



Percepción y Opinión de las
Enfermeras sobre la Visibilidad y
Reconocimiento de su Papel
Profesional en el Ámbito de la
Violencia de Género



TRABAJO DE FIN DE GRADO

31/05/2020

MARÍA JESÚS IZQUIERDO FAGUNDO

Tutora: Ana María Arricivita Verdasco

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería

Sede de Tenerife

Universidad de La Laguna

Curso 2019-2020

Resumen:

En la actualidad, la violencia de género (VG) es un importante problema, social y de salud pública, en el que el papel de los profesionales sanitarios, especialmente el que desarrollan las enfermeras, puede ser muy significativo. A lo largo de la historia la VG ha ido adquiriendo cada vez más relevancia, saliendo a la luz un mayor número de casos. En España, cada año se incrementa el número de denuncias por violencia de género y aumenta el número de mujeres maltratadas que acuden a los Centros de Salud o a las Unidades de Urgencias. Por lo tanto, la competencia de las enfermeras para identificar y cuidar a mujeres que presentan signos de maltrato es cada vez más relevante.

El objetivo de este trabajo es conocer la percepción y opinión de las enfermeras sobre la visibilidad y reconocimiento de su papel profesional en el ámbito de la Violencia de Género. Esto se llevará a cabo mediante un estudio planificado en dos etapas. La primera está diseñada desde una perspectiva cualitativa y es un diseño flexible y emergente. La segunda etapa tiene como propósito validar si los resultados obtenidos son reconocidos por los sujetos participantes a través de un cuestionario. Finalmente este cuestionario podrá constituir una herramienta que permita hacer un diagnóstico más representativo de las percepciones y opiniones de las enfermeras sobre la visibilidad y reconocimiento de su papel profesional en el ámbito de la VG.

Palabras Clave:

Destrezas enfermeras, violencia de género, enfermería, atención primaria.

Abstract:

Actually, gender violence (GV) is a major public health and social problem, where the health professionals role, especially the one that developed by nurses, could be very isgnificant. In Spain has increased the number of complaints of gender violence, giving rise to an increment in the number of abused women that come to health centers or emergency department. Therefore, the action of nurses to identify the cases of womens that have abuse signs is so important.

The purpose of this work is to know nurses perception and opinion about the visibility and recognition of their profesional role in the gender violence field. This will be done through a planned two-stage study. The first is designed from a qualiative perspective and is a flexible and emerging design. The second stage is intended to valídate whether the results obtained in the previous stage are recognized by the participating subjects. Finally, this questionnaire may constitute a tool that allows making a more representative diagnosis of the perception and opinions of nurses on the visibility and recognition of their professional role in the field of GV.

Keywords:

Nurses abilities, gender violence, nursing, primary care.

Índice

1. Introducción	1
2. Antecedentes	1
2.1. <i>Historia de la Violencia de Género</i>	1
2.2. <i>El Patriarcado y el Género</i>	4
2.3. <i>Incidencia de la Violencia de Género en España</i>	6
2.4. <i>Violencia de Género</i>	10
2.5. <i>Enfermería y Violencia de Género</i>	17
2.6. <i>Proceso enfermero y valoración en casos de VG</i>	19
3. Justificación Problemas	22
4. Objetivos	23
4.1. <i>Objetivo general</i>	23
4.2. <i>Objetivos Específicos</i>	23
5. Metodología	23
5.1. <i>Revisión bibliográfica sobre VG</i>	23
5.2. <i>Diseño</i>	24
5.3. <i>Contexto y reclutamiento de participantes</i>	25
5.4. <i>Métodos y procesos de recogida de datos</i>	26
5.5. <i>Análisis de datos</i>	29
5.6. <i>Dificultades y límites de la investigación</i>	30
6. Consideraciones Éticas	31
7. Plan de Trabajo	32
8. Presupuesto	36
9. Utilidad Práctica de los Resultados Previsibles	36
10. Bibliografía	38
11. Anexo	43

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la violencia física o sexual contra la mujer alcanza la magnitud de un problema de Salud Pública, ya que afecta a más de un tercio de la población femenina del mundo. Casi el 35% de todas las mujeres experimentan hechos de violencia, tanto en la pareja como fuera de ella, en algún momento de sus vidas. Esta violencia en parejas es el tipo más común de violencia contra la mujer, ya que afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo. Este organismo ha manifestado siempre la necesidad de que todos los sectores se vinculen en su erradicación y para ello, publica Guías que sientan las bases de actuación de los sistemas sanitarios para dar solución a este problema. ⁽³⁹⁾

Es necesario mejorar la atención a las mujeres que han experimentado estos hechos de violencia, que a menudo buscan atención sanitaria sin revelar, en la medida de lo posible, la causa de sus lesiones o problemas de salud. Es por esto, que es tan importante incidir y recalcar los conocimientos de los profesionales de la salud, entre ellos las enfermeras/os, que poseen acerca del maltrato de género, ya que son estos conocimientos, la formación que hayan recibido y las herramientas que se encuentran a su disposición las que les ayudará a sospechar casos de violencia de género entre sus pacientes, para poder abordarlos y prestar la ayuda que necesite cada una de ellas, así como, poder desarrollar el proceso de cuidados de enfermería de forma eficaz y eficiente en mujeres que viven en un contexto de violencia de género.

2. Antecedentes

2.1. *Historia de la Violencia de Género*

En el desarrollo de la personalidad y de la identidad de cada individuo hay una gran influencia de la tradición cultural a la que pertenece y de los valores y creencias que son percibidos de forma temprana e inconsciente. Otro aspecto crucial que influye en la personalidad de los individuos es la estructura social en la que vive, la organización jerárquica que está implantada y el sexo de nacimiento. Esto determina de forma decisiva a cuál de las dos subculturas diferenciadas y ligadas entre sí va a pertenecer, la subcultura femenina o la subcultura masculina. ⁽¹¹⁾

Nuestra cultura en España se basa en la tradición judeocristiana, donde la estructura social occidental está basada en una jerarquía, es decir, consiste en disponer los grupos sociales imponiendo jerarquía. Pero además, se trata de una

jerarquía patriarcal, ya que las relaciones humanas no son igualitarias. Son relaciones de poder del varón, de su dominio, que se dan tanto en el ámbito social y económico, como en las relaciones personales.⁽¹¹⁾

En el proceso de socialización se adquiere la identidad femenina y masculina, cuyas subculturas están relacionadas a los roles de género, es decir, la sociedad espera que tanto hombres como mujeres actúen según su sexo. Estos procesos de socialización no son iguales en hombres y en mujeres, ya que se desarrollan en lo microsociedad, por medio de vínculos y relaciones personales que producen una importancia emocional que se establece en los primeros años de vida, etapa en la que la capacidad cognitiva no se ha desarrollado aún.⁽¹¹⁾

En el caso de la subcultura masculina, al varón se le educa para la fortaleza, para ser dominante, para la valentía, la seguridad, la agresividad, la rapidez, la actividad, la objetividad, etc. En cambio, si hablamos de la subcultura femenina, a la mujer se le educa para complementar al varón, es decir, para la debilidad, la dependencia, la inseguridad, la ternura, la subjetividad, la pasividad, la lentitud, la cobardía, etc.⁽¹¹⁾

“Paloma Andrés Domingo (2004) dice que *la violencia es aprendida socialmente, no es innata a la biología o genética del varón, es una forma de ejercer poder mediante el empleo de la fuerza física, psíquica, económica o política*”.⁽¹¹⁾

Al varón se le ha enseñado, tanto social como culturalmente, a situarse en una posición de dominio, incorporando la violencia como otra forma válida de relacionarse con las mujeres para resolver los conflictos o alcanzar sus objetivos. Por otro lado, a la mujer se le ha enseñado a situarse en una posición de sumisión, siendo obediente a la persona a la que ama, ya no solo a su novio o marido, sino a su padre, su hermano, etc. Cree en la superioridad masculina por naturaleza y al derecho innegable de cuidar de ella, por lo que e incorpora la violencia como parte de una relación natural.⁽¹¹⁾

En España, la violencia contra las mujeres ha estado históricamente aceptada, ya que la consideraban perteneciente a la esfera privada de las parejas, por lo que los casos que se conocían públicamente se caracterizaban por ser extremadamente graves y violentos. En 1975 se produjo el primer hito que dotaba legalmente de independencia y libertad a las mujeres, por lo que se suprimió del Código Civil el permiso marital, en el que se reflejaba que la mujer casada tenía el deber de obediencia a su esposo mientras que éste tenía el derecho de corrección de su esposa.⁽¹²⁾

Sin embargo, fue con la Constitución del 78 que se proclamó legalmente la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en España y es cuando se empieza a entender que la violencia doméstica ejercida contra las mujeres se trata de un problema social.⁽¹²⁾

Fue a partir de esto cuando se comenzó con la recopilación de datos para poder realizar una estadística que reflejara el impacto social que dejaba la violencia que sufrían las mujeres dentro del ámbito privado. En 1983 la Dirección General de Policía ordenó la confección y remisión anual de estadísticas de malos tratos. Posteriormente, en 1988, se reestructura la recopilación de estos datos para poder ser remitidos por provincias y poder diferenciar entre malos tratos físicos, psíquicos y sociales.⁽¹²⁾

En 1983, también se creó el Instituto de la Mujer como órgano autónomo adscrito al Ministerio de Cultura, cuyo objetivo es promover y fomentar las condiciones necesarias para alcanzar la igualdad real entre ambos sexos, así como la participación activa de las mujeres en las esferas políticas, económicas, culturales y sociales.⁽¹³⁾

En 1993 se celebró en Viena la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos, en 1994 se publicó la Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y el 1995 se celebró el Congreso sobre la Mujer en Pekín. Fueron tres hechos de alta relevancia en la defensa de los derechos de la mujer. Este último, sentó las bases para la elaboración de políticas más eficaces en la erradicación de la violencia de género, además se desarrollaron las definiciones, que hoy en día se consideran las más consolidadas, del término Violencia de Género.⁽¹⁴⁾

En 2004 con la Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre, se consigue el apoyo institucional y legal en España, donde se reafirma la idea sostenida por los movimientos feministas de que lo privado es público y que sostiene que: *“la violencia de género no es un problema que afecta al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se ejerce sobre las mujeres por el simple hecho de serlo”*.⁽¹⁵⁾

Hay que destacar el impulso que ha dado a la defensa de los derechos de las mujeres todos estos hitos, los movimientos feministas gestados desde los años 60, que se encargaron de dar una visión holística a los casos individuales e inconexos de violencia y agresiones, hasta conceptualizar la Violencia de Género con la gravedad con la que hoy la conocemos.⁽¹¹⁾

2.2. *El Patriarcado y el Género*

Actualmente, la sociedad en la que vivimos tiene una estructura basada en ciertas características que se han atribuido históricamente a las personas en función de su sexo. Como se ha comentado anteriormente, al varón se le atribuye la fuerza, la virilidad o el poder, y a la mujer, la debilidad, la dependencia, la feminidad y la inseguridad. Son características masculinas y femeninas bien diferenciadas y retratan a la mujer como socialmente inferior al hombre. ^(10,11)

Esta serie de factores sociales y esta distinción de sexos y sus características impuestas históricamente contribuyen a construir una sociedad patriarcal. En este tipo de sociedad el hombre tiene el privilegio de tener acceso a todas las esferas públicas y privadas, en cambio, la mujer se ve obligada a permanecer en el ámbito privado o doméstico. Obviamente esta distinción de roles tiene consecuencias, tanto en el ámbito público como en el privado. En este último el principal problema que esto genera es que se considere a la mujer como un objeto cuyo propietario es el hombre. A nivel social se produce un claro desequilibrio de los derechos y las oportunidades entre hombres y mujeres, que afecta a su vez a las estructuras sociales, políticas y culturales. ^(10,16)

Conociendo esto definimos el Patriarcado como: *“un sistema de organización social en el que el poder está ostentado, mayoritariamente, por los varones, un sistema de dominación ejercida por los hombres que, históricamente, ha tenido, y tiene todavía, como principales perjudicadas a las mujeres”*.⁽¹⁷⁾

Dentro de este sistema patriarcal se forman las identidades de género basadas en las diferencias por sexo, pero para poder entender esto hay que saber diferenciar lo que es el género y el sexo, ya que son términos de relevancia en el tema que se aborda. ⁽¹⁸⁾

A día de hoy aún no existe conformidad para el uso de los términos Sexo y Género, ya que hasta los años setenta era inusual el uso no gramatical del término género, incluso ideológico. A pesar de esto, se suele asociar al sexo las variables de tipo biológico, incluyendo características anatómicas, cromosómicas y hormonales que se usan generalmente para diferenciar al varón de la mujer. Por otro lado, el género se asocia con los atributos, roles, normas y expectativas que la sociedad espera para hombres y mujeres. La asociación americana de Psicología defiende que *“El sexo se asigna al nacer y se refiere al estado biológico de una persona como hombre o mujer, y está asociado principalmente con atributos físicos, cromosomas, prevalencia hormonal, y anatomía externa e interna. El género se refiere a los atributos,*

actividades, conductas y roles construidos socialmente que una determinada sociedad considera apropiados para niños y hombres o para niñas y mujeres”. ^(18,19)

Por otro lado, Canadian institutes of health researchs defiende que el sexo y el género están interrelacionados, por lo que confirmando que el sexo se atribuye a lo biológico y el género a los roles y actitudes, se considera que ambos aspectos influyen en la percepción que tienen las personas de sí mismas y de los demás, la forma de actuar e interactuar, la distribución de poderes y de los recursos en la sociedad. ⁽¹⁹⁾

Siendo conscientes de estas terminologías, llegamos a la conclusión de que el patriarcado está construido en base al género y a los roles que definen las desigualdades de poder entre mujeres y hombres.

La perspectiva de género se originó principalmente desde las corrientes filosóficas feministas, en las que se analiza la realidad en el ámbito social, económico y político desde un punto de vista en el que se visibilice la posición de desigualdad de la mujer. Tras este análisis se ha formado la intención de romper con este estigma social y erradicar los roles de género impuestos desde la infancia, que no se consideran naturales de las personas, sino que son conductas y comportamientos impuestos para dar así la sociedad patriarcal. ⁽¹⁰⁾

Es importante que no se confunda o crea que las diferencias sexuales son las que les dan ese privilegio a los hombres, ya que por esa regla de tres las mujeres no podrían cambiar su estatus social. La causa de este privilegio social para los hombres es la construcción jerárquica y patriarcal del sistema, que basándose en que el hombre es superior a la mujer, ejecuta estas diferencias y las convierte en discriminatorias. Esto está fundamentado en los roles adquiridos, provocando relaciones personales y afectivas de sumisión y poder en todos las esferas entre el hombre y la mujer y puede provocar conductas violentas de cualquier tipo. ^(10,18)

Estas conductas violentas suelen ser propiciadas por un intento de liberación de la mujer, que ha reconocido la desigualdad que sufre en las relaciones en las que se encuentra inmersa, y el hombre bajo su rol de dominio considera que tiene el poder para corregir a la mujer y asegurar sus estatus de superioridad dentro de la relación. ⁽¹⁰⁾

Analizando lo expuesto anteriormente se puede deducir que el sistema reproduce y perpetúa todos los tipos de discriminación existentes contra la mujer que causan la violencia de género. Para poder acabar con ella, es imprescindible romper con los estereotipos y roles de género que se atribuyen a cada sexo. Por lo que podemos afirmar que el patriarcado es el principal motor de la violencia contra la mujer.

2.3. Incidencia de la Violencia de Género en España

Desde el momento en que se empieza a reconocer el problema que supone la violencia de género en España y las consecuencias que conlleva en la vida de las víctimas, era necesario conocer el alcance y la magnitud de dicho problema social. Es por esto que se estableció una base de datos numéricos pública y propia, que además de servir como estudio social, también funciona como soporte para apoyar los posibles planes de actuación.

Esta serie de datos se comienzan a recopilar en 1999 con una serie de macroencuestas que han sido especialmente útiles como indicadores de la violencia de género en nuestro país. Esta serie de macroencuestas comenzaron a realizarse de forma periódica gracias al impulso del I Plan de Integral contra la Violencia Doméstica en 1997. A día de hoy, se han hecho 5 macroencuestas, las tres primeras (1999, 2002 y 2006) las realizó el Instituto de la Mujer, y las dos últimas, en 2011 y en 2015, las realizó la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género junto con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Además está en marcha la macroencuestas de 2019, de la que aún no se conocen los datos públicamente. ^(20, 21, 22)

Teniendo los datos de estas macroencuestas se ha realizado un barrido sobre las diferencias que encontramos entre las más actuales y las primeras que se realizaron. Se han comparado los datos obtenidos, de qué manera se han obtenido, etc.

Las primeras macroencuestas que se realizaron centraban la incidencia de la violencia de género en las relaciones afectivas entre hombres y mujeres, tanto las que se dan en el ámbito doméstico, como las que se dan sin haber convivencia entre los involucrados. En cambio, en las posteriores (2011 y 2015), se da un paso más allá y se pasa a realizar las macroencuestas también en la violencia ocurrida en las relaciones de ex parejas. Un factor importante en los estudios de los datos es el método que se utilice para la recogida de la información. Y es que las primeras macroencuestas se realizaban vía telefónica, sin embargo, a partir de 2011 se realizan de forma presencial en el domicilio de la mujer. ^(20, 21)

En 2015 se realizaron una serie de mejoras en las macroencuestas que son bastante destacables. Se añadió una batería de preguntas para detectar la cifra de mujeres que han sufrido violencia física o sexual por cualquier persona, siendo indiferente si se ha dado dentro del ámbito de pareja. Por otro lado, se añadió como muestra representativa a las menores de edad entre 16 y 17 años. Finalmente, se añadió la diferenciación de los tipos de violencia ejercida sobre las encuestadas. ⁽²¹⁾

Para poder evidenciar la incidencia de violencia de género en España hemos realizado una revisión de la última macroencuesta de la que obtenemos los siguientes datos:

- Un 10,4% del total de las mujeres de más de 16 años residentes en España ha sufrido violencia física por parte de sus parejas o ex parejas en algún momento de su vida, y además, un 85,2% de éstas manifiesta haberla sufrido en más de una ocasión.
- Un 11,6% del total de las mujeres de más de 16 años residentes en España han sufrido alguna vez violencia física por parte de alguna persona con la que no mantiene ni ha mantenido una relación de pareja en algún momento de su vida.
- Un 8,1% del total de las mujeres de más de 16 años residentes en España ha sufrido violencia sexual por parte de sus parejas o ex parejas en algún momento de su vida y además, un 94% de éstas manifiesta haberla sufrido de forma reiterada.
- Un 7,2% del total de las mujeres mayores de 16 años residentes en España han sufrido alguna vez violencia sexual por parte de alguna persona con la que no mantiene ni ha mantenido una relación de pareja en algún momento de su vida.
- Un 25,4% del total de mujeres de más de 16 años residentes en España ha sufrido violencia psicológica de control por parte de sus parejas o ex parejas en algún momento de su vida.
- Un 21,9% del total de mujeres de más de 16 años residentes en España ha sufrido violencia psicológica emocional por parte de sus parejas o ex parejas en algún momento de su vida y además, un 95,4% de éstas manifiesta haberla sufrido en más de una ocasión.
- Un 10,8% del total de mujeres mayores de 16 años residentes en España ha sufrido violencia económica por parte de sus parejas o ex parejas en algún momento de su vida.
- Un 13% del total de mujeres mayores de 16 años residentes en España ha sufrido miedo de sus parejas o ex parejas en algún momento de su vida.

Teniendo en cuenta esta recogida de datos y generalizando en los resultados, llegamos a la conclusión de que, si no hacemos diferenciación entre los tipos de violencia infligidos, un total del 24,2% de la población femenina de nuestro país mayor de 16 años ha sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas, ex parejas o terceros.⁽²¹⁾

Finalmente, reflejamos en las siguientes los datos de víctimas mortales, llamadas al 016 y denuncias por violencia de género en España:

Tabla 1. Número de víctimas mortales por Violencia de Género en España desde 2004, eligiendo este año de referencia debido a que fue el año en el que se aprobó la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, hasta el 10 de mayo de 2020.

Año	Número de Víctimas Mortales
2004	72
2005	57
2006	69
2007	71
2008	76
2009	57
2010	73
2011	62
2012	51
2013	54
2014	55
2015	60
2016	49
2017	50
2018	51
2019	55
Mayo de 2020	18

Elaboración propia. Fuente: Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. ⁽²³⁾

Tabla 2. Número de llamadas al 016 en España, desde 2007 hasta el 10 de mayo de 2020.

Año	Número de llamadas pertinentes al 016
2007	15.715
2008	74.951
2009	68.541
2010	67.696
2011	70.679
2012	55.810
2013	58.274
2014	68.651
2015	81.992
2016	85.318
2017	77.796
2018	73.454
2019	68.714
Mayo de 2020	16.950

Elaboración propia. Fuente: Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. ⁽²³⁾

Tabla 3. Número de denuncias por violencia de género en España desde 2009 hasta 2019.

Año	Número de denuncias por violencia de género
2009	135.539
2010	134.105
2011	134.002
2012	128.477
2013	124.893
2014	126.742
2015	129.193
2016	143.535
2017	166.260
2018	166.961
2019	168.168

Elaboración propia. Fuente: Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.⁽²³⁾

Observando los datos anteriores, desde 2004 hasta el 10 de mayo de 2020 han sido asesinadas por Violencia de Género un total de 980 mujeres en nuestro país, siendo 2008 el año de mayor prevalencia con un total de 76 mujeres asesinadas.⁽²³⁾

Por otro lado, el número de llamadas al 016 desde 2007 hasta mayo de 2020 han sido un total de 884.541, donde el 2016 sucedieron el mayor número de llamadas registradas con un total de 85.318.⁽²³⁾

Finalmente, los datos más alarmantes son las denuncias por violencia de género, que desde 2009 hasta 2019, suman un total de 1.587.875. Según pasan los años la cifra ha ido en aumento, a excepción del año 2013, que el número descendió a 3.584. Sin embargo, el aumento hasta la fecha es realmente preocupante, ya que en 2019 el número de denuncias ascendió a 168.168, 32.629 más que en 2009.⁽²³⁾

Los datos más recientes indican que, lejos de su erradicación, la violencia de género está teniendo una tendencia a crecer. Según el “Informe sobre Población Mundial 2000” de las Naciones Unidas y el “Informe Mundial sobre Violencia y Salud” de la OMS, una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido o padece malos tratos o abusos. Según la presidenta del observatorio contra la violencia de género y doméstica, en España, el 11% de las denuncias presentadas se acaban retirando.^(24, 25,26)

2.4. **Violencia de Género**

La Violencia de Género (VG) tiene múltiples definiciones, pero sin duda la definición a la que todo el mundo recurre es la que nos da la ONU, es decir, “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⁾. En ocasiones existe cierta confusión con las distintas denominaciones de los malos tratos, enmascarando la violencia de género con otros términos como violencia doméstica, de pareja, hacia las mujeres, masculina o sexista. Es por ello, que debemos conocer la diferencia entre violencia de género y violencia doméstica, ya que se suelen confundir. “La violencia doméstica se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos” ⁽²⁾.

Conociendo ya la diferencia entre violencia de género y violencia doméstica, pasaremos a centrarnos de aquí en adelante en la violencia de género.

La violencia contra las mujeres se da a lo largo de todo su ciclo vital, incluso desde antes del nacimiento, cuando se realizan abortos selectivos de fetos del sexo femenino. También se incluyen todas las agresiones que se pueden dar en el entorno familiar, en la comunidad o incluso la que puede llegar a ser perpetrada o tolerada por el Estado. Por ello, encontramos distintos entornos donde observamos manifestaciones y formas de violencia de género:⁽³⁾

- **A nivel familiar:** se da violencia física, con conductas muy variadas, desde el asesinato hasta fuertes agresiones físicas incluyendo el aborto el infanticidio, la privación de alimentos y de cuidados médicos, control y/o prohibición de la reproducción, abuso sexual, incluyendo violación e incesto, abuso emocional, con prácticas como el confinamiento, el matrimonio forzado o las amenazas de represalias.⁽³⁾
- **A nivel comunitario:** en este entorno también se dan formas de violencia anteriormente nombradas dentro del grupo social de referencia, es decir, que forman parte de una cultura, religión o costumbres de una determinada comunidad. En este nivel también encontramos otras formas de violencia, que se pueden dar en puestos de trabajo o instituciones educativas, donde se pueden dar agresiones sexuales, acoso sexual o intimidación. En este

nivel también produce la comercialización de la violencia, con el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la de medios de comunicación, mediante la pornografía y comercialización de los cuerpos de las mujeres.⁽³⁾

- **A nivel de estado:** en este nivel se produce la violencia de tipo político, a través de leyes, políticas o tolerando la violencia de género.⁽³⁾ Suele ocurrir cuando se pone en duda las declaraciones de la víctima o su entorno; o las leyes se encuentran desfasadas.

La violencia en la pareja es la forma más frecuente de violencia de género. Es aquella en la que se produce cualquier conducta, dentro de una relación de pareja, que cause daño físico, psicológico, sexual o de cualquier otro tipo a la mujer. No hay distinción de edad en este tipo de violencia, ya que se da desde la etapa adolescente, juventud, edad adulta, hasta edades más avanzadas.⁽³⁾

Es importante que en este tipo de agresiones el personal sanitario domine las competencias sanitarias para actuar adecuadamente. Muchas víctimas consideran el sistema sanitario el único lugar donde pueden buscar ayuda, siendo los centros de atención primaria y urgencias los principales recursos a los que acuden. Por ello, los sanitarios deben tener la capacidad y la destreza para detectar signos físicos, psicológicos y emocionales que no se encuentren en la historia clínica de la víctima, con el objetivo de llevar a cabo una serie de preguntas exploratorias sobre violencia de género como medida preventiva.⁽⁴⁾

Por esto, aunque existe una gran diversidad de violencia, y su categorización puede variar, se clasifican en los distintos tipos y conductas más comunes:

- I. **Violencia física:** se trata de cualquier acto violento que dañe o atente contra la integridad física de la mujer. Estos actos podemos encontrarlos de formas muy diversas como empujones, bofetadas, puñetazos, tirones de pelo, intentos de estrangulamiento, mordiscos, arañazos, patadas... También se pueden incluir armas (pistolas, cuchillos, etc.) u objetos como ceniceros, cigarrillos, tijeras... Pudiendo ser utilizados como armas arrojadizas contra la mujer. También se puede dar el caso de que se le obligue a la mujer a consumir alcohol, sustancias estupefacientes y/o sustancias tóxicas, e incluso impedirle tratamiento médico para causarle, así, daño físico.^(3,6)
- II. **Violencia psicológica:** esta forma de maltrato se caracteriza por aquellas conductas que dañan la integridad psíquica de la mujer. Entre las acciones

más comunes encontramos coerciones, amenazas, intimidación, abuso emocional, aislamiento social y control de la mujer. Las amenazas por parte del maltratador suelen estar relacionadas con causar daño físico a la mujer y/o matarla, a él mismo, a sus hijos/as o cualquier ser querido de la mujer. Las formas de intimidación más comunes suelen ser miradas, gestos, destrucción de objetos, abuso de mascotas y/o mostrar armas.

También se pueden dar abusos emocionales con insultos, humillaciones, ofensas, tanto en privado como en público. El maltratador puede hacer sentir a la mujer que se está “volviendo loca” o culparle de que sus conductas violentas las provoca ella. Minimiza y/o niega el maltrato (“Tampoco es para tanto”, “Yo no soy un maltratador”). Esta es una conducta muy frecuente en los agresores. Otra forma de maltrato psicológico es tratar a la mujer con superioridad, haciéndola sentir inferior. Esto lo hacen con actitudes como controlar los recursos materiales o intentar que la mujer no tenga trabajo, dinero, medicación, coche, acceso a la vivienda, etc. También es común aquellas conductas que conlleven aislamiento social o control de la libertad de movimiento de la mujer, incluso de todas las tareas que realice (qué lee, con quién habla, con quién sale, etc.), además del control del teléfono móvil e incluso la usurpación de sus claves de redes sociales para poder controlar su vida en internet. ^(3, 6,7)

III. **Violencia sexual:** este tipo de maltrato se da cuando el agresor obliga a la mujer a mantener cualquier tipo de actividad sexual, tanto a través de la fuerza física como de la presión psicológica. Dentro de la violencia sexual podemos distinguir tres tipos claros:

- Agresiones sexuales que no implican contacto corporal: obligarla a llevar ropa provocativa, a ver pornografía, enviar mensajes de carácter sexual por correo, teléfono o red social, gestos, palabras obscenas, insultos sexistas, acoso, proposiciones sexuales indeseadas, voyerismo, etc.
- Agresiones sexuales con contacto corporal: tocamientos, caricias, forzar a realizar una masturbación al agresor, obligar a adoptar posturas que la mujer considere degradantes, etc.
- Agresiones sexuales con violación (o tentativa de): penetración (o tentativa de) sexual (genital, anal o bucal), ya sea con el órgano sexual, con los dedos o cualquier objeto. ^(3,6)

IV. **Violencia económica:** este tipo de violencia se trata del manejo abusivo del dinero y de los bienes materiales por parte del agresor. Consiste en darle poco dinero, o nada, para que la mujer tenga que pedirlo y crear una dependencia económica. No permite que controle la economía familiar, le culpa de no saber gestionar el poco dinero que le da, impide que trabaje para que no tenga independencia económica, etc. Esta situación de dependencia económica aumenta la vulnerabilidad de la mujer, aumenta su aislamiento y le impide tomar decisiones propias.^(9,10)

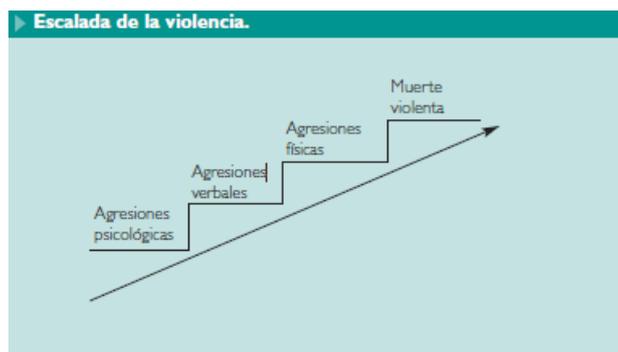
Diferenciar los distintos tipos de maltrato no quiere decir que se den de forma independiente, se pueden asociar entre ellos o llevar unos a otros. El maltrato que siempre está presente es el psicológico, ya que tanto en los abusos físicos como sexuales, la mujer sufre tales formas de violencia que es completamente humillada.⁽³⁾

Al mismo tiempo, el maltrato psicológico puede ser la única forma de violencia que se puede dar del hombre hacia la mujer, teniendo un gran impacto para la salud mental de la mujer, por lo que sin duda no se le puede considerar que sea el tipo de violencia menos grave.⁽³⁾

Desde el momento que aparecen tales actos de violencia hacia la mujer en una pareja, con el paso del tiempo estos se van intensificando y apareciendo con mayor frecuencia, con lo que podrían desencadenarse consecuencias fatales como la muerte.⁽³⁾

La violencia de género siempre se desarrolla con una serie de pautas concretas. Es importante conocer dichas pautas, cómo se generan, cómo se mantienen y sus efectos y consecuencias, para poder entender cuáles son los comportamientos, sentimientos y emociones de la víctima. De esta forma se podrá detectar las señales que pueda haber de maltrato y así ofrecerle ayuda y alternativas a la víctima.

Por norma general, el maltrato suele comenzar con ciertas conductas de abuso psicológico que la mayoría de las veces no se detectan como tal, ya que están camufladas por una apariencia amorosa. Este tipo de conductas suelen ser restrictivas y controladoras que van destruyendo la autonomía de la mujer, al mismo tiempo que produce dependencia y aislamiento. Ejemplo de esto son los celos, el control de la ropa que lleve, de las amistades, las actividades que realice, los horarios, del teléfono móvil o sus redes sociales, etc. La mayoría de las veces no se perciben como agresivas, incluso las suelen admitir o justificar, desarrollando una situación de indefensión y vulnerabilidad.



Fuente: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad. *Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico.* Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales; 2003

El proceso de evolución de la violencia puede extenderse en un largo período de tiempo, por lo que es difícil para la víctima percatarse de la situación en la que se encuentra inmersa. Con el paso del tiempo, la mujer empieza a darse cuenta de la realidad en la que está viviendo y el peligro que corre. Es muy importante que se dé cuenta de la necesidad de protegerse a sí misma y a sus hijos/as (si los tiene) además de que es imposible que pueda controlar o corregir la conducta agresiva del maltratador.⁽⁶⁾

La antropóloga Leonor Walker desarrolló la teoría del **Ciclo de la Violencia**, muy útil para comprender los comportamientos de algunas mujeres que sufren violencia de género, además de entender las posibles reacciones de la víctima hacia su agresor. Este tipo de conductas pueden llegar a hacer sentir a los profesionales que están a cargo del caso sentimientos de fracaso.^(6,10)



Fuente: Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad. *Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico.* Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales; 2003.

La violencia de género suele prolongarse a lo largo del tiempo y de forma intermitente, alternándose momentos de tensión y violencia con momentos de paz, calma e incluso afecto. Esta intermitencia se caracteriza por un ciclo de tres etapas:

1. **Acumulación de Tensión:** en esta fase la tensión asciende de forma gradual, donde la irritabilidad del hombre va en aumento sin un motivo aparente y/o comprensible hacia la mujer. Las discusiones van en aumento, tanto en número como en gravedad, aumenta la violencia verbal, pudiendo darse esporádicos intentos o amenazas de agresiones físicas, prediciendo lo que sucederá en fechas próximas. Ocurre como episodios aislados que la mujer cree poder controlar. Esta tensión seguirá acumulándose desencadenando la siguiente fase.^(6,10)
2. **Agresión:** se descarga toda la tensión acumulada en la fase anterior. Esta descarga se puede presentar de distintas formas e intensidad, se puede producir agresión física, psíquica y/o sexual. El móvil del agresor es castigar a la mujer por los comportamientos que él considere inapropiados o inadecuados desde su punto de vista de poder. Los incidentes de agresión cesan cuando el maltratador considera que “ha aprendido la lección”. Cuando esta fase finaliza la mujer se queda en un estado de conmoción, no acepta lo que ha pasado, minimizando el ataque sufrido y/o las heridas recibidas.^(6,10)
3. **Luna de Miel:** en esta fase se produce una manipulación afectiva donde disminuye la tensión. Se puede presentar de distintas formas, el maltratador puede pedir disculpas y prometiendo que no volverá a ocurrir, reconocer que ha sido culpa suya y que va a cambiar, que puede incluso someterse a tratamiento psicológico o terapia de pareja. No puede permitirse ejercer castigos de forma continuada, ya que esto provocaría que la mujer tenga conductas evasivas o de escape, por lo que tras el castigo toma un comportamiento afectivo que la manipula para conseguir así que la relación se mantenga. Si ella había decidido terminar con la relación, ahora, con el acoso emocional y afectivo de él, abandonará la idea y tendrá las falsas esperanzas de que todo cambiará. Esta fase no dura demasiado tiempo, ya que no se da por arrepentimiento, sino por mantener la relación. En cuanto el maltratador, desde su posición de dominio, considere que ya no hay riesgo de que la mujer escape de la relación, comenzará otra fase de acumulación de tensión y el ciclo se repetirá.^(6,10)

Cuando una mujer por fin se decide a pedir ayuda, generalmente ha repetido el ciclo varias veces. Cada vez que un ciclo termina pierde confianza en sí misma. Por

esto, es importante que las víctimas reciban apoyo y refuerzo cada vez que decida dar pasos encaminados a mejorar su situación. Si esto no ocurriese, llegada la calma, sería mucho más difícil que tome la decisión correcta. ^(6,10)

Los agresores suelen tener algo en común, suelen hacer uso de la violencia de forma habitual en el seno de sus relaciones familiares, como principal medio para comunicarse, resolver conflictos o expresar sus emociones. No encontramos distinción por educación, religión, ideología raza o cultura, sino que son varones que creen firmemente en los valores tradicionales de la superioridad masculina. En la mayoría de los casos comparten los rasgos machistas, aunque en la calle adoptan conductas sociales adecuadas, son dependientes emocionales incapaces de expresar sus sentimientos con facilidad y suelen experimentar violencia desde una temprana edad. ^(6,27)

Se suele atribuir estos impulsos violentos a la situación personal del agresor, como desempleo, estrés laboral, problemas mentales o drogas y alcohol. A pesar de que estos factores incluyen en su conducta, no se pueden considerar los causantes directos de estos comportamientos violentos. Para afirmar esto, varios estudios científicos confirman que cuando los hombres tienen esta actitud de violencia no se encuentran fuera de sí o con pérdida de autocontrol, ni están locos o enfermos, sino que han aprendido que la violencia es la forma más efectiva de controlar a la mujer, dominarla e infundirle temor.

Suelen ser hombres, que por su forma de ser con el resto de la sociedad, no se le relacionaría con esta clase de fenómenos, ya que suelen ser consideradas buenas personas y son respetadas. Suelen presentar una serie de pautas comunes tales como:

- Uso de la agresividad, mentira o cólera. Culpan a la mujer de sus errores y esperan de ella que cumpla todos sus deseos.
- Suelen expresar celos por temor a perder el objeto de dominación, la mujer.
- Muchos son hijos de agresores, por lo que reproducen ese mismo patrón con la mujer.
- Nunca aceptan la culpa, siempre la derivan en la mujer, la familia, el trabajo o la situación socioeconómica.
- Suelen negar u ocultar la violencia y cuando la reconocen la justifican o las minimizan. ⁽⁶⁾

2.5. Enfermería y Violencia de Género

La Atención Primaria (AP) es el primer eslabón del nivel asistencial y se caracteriza principalmente por atender a sus pacientes de una forma integral, integrada, permanente, continuada y activa. Las enfermeras de AP tienen una cercanía con los pacientes que en otras unidades o centros es difícil de conseguir, ya que realizan una continuidad de cuidados, conocen a sus pacientes, sus familiares, su estatus social o su entorno. Son las primeras que pueden sospechar o detectar que una mujer puede estar viviendo una situación de violencia de género o que puede haber riesgo de ella. Los servicios de urgencias, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, pueden ser también los primeros en examinar a una mujer víctima de maltrato. Para muchas mujeres que sufren maltrato, las enfermeras y otros profesionales de la salud son uno de los principales puntos de contacto a los que puede recurrir para que se le de apoyo e información. ^(6, 27,28)

La OMS (1998) ha determinado unas funciones mínimas que deben desarrollar los profesionales sanitarios, entre ellos las enfermeras:

Actuación del profesional de Atención Primaria ante la violencia de género:

Preguntar con regularidad, cuando sea posible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia de género, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.

Estar atentos a los posibles signos y/o síntomas de maltrato y hacer un seguimiento.

Ofrecer atención sanitaria y registrarla en la Historia de Salud.

Ayudarla a entender su malestar y sus problemas de salud como 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.

Mostrar apoyo a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.

No presentara actitudes 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 profesionales e instituciones, con intervenciones multidisciplinares.

Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

Elaboración propia. Fuente: Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales. ⁽⁶⁾

Para poder realizar una buena intervención y que sea efectiva encontramos 3 niveles en las actividades de prevención:

1. **Área profesional:** es importante que el personal sanitario esté adecuadamente formado y que tenga un nivel de observación y

sensibilización apto, que favorecerá a la prevención y detección precoz de la violencia de género, además de prevenir de sensación de incertidumbre e impotencia ante el abordaje y ayudará a saber ejecutar un buen plan de actuación. Para conseguir optimizar estas aptitudes es recomendable realizar una serie de actividades, como la inclusión de la formación continuada sobre aspectos de prevención, tratamiento, recursos, etc. Otras actividades que se pueden desarrollar en este ámbito es la realización de sesiones clínicas sobre casos reales o sesiones con otros profesionales y/o instituciones para debatir y compartir información que favorecerá la mejora de las intervenciones. También se debe hacer un desarrollo de un censo de casos para favorecer la investigación sobre la violencia y sus consecuencias.⁽⁶⁾

2. **La atención a la salud integral de las mujeres:** dentro de este ámbito es importante ofrecer información con folletos o carteles en zonas visibles, para que las mujeres vean que en la atención sanitaria puede recibir ayuda. En la relación enfermera/paciente se debe fomentar ciertas actividades y valores en las que se favorezcan la autonomía del paciente, la valoración y cuidado del cuerpo, la transmisión de información que favorezca el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y en su relación de pareja y la participación en actividades sociales de desarrollo personal.⁽⁶⁾

3. **Trabajo en la comunidad:** en el ámbito comunitario se puede intervenir a través de los grupos de Educación para la Salud que crean los mismos centros que colaboran con otras entidades sociales. En distintas actividades, como por ejemplo educación maternal, se pueden incluir contenido de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres y los recursos de apoyo de los que se dispone. Se puede colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre violencia y dando a conocer el papel de los profesionales sanitarios. También se debe colaborar con centros educativos para que desde edades tempranas sepan lo que es la violencia de género y cómo se debe actuar ante esta situación.⁽⁶⁾

Además de estas actividades de prevención, hay que destacar la importancia de las herramientas que desde Atención Primaria hay para la detección y el abordaje de este problema de salud, mediante la aplicación de la metodología enfermera.

2.6. Proceso enfermero y valoración en casos de VG

Hay una serie de indicadores comunes que pueden ser sospecha de violencia de género, entre los que encontramos: posibles antecedentes de la paciente, motivos de consulta o quejas somáticas repetitivas como cefalea, dolor crónico general, molestias pélvicas; síntomas psicológicos frecuentes tales como insomnio, depresión, baja autoestima, ansiedad, irritabilidad; lesiones físicas tipo hematomas, cardenales, contusiones en zonas como cara/cabeza, cara interna de brazos o muslos, en las que se suelen dar incongruencias entre el tipo de lesión y el motivo de ella o retraso entre la asistencia y la fecha de lesión. Por otro lado hay que tener en cuenta la actitud o el estado de la paciente, se puede encontrar temerosa, evasiva nerviosa, se altera ante movimientos inesperados, rasgos depresivos, aislamiento social, sentimientos de vergüenza, difícil comunicación, evita el contacto visual, falta de cuidado personal, justificación de sus lesiones o restando importancia de las mismas, uso de ropa inapropiada para la época del año, con la intención de ocultar otras lesiones. También es relevante la actitud de la pareja si se encuentra presente en la consulta, ya que puede solicitar estar presente en toda la visita, se puede mostrar excesivamente controlador, respondiendo todas las preguntas que van dirigidas a la paciente, si ella responde la interrumpe para rectificar, precisar o decir su versión de los hechos, puede mostrarse excesivamente preocupado por ella, pero si ve que se puede desvelar la verdad o que hay sospecha de ella adopta una actitud más colérica u hostil, tanto con ella como con el profesional.⁽⁶⁾

Si la enfermera considera que debe indagar al percibir alguno de los indicadores anteriores debe tener en cuenta la necesidad de conseguir un entorno favorable para conseguir un nivel de bienestar adecuado que proporcione a la paciente ese nivel de confianza necesario para poder dar a conocer la situación que vive. Para llevar esto a cabo deben de haber unas condiciones óptimas necesarias:

- Clima de intimidad, confidencialidad, respeto y aceptación.
- Calidez y empatía, comprendiendo y transmitiendo comprensión.
- Escuchar atenta y reflexivamente, favoreciendo su verbalización.
- Evitar juicios de valor (interpretar, opinar culpabilizar, etc.).⁽⁶⁾

Las preguntas han de realizarse con una secuencia lógica, de más generales e indirectas a otras más concretas y directas. Deben realizarse de forma natural, como con cualquier otro problema de salud. Puede ser necesario contextualizar previamente las preguntas, realizando una pequeña introducción, como por ejemplo: *“La violencia en la vida de la mujer es un problema muy común y puede ser muy grave. Por eso, de*

forma rutinaria pregunto a todas mis pacientes si está recibiendo algún tipo de violencia por parte de su compañero”. Posteriormente, es conveniente seguir con aspectos generales a través de preguntas más dirigidas como:

- “¿A qué cree que se debe su malestar?”.
- “Le encuentro algo intranquila, ¿le preocupa algo?”.
- “¿Qué opina su compañero de su malestar?”.
- “¿Qué opina su pareja de lo que le pasa?, ¿Qué explicación le da él?, ¿Le ayuda o no le da importancia?, ¿La hace responsable de que su relación no funcione bien?, ¿qué opina usted de lo que dice su marido?”.
- “¿Cómo van las cosas en casa?”.
- “Parece como si se encontrara alerta, asustada, ¿Qué teme?”.
- “¿Siente miedo de su pareja?, ¿se siente segura con su pareja?”.
- “¿Ha sucedido últimamente algo en su vida que la tenga preocupada o triste?, ¿Tiene algún problema quizá con su pareja?, ¿O con sus hijos?, ¿Con alguien de su familia?, ¿en el trabajo?”.
- “Esta lesión suele aparecer cuando se recibe un golpe/corte/puñetazo... ¿es eso lo que ha ocurrido?”.
- “¿Su pareja utiliza la fuerza contra usted?, ¿cómo?, ¿desde cuándo?”.
- “Su marido ¿Suele tener algún problema con la bebida o toma algún tipo de drogas?, ¿Cómo se comporta cuando lo hace?”.
- “¿Tiene alguna dificultad para ver a sus amigos o familiares?, ¿Qué le impide hacerlo?”.⁽⁶⁾

Si la enfermera sospecha que una paciente está siendo víctima de violencia de género, tanto si ella lo confirma como si no, podrá empezar a realizar una valoración por patrones funcionales de M. Gordon y activar el protocolo de actuación ante la violencia de género cuando proceda. En el cuadro 1 se muestran aquellos aspectos que podemos encontrar como datos de disfuncionalidad en cada patrón. ⁽²⁹⁾ Procediendo a continuación, tras el análisis, síntesis e interpretación de los datos extraídos, tanto de la historia clínica como de la valoración enfermera, a realizar un Plan de Cuidados ⁽²⁹⁾ con sus respectivos diagnósticos de enfermería. En el Anexo 1 se muestran algunos ejemplos de diagnósticos (NANDA), objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) apropiados para un plan de cuidados para una paciente de estas características.

Cuadro 1: Valoración por patrones basada en el caso clínico del estudio “Herramientas de detección y abordaje de violencia de género en Atención Primaria: a propósito de un caso clínico”.⁽³⁰⁾

Patrón percepción manejo de la salud

Percepción de salud en general mala, considerándose una persona enferma. Podría estar tomando tratamiento psiquiátrico con antidepresivos y/o ansiolíticos, que a pesar de una correcta adherencia, no obtiene mejora en su estado.

Patrón nutricional-metabólico

Se pueden dar casos de bulimia, ingestas habituales pero escasas por pérdidas de apetito o ausencia de fuerza para levantarse a comer. Al mismo tiempo, pueden realizar atracones en momentos de ansiedad. Por ello, pueden darse variaciones de peso. Con respecto a problemas de piel y mucosas podemos encontrar, por ejemplo, sequedad vaginal molesta y/o signos de lesión.

Patrón de eliminación

Pueden presentar estreñimiento y/o molestias gastrointestinales. En cuanto a la eliminación urinaria, puede presentar molestias y/o incontinencia.

Patrón de actividad-ejercicio:

Patrón de ejercicio irregular, pueden sentir apatía o desgana por realizar cualquier actividad física. Con respecto al ocio y tiempo libre puede expresar desgana y desinterés.

Patrón de sueño-descanso:

Se pueden sentir cansadas física y psicológicamente de forma habitual. Suelen tener pocas horas de sueño, teniendo problemas para conciliar el sueño y presentando despertares habituales y/o despertar temprano, por lo que es habitual la presencia de insomnio. También, pueden darse pesadillas que dificultan el descanso.

Patrón cognitivo-perceptual

No se suelen dar alteraciones de la percepción, pero sí dificultad para concentrarse y centrar la memoria. Es habitual que experimenten malestar físico por posibles lesiones y malestar psicológico.

Patrón de autopercepción-autoconcepto:

Suele ser evidente la baja autoestima, expresan sentimientos de tristeza y desilusión. La ansiedad es un factor común en la mayoría de los casos. Intentan refugiarse en amigos o familiares, pero sin dar a conocer su situación. Suelen manifestar pérdida de esperanza y se ven incapaces de controlar su propia vida.

Patrón rol-relaciones:

El ser víctimas de continuos maltratos afectan a sus relaciones con sus hijos (si los tienen), ya que evitan pasar tiempo con ellos por no tener las fuerzas suficientes para disimular la tristeza o angustia que sienten. Suelen clasificar la situación en su núcleo familiar como mala. Es común que expresen soledad, ya que creen no poder compartir con nadie la situación en las que están inmersas. Las relaciones con amigos y/o familiares suelen verse afectadas por el control al que están sometidas por sus parejas.

Patrón de sexualidad-reproducción:

Es común la pérdida de libido. Se pueden encontrar lesiones en los genitales, sequedad vaginal que se ve incrementada por el exceso de relaciones a las que se ven obligadas por parte de la pareja. Estas relaciones las suelen relatar como insatisfactorias y con dolor.

Patrón de adaptación-tolerancia al estrés:

Desde el inicio de los malos tratos suelen sentirse tensas la mayor parte del tiempo. La ansiedad es constante.

Patrón de valores-creencias:

Lo más importante para ellas suele ser la familia. Algunas se refugian en creencias religiosas, pero otras han perdido la fe por no entender por qué les pasa esto a ellas. No suelen tener planes de futuro ni a corto ni a largo plazo importantes. La actitud ante la vida es pesimista, no suelen tener ganas de vivir (así lo expresan) y la única forma de afrontamiento ante la situación que son capaces de observar es aguantar.⁽²⁹⁾

3. Justificación Problemas

Tras la experiencia con el trabajo “Percepción de las Enfermeras de los Centros de Salud de Tenerife sobre su Capacidad para Detectar Signos de Violencia de Género en sus Pacientes” para la asignatura Investigación y Enfermería Basada en la Evidencia de primero de carrera, quise indagar más en el tema. Es por esto que, a la vista de lo expuesto, el presente trabajo trata de analizar y recopilar las experiencias, expresiones, conductas y/u opiniones de los profesionales de enfermería.

Esto supondría la posibilidad de mejorar muchos ámbitos como la mejora de las competencias enfermeras, la valoración y actuación precoz ante casos de violencia de género, comprobar la eficacia de los protocolos para la actuación sanitaria, etc.

Si tras esta valoración, la percepción de las enfermeras sobre su capacidad para detectar signos de Violencia de Género indica que no se sienten lo suficientemente preparadas para abordar estos casos, las instituciones correspondientes, como el Servicio Canario de Salud o las Universidades, entre otras, dispondrán de la información relevante para diseñar nuevas herramientas y acciones de formación en competencias específicas que sean útiles para la práctica común de las enfermeras profesionales no especializadas en VG.

¿Cómo perciben las enfermeras la violencia de género? ¿Lo consideran un problema de salud pública? ¿Consideran la atención a mujeres que sufren violencia de género cómo un ámbito de su competencia profesional a nivel asistencial, a nivel de la prevención o de la promoción de la salud? ¿Qué percepción tienen las enfermeras acerca de sus destrezas para detectar la violencia de género? ¿Se sienten capacitadas para afrontar el diagnóstico y seguimiento de las respuestas humanas que presentan las mujeres como consecuencia de la violencia de género? ¿Cómo se forman las enfermeras en relación a la violencia de género? ¿Cómo perciben el

reconocimiento de las instituciones/gobierno a la enfermería como una profesión con competencia en el tratamiento y prevención del problema de la VG?

4. Objetivos

4.1. *Objetivo general*

Diseñar una herramienta (cuestionario) que permita hacer un diagnóstico de las percepción y opinión de las enfermeras sobre la visibilidad y reconocimiento de su papel profesional en el ámbito de la VG.

4.2. *Objetivos Específicos.*

- Conocer la percepción personal de las profesionales de enfermería en relación con la violencia de género.
- Identificar si las enfermeras profesionales consideran o piensan en la VG como un problema de salud pública que entra dentro su ámbito de competencia.
- Explorar los conocimientos previos que tienen las enfermeras sobre los procedimientos y recursos públicos de apoyo a las mujeres que sufren VG en Canarias.
- Conocer qué estrategias utilizan o proponen las enfermeras para formarse en violencia de género.
- Evaluar la percepción que tienen las enfermeras de sus habilidades para detectar manifestaciones de VG y de otras respuestas humanas que suelen estar presentes.
- Conocer las intervenciones más utilizadas por las enfermeras para actuar en el ámbito de la violencia de género.
- Indagar en las características de las relaciones enfermera/paciente (relación de apoyo) cuando se dan casos de maltrato de género en las mujeres.

5. Metodología

5.1. *Revisión bibliográfica sobre VG.*

En primer lugar, hemos realizado una indagación sobre el tema para conocer los antecedentes y situación actual en nuestro contexto, recopilar información sobre las perspectivas existentes en otros trabajos que abordan el tema y construir nuestro marco teórico de referencia.

Como fuentes bibliográficas hemos utilizado el repositorio ULL, el punto Q de la biblioteca de la ULL y bases de datos como Elsevier eLibrary, Medline, PubMed, Enferteca y NNNConsult.

Para la estrategia de búsqueda en los recursos anteriormente indicados hemos utilizado como palabras clave: destreza enfermeras, enfermería, violencia de género y atención primaria. Aplicando como método para filtrar los resultados tanto los booleanos (“Y” “O” “No”) como el idioma y los años de publicación.

Los criterios establecidos para la selección final de los documentos utilizados son: que los documentos localizados tuvieran acceso gratuito a texto completo, en idioma español o inglés y salvo los manuales específicos sobre el tema, documentos publicados a partir del año 2010.

5.2. Diseño

El enfoque que caracteriza nuestro interés en hacer esta investigación se caracteriza, sobre todo, por intentar conocer como las experiencias son vívidas e interpretadas por las enfermeras en su día a día. Buscamos aportar conocimiento disciplinar, elaborar conceptos y teoría a partir de los datos encontrados. Para ello, proponemos un diseño de investigación cualitativo como punto de partida que nos ayude a comprender la experiencia de las profesionales de enfermería a partir de sus discursos, de sus acciones, intentando analizar la información obtenida y encontrar patrones que nos ayuden a conocer y comprender formas de ver la realidad y de vivir profesionalmente en el área concreta de la violencia de género y conocer la opinión de las enfermeras sobre la visibilidad y reconocimiento de su papel profesional en el ámbito de la VG.

El diseño de la investigación está planificado en dos etapas. La primera etapa está diseñada desde una perspectiva puramente cualitativa. Utilizaremos un diseño flexible y emergente, susceptible de ir sufriendo modificaciones cuando el análisis de los datos recogidos plantee la necesidad de utilizar otras técnicas de recogida de datos no previstas inicialmente. Proponemos como principales instrumentos para la recogida de datos la entrevista en profundidad y el grupo focal.

La segunda etapa, tiene como propósito validar si los resultados obtenidos en la primera etapa son reconocidos por los sujetos participantes y compartidos por otras profesionales pertenecientes a un entorno similar. Por ello, utilizaremos el cuestionario como método para la recogida de datos.

Para valorar si los resultados obtenidos con el desarrollo de esta investigación cualitativa, limitada a una población muy concreta, pudieran ser generalizables a una población más amplia y representativa del colectivo, proponemos continuar la investigación con el diseño de un proyecto específico que dé continuidad al estudio y que permita comprobar la utilidad del cuestionario diseñado y la posibilidad de validarlo como instrumento para conocer de forma más genérica los perfiles, patrones, competencias y visibilidad que tienen las profesionales de enfermería de la VG como área de trabajo profesional.

5.3. Contexto y reclutamiento de participantes

Teniendo en cuenta que el propósito inicial de este trabajo no es buscar la representatividad estadística sino localizar distintos discursos y perfiles o patrones profesionales que representen la realidad actual en el ámbito de la enfermería y la VG, utilizaremos para la primera etapa del proyecto una muestra estructural para la selección de los participantes.

Por lo tanto, la técnica de muestreo para la selección de los y las participantes será de conveniencia o accidental, en la que se seleccionarán como participantes, aquellas enfermeras o enfermeros más accesibles para el equipo investigador o que se presten voluntariamente a participar en el estudio. Asumimos que este hecho supone un límite en cuanto a la pérdida de validez externa y por tanto, a la posibilidad de generalización de los resultados del estudio.

Lo que se pretende, en coherencia con el propósito del estudio, es adquirir un mayor conocimiento de las percepciones individuales de las profesionales de enfermería respecto a la violencia de género y la implicación, compromiso y visibilidad de la enfermería en la atención a este problema de salud pública. El interés de esta parte del equipo de investigación es recopilar y analizar si existen distintos perfiles, patrones de desempeño profesional en la atención de enfermería a la violencia de género. *

La intención es iniciar el proyecto mediante un estudio piloto en el que se solicite la colaboración de profesionales que trabajan en: atención primaria en un centro de salud y/o en un servicio de urgencias con vinculación al Departamento de Enfermería de la ULL. Además, invitaremos a participar como sujetos de estudio a las estudiantes de cuarto curso que durante el prácticum roten por los mismos servicios de las enfermeras participantes y docentes del área de enfermería que sean diplomadas o grado en enfermería con experiencia profesional en la práctica asistencial y en ser o haber sido tutores/as en estos servicios.

La selección de las enfermeras que completarán el estudio piloto se realizará una vez que se autorice el proyecto por el órgano que corresponde (Anexo 6), contactando con la dirección del centro/s de salud y del servicio/s de urgencias. La investigadora solicitará su colaboración para proponer al equipo de enfermería una sesión en la que se presentará el proyecto y en la que se aprovechará también para solicitar la participación de las y los profesionales.

Por otro lado, si el equipo de investigación lo considera viable, se procederá a desarrollar la última fase de la investigación. Para ello, se contactará con el sindicato de enfermería SATSE o con el Colegio de Enfermería para establecer la población total de enfermeras en activo y jubiladas en los últimos 5 años.

Un aspecto importante en este momento será concretar el tipo de diseño de esta parte de la investigación que permita lograr el propósito de esta parte del estudio, es decir, conseguir mayor representatividad y generalización de los resultados. Para ello, a partir del conocimiento obtenido en las etapas previas, los recursos disponibles y las capacidades del equipo investigador, se decidirá la población diana, los criterios de selección que se considerarán relevantes para definir la población de estudio y en su caso, el tipo de muestreo y método para obtener una muestra representativa.

5.4. Métodos y procesos de recogida de datos

Cómo ya comentamos, los instrumentos para la recogida de datos seleccionados son la entrevista en profundidad, los grupos focales y el cuestionario. El estudio está proyectado en dos partes o etapas.

En la primera etapa, diseñamos una *primera fase*, que consistirá en la realización de entrevistas en profundidad de enfermeras que realicen su práctica profesional bien en atención primaria o en urgencias.

A partir de los datos obtenidos, se procederá a una *segunda fase* en la que se completará la recogida de datos. En esta fase utilizaremos como técnica para la recogida de nuevos datos, la técnica de Grupo focal. Cada grupo focal estará constituido por enfermeras seleccionadas de entre las que han participado en la primera fase y que admitan seguir participando, además de, estudiantes de cuarto curso y docentes. En estas entrevistas o diálogos en grupo, se intentará profundizar en el tema y abordar cuestiones concretas que no hayan sido contempladas en las entrevistas. Se realizarán tantos grupos focales como sea necesario hasta lograr la saturación de la información recogida.

El propósito de esta tercera fase es doble, por un lado, contrastar si los resultados obtenidos mediante las entrevistas y los grupos focales es respaldada por los sujetos participantes en esa parte del estudio. Por otro lado, ampliar la capacidad de mirada y la exploración de su utilidad para aportar conocimiento sobre la percepción de las profesionales de enfermería de otros servicios u áreas de trabajo más amplio.

- Entrevista en profundidad (1ª Etapa)

La entrevista en profundidad tiene como propósito recoger la percepción y visión personal de las profesionales de enfermería participantes en el estudio respecto a la VG y su consideración, o no, como ámbito de competencia profesional y el tipo de responsabilidad e intervención que consideran exigible a nivel de desempeño profesional. Además, estará abierta la posibilidad de incorporar otros aspectos o enfoques del tema que puedan surgir durante su desarrollo.

Para el desarrollo de la entrevista, se propone elaborar un guión inicial (Anexo 2) cuya finalidad será recordar a la investigadora o entrevistadora, aquellos temas en los que hay un interés especial por recoger datos, de forma que, en caso de que no salgan espontáneamente en el curso de la entrevista, puedan ser abordados mediante una pregunta más directa.

Por tanto, la entrevista siempre tendrá un carácter abierto y podrá recoger datos de otras cuestiones que puedan emerger durante su desarrollo y sea interesante incorporar por su relación con los objetivos del estudio.

Antes de comenzar la entrevista se pedirá a las y los participantes su conformidad para que la entrevista pueda ser grabada, a ser posible en audio y en vídeo con la finalidad de retener y poder revisar tanto la información obtenida mediante la comunicación verbal como la no verbal expresada en los mensajes. Si surgiera la situación de que algún participante se niegue a ser grabado, se le pedirá autorización para que en la sala permanezca el entrevistador/a y una persona colaboradora que recogerá datos mediante la observación del proceso (ver anexo aceptación participación en el estudio y condiciones).

Para la preparación y desarrollo de cada entrevista, se recomienda establecer un tiempo no superior a 40 minutos y que se desarrolle en un lugar cómodo, sin ruidos y que permita crear un clima de intimidad y confidencialidad en todo momento. Si es posible, se realizará en el centro de trabajo (despacho, consulta, sala de reuniones...) y de no disponer de esta opción se negociará la posibilidad de hacerlo en un lugar propuesto por la investigadora que recoja también las características anteriores. Se

realizarán entrevistas hasta llegar a la saturación de la información.⁽³³⁾ En el Anexo 2 proponemos una guía inicial que pueda servir de apoyo al entrevistador/a.

Una vez finalizada la entrevista, se preguntará a cada participante sobre su disponibilidad para seguir colaborando en otras actividades de la investigación. Se ofertará la posibilidad de participar en un grupo focal y/o su disponibilidad para cumplimentar un cuestionario relacionado con el tema objeto de estudio.

- Grupos focales (1ª Etapa)

Los grupos focales se constituirán por entre 4 y 10 personas participantes que serán elegidas por la investigadora a partir del grupo de enfermeras entrevistadas que hayan admitido su interés por seguir participando en otras fases de la investigación, estudiantes de cuarto curso de enfermería que se presten a colaborar y docentes que cumplan el requisito de ser o haber sido profesionales de enfermería con experiencia en la práctica clínica y que muestren interés por el tema de investigación. Si se considera necesario, se podrá utilizar la técnica de “bola de nieve” para captar participantes de alguno de los perfiles. Además, participará el moderador/a y un observador y, al igual que en el caso de la entrevista, se solicitará autorización para que la reunión pueda ser grabada en formato audio y vídeo.

El propósito de esta fase es profundizar y recoger otros enfoques que puedan surgir a partir del debate de las cuestiones extraídas del análisis de los datos recogidos en la primera fase. Además, se intentará recoger información sobre sus percepciones e ideas respecto a:

- Rol o papel que reconocen que tiene la enfermería como profesional en el ámbito sanitario en relación a la violencia de género y tipo de implicación que debe tener.
- Percepción de las estrategias y recursos de capacitación o formación en violencia de género y para la atención a las mujeres afectadas por violencia de género dirigidas a capacitar a las profesionales de enfermería.
- Visibilidad y reconocimiento que perciben a nivel institucional de la profesión como recurso del sistema sanitario para tratar este problema de salud desde una perspectiva clínica y de salud pública.

Por tanto, antes del inicio de la segunda fase y de la convocatoria de cada grupo focal se elaborará un guión que recoja las cuestiones sobre las que el investigador/a considere que es necesario preguntar si no son abordadas de forma espontánea por los participantes en el desarrollo de la entrevista grupal (Anexo 3). Se realizarán

tantos grupos focales como sea necesario hasta alcanzar el nivel de saturación ⁽³³⁾. La duración de cada sesión no excederá de 2 horas, pudiendo ser menor en función de la dinámica de cada grupo. ^(31,32)

- El cuestionario (2ª Parte)

El cuestionario será construido utilizando los resultados obtenidos del análisis de la información obtenida en la primera parte del estudio. Se formularán preguntas en la que se invita a valorar ideas o enunciados extraídos de los discursos obtenidos a través de las técnicas utilizadas en la primera parte de la investigación. Además, se incluirán las variables que recoge el cuestionario ya utilizado en nuestro trabajo académico de la asignatura de métodos y técnicas de investigación en enfermería (Anexo 4) y se incorporará un apartado de observaciones para que puedan puntualizar o aclarar aquellos aspectos que consideren necesario.

Cómo ya se explicó, la finalidad del cuestionario es comprobar si los resultados obtenidos a partir de las dos primeras fases del estudio son respaldadas por los propios participantes y cómo son valorados por otros profesionales en ejercicio, estudiantes y docentes.

Este cuestionario se entregará en un sobre cerrado y tendrá carácter anónimo y voluntario con la finalidad de que sea cumplimentado con la mayor sinceridad posible. Además, se habilitará un buzón o lugar para que su entrega una vez cumplimentado permita mantener el anonimato.

5.5. Análisis de datos

El análisis y la interpretación de los datos recogidos tanto en la fase 1 (entrevista en profundidad) como en la fase 2 (grupos focales) se irán realizando simultáneamente durante su recogida. Se intentará que tanto la entrevista en profundidad como en grupo focal sean grabadas, al menos con grabadora de voz y a ser posible también en vídeo Posteriormente serán transcritas literalmente para su análisis.

Para el análisis de los datos cualitativos, se podrá utilizar programas informáticos como herramientas que nos faciliten la tarea de reducir los datos obtenidos en el proceso de investigación dentro del paradigma cualitativo. Algunos de los programas de análisis cualitativos recomendados para la metodología planteada en este estudio son: ATLAS-Ti, NUDIST y el AQUAD. ⁽³⁴⁾

En cuanto a los cuestionarios que se utilicen, la claridad y el acabado se revisarán antes de registrar los datos en el ordenador. Aquellos cuestionarios devueltos

totalmente en blanco se registrarán como pérdidas. En el supuesto de encontrar en un mismo cuestionario errores al marcar la respuesta, si está claro cuál es la respuesta elegida porque una desestima a la otra, se marcará la respuesta correcta, que es la que ha de registrarse. Si no estuviese claro cuál es la elegida, se realizará una nota junto a la pregunta, para que esta respuesta sea registrada como no dato, es decir, en blanco y tratada como respuesta invalidada. Para el análisis de los datos de los cuestionarios utilizaremos estadística descriptiva para organizar y describir los datos obtenidos utilizando como herramienta de apoyo el programa SPSS o Excel.

5.6. Dificultades y límites de la investigación.

Se utilizará la triangulación metodológica, entendida como el uso de varios métodos en la investigación, en el estudio de un mismo objeto, para garantizar la validez y el rigor metodológico.⁽³³⁾

Además, se administrará a los participantes informes previos al definitivo para que expresen su opinión y conformidad con lo expuesto. Finalmente se elaborará un informe definitivo, en el cual los resultados obtenidos serán verificados de nuevo por parte de las personas participantes con el fin de comprobar si se sienten representados en el discurso, atendiendo así, al criterio de credibilidad y confirmabilidad.

Debido a que el propósito de la investigación cualitativa es la comprensión y el conocimiento en profundidad de los fenómenos particulares, los resultados de las fases 1 y 2 del estudio podrán ser transferibles únicamente a contextos que compartan similitudes sociodemográficas y socioculturales con el contexto en el que se recogen los datos, respetando el criterio de transferibilidad.

La principal limitación del estudio viene determinada por la imposibilidad de intentar generalizar los resultados. Por un lado, tenemos los sesgos que provoca trabajar con una población geográfica concreta, y por otro lado, las técnicas de muestreo utilizadas. Pero no es pretensión de las investigadoras al finalizar las fases 1 y 2 obtener resultados que sean extrapolables a toda la población enfermera en general. Lo que se busca en la primera etapa del estudio es conseguir recoger una representación suficiente de la diversidad de discursos que pueden darse en la población participante en el estudio.

Sólo en el caso de que finalmente se confirme la validez de los resultados previos, se podrá valorar la pertinencia y capacidad real de intentar desarrollar la última fase de

la investigación, lo que de ser operativo nos permitiría obtener resultados más representativos y con mayor capacidad de generalización.

Para incrementar la validez y la fiabilidad del cuestionario obtenido, las nuevas variables se definirán de forma operativa y proponemos realizar una prueba piloto previa con el fin de comprobar la utilidad y validez de la herramienta.

Por último, es posible que en ambas etapas pueda haber falsificación u ocultamiento de datos por parte de los participantes si no están seguros del respeto al anonimato por miedo a ser juzgados, ya que se trata de un tema polémico y de controversia social. Aspecto que tendrá que ser considerado y cuidado en todo momento en una investigación que trabaja con este tipo de temática.

6. Consideraciones Éticas

Se le pedirá autorización al comité ético de investigación clínica para la evaluación de la investigación (Anexo 6). Las personas que participen en el estudio lo harán de forma voluntaria tras haber firmado el consentimiento informado (Anexo 5), en el que se garantiza la confidencialidad de sus datos personales dándole la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento si así lo desean. En este consentimiento también quedara registrada la conformidad de la utilización de vídeo y audio durante la realización de la investigación (entrevista en profundidad y grupos focales).

En los informes de la investigación se mantendrá el anonimato de las personas participantes y las grabaciones que se realicen, tanto las auditivas como las visuales, serán eliminadas al final del estudio. Los datos que se obtengan en los diversos proyectos planteados serán tratados con total confidencialidad y protección tal y como lo expone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Todos estos principios éticos se darán a conocer previamente a los participantes y acordados con ellos.

7. Plan de Trabajo

ACTIVIDADES	MESES																		
	Enero-Febr	Marzo-Abril	Mayo-Junio	Julio-Agosto	Sept-Octb	Nov-Diciem	Enero-Febr	Marzo-Abril	Mayo-Junio	Julio-Agosto	Sept-Octb	Nov-Diciem	Enero-Febr	Marzo-Abril	Mayo-Junio	Julio-Agosto	Sept-Octb	Nov-Diciem	Enero
Desarrollo de la Investigación (Enero 2020 - Enero 2023)																			
Selección del tema																			
Revisión bibliográfica																			
Planteamiento y formulación de la pregunta de investigación																			
Formulación de los objetivos																			
Elaboración del marco teórico																			
Diseño de la línea de investigación																			
Autorización																			

ACTIVIDADES	MESES							
	Nov-Diciem	Enero-Febrero	Marzo-Abril	Mayo-Junio	Julio-Agosto	Sept-Oct	Nov-Diciem	Enero-Febrero
FASE I y FASE II (Noviembre 2020 – Febrero 2022)								
Constitución del equipo investigador								
Reclutamiento de los participantes: Entrevista en profundidad								
Elaboración de instrumentos y previos permisos para la recogida de datos								
Proceso de recogida de los datos: Revista en profundidad								
Análisis de los datos								
Reclutamiento de los participantes: Grupos focales								
Elaboración de instrumentos (grupos focales)								
Proceso de recogida de los datos: Grupo focal								
Análisis de los datos								
Elaboración del proyecto final								
Presentación y difusión de los resultados								

ACTIVIDADES	MESES				
	Marzo-Abril	Mayo-Junio	Julio-Agosto	Sept-Oct	Nov-Diciem
FASE III (Marzo 2022 – Diciembre 2022)					
Constitución del equipo investigador					
Reclutamiento de los participantes					
Elaboración de instrumentos y previos permisos para la recogida de datos					
Proceso de recogida de los datos: Cuestionario					
Análisis de los datos					
Elaboración del proyecto					
Presentación y difusión de los resultados					

ACTIVIDADES \ MESES	RESUMEN DE LA INVESTIAGACIÓN ¹ (Marzo 2020 – Febrero 2023)																	
	Marzo-Abril	Mayo-Junio	Julio-Agosto	Septiem-Octb	Nov-Diciem	Enero-Febrero	Marzo-Abril	Mayo-Junio	Julio-Agosto	Sept-Octb	Nov-Diciem	Enero-Febrero	Marzo-Abril	Mayo-Junio	Julio-Agosto	Sept-Octb	Nov-Diciem	Enero-Febrero
Elaboración de instrumentos y previos permisos para la recogida de datos	■	■																
Revisión bibliográfica			■	■	■													
Selección de la población de estudio						■	■											
Proceso de recogida de datos							■	■	■	■								
Análisis de los datos											■	■	■	■				
Elaboración de resultados y conclusiones																■	■	
Presentación y difusión de los resultados																	■	■

¹ Falta incluir las actividades anteriores que siendo también de este proyecto, son desarrolladas durante las Fases I, II y III y que por cuestiones de espacio y claridad no incluimos en esta tabla.

8. Presupuesto

CONCEPTO	MEDIOS NECESARIOS	TOTAL
Material inventariable	Impresora, cartuchos de tinta, vídeo.	610€
Material fungible	Folios, sobres, bolígrafos, grapadoras, etc.	254€
Espacio físico	Sala acondicionada y tranquila	Gratuita si se realiza en los centros de salud
Transporte	Desplazamiento	160€
Otros gastos	Programa informático ATLAS ti NUDIST y el AQUAD, asesoramiento	1900€
Regalos	Detalle por la participación	350€
	Asesoramiento y tratamiento estadístico	¿?
GASTOS TOTALES		3.274€

9. Utilidad Práctica de los Resultados Previsibles

Lo que se pretende con este trabajo es analizar y entender cómo entienden los profesionales de enfermería la Violencia de Género, cómo proceden ante casos con este problema de salud. Además, con los resultados de esta investigación se podría contribuir a mejorar la visibilidad del Maltrato de Género, en especial para los profesionales y el propio sistema sanitario y sus políticas. Abordar un tema tan complejo y con una controversia social tan destacada, desde un punto de vista amplio y empático, que nos ayude a comprender la realidad desde la mirada de las enfermeras, nos lleva a realizar una investigación con una base cualitativa. Solo con este modelo de investigación podremos estudiar la realidad tal y como sucede, interpretando los fenómenos o experiencias de las personas implicadas y reconociendo la influencia que la cultura tiene en cada entorno.

A partir del conocimiento y resultado que nos aporta el enfoque cualitativo, podremos construir y probar la utilidad de un cuestionario que nos permita explorar el tema de forma más ambiciosa y generalizable.

Con los resultados previsibles de esta investigación contribuiremos, en la medida de lo posible, a que los futuros profesionales de enfermería y las enfermeras/os profesionales sensibles a este tema, se animen a participar en este tipo de

investigaciones que ayudan a cambiar el punto de vista y ponerse en el lugar del otro, en este caso, las mujeres víctimas de violencia de género. Aprender a mirar la situación desde otra perspectiva, una mirada que nos permite tener conciencia de la importancia que tiene saber detectar e intervenir la violencia de género, que facilite un cambio en nosotros como profesionales, que ayude a dar voz a los afectados, los cuales se verán reconocidos con los resultados, y en definitiva, lograr que se sientan identificadas y cuidadas de una manera holística y humanitaria, que es al fin y al cabo, la base de nuestra profesión.

Finalmente, después de profundizar en este tema y valorar la situación del arte en esta problemática y la respuesta que da la enfermería profesional en la actualidad, pensamos que sería interesante valorar la necesidad de estudiar si se debe incorporar lo que podría denominarse como “síndrome de violencia de género” al catálogo de diagnósticos de enfermería. En este sentido, el cuestionario puede constituir una herramienta muy útil para la profundización en esta línea de investigación.

10. Bibliografía

1. Violencia contra la mujer [Sitio web]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 11 abril 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/
2. Fernández Alonso M. Violencia Doméstica [Sitio web]. 2016 [citado 18 abril 2020]. Disponible en:
<https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/07/violencia-domestica.pdf>
3. <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/07/violencia-domestica.pdf>
4. Matud Aznar M, Fortes Marichal D, Torrado Martín-Palomino E, Fortes Marichal S. Violencia contra las Mujeres. La Laguna (Tenerife): Gloria Bernabé Valero y Alejandro Álvarez Nobell; 2018. [citado 11 abril 2020]. Disponible en: <http://cuadernosartesanos.org/Psicologia/2018/cdp07.pdf>
5. Valdés Sánchez C, García Fernández C, Sierra Díaz Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 2016 [citado 13 abril 2020]; 48(10):623-631. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-violencia-genero-conocimientos-actitudes-las-S0212656716300385>
6. Programa Sensibilización Sobre “Tipos de Violencia contra las Mujeres y Prevención de Violencia en Adolescentes”. Fundación Mujeres; 2017. [citado 13 abril 2020] Disponible en: <http://www.fundacionmujeres.es/img/Document/67259/documento.pdf>
7. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad. Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad y Consumo, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales; 2003. [citado 13 abril 2020] Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=0e2a8f12-ed41-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>
8. Pareda Larrosa M. Violencia de género: violencia psicológica. Revista de ciencias jurídicas y sociales [Internet]. 2010 [citado 13 abril 2020]; 20(11) 353-376. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/feb935f2-23f6-3046-9524-deb1b5ac0828/>
9. Jauregui Balenciaga I. Mujer y Violencia. Nómadas [Internet]. 2016 [citado 14 abril 2020]; 13. Disponible en: <http://theoria.eu/nomadas/13/ijbalenciaga.pdf>
10. Mora Pelegrín M, Montes-Berges B. Aspectos básicos en el estudio de la violencia de género. Iniciación Investigación [Internet]. 2009. [Citado 15 abril

- 2020]; p. 1-13. Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/322>
11. Junta de Andalucía [Internet]: 2018 [Citado 15 abril 2020]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Documentacion_Red_Ciudadana_folleto.pdf
 12. Rodríguez Valladolid N. La medicalización de la violencia de género. Trabajo Social Hoy [Internet]. 2014 [citado 2 mayo 2020]; 71(Primer Cuatrimestre): 73-86. Disponible en: <http://www.trabajosocialhoy.com/articulo/68/la-medicalizacion-de-la-violencia-de-genero/>
 13. López Martín A. Historia de la Violencia de Género. Revista de Derecho Actual [Internet]. 2017 [citado 2 mayo 2020]; 3:52-93. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6190123>
 14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades [Internet]: 2020 [citado 2 mayo 2020]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/ellnstituto/historia/home.htm>
 15. Aranda López M, Montilla Jiménez G, Montes Berges B. Violencia de género: Revisión bibliográfica desde una perspectiva histórica. I Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres [Internet]. 2009 [citado 2 mayo 2020]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4098753>
 16. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 2004; 313 (I. Disposiciones generales): p. 42116-42197. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
 17. Estévez Macas E.P. Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en las consulta de atención primaria de salud. Musas [Internet]. 2017 [citad 4 mayo 2020]; 2(2). Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num2.5>
 18. Peris Cervera R. Patriarcado, ¿Organización ya superada? ¿Origen de la violencia machista? Crítica [Internet]. 2009 [citado 6 mayo 2020] ;(3). Disponible en: <http://www.revista-critica.com/la-revista/37-violencia-de-genero-problema-social>
 19. Sánchez Casales A, Mirón Redondo L. Sexo, género y agresión. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Social, Básica e Metodología; 2015 [citado 4 mayo 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3632060>
 20. Matud Aznar P. Género y salud. La Laguna, Tenerife: Sociedad Latina de Comunicación Social; 2017 [citado 4 mayo 2020].

21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Análisis sobre la macroencuesta de violencia de género 2011. 2012 [citado 30 abril 2020]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2012/estudio/macroencuesta2012.htm>
22. Delegación Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2015 [citado 30 abril 2020]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2015/home.htm>
23. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019. Proyecto técnico. 2019 [citado 30 abril]. Disponible en: https://www.ine.es/normativa/leyes/cse/cambio_meto_MacroencuestaViolenciaMujer.pdf
24. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Portal Estadístico. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género [Internet]: España: MSSSI; 2020. [Citado 30 abril 2020]. Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
25. Lorente Acosta M. Violencia y maltrato de género (I) aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. 2008 [citado 30 abril 2020]; (3). Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/download/violencia-y-maltrato-de-genero-i-aspectos-generales-desde-la-perspectiva-sanitaria/>
26. Serrano MA, Soler M, Ríos O, Flecha F, Sanmamed A, Pulido C. Violencia de género en las universidades españolas. La escuela del siglo XXI Universidad de La Rioja; 2007. [citado 30 abril 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2375807>
27. González Lozoya I, Serrano Martínez A, García Sánchez N, del Campo Giménez M, Moreno Ruiz B, González Lozoya A et al. Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en Atención Primaria. Atención Primaria [Internet]. 2011 [citado 30 abril 2020]; 43(9):459-464. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-conocimientos-sobre-violencia-genero-poblacion-S0212656710004440>
28. Moyano Mora P, Domínguez Martínez A, Liquete Briffel T, Martínez Laguna I, Fajardo Trujillo M. Violencia doméstica, abordaje enfermero. Metas de

- enfermería [Internet]. 2005 [citado 1 mayo 2020]; 8(7). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1263233>
29. Baides Noriega R. Violencia de Género: Papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. Enfermería Global [Internet]. 2018 [citado 1 mayo 2020]; (51). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000300017&lng=es&nrm=iso
30. Irene M, grilselda F, ismael J. Herramientas de detección y abordaje de violencia de género en Atención Primaria: a propósito de un caso clínico. Metas de Enfermería [Internet]. 2019 [citado 21 mayo 2020]; 22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7064550>
31. NNNConsult [Internet]. Nnnconsult.com. 2020 [citado 17 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
32. Mejía Navarrete J. El muestreo en la investigación cualitativa. Investigaciones Sociales [Internet]. 2014 [citado 18 mayo 2020]; 4(5):165-180. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/6851>
33. Salgado MC. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Ciência & Saúde Coletiva. 2012 [citado 18 mayo 2020]; 17(3): 613-619. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n3/613-619/>
34. Cánovas Tomás M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Universidad de Murcia. Departamento de Teoría e Historia de la Educación; 2008 [citado 18 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/11073#page=1>
35. Gil-García E, Conti-Cuesta F, Pinzón-Pulido SA, Prieto-Rodríguez MA, Solas-Gaspar O, Cruz-Piqueras M. El Análisis de Texto asistido por ordenador en la Investigación Cualitativa. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2002 [citado 18 mayo 2020]; 36-37. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista/36-37_articulo_24-28.php
36. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298. 14/12/1999. [Disponible en]: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
37. Abad Corpa, Eva, Delgado Hito, Pilar, Cabrero García, Julio, La investigación-acción-participativa. Una forma de investigar en la práctica enfermera. Investigación y Educación en Enfermería [Internet]. 2010 [citado 19 mayo

2020]; 28(3):464-474. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721017>

38. Vidales X. Tipos de Estudio en Epidemiología. Corporación Universitaria Un Minuto de Dios. Administración Salud Ocupacional; 2018. [Citado 19 mayo 2020]. Disponible en: <https://es.calameo.com/books/005490226aff07e803400>
39. OMS | Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas” [Internet]. Who.int. 2020 [citado 24 mayo 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/

11. Anexo

Anexo 1. Plan de Cuidados basado en el caso clínico del estudio “Herramientas de detección y abordaje de violencia de género en Atención Primaria: a propósito de un caso clínico” y con la base de datos NNNConsult.^(30,31)

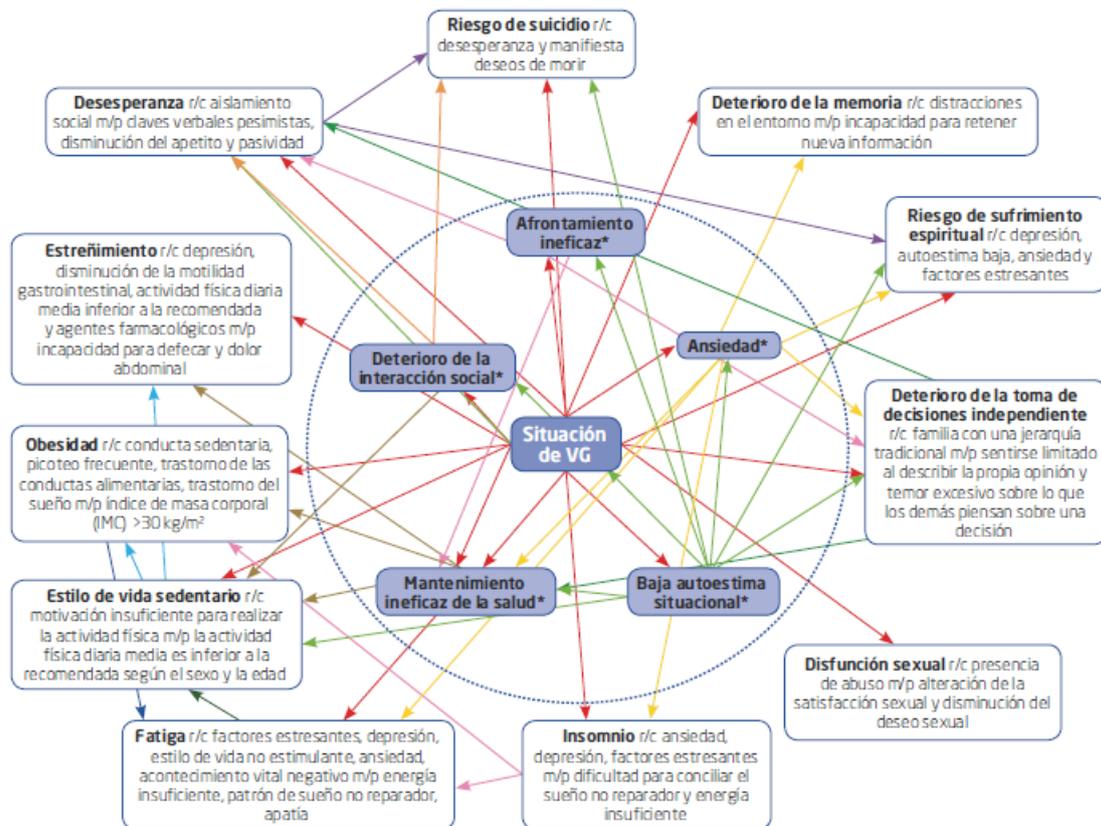
Patrones	NANDA	NOC	NIC
1	Mantenimiento ineficaz de la salud [00099]: incapacidad para identificar, gestionar y/o buscar ayuda para mantener el bienestar.	Afrontamientos de problemas [1302]: acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.	Aumentar los sistemas de apoyo [5440]: facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.
2	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales [00002]: consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.	Apetito [1014]: deseo de comer	Monitorización nutricional [1160]: recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la ingesta nutricional
3	Estreñimiento [00011]: disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas	Eliminación intestinal [0501]: formación y evacuación de heces	Manejo del estreñimiento/impactación fecal [0450]: prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal
4	Fatiga [00093]: sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual.	Nivel de fatiga [0007]: gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.	Manejo de la energía [0180]: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones
5	Insomnio [00095]: trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento	Sueño [0004]: suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo	Mejora del sueño [1850]: facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia
6	Deterioro de la memoria [00131]: incapacidad persistente para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades	Concentración [0905]: capacidad para centrarse en un estímulo específico.	Escucha activa [4920]: prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente
	Deterioro de la toma de decisiones independiente [00242]: proceso de toma de decisiones en relación con los cuidados sanitarios que no incluye el conocimiento del afectado ni tiene en cuenta las normas sociales o que no acontece en un entorno flexible,	Toma de decisiones [0906]: capacidad para realizar y escoger entre dos o más alternativas	Mejorar el afrontamiento [5230]: facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la

	teniendo como resultado una decisión insatisfactoria.		vida
7	Ansiedad [00146]: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.	Nivel de ansiedad [1211]: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.	Disminución de la ansiedad [5820]: minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.
	Baja autoestima situacional [00120]: desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.	Autoestima [1205]: juicio personal sobre la capacidad de uno mismo	Potenciación de la autoestima [5400]: ayudar a un paciente a que mejore el juicio de su autovalía.
8	Deterioro de la interacción social [00052]: cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social	Soporte social [1504]: ayuda fiable de los demás.	Grupo de apoyo [5430]: uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros
9	Disfunción sexual [00059]: estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado	Funcionamiento sexual [0119]: integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual.	Clarificación de valores [5480]: ayuda a una persona a clarificar sus propios valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones eficaces
10	Afrontamiento ineficaz [00069]: patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar	Autocontrol de la depresión [1409]: acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos de la vida.	Fomentar la resiliencia [8340]: ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales
	Riesgo de suicidio [00150]: susceptible de sufrir una lesión autoinfligida que amenaza la vida	Deseo de vivir [1206]: deseo, determinación y esfuerzo para sobrevivir.	Apoyo emocional [5270]: proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión
11	Riesgo de sufrimiento espiritual [00067]: susceptible del deterioro de la habilidad para	Esperanza [1201]: optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante	Dar esperanza [5310]: aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar

experimentar e integrar sentido y propósito en la vida a través de la conexión con el yo, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior al yo que puede comprometer la salud

y mantener acciones

Cuadro de relación de diagnósticos para el caso clínico del estudio “Herramientas de detección y abordaje de violencia de género en Atención Primaria: a propósito de un caso clínico”.⁽³⁰⁾



Fuente: Irene M, Griselda F, Ismael J. Herramientas de detección y abordaje de violencia de género en Atención Primaria: a propósito de un caso clínico. Metas de Enfermería.

Anexo 2: Entrevista con las enfermeras.

Guión de Entrevista en Profundidad a los profesionales de Enfermería

- ¿Conoce la diferencia entre sexo y género?
- ¿Cómo definiría la Violencia de Género?
- ¿Los roles de género influyen en la Violencia de Género?
- ¿Qué opina sobre el Protocolo de Violencia de Género implantado en Canarias?
- ¿Qué sabe sobre los tipos de VG?
- ¿Se siente capacitada para detectar pautas y señales de violencia de género?
- ¿Ha oído hablar de ciclo en la VG?
- ¿Cree que la formación externa es recomendable para tratar estos casos?
- ¿Ha tenido que abordar algún caso de Violencia de Género entre sus pacientes? ¿Si es así como lo abordaste? Contar experiencia/s, barreras....

Anexo 3: Debate grupos focales.

Guión de entrevista para grupos focales

(Propuesta inicial susceptible a cambio)

- ¿Cree que la Violencia de Género es un problema de salud pública relevante en la actualidad?
- ¿Cree en la importancia utilidad de talleres de Violencia de Género como método de prevención?
- ¿Considera que el profesional de enfermería tiene autonomía para abordar casos de Violencia de Género?
- ¿Cree que la enfermera debe formar parte del equipo multidisciplinar para abordar casos de Violencia de Género?
- ¿Qué opina sobre la visibilidad y reconocimiento institucional que tiene la profesión enfermera como agentes de prevención e intervención en VG en nuestro entorno sanitario?

Anexo 4: Cuestionario de elaboración propia basado en el proyecto de investigación “Percepción de las Enfermeras de los Centros de Salud de Tenerife sobre su Capacidad para Detectar Signos de Violencia de Género en sus Pacientes” **de primero de carrera para la asignatura** Investigación y Enfermería Basada en la Evidencia y en el estudio “Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en Atención Primaria”.^{/27)}



Universidad
de La Laguna



1-. Edad				
<input type="checkbox"/> 25-39 años <input type="checkbox"/> 40-54 años <input type="checkbox"/> 55-65 años				
2-. Sexo				
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer				
3-. Puesto de trabajo:				
4-. Años trabajando como profesional:				
<input type="checkbox"/> 1-24 años <input type="checkbox"/> 25-50 años				
5-. Título Académico Inicial:				
<input type="checkbox"/> Otros estudios:				
6-. Cursos realizados sobre violencia de género:				
7-. Cursos realizados sobre género:				
8-. Grado de interés por el tema de VG: (siendo 5 de mucho interés y 1 nada de interés)				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9.- ¿Conoce la diferencia entre Sexo y Género?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
10.- ¿Conoce los Roles de Género?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
11.- ¿Cree en los Roles de Género?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
12.- ¿Cree que los Roles de Género influyen en la VG?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
13.- ¿Cree que durante los estudios universitarios las clases impartidas sobre				

VG son efectivas?
() Sí () No
14-. ¿Conoce el protocolo de actuación para la atención sanitaria de las pacientes víctimas de VG?
() Sí () No
15-. Piensa que la VG en nuestra sociedad es un problema:
() Muy frecuente () Bastante frecuente () Poco frecuente
16-. Cree que las pacientes que sufren VG:
() Comunican su situación () Pasan desapercibidas
17-. Cree que el tipo de VG más frecuente es:
() Psicológica () Social () Económica () Sexual () Física
18-. ¿Se ha planteado realizar algún curso relacionado con la VG?
() Sí () No
19-. ¿Conoces la ley y las obligaciones legales ante la mera sospecha de VG?
() Sí () No
20-. ¿Cree que posee los conocimientos necesarios para detectar casos de VG?
() Sí () No
21-. Consideras que tu grado de conocimientos sobre VG es:
() Alto () Medio () Bajo
22-. ¿Cree que se deben implantar actividades de prevención?
() Sí () No
23-. En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante ante el diagnóstico:
() Siempre () Normalmente () Nunca
24-. Ante una paciente con lesiones físicas te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de malos tratos:
() Siempre () Normalmente () Nunca
25-. Aplicas el protocolo de VG de tu Área de Salud:
() Siempre () Normalmente () Nunca
26-. ¿Cree que las enfermeras están predispuestas a intervenir en casos de VG?
() Sí () No
27-. ¿Cree que las enfermeras tienen autonomía para abordar los casos de VG?
() Sí () No
28-. ¿Cree que en su área de trabajo hay un equipo multidisciplinar bien estructurado para abordar la VG?
() Sí () No

29- ¿Cuál cree que es el mayor problema a la hora de detectar la VG?

- Falta de formación
- Falta de tiempo de consulta
- Ausencia de un trabajador/a social
- Otra:

30- Elija cuál considera la principal propuesta de mejora para la detección de casos de VG:

- Cursos de formación
- Tiempo suficiente que permita una actuación integral
- Crear un grupo especializado de profesionales, existiendo al menos, uno por turno de trabajo
- Otra:

32- Sugerencias que crea adecuadas para mejorar la detección de VG:

(respuesta libre)

Anexo 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Le informamos del desarrollo de una línea de investigación que estamos llevando a cabo sobre “*Percepción y Opinión de las Enfermeras sobre la Visibilidad y Reconocimiento de su Papel Profesional en el Ámbito de la Violencia de Género*”.

El beneficio que se pretende obtener al realizar este estudio es conocer y comprender las aptitudes de las enfermeras en el abordaje de la Violencia de Género, de manera que podamos contribuir a mejorar la visibilidad que de ella tiene la sociedad y los profesionales sanitarios.

Todos los datos serán tratados de manera confidencial y el secreto profesional se cumplirá en todo momento.

Yo, _____ (nombre y apellidos) de _____ (edad en años), y DNI _____ acepto participar en la línea de investigación “*Percepción y Opinión de las Enfermeras sobre la Visibilidad y Reconocimiento de su Papel Profesional en el Ámbito de la Violencia de Género*”. Doy mi consentimiento para ser grabado en vídeo y/o audio durante la realización de dicha línea de investigación, siendo el material y los datos obtenidos tratados con total confidencialidad y protección tal y como lo expone la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Mi participación es voluntaria, por lo cual y para que así conste, firmo este consentimiento informado junto a la persona que me brinda la información.

Hoy, _____ de _____ de _____

Firma del participante

Firma del investigador

Anexo 6: Solicitud dirigida al Comité Ético de Investigación del Servicio Canario de Salud.



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dirigido al Comité Ético de Investigación Clínica:

Por medio de la presente, el grupo de investigadores de la línea de investigación: *“Percepción y Opinión de las Enfermeras sobre la Visibilidad y Reconocimiento de su Papel Profesional en el Ámbito de la Violencia de Género”*, solicitamos la evaluación de la misma:

D./D^a.....con
DNI.....

Hace constar:

Que conoce y acepta participar como investigador principal en la línea de investigación: *“Percepción y Opinión de las Enfermeras sobre la Visibilidad y Reconocimiento de su Papel Profesional en el Ámbito de la Violencia de Género”*.

Que se compromete a que cada participante sea tratado siguiendo fielmente lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Servicio Canario de Salud.

Que respetará las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

Que asegurará la confidencialidad de los datos según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Que dicho proyecto de investigación se llevará a cabo contando con la colaboración de D/D^a..... como investigador/es colaborador/es.

En San Cristóbal de La Laguna, a..... de.....del año 2016.

Firmado:

Investigador principal

D/D^a.....

Firmado: Firmas de los investigadores colaboradores (cuando proceda)

Colaborador

D/D^a:

(Se acompaña anexo con la copia con toda la documentación del proyecto de investigación).