto que mediante violencia física o psicológica lleve al hombre a forzar a la mujer a tener una relación sexual. Ésta, puede ser mediante acoso, violación, tocamientos, penetración de objetos, mutilación genital, o cualquier acto que impida a la mujer sentirse libre en sus relaciones sexuales.

- **Violencia económica:** en esta forma de violencia el hombre somete a la mujer económicamente. Implica privar a la mujer a ver y controlar las cuentas, obstaculizar su vida laboral, apropiarse de sus bienes e incluso aprovecharse de ella para sacar recursos económicos.

- **Violencia social:** es una forma muy prevalente y consiste en el aislamiento social que el hombre hace sufrir a la mujer. En muchas ocasiones, lo hace para privarle de apoyo o por celos arrebatándole así su núcleo social.

- **Violencia ambiental:** conductas que ejerce el hombre que se basan en la destrucción de objetos personales simbólicos de la mujer. Destrozar fotos, golpear objetos o animales domésticos, robarle el coche, etc.

Cualquier forma de violencia puede afectar a todas las dimensiones de salud. Es por eso por lo que siempre que se vea un indicio de un tipo de forma de violencia hay que sospechar que seguramente haya otra forma detrás.

### - ***Ciclo de la violencia de género***

En 1979, la psicóloga Leonore Walker, redactó lo que se denomina el ciclo de la violencia (Figura 1). Mediante esta teoría, explica los motivos por los que las mujeres maltratadas buscan soluciones para salir de estas situaciones de violencia, que por lo general siguen el mismo patrón.

La autora concluyó que la violencia se produce de manera cíclica en tres fases y las explica en el denominado «Ciclo de la Violencia».(15)

**1. Fase de acumulación de tensión:** En esta fase, el hombre va acumulando tensión, producida por cada cosa que hace la mujer. La mujer, por su parte, no entiende esta reacción y esto hace que el hombre se vuelva más irascible.

A raíz de esto, se producen las primeras agresiones verbales que incluso pueden llegar a las físicas. Esta fase se caracteriza sobre todo por la violencia psicológica ejercida por el hombre, dejando a la mujer sumisa y paralizada con un sentimiento de inutilidad.

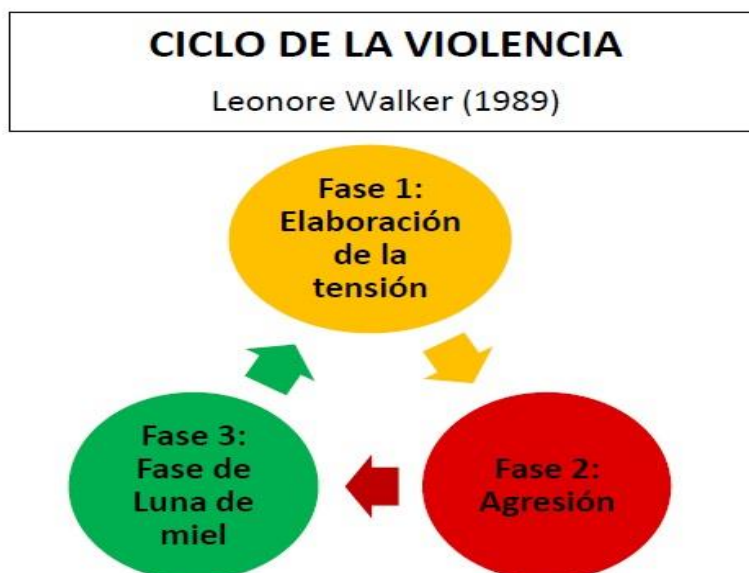
La táctica que llevará el hombre será distanciarse de la mujer para así hacerla sentir culpable y perpetuar esta situación de maltrato. Ella, inmersa en esta situación, le pedirá perdón incontables veces que, sin embargo, el no aceptará con el único objetivo de seguir dominándola.

**2. Fase de explosión violenta:** Aquí, el hombre estalla y ejerce los malos tratos físicos: puñetazos, insultos, agresiones sexuales, empujones... pudiendo llegar a tener consecuencias mortales.

Es por esto, que esta fase es considerada la de mayor gravedad. En esta etapa, la mujer suele pedir ayuda ya que ha visto peligrar su vida o la de sus hijos.

**3. Fase de “luna de miel” o conciliación:** Después de la fase violenta, el hombre maltratador busca el perdón de la mujer, mediante una actitud generosa y victimista, manifestando que lo ocurrido nunca volverá a pasar.

El hombre consigue el perdón de la mujer ya que ella piensa que ha sido un hecho momentáneo de rabia acumulada. Sin embargo, lo que no sabe es que ese perdón va a hacer perpetuar el dominio del hombre sobre ella.



**Figura 1:** Ciclo de la violencia (elaboración propia). Fuente: Mujeres que ha padecido malos tratos en las relaciones de pareja: el ciclo de la violencia.(15)

Una vez perdonado, el ciclo vuelve a la fase 1 y cada vez que este ciclo da una vuelta, la violencia se consolida haciendo que las agresiones sean más frecuentes con consecuencias más graves. Además, las etapas se van acortando y en ocasiones, con el paso del tiempo, la etapa de la conciliación ya no aparece más.

Con cada vuelta que da el ciclo, la vulnerabilidad de la mujer es mayor, haciendo más difícil que pida ayuda. Es por eso, que es importante detectarlo con la mayor brevedad posible.

Aunque este sea un patrón que ocurra de manera muy frecuente en relaciones donde hay VG, debemos saber que no se produce de igual manera en todos los casos.

## Epidemiología

---

La violencia de género es uno de los problemas más prevalentes a los que se enfrenta la humanidad. Los datos que disponemos denotan una falta de mejoría y progreso en la erradicación de este grave problema. Además, no hay que olvidar que estamos tratando con un problema infradiagnosticado.



A nivel mundial, los datos son alarmantes. El 35 % de mujeres ha sufrido violencia física o sexual dentro o fuera de la pareja.(2,5)

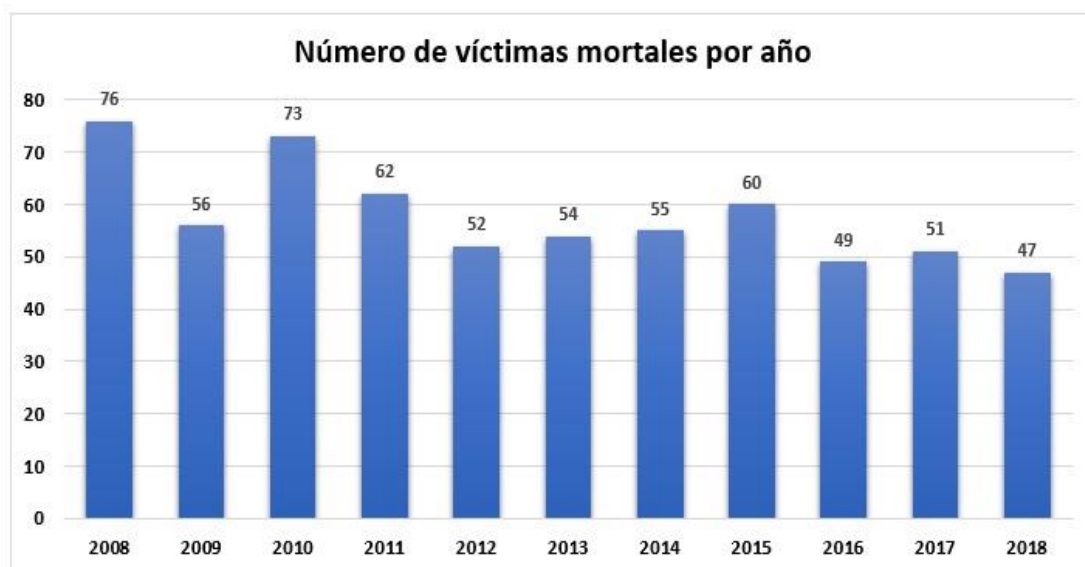
A nivel nacional, los datos también son inquietantes. En 2015, en España se realizó una macroencuesta sobre VG que dejó muchos datos epidemiológicos. Fue dirigida a las mujeres residentes en España de 16 años en adelante. Las entrevistas se realizaron a una muestra representativa de 10.171 mujeres. Es un estudio muy exhaustivo sobre la violencia de género que como datos más reseñables destaca:(8,16)

- El 12,5% de las mujeres mayores de 16 años que viven en España han sufrido violencia física o sexual por sus parejas o exparejas (1,7 puntos más respecto a la anterior macroencuesta de 2011).
- El 25,4% ha sufrido violencia psicológica.
- El 10,8% ha sufrido violencia económica.

El 63,35% de las víctimas afirman que los hijos presenciaron o escucharon episodios de violencia; de estos hijos, el 92,50% eran menores de edad. El 64,2% de los hijos también fueron víctimas de malos tratos. A partir de 2013, se empezó a recoger datos sobre menores que sufrían este tipo de violencia. Desde 2013, 27 mujeres menores han sido víctimas mortales.(17)

En la figura 2, se puede observar el análisis de las víctimas de VG en los últimos diez años. El año 2008 la violencia de género sufrió su peor año alcanzando las 76 víctimas.

En los últimos 15 años ha habido 975 víctimas. De esas, el rango de edad más prevalente es de 31-40 años con una cantidad de 269 víctimas. Un total de 625 víctimas de esas 975 convivían en pareja. 585 víctimas eran pareja de su agresor. En conclusión, las mujeres que mayor riesgo tienen están en el rango de edad de 31-40 años con pareja y que además convivan con ella.



**Figura 2:** Número de víctimas mortales por Violencia de Género en los últimos 10 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.(17)

En la figura 3, se puede observar un grave problema de la violencia de género y que cabe recordar. De esas 975 víctimas el 20 % ya había puesto una denuncia antes del acto. Esto refleja que incluso hoy en día, muchas denuncias no son procesadas o no se consideran lo suficientemente graves como para interponer medidas o como para proteger a las víctimas.

Por otra parte, el 58 % de las víctimas no había puesto ninguna denuncia. Se puede interpretar a partir de este dato que la mayoría de las víctimas no denuncian por diferentes razones como pueden ser el miedo, la ignorancia o por vergüenza a que salgan a la luz.(17)



**Figura 3:** Porcentaje 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.<sup>(17)</sup>

## Marco legal

---

Al tratarse de un grave problema de salud pública, son necesarias leyes acompañadas de políticas que tengan como objetivo radicar este problema social.<sup>(2)</sup>

Las profesionales enfermeras, como personal sanitario de atención directa a la salud de las personas, tienen el deber deontológico de conocer dicha leyes y políticas para actuar en consecuencia ya que, en el caso de no hacerlo, podría tener repercusiones jurídicas.<sup>(14)</sup>

En ocasiones, estas leyes comportan dilemas éticos sobre todo en aquellos casos en que la mujer no quiere denunciar. Cuando se presentan estos casos, el personal sanitario debe valorar el riesgo, ofrecer seguimiento y siempre que se pueda actuar de acuerdo con sus preferencias. En casos de riesgo importante y visible no se debe dudar en informar a la justicia de manera inmediata.<sup>(8)</sup>

Son muchos los organismos internacionales, nacionales e interautonómicos <sup>(14)</sup> que han creado nuevas leyes para la protección y prevención de la VG. Como

he comentado con anterioridad, fue a principios de los años 90 cuando se empezó a conceptualizar, y de alguna manera a proteger y visibilizar este problema social:

- En el año 1980, la OMS creó la unidad de salud de la mujer con el objetivo de incluir a la misma en todas las actividades y programas de salud.
- En la conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 se aprobó la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.(18)
- A nivel nacional, existe la ley orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género destinada a *“prestar apoyo técnico, orientar la planificación de medidas sanitarias y proponer actuaciones para la aplicación de un protocolo sanitario, entre otras competencias”*. (5,19,20)
- La ley de enjuiciamiento criminal mediante su artículo 262 especifica la obligación de cualquier profesional a denunciar algún delito público visto, en este caso, el maltrato a la mujer. Se deberá comunicar al ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante.(19)
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres dice que, al combatir la discriminación, previene la violencia hacia la mujer.(21)

## **Enfermería y violencia de género.**

---

Enfermería, pieza muy importante dentro del puzle del modelo integral e interdisciplinar, tiene que estar a la altura de dar una mejoría no sólo en la atención, sino en la prevención, detección precoz e identificación de la VG. Su papel es elemental en la detección de signos y acogida de las víctimas, seguimiento del proceso, asesoramiento y apoyo psicológico, garantía de la continuidad de cuidados y como persona referente, cercana y accesible a la mujer.(5,9)

## - **Infradetección**

La atención primaria es una puerta de acceso frecuente de casos de violencia de género, por lo que los profesionales sanitarios están en un puesto privilegiado para abordarlo. Además, es el recurso mejor valorado por las mujeres por delante de otras instituciones. Sin embargo, diferentes artículos (3,6,8,9) reafirman que hay una infradetección notable por parte de los profesionales sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud y diferentes organizaciones sanitarias siguen advirtiendo sobre la infradetección y sus graves consecuencias. A pesar de los avances en políticas sanitarias mediante protocolos, la inclusión de la VG en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y un plan de formación supervisado, todavía la infradetección es un hecho.(18)

Más del 70% de casos de VG son invisibles ante los ojos sanitarios. Se calcula que entre el 30%-60% de las mujeres que acuden a centros de salud han sufrido violencia de género y desgraciadamente, solo se detectan el 30%.(9)

Esta infradetección está causada por diferentes razones:

Una de las razones más predominantes es la escasa formación que reciben las enfermeras durante su formación y en el ámbito laboral. Diversos estudios manifiestan que los profesionales sanitarios de AP no están lo suficientemente capacitados como para abordar un caso de VG. (3,6,8,9)

El desconocimiento de protocolos y guías de actuación es otra de las razones. Gran parte de los profesionales sanitarios no están lo suficientemente sensibilizados y empatizados con esta problemática, esto implica que no sean conscientes de que están ante un grave problema de salud pública. Estudios realizados con personal de enfermería demuestran que la tasa comunicada de maltrato como causa de lesiones puede mejorar de un 7,5% hasta un 30% cuando la mujer es atendida por enfermeras formadas en la materia.

Por otro lado, el miedo es una barrera destacable ante la atención en VG. El miedo por ofender a la mujer o de empeorar su situación y también por miedo a su propia seguridad. Algunos estudios indican que entre un 29% y un 40% de las

enfermeras de atención primaria se sienten incómodas preguntando a los pacientes sobre este tema. (5)

En el contexto de la consulta, las limitaciones que dificultan la detección pueden ser la sobrecarga asistencial, la falta de intimidad o el hecho de que la mujer venga acompañada.

Otra de las razones que describen los profesionales sanitarios en diversos estudios es el insuficiente trabajo en equipo, por la ausencia de profesionales de otras disciplinas las 24 horas.(9,14)

Las investigaciones concuerdan que es necesaria una mayor formación de los profesionales sanitarios en torno al tema de la VG, ya que se ha demostrado que cuanto más conocimiento más capacidad de actuación en la consulta hay. Promover la formación actualizada y sensibilizadora hacia el problema, apoyada en una visión biopsicosocial de la salud, mejoraría el abordaje de la VG.(3,9,20)

### - ***Actuación de la enfermera ante la violencia de género***

La violencia de género implica una aptitud desigual donde el hombre tiene poder sobre la mujer. Desde una perspectiva bioética, no cabe duda que es una aptitud maleficente ya que implica daño a una persona.(22)

Previamente a explicar las actuaciones, es importante analizar los principios bioéticos que deben guiar a todos los profesionales sanitarios: (8,18)

**Principio de no maleficencia:** la violencia de género implica daños multidimensionales, por lo consecuente, no ser competente con su detección, atenta contra este principio. El profesional sanitario debe crear un ambiente dónde se favorezca la expresión de sentimientos, pero siempre respetando a la mujer y sin juicios de valor.

**Principio de beneficencia:** los profesionales sanitarios deben ser respetuosos con la mujer y sus decisiones, siempre actuando de acuerdo con su consentimiento. Solo en casos de riesgo extremo, se deberá informar a la justicia sin consentimiento, pero dejándolo en constancia. De ninguna manera son aceptables presiones ni actitudes paternalistas.

**Principio de justicia:** los sanitarios deben seguir las pautas de la oportunidad justa. Es decir, a todas las mujeres que se les pueda presentar en la consulta con este problema ofrecerles las mismas oportunidades y ayudas. En caso de beneficiar mediante condiciones ventajosas atentaría totalmente este principio.

**Principio de autonomía:** es imprescindible que la mujer que acude por sufrir violencia de género este bien informada sobre los pros y contras y que a partir de ahí pueda decidir la opción que más le conviene sin presión externa. Esta situación conlleva unas condiciones de vulnerabilidad e incluso de baja autoestima. Por esta razón, se debe fomentar su autonomía.

Antes de adentrar en las fases de la actuación, es importante recalcar las recomendaciones básicas que enumera la OMS en referencia al problema:<sup>(5)</sup>

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

Para poder hacer una buena detección del problema, cualquier profesional sanitario debe indagar a toda mujer que acude a consulta y que no figure que se le haya preguntado previamente. El PAAPS y el Protocolo común de Sanidad aconsejan preguntar a toda mujer mayor de 14 años.(18,19)

En la anamnesis, se debe empezar preguntando por cuestiones más generales hasta llegar a las más concretas, acompañado de una breve introducción de la razón por las que se pregunta.(6,8)

Las mujeres víctimas de VG que acuden a la consulta de AP pueden presentarse por diferentes motivos.

- Consulta no explícita en forma de malestar inespecífico, poli frecuentación, somatizaciones.
- Consulta de demanda aguda tras agresión física, sexual, intento auto lítico, crisis de pánico.
- Consulta a través de los hijos: lesiones, alteraciones conductuales, trastornos funcionales.
- Problemática en la salud sexual y reproductiva.
- A través de problemas sociales

En todos estos motivos y más, es indispensable tener siempre presente la opción de que pueda ser víctima de VG. Para ello, una entrevista biopsicosocial puede ayudar a detectar el problema. Esa entrevista se debe basar en la empatía, en la confidencialidad, en creer a la mujer y en no juzgarla en ningún momento.(8,22)

Además, en muchas ocasiones, el miedo impide a la mujer contarlo eminentemente. Por ello, los profesionales sanitarios deben indagar mediante indicadores de sospecha (Tabla 1).

Por lo tanto, ya sea mediante la entrevista clínica, indicadores de sospecha o mediante las dos, es necesario usar esas herramientas para poder hacer una buena prevención primaria o en el caso de que ya se haya producido, una detección precoz del problema.

Después de la detección, en casos de sospecha de VG se pueden presentar diferentes escenas dependiendo de la respuesta de la mujer. Esas escenas se



diferencian en que la mujer reconozca que es víctima de VG o que no lo reconozca pese a tener indicadores. La actuación variará dependiendo de la escena presentada.(4,19)

**Tabla 1.** Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género de 2012 (19)

<b>1. Características de las lesiones</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas</li> <li>• Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa.</li> <li>• Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, brazos o muslos.</li> <li>• Lesiones por defensa (en antebrazos y región dorsal).</li> <li>• Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.</li> <li>• Lesiones en genitales.</li> <li>• Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.</li> <li>• Lesión típica: rotura de tímpano.</li> </ul>
<b>2. Actitud de la mujer:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta.</li> <li>• Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza.</li> <li>• Autoestima baja.</li> <li>• Sentimientos de culpa.</li> <li>• Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad</li> <li>• Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara.</li> <li>• Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.</li> <li>• Falta de cuidado personal.</li> <li>• Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.</li> <li>• Si está presente su pareja: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Temerosa en las respuestas</li> <li>○ Busca constantemente su aprobación.</li> </ul> </li> </ul>
<b>3. Actitud de la pareja</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicita estar presente en toda la visita.</li> <li>• Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.</li> <li>• Excesivamente preocupado o solícito con ella.</li> <li>• A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.</li> </ul>

En caso de que la mujer reconozca que es víctima de VG se debe realizar una valoración integral donde se evalúe (8,19):

1. La situación clínica: exploración cuidadosa de las lesiones, de su estado psicológico, social y familiar.

2. La situación de violencia: tipo, frecuencia, intensidad, formas de resistencia de la mujer.
3. La seguridad y si se encuentra en situación de riesgo extremo, mediante los indicadores y cuestionarios como el SARA.
4. La fase del proceso y situación en la que se encuentra en relación con la toma de decisiones. Es muy importante este paso, ya que a partir de ahí se adaptará el mejor seguimiento a realizar.

Para ejecutar una correcta valoración en AP, es imprescindible la coordinación entre profesionales con otros servicios: los servicios sociales, los cuerpos de seguridad o los de justicia.

Posteriormente, se debe pasar a la fase de la intervención en base a la gravedad del caso.

Tabla 2. Intervenciones a realizar en base a la gravedad del caso.

<b>NO RIESGO EXTREMO: (8,19,22)</b>	<b>RIESGO EXTREMO: (8,19,22)</b>
Registrar en la historia clínica, informándole de la valoración que se le hace.	Registrar en la historia clínica el episodio narrado y las actuaciones realizadas. Puede servir de prueba en el proceso judicial.
Trabajar la toma de percepción de su situación y el impacto que tiene sobre su salud, invitándole a hablar y a establecer un diálogo.	Conocer su situación socioeconómica y familiar e informarle de la situación extrema en la que vive y los recursos que tiene a su mano.
Informar sobre la Violencia de Género, remarcándole que es un hecho común (con el fin de normalizar) el cual tiene consecuencias graves y es delito.	Informarle de la obligación legal del personal sanitario de la derivación inmediata a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias específicos para mujeres víctimas de VG.
En caso de que tenga sensación de culpa, hacerle entender que esa idea es errónea, que nadie merece ser maltratada.	Avisar a las fuerzas de seguridad para proporcionar la protección de la mujer y sus menores a cargo.
Hacerle comprender que está en una situación de peligro, pero ofreciéndole al mismo tiempo nuestra ayuda total.	Transmitirle nuestra compañía en todo momento.
Informarle de todos los recursos disponibles que dispone, explicando el trabajo multidisciplinar que se realiza en estos casos.	Emitir el parte de lesiones e informe médico y remitirlo al juez urgentemente., previamente leído y consultado con la mujer.
Conocer el punto de vista de su situación.	
Ofrecer un plan de consultas de	

seguimiento marcando objetivos claros: Acompañar a la mujer en el afrontamiento, favorecer la toma de decisiones para que haya un cambio en su situación y prevenir nuevas situaciones de violencia	
Elaborar una estrategia de seguridad caso de riesgo extremo.	
Derivar (si es necesario y la mujer lo consiente) a recursos sociales, judiciales o comunitarios previamente explicados.	
Resolver toda duda posible, remarcándole que hay mucha gente dispuesta a ayudarle.	

Es primordial reseñar las intervenciones que ante todo no se deben realizar en la consulta en el abordaje de un caso de VG (18,19,23):

- No se debe implantar nuestro criterio.
- No se debe juzgar ni criticar la actitud o respuesta de la mujer ante la situación.
- No se debe recomendar terapias de pareja ni mediación familiar.
- No se debe infravalorar la sensación de peligro que tiene la mujer.
- No se debe aislar a la mujer, es decir, hay que ofrecerle en todo momento todos los recursos que puedan ser oportunos ajustados a su situación.
- No verificar el relato de la mujer con el agresor. Intentar que el agresor no esté presente.

## Justificación de la necesidad de un diagnóstico

---

Actualmente, hay diferentes protocolos, guías y recomendaciones sobre cómo afrontar un caso de violencia de género en la consulta de atención primaria. Como referencia, existe el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género del 2012”. Un protocolo elaborado y acordado por representantes de la administración general del Sistema Nacional de Salud y de las respectivas comunidades autónomas.

Según diversos estudios existe una infradetección y un conocimiento de las enfermeras de atención primaria en relación a la VG. El 67,5 % cree que no tiene los conocimientos competentes para abordar un caso de VG. Además, hay una

falta de conciencia manifiesta en las profesionales de AP sobre la gravedad del problema.(1,11)

En consecuencia, se necesitan más herramientas que refuercen la intervención frente la VG en el ámbito de la atención primaria. Dichas herramientas, ayudarían a sensibilizar y formar más en la detección y actuación ante el maltrato del hombre hacia la mujer.(1,3)

Si hablamos de diagnósticos de enfermería, en la taxonomía NANDA 2015-2017 no viene recogido el diagnóstico de violencia de género. El único diagnóstico referente al tema es el Síndrome traumático de la violación que viene definido de la siguiente manera: “Respuesta *desadaptada y persistente a una penetración sexual forzada, violenta, contra su voluntad y sin su consentimiento*”. (00142) (24)

La Violencia de Género es un grave problema de salud pública, por esta razón, debería tener un espacio mayor en la taxonomía NANDA ya que el diagnóstico mencionado anteriormente no engloba la totalidad del problema.

Por lo previamente comentado, queda reflectada la necesidad de la elaboración de un diagnóstico de enfermería de VG que ayude a abordar un caso de este tipo.

Además, la validación de este fomentará que las enfermeras de AP tomen conciencia de la gravedad del problema e impulsará de cierta manera la prevención primaria.

## Bibliografía

---

1. Bello-Urrego ADR. Sexo/género, violencias y derechos humanos: perspectivas conceptuales para el abordaje de la violencia basada en género contra las mujeres desde el sector salud. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;42(1):108–19.
2. WHO Media Centre. Violence against women [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 2017 [citado 9 de Mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Díaz Vigón N, Fernández Gutiérrez L, Isabel Fernández Raigada R, Rubio Domínguez J, Isabel Santos Granda M, Vigón DN, et al. Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de Atención Primaria en relación a la violencia de género. *RqR Enfermería comunitaria (revista de SEAPA).* 2017;5(2):35–49.
4. Calvo González G, Camacho Bejarano R. Gender violence:: trends, impact and keys for approach. *Enfermería Glob Rev electrónica Semest enfermería [Internet].* 2014;13(1):424–39. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4534730&info=resumen&idioma=ENG>
5. Pérez García C, Manzano Felipe M de los Á. Clinical nurse practice approach to gender violence. *Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades [Internet].* 2014;18(40):107–15. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/43947>
6. 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://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>
7. Duarte MC, Fonseca RMGS da, Souza V de, Pena ÉD. Gender and violence against women in nursing literature: a review. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2015;68(2):325–32. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000200325&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200325&lng=pt&tlng=pt)

8. Llorente NDM. Violencia de género y Atención Primaria. 2016;12(9):517–23.
9. Alcaraz CL, Roche FP, Hernández MT, Meseguer CB, Rodríguez JDP, Esparza AO. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Rev Enferm da UFSM. 2014;4(1):217–26.
10. MedlinePlus. Violencia doméstica [Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 2015 [actualizado 21 de marzo de 2019; consultado 29 de marzo de 2015] Violencia doméstica. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/domesticviolence.html>
11. Sala Musach I, Hernandez Alonso AR, Ros Guitart R, Lorenz Castañe G, Parellada Esquiús N. Violencia doméstica: Preguntar para detectar. Aten Primaria. 2010;42(2):70–7.
12. Junta de Andalucía. Introducción y conceptos de Violencia de Género. 2017;91:399–404.
13. 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.
14. 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.
15. García AJY. Mujeres que ha padecido malos tratos en las relaciones de pareja: el ciclo de la violencia. Rev Poiésis. 2016;30(2) 13-19.
16. Delegación del Gobierno de España para la Violencia de Género, Centro de Investigaciones Sociológicas. Maroencuesta de violencia contra la mujer 2015 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Centro de publicaciones; 2015 [citado 9 de mayo de 2019].

Disponible en:

[http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_)

17. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Por una sociedad libre de violencia de género [Internet]. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. [citado 9 de mayo de 2019 ]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
18. Vistabella CDS, Salud C De, Ciudades L, Pintores CDS. Atención Primaria y Violencia de Género. 2015;47(3):39–61.
19. Ministerio de Sanidad SS e I. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Mssi [Internet]. 2012;1–64. Disponible en: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/en/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>  
<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
20. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE, núm. 313 (29-11-2004).
21. Ley 5/2008, del 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. DOC, núm. 5123 (02-05-2008).
22. 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):490–7.
23. Bugarín-González R, Bugarín-Diz C. Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género. Semergen.2014;40(5):280–5.
24. NANDA International; Editado por T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Elsevier; 2016.
25. Gomes L, Nogueira F. Construction and validation of nursing diagnoses for individuals with diabetes in specialized care. 2014;49(1):53–9.

26. Fernández-donaire L, Romero-sánchez JM, Boixader-estévez F, Porcel-gálvez AM, Paloma-castro O. Content Validation by Experts Author contact : 2018;00(0):1-8.
27. Adolf J, Goris G. Método de validación de contenido de la taxonomía ii de la nanda. 2004;31(2):12-22.
28. Revisi UADE. Desarrollo de la Investigación en Diagnósticos de Enfermería 1. 2010;11(4):135-140.
29. Institut Català de Salut Girona [Internet]. Atención Primaria Girona;2019. [consultado 9 de mayo de 2019]. Disponible en: <http://www.icsgirona.cat/ca/atencioprimary>
30. Hernández PE. Validación de contenido del diagnóstico de enfermería. 2015;14(3):31-5.
31. Asociación médica mundial [Internet]. Declaración de Helsinki;2013. Disponible en:<https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-helsinki/>
32. Boletín Oficial del Estado. 23750 LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. [Internet]. no 298, 1999. [citado 9 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>



## **Objetivos**

---

- Crear un diagnóstico de enfermería orientado hacia la violencia de género.
- Realizar una validación de contenido y de constructo de un diagnóstico de enfermería orientado hacia la violencia de género

## Metodología

---

Es un proyecto de investigación el que se pretende llevar a cabo la primera fase de una hipotética validación de constructo y adaptación del diagnóstico de enfermería de Violencia de Género.

Este estudio piloto consta de dos fases bien diferenciadas con su respectiva metodología cada una de ellas. La primera fase, es la cualitativa y la segunda la cuantitativa. Ambas se regirán mediante el método Fhering de validación de diagnósticos de enfermería.

Existen 4 métodos en el proceso de validación de un diagnóstico de enfermería. De esos 4 métodos los más utilizados son el método Delphi y el modelo de Fhering. (25–27)

Se propone realizar el proceso de validación con el modelo de Fhering, que incluye el método Delphi, y que ha sido avalado por diversos estudios(27,28)

### - **Primera fase: cualitativa**

#### **Diseño**

Esta fase cualitativa, se considera la fase previa al método Fhering, el cual se usará en la segunda fase, la cuantitativa. La función de esta fase será proponer el diagnóstico de enfermería de VG con sus respectivas características definitorias de forma abierta a un grupo de participantes.

Para ello, se realizará una revisión bibliográfica para destacar artículos que contengan información sobre el trabajo enfermero con VG y la necesidad de su diagnóstico con palabras clave mediante términos mesh: Violencia de Género, Violencia Sexual, Atención Primaria, Diagnóstico de Enfermería. (28)

Posterior a la búsqueda, una vez revisados los artículos, se le entrega al grupo de participantes. Mediante grupos de discusión se propondrán características definitorias necesarias para la segunda fase en el proceso de validación.

### **Ámbito de estudio**

Esta primera fase se va a realizar en los Centros de Atención Primaria de Girona Ciudad respaldados por el Instituto Catalán de Salud.

La atención Primaria de Girona ciudad está formada por cuatro áreas básicas de salud.

- Área básica 1: Centro de atención Primaria de Santa Clara.
- Área básica 2: Centro de atención Primaria de Can Gibert del Pla.
- Área Básica 3: Centro de atención primaria de Montilivi y Vilaroja.
- Área Básica 4: Centro de atención primaria de Joan Vilaplana.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Enfermeras del área básica escogida y acepten voluntariamente participar en el estudio. (Firma del consentimiento).
- Más de un año de experiencia laboral en el CAP.
- Enfermeras que mediante la encuesta AD-OC de VG consigan las 10 mejores puntuaciones
- Enfermeras de adultos.

#### **Criterios de exclusión**

- Enfermeras que no acepten participar en el estudio.
- Menos de un año de experiencia laboral en centro de atención primaria (CAP).
- Enfermeras que mediante la encuesta AD-HOC de VG no entren entre las 10 primeras.
- Enfermeras de pediatría.

## **Muestra**

La población del estudio se ha encontrado a partir del tipo de muestreo intencional o de conveniencia debido a la dificultad para encontrar sujetos que cumplan los criterios de inclusión del proyecto.

Se han escogido a las 10 mejores puntuaciones en la encuesta AD-HOC de VG de las cuatro áreas básicas de Girona ciudad.

## **Instrumentos**

- **Encuesta AD-HOC** de VG. Esta encuesta, en esta primera fase servirá como criterio de inclusión al estudio. Las 10 mejores puntuaciones de esta serán introducidas en el estudio si cumplen los otros criterios.
- **Las sesiones de grupo de discusión.** Una vez elegidos los participantes, se les citará para que se reúnan todos y se discuta con el objetivo de sacar como resultado una serie de características definitorias.

## **Análisis de resultados**

El análisis de resultados de esta fase consiste en el consenso de los participantes en los grupos de discusión.

Se programarán 3 sesiones donde se reunirá a todos los participantes de esta primera fase y en ellas habrá un consenso y saldrán resultados. Estos resultados serán una serie de características definitorias del diagnóstico de VG propuesto que posteriormente serán analizadas por otro grupo de participantes.

- ***Segunda fase: cuantitativa***

## **Diseño**

Esta fase del estudio se considera la fase cuantitativa. En ella, se emplea el método Fhering. Mediante este, las características definitorias conseguidas en la primera fase son puntuadas y se hace una selección.

En este método se usa un Índice de Validez de Contenido. Se consulta a las enfermeras siguiendo los siguientes pasos.(27,28)

1. Se definen las características definitorias del diagnóstico de enfermería deseado y una muestra de enfermeras expertas (no existe un consenso sobre la muestra exacta ni mínima) la puntúa del 1 al 5, de menor a mayor característico.
2. Se puede usar la técnica Delphi antes explicada para buscar más consenso en caso de disponer recursos (no es necesaria en esta fase).
3. Se calculan los coeficientes de cada característica dividiendo sus respuestas según el peso asignado de cada enfermera. Es decir, según el nivel de conocimiento en el tema hay un sistema de puntuación para cada enfermera. Cuanto mayor sea el nivel mayor será el peso.
4. Se descartan las características con un coeficiente menor de 0,5.
5. Las características con coeficiente mayor de 0,75 se marcarán como críticas.
6. El índice de Validez de Contenido se consigue haciendo el promedio de la puntuación de cada característica.

### **Ámbito de estudio**

Este proyecto de investigación se va a realizar en los Centros de Atención Primaria de la provincia de Girona respaldados por el Instituto Catalán de Salud (ICS) y en las Universidades de Girona (UDG), Universidad de Vic (UVIC) y la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

La atención Primaria del Instituto Catalán de Salud (ICS) de Girona está formada por 27 equipos de atención primaria distribuidos en 34 centros de atención primaria y 103 consultorios locales. (29)

## **Criterios de inclusión y exclusión**

### **Criterios de inclusión**

- Enfermeras del área básica escogida y acepten voluntariamente participar en el estudio. (Firma del consentimiento).
- Más de un año de experiencia laboral en el CAP.
- Enfermeras que mediante la encuesta AD-HOC sean consideradas expertas en VG.
- Docentes de las universidades escogidas considerados expertos mediante la encuesta AD-HOC en metodología enfermera.

### **Criterios de exclusión**

- Enfermeras que no acepten participar en el estudio.
- Menos de un año de experiencia laboral en CAP.
- Enfermeras que mediante la encuesta no sean consideradas expertas en VG.
- Docentes que no acepten participar o que mediante la encuesta AD-HOC no sean considerados expertos en metodología enfermera.
- Las enfermeras que han participado en la primera fase del estudio.

## **Muestra**

La población del estudio se ha encontrado a partir del tipo de muestreo intencional o de conveniencia debido a la dificultad para encontrar sujetos que cumplan los criterios de inclusión del proyecto.

En el método fhering, no hay un consenso sobre cuantas enfermeras se necesitan ni el mínimo ya que se han realizado con diferentes cifras. Para este estudio se escogerán 30 enfermeras que cumplan los criterios de inclusión.(26,30)

Para ello, se escogerán a 20 enfermeras relacionadas con el tema de VG que pertenezcan a los centros de atención primaria escogidos. Por otro lado, los 10

restantes se dejarán para los docentes de las universidades antes nombradas entendidos en temas de metodología enfermera.

### **Instrumentos**

- **Encuesta AD-HOC** que tendrá dos funciones. Por un lado, clasificar a las enfermeras según su nivel de conocimiento en el tema mediante el sistema de puntuación de Fhering. Por otro lado, servirá como criterio de inclusión al estudio. (Anexo 1)

La puntuación mínima necesaria para estar incluido como experto es de **5 puntos** en el apartado de violencia de género y de **3 puntos** en el cuestionario de metodología enfermera. Ambas partes del cuestionario son independientes, es decir, no se sumarán las puntuaciones de cada apartado a pesar de superar el mínimo requerido.

En caso de marcar positivamente las casillas de cursos o másteres, el personal encuestado tendrá que presentar los certificados de estos.

- **Sistema de puntuación Fhering** adaptado al diagnóstico de enfermería planteado. Mediante este sistema, se le asignará un peso a cada enfermera incluida en el estudio. Ese peso influirá posteriormente en el cálculo del coeficiente de las características definitorias. (Anexo 2)

- ***Aspectos éticos***

Para la realización de este estudio es necesario regirse bajo unos principios y leyes. La participación de personas en este estudio prima la necesidad de seguir los principios de la declaración de Helsinki de investigación médica con seres humanos de 2013. (31)

Además, los participantes del estudio estarán cubiertos bajo la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, asegurando de esta manera que sus datos personales no serán extraídos del estudio. (32)

Para llevar a cabo la investigación, es imprescindible que las enfermeras que quieran participar de manera autónoma y voluntaria dejen constancia de ello mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 4). Previamente, se habrá explicado a los participantes el tipo de estudio, el tiempo, el lugar donde se realizará, el procedimiento y la finalidad. En la hoja del consentimiento se les informará también la opción de poder dejar el estudio sin ningún tipo de consecuencia durante toda la investigación.

Para que el estudio vaya adelante, se precisara de la aprobación del comité de ética universitario de investigación en atención primaria (IDIAP). Además, se necesitará la autorización de la coordinadora de enfermería de cada centro donde vaya a hacerse el estudio para de esta manera poder realizar las sesiones informativas y las encuestas a las enfermeras de dichos centros.

#### - **Procedimiento**

- Primero, se enviará una carta de presentación por correo electrónico a la coordinadora de enfermería de todos las Áreas Básicas de Salud de Girona que pertenezcan al Instituto Catalán de Salud (ICS). De esta manera, se dará a conocer el estudio con el fin de obtener su aprobación. (Anexo 3)
- Antes de poder comenzar el estudio, se habrá enviado ya una carta de presentación al comité de ética del instituto de investigación en atención primaria (IDIAP). Sin la aprobación del comité de ética, no se podrá comenzar el proyecto.
- Una vez que el comité de ética haya aprobado el proyecto, se enviará a los centros de atención primaria la aprobación y la carta de presentación del proyecto.
- Esta carta, habrá llegado ya a todas las supervisoras de enfermería de las Áreas Básicas de Salud. Por lo tanto, habrá que esperar a que acepten participar en él para poder hacer el primer contacto.
- Después de conseguir la aprobación de cada área básica de salud se procederá a concretar la primera toma de contacto para presentar de manera presencial el proyecto.



- El trabajo de investigación se va a dividir en dos fases: la primera, que será cualitativa y la segunda, cuantitativa.

#### Fase cualitativa:

- En la presentación oral del proyecto, se intentará reunir a todas las enfermeras del Área Básica de Salud con el fin de informarles en qué consiste el estudio, su objetivo y los criterios de inclusión para poder participar en cada una de las fases.
- Primero, se presentará en las cuatro áreas básicas de salud de Girona ciudad para poder realizar la primera fase antes nombrada. Una vez acabada la presentación, se les pasará la encuesta AD-HOC de VG, se seleccionará a las 10 enfermeras con mayor puntuación obtenida y posteriormente, se creará un grupo de discusión. Éste, tendrá una duración de unas dos o tres sesiones (dependerá del consenso) y su objetivo principal será buscar las características definitorias del diagnóstico.
- Previamente a las sesiones se mandará el consentimiento informado a las 10 enfermeras seleccionadas.

#### Fase cuantitativa:

- Una vez acabada la fase cualitativa, se procederá a buscar a los 30 participantes que formarán parte de la segunda fase.
- El modo de trabajo será el mismo: presentar el proyecto en los centros de salud, pasar la encuesta AD-HOC de VG y seleccionar a 20 enfermeras que sean consideradas expertas mediante el sistema de puntuación Fhering y que no hayan participado en la fase anterior.
- Los otros 10 integrantes que quedan, que tendrán que ser docentes expertos en metodología enfermera, serán seleccionados desde las universidades de Girona, Vic y Barcelona. Para ello, se enviará un correo a la secretaria de la Universidad que compartirá con los docentes interesados. En el correo, se adjuntará una carta de presentación del proyecto, la encuesta y el correo donde pueden contestar y preguntar las dudas surgidas.

- Después de haber escogido a todos los posibles participantes del estudio, se les enviará por correo la hoja del consentimiento informado para que así puedan realizar el proyecto con total garantía. Se concretará con ellas o con las supervisoras del área básica de salud la recogida del consentimiento firmado, aprovechando de esta manera para resolver las posibles dudas al respecto.
- Con las hojas de consentimiento informado ya obtenidas de las 30 participantes, se volverá a contactar con ellas por correo electrónico o vía telefónica para realizar la primera sesión una vez comenzado el proyecto.
- Será difícil reunir a todas en un mismo sitio y fecha, es por eso por lo que se tendrá que hacer más de una sesión en diferentes zonas y días.
- Esta sesión se basará en explicarles brevemente el objetivo de este proyecto y sobre todo servirá para informarles cómo será el procedimiento mediante el método Fhering y cuál será la función que van a realizar. Se aprovechará esta sesión para pasarles las características definitorias previamente concretadas en la primera fase con el fin de que las puntúen del 1 al 5, de menor a mayor característico.
- En caso de no haber un consenso, se podrá usar la técnica Delphi.
- Una vez obtenidas todas las puntuaciones de todas las enfermeras de cada una de las características definitorias se calculará el coeficiente ponderado para cada característica. Se obtendrán mediante la suma de los pesos asignados en cada respuesta, dividida entre el número total de respuestas.
- Se calcularán los coeficientes de las características definitorias y los que salgan menores a 0,5 se descartarán para el diagnóstico. Las que salgan mayores que 0,75, en cambio, se marcarán como críticas.
- Posteriormente a la obtención de los resultados y de esta manera tener concretados las características definitorias, se dará por finalizado el estudio. Se agradecerá a las participantes su contribución con un certificado de asistencia a la actividad que irá firmado por la Universidad de Girona y con el apoyo del IDIAP.

# Cronograma

	ene-20				feb-20				mar-20				
	SEMANAS												
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Enviar correo a la coordinadora de las áreas básicas de salud de Girona	X												
Carta de presentación del proyecto al comité de ética de atención primaria (IDIAP)		X	X										
Aceptación del proyecto por parte del IDIAP				X									
Envío de la aprobación a los centros de atención primaria (CAP) y carta de presentación del proyecto										X			
Aceptación por parte de las supervisoras de los CAPs										X			
Cuatro areas basicas de salud de Girona ciudad, una reunión semanal. Selección de 10 participantes.													
Grupo de discusión de 2-3 sesiones. Selección de características definitorias.													
Visitar los 26 ABS restantes para seleccionar 20 enfermeras (2 reuniones por semana).													
Enviar correo a universidades para seleccionar 10 expertos en metodología.													
Reunir a los 30 expertos en 4 áreas elegidas por el personal del proyecto.													





## Presupuesto

AÑO 2020		INTRODUCCIÓN: ENVIO CORREOS	FASE I: CUALITATIVA	FASE II: CUANTITATIVA	PRECIO POR UNIDAD/HORA	TOTAL
MATERIAL	PAQUETE DE FOLIOS	1U			3€	3€
	PACK DE 90 BOLIS BIC	1U			21€	21€
	20 FOTOCOPIAS Y ENCUESTAS POR CAP	0u	4 CAPs	22 CAPs	0,05€	1,3€
TRANSPORTE	GASOLINA	0€	0€	186L	1,36€/l	254€
	REFRESCOS Y APERITIVOS	0€	4c CAPs	22CAPs	7€	182€
	COMIDA PARA SESIONES	0€	3 sesiones	4 sesiones	18€	126€
BECARIO	4H/DÍA 3 DÍAS A LA SEMANA	0h	48H		10€/h	4.800€
SUMA TOTAL						<b>5387€</b>

## **Limitaciones**

---

Uno de los inconvenientes más destacables en el posible desarrollo del proyecto es la zona geográfica. Es una zona muy limitada y es posible que sea difícil poder extrapolar los resultados.

Por otro lado, el tema a analizar es considerado un tema poco estudiado e infradetectado. Por esta razón, es probable que sea dificultoso encontrar a profesionales interesados y considerados expertos en el tema.

Otra limitación a tener en cuenta podría ser que los expertos escogidos no tuviesen la suficiente motivación a la hora de responder las características definitorias. Para que esto no ocurra, a los participantes del estudio se les premiará con invitaciones a congresos o diferentes recompensas.

## Anexos

---

### Anexo 1

#### Encuesta AD-HOC

Datos Sociodemográficos

**1. Edad:**

**2. Sexo:** ( ) Hombre ( ) Mujer

**3. Años de experiencia en enfermería comunitaria:**

**4. Área sanitaria en la cual trabaja:**

**5. ¿Considera necesario un diagnóstico de enfermería de Violencia de Género?**

( ) Sí ( ) No

**6.. ¿Cuánta formación en temas de violencia de género ha tenido usted?  
(Por favor, marque con una X todas las opciones pertinentes).**

Ninguna ( )

He leído y estoy familiarizado con el protocolo de actuación ( ) (3)

He ido a una conferencia o sesión de sensibilización ( ) (1)

He realizado un curso < 20 horas ( ) (1)

He realizado un curso > 20 horas. ( ) (2)

He recibido formación durante la carrera: Clases teóricas ( ) (1)

He recibido formación durante la carrera: Clases prácticas ( ) (1)

He realizado un máster/posgrado en violencia de género ( ) (4)

Especialidad en enfermería comunitaria ( ) (2)

He estado involucrado en el abordaje de casos de violencia de género ( ) (1)



Otros (Especificar):

**7. Cuanta formación en temas de diagnósticos de enfermería ha tenido usted? (Por favor, marque con una X todas las opciones pertinentes).**

Ninguna ( )

He realizado un máster en metodología aplicada a la investigación enfermera.

( ) (4)

He realizado cursos < 20 horas. ( ) (1)

He realizado cursos >20 horas. ( ) (2)

He recibido formación durante la carrera: clases teóricas. ( ) (1)

Especialidad en enfermería comunitaria ( ) (2)

He estado involucrado en algún estudio de metodología enfermera anteriormente ( ) (2)

Otros (Especificar):

\*En caso de marcar positivamente las casillas de cursos o másteres, el personal encuestado tendrá que presentar los certificados de los mismos.

## Anexo 2

### Sistema de puntuación Fhering adaptado al diagnóstico VG.

Este sistema servirá para asignar un peso a cada enfermera dependiendo de la puntuación que obtenga de la encuesta AD-HOC.

#### - Sistema de puntuación en VG.

<5 puntos= 0

5 puntos= 0,25

6 puntos= 0,5

7 puntos= 0,75

8 puntos o más= 1

#### - Sistema de puntuación en metodología enfermera.

<3 puntos= 0

3 puntos= 0,25

4 puntos= 0,5

5 puntos= 0,75

6 puntos o más= 1

### Anexo 3

#### Carta de presentación del estudio al IDIAP

Bienvenido/a,

Me llamo Joseba Goicoechea Irigaray, soy estudiante de cuarto curso de enfermería en la Universidad de Girona.

Me dirijo a usted para presentarle el proyecto de investigación “Validación del diagnóstico de enfermería de Violencia de Género”. Me gustaría transmitirle mediante esta carta el interés de realizar este proyecto en las áreas básicas de salud (ABS).

La Violencia de Género es un grave problema de salud pública. Los profesionales de la atención primaria, entre ellos, los profesionales de enfermería son imprescindibles en su detección, prevención y actuación. Sin embargo, numerosos estudios y artículos refieren una clara infradetección del problema a estudiar. Una de las razones manifiesta, es la falta de directrices claras cuando aparece un caso en la consulta.

Por esta causa, el objetivo principal de este proyecto de investigación es llevar a cabo la primera fase de la validación del diagnóstico de enfermería de Violencia de Género. Para ello se empleará el método Fhering donde serán necesarios expertos tanto en metodología enfermera como en Violencia de Género.

Considero que poder llegar a tener un diagnóstico de enfermería de Violencia de Género validado ayudaría exponencialmente a las enfermeras a abordar un caso, mejorando así el estado de salud de las mujeres. Por este motivo, le pido que tenga en cuenta mi solicitud de aprobación del proyecto.

Cualquier aclaración o duda al respecto quedo a su disposición para lo que necesite,

Un cordial saludo,

Joseba Goicoechea Irigaray, investigador principal.

## Anexo 4

### Hoja de consentimiento informado

Título del estudio: Validación del diagnóstico de enfermería de Violencia de Género.

Yo, \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_

(Nombre y apellidos) He estado informado/ informada de las condiciones del proyecto y tengo el conocimiento sobre el proyecto de Validación del Diagnóstico de enfermería de Violencia de Género. He leído la hoja de información, he podido hacer preguntas sobre el proyecto, sobre el programa formativo y he recibido suficiente información sobre el estudio.

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

### 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 Joseba Goicoechea Irigaray y soy un estudiante de cuarto curso de enfermería.

Estoy realizando un proyecto de investigación donde se pretende realizar la primera fase de la validación del diagnóstico de enfermería de Violencia de Género.

Muchos estudios y artículos reflejan la necesidad de mayor formación y directrices de actuación más claras para poder erradicar la infradetección presente. Por este motivo creo que sería muy beneficioso para los profesionales expertos sobre el tema de su ambulatorio el hecho de poder participar en este estudio y así poder ayudar en el proceso de validación.

Para llevar a cabo este estudio, mi intención es hacer una charla informativa sobre el proyecto y a la vez pasar una encuesta a todos los profesionales del centro que acudan. Mediante ella, analizaré si cumplen los criterios de inclusión para entrar en el estudio y clasificaré a los expertos según el nivel de conocimientos sobre el tema a estudiar. Una vez analizadas las encuestas, se hará una selección de los posibles participantes y se les cederá la hoja de consentimiento informado para así poderles incluir en él.

Considero que llevar a cabo este proyecto sería muy sugerente ya que estamos hablando de un grave problema de salud pública. Ayudaría a avanzar en la primera fase de la validación del posible diagnóstico y este por consecuente, en un futuro, podría ser de gran ayuda en el abordaje en la consulta.

*VALIDACIÓN DE CONTENIDO Y CONSTRUCTO DEL DIAGNÓSTICO DE  
ENFERMERÍA DE VIOLENCIA DE GÉNERO*

El estudio ha recibido el visto bueno del comité de ética IDIAP. Todas aquellas enfermeras que cumplan los criterios de inclusión podrán acceder al estudio de manera voluntaria y sin coacción. Además, a 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 acepten la participación del centro, concretaría con ustedes una fecha para realizar una sesión explicativa a todas las enfermeras y de esta manera analizar y conocer quien podría 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.

Gracias por su atención,