

Conocimientos y actitudes ante la violencia de género de estudiantes y residentes de enfermería. Proyecto de investigación

Knowledge and attitudes of nursing students and residents about gender-based violence. Research project.

Autores: Francisca María Martín Roldán (1); Francisco Martos Crespo (2); Francisca Muñoz Cobos.

Categoría profesional y lugar de trabajo: (1) Enfermera. Residencia de mayores Guadalmar. Estudiante de doctorado (Málaga); (2) Médico. Profesor titular del departamento de Farmacología y Pediatría. Universidad Ciencias de la Salud de Málaga; (3) Médica de Familia. Centro de Salud El Palo (Málaga, España).

Dirección de contacto: paqui_1993@hotmail.com

Fecha recepción: 01/07/2020

Aceptado para su publicación: 18/12/2020

Fecha de la versión definitiva: 18/01/2021

Resumen

Introducción: Los profesionales sanitarios juegan un papel importante en la prevención, detección y tratamiento de la violencia de género, con existencia de un protocolo de actuación común no suficientemente conocido. Se debe incluir en la formación grado y posgrado. **Objetivo:** Evaluar conocimientos y actitudes de estudiantes y residentes de enfermería hacia la violencia de género. **Metodología:** Dos fases: cuantitativa y cualitativa. Fase cuantitativa: diseño descriptivo transversal. Valorará conocimientos y actitudes de los estudiantes de grado y máster de enfermería de la Universidad de Málaga utilizando el cuestionario *Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey* (sección V) para valorar conocimientos, y la Escala de Sexismo y Justificación de la Violencia más el cuestionario del estudio "actitudes de la población malagueña ante la violencia de género" para evaluar actitudes. Tamaño muestral =94 sujetos para alfa 0.05, precisión 0.90. Fase cualitativa: diseño inductivo, entrevistas semiestructuradas a 18 residentes de enfermería familiar y comunitaria de Málaga, audiograbadas, transcritas y analizadas según la Teoría Fundamentada. Método comparativo constante. Muestreo teórico hasta saturación. Sesgos: Fase cuantitativa: De selección: no aleatorización, pérdidas. De información: efecto Hawthorne, deseabilidad social (se aplicará cuestionario de Marlowe- Crowne, versión de 18 ítems), instrumentos incompletos. De confusión: otras fuentes de formación. Fase cualitativa: no representatividad, subjetividad. Se aplicará triangulación. **Aspectos éticos:** Se solicita consentimiento informado. Se garantiza la confidencialidad según Ley Orgánica de Protección de Datos, principios éticos de declaración de Helsinki. **Aplicación práctica:** los resultados servirán para mejorar la formación de enfermería en Violencia de Género.

Palabras clave

Violencia de género; Conocimiento; Actitud; Educación en Enfermería; Estudiantes.

Abstract

Introduction: Health professionals play an important role in the prevention, detection and treatment of gender-based violence, with the existence of a common action protocol that is not sufficiently known. It should be included in undergraduate and postgraduate training. **Objective:** To assess the knowledge and attitudes of nursing students and residents towards gender violence. **Methodology:** Two phases: quantitative and qualitative. Quantitative phase: cross-sectional descriptive design. It will assess knowledge and attitudes of undergraduate and master's degree nursing students at the University of Málaga using the Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey questionnaire (section V) to assess knowledge, and the Scale of Sexism and Justification of Violence plus the questionnaire of the study "attitudes of the Málaga population to gender violence" to assess attitudes. Sample size =94 subjects for alpha 0.05, precision 0.90. Qualitative phase: inductive design, semi-structured interviews with 18 family and community nursing residents of Malaga, audiotaped, transcribed and analysed according to the Fundamental Theory. Constant comparative method. Theoretical sampling until saturation. Biases: Quantitative phase: Of selection: not randomization, losses. Information: Hawthorne effect, social desirability (Marlowe-Crowne questionnaire, 18-item version will be applied), incomplete instruments. Confusion: other sources of training. Qualitative phase: non-representation, subjectivity. Triangulation will be applied. **Ethical aspects:** informed consent is requested. Confidentiality is guaranteed according to the Organic Law on Data Protection, ethical principles of the Helsinki Declaration. **Practical application:** the results will serve to improve nursing training in gender violence.

Key words

Gender-Based Violence; Knowledge; Attitude; Education nursing; Students.

ANTECEDENTES

La violencia de género es un problema de salud pública a nivel mundial, definida según La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su artículo 1, como *"Todo acto de violencia (...) que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. (...) comprendiendo todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad."* (1)

Incluye cuatro tipos generales: física, psicológica, económica y sexual (2, 3). En España, el problema de la violencia de género es muy prevalente, tal y como muestran los datos recogidos en los últimos boletines estadísticos de violencia de género. Así, desde 2003 hasta abril de 2020 se han producido un total de 1049 víctimas mortales por este hecho, manteniéndose este número estable en los últimos 4 años, con un total en torno a 50 mujeres asesinadas cada año por sus parejas o exparejas (4).

La prevalencia de la violencia de género en mujeres que contactan con los servicios sanitarios es mayor que en la población general (5), conociéndose que éstas consideran apropiado ser preguntadas sobre este problema por profesionales de medicina y enfermería (6) siempre que no se las juzgue ni sean tratadas de forma directiva (7).

Entre los servicios sanitarios, la atención primaria ocupa una posición estratégica en la actuación frente a la violencia de género, no solo por atender las graves consecuencias para la salud en las mujeres que la padecen, sino también por su carácter de accesibilidad, cercanía y contacto continuado, siendo los centros de salud el principal punto de contacto de estas mujeres con el sistema sanitario (8, 9) y el servicio que más casos detecta (10).

Para detectar y actuar ante un caso de violencia de género, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desarrolló, en 2007, el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género, el cual fue actualizado posteriormente en el año 2012 (11). En este protocolo se propone la actuación que se debe de llevar a cabo cuando se atiende a una mujer víctima de violencia de género, incluyendo la detección, la valoración de la mujer y los hijos y la posterior intervención en los distintos

escenarios posibles. Sin embargo, aunque el plan de actuación está establecido, solo es conocido por un 33,1% de los profesionales sanitarios, poniéndose de manifiesto la necesidad de formación en género de los mismos (12) para evitar una insuficiente capacitación en el abordaje del problema (13). También fuera de nuestro país se detecta esta falta de preparación en violencia de género y con evidencia de mejor formación en el caso de medicina general que en enfermería (14). La falta de formación se ha mostrado como el principal obstáculo para la detección de la violencia de género en enfermeras en equipos de atención primaria y con una mayor influencia del nivel subjetivo de autopercepción de conocimientos que del nivel real (15). Entre un 29 y un 40% de enfermeras manifiestan sentir incomodidad al preguntar a las pacientes sobre el tema (16) y solo un 35% de las enfermeras de atención primaria consideran la violencia de género como un problema bastante o muy importante (17).

Los déficits formativos en el abordaje de la violencia de género se detectan ya en estudiantes de enfermería que manifiestan no conocer las herramientas disponibles para detectar y actuar ante una víctima de violencia y reconocen que los conocimientos adquiridos en la formación universitaria son insuficientes y mayoritariamente teóricos, exponiendo la necesidad de un mayor tiempo de formación y medios más adecuados para abordar este problema (18, 19).

Esta situación ha llevado a incorporar la formación en esta materia dentro del curriculum de postgrado de medicina (20) y enfermería (21). En un estudio en estudiantes de grado en nuestro país se encuentra que habían recibido formación en violencia de género sólo un tercio del alumnado (22), siendo esta formación un factor determinante de las actitudes hacia este problema en el caso de mujeres, mientras que, en los varones, recibieran o no formación, se obtienen puntuaciones indicativas de mayor tolerancia a la violencia de género. Haber recibido formación específica en violencia de género y la provisión de protocolos y recursos se han encontrado como factores determinantes para la detección de mujeres que padecen esta violencia por parte de los profesionales sanitarios (23).

Además del desconocimiento, entre los profesionales sanitarios hay barreras en el ámbito de actitudes y creencias que impiden realizar intervenciones adecuadas (24, 25). Se suele evitar preguntar sobre el problema y responder en caso de que sea descubierto en el contexto de atención a las mujeres que padecen esta situación (26), debido a factores

como la falta de preparación, la falta de tiempo y la carencia de recursos de apoyo (27). Estas actitudes también manifestaron diferencias entre medicina y enfermería de atención primaria (14) encontrándose actitudes más positivas y proactivas en profesionales de la medicina. Un factor importante es la capacidad para realizar las preguntas adecuadas, ya que es conocida la tendencia de la mujer a no comunicar el abuso (28).

Las herramientas más utilizadas en la valoración de conocimientos y actitudes hacia la violencia de género son los cuestionarios. Entre éstos el *Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey* (PREMIS) (29), es uno de los más utilizados en el contexto mundial para valorar la respuesta dada ante la violencia de género, integrando conocimientos, opiniones y percepciones sobre la calidad de las actuaciones, sobre todo en el ámbito asistencial de atención primaria. Ha sido validado en población española (30). Existe una versión específica para estudiantes de grados de ciencias de la salud en Estados Unidos, no trasladado aun a nuestro idioma (31).

Para evaluar la capacitación hay que incorporar la valoración de las actitudes para desempeñar buenas prácticas en el abordaje de la violencia de género (32). Entre los instrumentos para valorar las actitudes destaca la Escala de Justificación del Sexismo y la Violencia (33), utilizada en población universitaria (34), validada en nuestro país y con bajo número de ítems, que aumenta su factibilidad.

Las actitudes hacia la violencia de género son altamente dependientes del contexto por lo que es importante considerar el ámbito sociocultural cercano al establecer comparaciones. En nuestro entorno (ciudad de Málaga) se realizó un estudio poblacional sobre "actitudes de la población malagueña ante la violencia de género" (35).

Además de la utilización de cuestionarios, la perspectiva subjetiva es un aspecto importante al evaluar actitudes hacia la violencia de género, lo que requiere aproximaciones cualitativas. Algunas investigaciones con metodología cualitativa (36) en estudiantes de enfermería, detectan desconocimiento y persistencia de mitos y estereotipos sobre la violencia de género, poniendo de manifiesto la necesidad de reforzar el abordaje de este problema de salud en los planes de estudio de enfermería. El alumnado de enfermería no suele conocer los protocolos de actuación específicos y reconocen una necesidad de conocimiento y formación sobre el tema (12, 18). Aunque existen estudios sobre el conocimiento y las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia la violencia de género (18, 36), estos

son de un tamaño muestral pequeño y centrados en la etapa de estudio del grado de enfermería, no conociéndose la perspectiva específica de los ya en etapas finales de formación (último año de grado, posgrado y enfermeros internos residentes (EIR)).

Este estudio tiene el objetivo de evaluar los conocimientos y actitudes hacia la violencia de género en estudiantes de enfermería al final de su periodo formativo así como en estudiantes de máster y profesionales en formación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, ya próximos al inicio del desempeño profesional. Para ello se combinarán herramientas cuantitativas como los cuestionarios y cualitativas como las entrevistas semiestructuradas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE» núm. 313, de 29/12/2004
2. Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género. «BOE» núm. 38, de 13/02/2008
3. Perez Camarero S, Instituto Max Webwer. La violencia de género en los jóvenes. Una visión general de la violencia de género aplicada a los jóvenes en España [Internet]. Madrid; 2019. Disponible en: www.injuve.es
4. Secretaría de Igualdad y contra la Violencia de Género. Portal Estadístico Violencia de Género [Internet]. Disponible en: <http://estadisticas-violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
5. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Morey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002; 324(7332): 274-8. doi: 10.1136/bmj.324.7332.274
6. Burge SK, Schneider FD, Ivy L, Catala S. Patients' advice to physicians about intervening in family conflict. *Arch Fam Med* 2005; 3(3): 248-54.
7. Feder G, Hutson M, Ramsay J, Taket A. Women exposed to intimate partner violence. Expectations and experiences when they encounter health care professionals: A meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med* 2006; 166(1): 22-37.
8. Goicolea I, Briones-Vozmediano E, Öhman A, Edin K, Minvielle F, Vives-Cases C. Mapping and exploring healthsystems' response to intimate partner violence in Spain. *BMC Public Health*.2013;13(1):1162. doi: 10.1186/1471-2458-13-1162.

9. Plichta SB. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8(2): 226-39.
10. Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Rev Esp Med Legal*. 2010;36:104-9.
11. López RM, Peláez S (coord.). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Informes, estudios e investigación 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
12. Meneses Falcón C, Marcos Marcos J, Díaz Arjona M, Santos Alvarez C, Durán Garrido ER, Parra Almaguera JA, Rey Perez de Pipaón M, Ruiz Quero J. La atención primaria frente a la violencia de género. Necesidades y propuestas. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
13. Salcedo-Barrientos DM, Orchiucci Miura P, Dias Macedo V, Yoshikawa Egry E. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(3):448-53.
14. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary health care clinicians. *Br J Gen Pract* 2012; 62(602):e647-55. doi: 10.3399/bjgp12X654623.
15. Valdés CA, García C, Sierra A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016;48(10):623-31.
16. Paulin Baraldi AC, de Almeida AM, Perdoná G, Vieira EM, dos Santos MA. Perception, attitudes of physicians and nurses about violence against women. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:1-7. doi: 10.1155/2013/785025.
17. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez-Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86:85-99.
18. Feito Fernández G, Andina Díaz E (dir). Creencias y actitudes sobre la violencia de género en estudiantes universitarios de enfermería [trabajo final de máster en Internet]. [León]: Universidad de León; 2017. Disponible en: Unileon.es
19. Fernández Amores R, Morales Asencio JM (dir), Morales Gil I (dir). Igualdad, Violencia de Género y la Salud en estudiantes de la Universidad de Málaga. [Tesis en Internet]. [Málaga]: Universidad de Málaga; 2014. Disponible en: <https://riuma.uma.es>.
20. Hamberger LK. Preparing the next generation of physicians: medical school and residency-based intimate partner curriculum and evaluation. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8(2): 214-25.
21. Beccaria G, Beccaria L, Dawson R, Gorman D, Harris J, Hossain D. Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. *Nurse Educ Today*. 2013;33(8):907-11.
22. Ferrez VA, Bosch E, Ramis C, Torres G, Navarro C. La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios. *Psicothema*. 2006;18(3):359-66.
23. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac Sanit*. 2017;31(5):410-5.
24. Robinson R. Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. *J Emergency Nurs*. 2010;36(6):572-6.
25. Tufts KA, Clements PT, Karlowicz KA. Integrating intimate partner violence content across curricula: Developing a new generation of Nurse Educators. *Nurse Educ Today*. 2009;29(1):40-7.
26. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health* 2007; 7: 12. doi:10.1186/1471-2458-7-12.
27. Hegarty K, Gunn JM, O'Doherty LJ, et al. Women's evaluation of abuse and violence care in general practice: a cluster randomised controlled trial (weave). *BMC Public Health* 2010; 10: 2.
28. Robinson L, Spilsbury K. Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. *Health Soc Care Community* 2008; 16(1): 16-30.
29. Short LM, Alpert E, Harris JM, Surprenant ZJ. A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *Am J Prev Med*. 2006;30(2):173-80.
30. Vives Cases C, Torrubiano Domínguez J, Carrasco Portiño M, Espinar-Ruiz E, Gil-González D,

- Goicolea I. Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). *Rev. Esp. Salud Pública*. 2015; 89(2): 173-90.
31. Connor PD, Nouer SS, Mackey ST, Tipton NG, Lloyd AK. Psychometric properties of an intimate partner violence tool for health care students. *J Inter-pers Violence*. 2011;26(5):1012-35.
32. Goicolea I, Vives-Cases C, Hurtig A-K, Marchal B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L et al. Mechanisms that trigger a goodhealth-care response to intimate partner violence in Spain. Combining re-a-list evaluation and qualitative comparative analysis approaches. *PLoS one*.2015;10:e0135167. doi: 10.1371/journal.pone.0135167.
33. Díaz-Aguado, M.J. Igualdad y Prevención de la Violencia de Género en la Adolescencia. Colección Contra la Violencia de género. Documentos. 8. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
34. Díaz-Aguado, M.J. La juventud universitaria ante la igualdad y la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
35. Ramos Ruiz A, Segura Cruz M. Actitudes de la población malagueña ante la violencia de género. Málaga: Universidad de Málaga; 2007. 180 p.
36. Rigol-Cuadra A, Galbany-Estragué P, Fuentes-Punarola C, Burjales-Martí MD, Rodríguez-Martín D, Ballester-Ferrando D. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre violencia de pareja: conocimientos, creencias y rol profesional. *Rev Lation-Am. Enfermagem*. 2015; 23(3):527-34.
37. Glaser BG. *Basics of Grounded Theory* Análisis. Mill Valley CA: The Sociology Press; 1992.
38. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A practical guide through Qualitative Analysis (Introducing Qualitatives Methods Series)*. Londres: SAGE Publications Ltd.; 2006.
39. Araya Alpízar C, Galindo Villardon M. Tamaño de la muestra en investigación clínica. *Medicina Clínica*. 2009;133(1):26-30.
40. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*. 2013;2(7):162-7.
41. Corbin J, Strauss AL. *Basic of qualitative research*. 3ª ed. California: Sage publication; 2008.
42. Eastman BJ, Bunch SG. Providing services to survivors of domestic violence: a comparison of rural and urban service provider perceptions. *J Interpers Violence* 2007; 22(4): 465-73.
43. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000;320:114-6.
44. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill; 2007.
45. Gutiérrez S, Sanz J, Espinosa R, Gesteira CI, García-Vera MP. La Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne: baremos para la población general española y desarrollo de una versión breve. *Anal Psicol*. 2016;32(1):206-17. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.185471>
46. Manterola C, Otzen T. Los Sesgos en Investigación Clínica. *International Journal of Morphology*. 2015;33(3):1156-64.
47. Steckler A, McLeroy KR, Goodman RM, Bird ST, McCormick L. *Toward Integrating Qualitative and Quantitative Methods: An Introduction*. *Health Educ Q*. 1992;19(1):1-8.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

La formulación de las hipótesis se basa en la expectativa de que exista suficiente conocimiento y actitudes positivas hacia la violencia de género (entendiendo como tales realizar crítica de las actitudes sexistas y justificadoras de la violencia contra las mujeres) en estudiantes de enfermería al final de su periodo de formación, debido a la existencia de formación específica en esta materia en los estudios de grado y postgrado. Estas actitudes les diferenciarán de las de la población general y de las de población universitaria en general, debido a que la atención a este problema forma parte de su perfil profesional.

Definimos las siguientes hipótesis generales:

- El nivel de conocimientos de los estudiantes y residentes de enfermería acerca de la violencia de género será adecuado para afrontar una posible actuación futura con una víctima de violencia de género.
- Las actitudes hacia la violencia de género serán más críticas con la violencia de género que las de la población universitaria general.

- Las actitudes serán más proclives a la consideración de la violencia de género como problema de salud y a la intervención que las de la población general.

En la fase cuantitativa del estudio, se formulan como hipótesis específicas:

- Los estudiantes de grado y máster de enfermería tienen al menos el 60% de respuestas acertadas en el test de conocimientos (sección V (conocimientos) PREMIS) sobre violencia de género.
- Los estudiantes de grado y máster de enfermería presentan actitudes hacia la violencia de género más positivas que las de la población universitaria de Málaga, medidas mediante la Escala de Justificación de Sexismo y la Violencia.
- Los estudiantes de enfermería tienen al menos un 10% de diferencia respecto a la población general de Málaga en las actitudes positivas hacia la violencia de género medidas mediante el cuestionario de actitudes utilizado en el estudio "Actitudes de la población malagueña ante la violencia de género".

Las hipótesis estadísticas son:

- **H1 (1):** Los estudiantes de grado y máster de enfermería tienen >60% de respuestas acertadas en el test de conocimientos sobre violencia de género.
- **H1 (2):** Los estudiantes de grado y máster de enfermería presentan diferencias de al menos medio punto menores en las puntuaciones de la escala de Justificación del Sexismo y la Violencia respecto a la población universitaria de Málaga.
- **H1(3):** Los estudiantes de enfermería presentan diferencias >10% respecto a la población de Málaga en el porcentaje de respuestas en actitudes positivas hacia la violencia de género.

En la fase cualitativa del estudio, dada su metodología inductiva, no definimos hipótesis apriorísticas.

OBJETIVOS

Los objetivos principales de este estudio son:

- Evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes de estudiantes de enfermería de grado y posgrado sobre la violencia de género
- Conocer la perspectiva subjetiva de los residentes de enfermería familiar y comunitaria respecto a su papel y capacitación en la atención sanitaria a este problema.

Como objetivos secundarios definimos:

- Describir el nivel de formación en violencia de género que tienen los estudiantes y residentes de enfermería, así como las posibles necesidades que detectan.
- Conocer las actitudes hacia la violencia de género en los estudiantes y residentes de enfermería.
- Comparar diferencias en conocimientos y actitudes según el sexo de los estudiantes.
- Comparar las actitudes hacia la violencia de género con el resto de la población universitaria y población general de nuestro entorno (Málaga).
- Explorar las principales dificultades que los residentes de enfermería creen que encontrarían cuando tengan que atender a una víctima de violencia de género.

METODOLOGÍA

Esta investigación seguirá una metodología mixta de estudio cualitativo y cuantitativo con un diseño paralelo, sin combinar los datos cuantitativos con los cualitativos, haciendo análisis de manera separada y un único reporte final que responda los objetivos principales.

Diseño

El **diseño cuantitativo** es descriptivo transversal, para la valoración del grado de conocimientos y actitudes ante la violencia de género en los estudiantes de enfermería de grado y posgrado mediante utilización de cuestionarios. El **diseño cualitativo** es de tipo exploratorio, utilizando metodología inductiva, mediante perspectiva fenomenológica aplicando la Teoría Fundamentada (37, 38).

Sujetos de estudio

La población de estudio para la **fase cuantitativa** de la investigación serán estudiantes de último curso de grado de enfermería y graduados en enfermería que cursen estudios de máster en la Universidad de Málaga durante el curso 2020/2021. Su nivel de conocimientos específicos, actitudes y habilidades sobre violencia de género habrá ido aumentando por los programas formativos universitarios a lo largo del grado, motivo por lo que se selecciona el alumnado del último curso.

Se definen los siguientes criterios de inclusión:

- Estudiantes de grado de enfermería en el último año de carrera en la Universidad de Málaga y graduados en enfermería que cursen un master en ciencias de la salud en la Universidad de Málaga durante el curso 2020/2021.
- Tener posibilidad de cumplimentar los cuestionarios utilizados en el estudio.
- Firmar el consentimiento informado para participar en la investigación.

Como criterios de exclusión se contemplan circunstancias de personas componentes de la población de estudio que puedan suponer factores de confusión:

- Estudiantes de máster que hayan cursado la carrera universitaria de enfermería antes de ser considerada Grado (2009/2010).
- Estudiantes de máster que no sean graduados en enfermería.
- Estudiantes de grado de enfermería que no sean de último curso.
- Padecer cualquier condición física o psíquica que impida la cumplimentación de los cuestionarios del estudio.

La estimación del tamaño de la población de estudio en base a los datos de alumnos matriculados en el último año del grado de enfermería y estudios de máster en el curso 2019/20 que es de 215 estudiantes:

1. Estudiantes de último grado de enfermería: 165.
2. Estudiantes del Máster en Salud Internacional: 30.
3. Estudiantes del Máster en Nuevas Tendencias de Investigación en Ciencias de la Salud: 20.

Total de previsión de estudiantes de grado y máster disponibles como población de estudio serían 195.

Para calcular el tamaño muestral para el contraste de hipótesis, analizamos el número de sujetos necesarios para poner de manifiesto cada una de las hipótesis operativas y sus correspondientes variables de resultados.

1. Si tomamos como referencia conocer el porcentaje de respuestas correctas en el test de conocimientos sobre violencia de género (variable dependiente cualitativa) y estableciendo como aceptable un 60% de éstas, la fórmula a aplicar para el cálculo del tamaño muestral sería la de estimación de una proporción en la población, para alfa 0.05 y diferencia 10%, necesitamos 92 sujetos.

2. Para la hipótesis comparativa de las actitudes en estudiantes de enfermería con el resto de universitarios mediante la puntuación de la Escala (variable dependiente cuantitativa), para alfa 0.05, beta 0.01 y diferencia relevante de medio punto, aplicando la fórmula de comparación de medias, se necesitan 53 sujetos.
3. Si tomamos como referencia la comparación entre dos proporciones (para la variable dependiente actitudes hacia la violencia de género) las actitudes positivas, para un 72% de actitudes positivas en población general según el estudio previo realizado en Málaga, se espera un 10% más de este porcentaje en estudiantes de enfermería; se utiliza la fórmula de comparación con una proporción poblacional de referencia. Para facilitar los cálculos redondeamos $P_0=0.70$, $P_1=0.80$, para alfa 0.05 y precisión 0,90 necesitamos 342 sujetos, por lo que, tomando el total de la muestra posible estimada, la precisión será menor para el contraste de esta hipótesis (entre 0.70-0.80) (39).

Para la **fase cualitativa** se incluirán graduados de enfermería que estén realizando la residencia en enfermería familiar y comunitaria, en el curso 2020/2021 en la Unidad Docente Multiprofesional de Enfermería Familiar y Comunitaria de Málaga. Su nivel de formación y capacidades de intervención sobre violencia de género dependerá de los programas formativos universitarios y específicos de la residencia durante la cual han tenido oportunidad de práctica real en la atención al problema pudiendo aportar una perspectiva más basada en la vivencia y la observación, para lo que la metodología cualitativa es más apropiada. Se ofertará la participación a los 18 EIR de la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria de Málaga, correspondientes a primer y segundo año. Para el número total de participantes se utilizará muestreo teórico hasta saturación.

Como criterios de inclusión se definen:

- Residentes de enfermería familiar y comunitaria de primer o segundo año en la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Málaga, durante el curso 2020/2021.
- Firmar el consentimiento informado de la investigación.

Como criterios de exclusión:

- Residentes que hayan cursado la carrera universitaria de enfermería antes de ser considerada Grado (curso 2009/2010).

- Padecer cualquier condición física o psíquica que impida participar en las entrevistas del estudio.

Métodos de recogida de datos.

En la **Fase Cuantitativa** se utilizarán tres cuestionarios (ANEXO 2)

Para evaluar los **conocimientos** de los participantes se utilizará la sección V del cuestionario autoadministrado PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*) (29). Esta sección consta de 8 ítems, los 7 primeros multi-respuesta con una opción verdadera y el 8º se compone de 11 sentencias para asignar las opciones "verdadera", "falsa" o "no sabe". Para su puntuación se considerará el porcentaje total de aciertos. Dado que se mide en estudiantes, no se incluyen los apartados de Opiniones y Prácticas del cuestionario.

Para recoger los datos correspondientes a **actitudes** frente a la violencia de género se utilizarán dos instrumentos:

La *Escala de Justificación del Sexismo y la Violencia* (33) validada en población universitaria (34), utiliza una escala de Likert con un rango de 0-6, rango total 0-72 de forma que las puntuaciones más altas corresponden a actitudes más sexistas y de mayor aceptación de la violencia de género.

También se utilizará el cuestionario del estudio "*Actitudes de la población malagueña ante la violencia de género*" el cual es de tipo Likert con 7 posibles respuestas y 24 ítems (35). En dicho cuestionario se puntúa el porcentaje de actitudes positivas entendidas como emitir respuestas de acuerdo (puntuaciones 5-7) o desacuerdo (puntuaciones 1-3), según el ítem, que reflejen una actitud de rechazo de la violencia de género (la puntuación 4 no expresa acuerdo ni desacuerdo).

Se acordará con los departamentos universitarios responsables utilizar tiempo al inicio o final de una clase presencial del último año del grado o de cualquier clase presencial de las últimas sema-

nas del máster (a fin de que se haya impartido la asignatura específica de Violencia contra la mujer incluida en el plan docente). La investigadora principal expondrá los objetivos del estudio, la garantía de confidencialidad y solicitará la cumplimentación del consentimiento informado y de los cuestionarios previa aclaración de dudas y comentarios.

La Fase Cualitativa seguirá un enfoque fenomenológico, lo que permitirá comprender la vivencia de los residentes de enfermería ante la violencia de género a partir de sus propias opiniones y experiencias. Se contactará con los potenciales participantes directamente en una sesión presencial de las actividades formativas planificadas con ellos en el curso 2020/21. La investigadora principal expondrá los objetivos del estudio, la metodología y propondrá la participación en las entrevistas; entregará la hoja informativa del estudio y el modelo de consentimiento informado, aclarará dudas y comentarios. Se recogerán los datos de contacto con los residentes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado, siempre una vez impartido el taller sobre Maltrato en el ámbito doméstico incluido en el plan docente.

Se utilizarán entrevistas semiestructuradas (40). Estas entrevistas seguirán un guion que no será formulado expresamente sino que permitirán a los participantes expresarse de manera abierta y a la investigadora recoger información suficiente y de calidad para los objetivos del estudio (ANEXO 3)

Las entrevistas serán audiograbadas para facilitar la posterior transcripción de los datos. Se recogerán datos contextuales, de las características de la persona entrevistada y de la situación, duración y circunstancias de la entrevista. A cada participante en cualquiera de las fases del estudio se asignará un código que garantiza el anonimato en los documentos y materiales.

VARIABLES DE ESTUDIO

En la fase cuantitativa se recogerán las siguientes variables:

Nombre Variable	Carácter	Tipo	Valores
Edad	Variable independiente	Cuantitativa continua	
Sexo	Variable independiente	Cualitativa dicotómica	Hombre/Mujer
Nivel de formación académica	Variable independiente	Cualitativa	Grado/ máster
Formación en Violencia de Género	Variable independiente	Cualitativa dicotómica	SI/NO
		Cualitativa dicotómica	Curricular/voluntaria
Realización de prácticas en Atención Primaria	Variable independiente	Cualitativa dicotómica	SI/NO
Conocimientos: Parte V Cuestionario PREMIS	Variable dependiente	Cualitativa	Porcentaje de aciertos
Actitudes: Escala de Justificación del Sexismo y la Violencia	Variable dependiente	Cuantitativa discontinua	Escala Likert 0 a 6 Puntuación media de la escala
Actitudes: Cuestionario de la población de Málaga	Variable dependiente	Cualitativa	Escala de Likert 1 a 7 Porcentaje de respuestas referentes a actitudes positivas

La formación académica establecida en el grado de enfermería consiste en una asignatura obligatoria y básica de 6 créditos (150 horas de dedicación del estudiante) sobre Género y Salud en el segundo curso. En el Máster en Salud Internacional se imparte una asignatura optativa de 3 créditos y 75 horas de dedicación del estudiante, titulada Salud y Género uno de cuyos temas es Violencia contra la mujer (se imparte en el segundo cuatrimestre).

En la fase cualitativa se recogerán como criterios de segmentación datos sobre edad, sexo, año de finalización del grado en enfermería, año de residencia (1º/2º), centro de salud en que realiza la formación EIR, medio en que está ubicado (rural/urbano), participación directa en algún caso de violencia de género durante su ejercicio profesional.

En los MIR/EIR se realiza un taller específico titulado "maltrato en el ámbito doméstico" de carácter obligatorio y de 6 horas que se imparte en el último trimestre del primer curso de la residencia.

Análisis

El **análisis cuantitativo** se realizará de forma secuencial. Un primer análisis univariante mostrará medidas de frecuencia relativas (porcentajes) para representar las variables cualitativas y para mostrar los datos de las variables cuantitativas, dependiendo de la distribución de estas, se utilizará la media para aquellas variables con una distribución normal y la mediana para aquellas en que la distribución no cumpla criterios de normalidad. Estos datos irán acompañados del intervalo de confianza del 95%.

En el análisis bivalente, relacionando las variables independientes y dependientes, se utilizarán los estadístico Chi2 para comparar las variables cualitativas y la T Student para comparar cuantitativas y cualitativas si se cumplen sus criterios de aplicación, o los test no paramétricos correspondientes (U de Mann Withney) en caso contrario. Cuando comparemos dos variables cuantitativas utilizaremos la correlación de Pearson.

Para el contraste de hipótesis en la comparación de los resultados de porcentajes de actitudes positivas con los resultados obtenidos en población general, se utilizará la Z de comparación de proporciones y en el caso de contrastar los resultados de la puntuación de la escala de Sexismo y Justificación de la Violencia obtenidos en nuestra muestra con los de la población estudiantil se utilizará T la Student si se cumplen sus criterios de aplicación, o los test no paramétricos correspondientes (U de Mann Withney) en caso contrario.

El nivel de significación es alfa 0.05. Se utilizará el programa estadístico SPSS.12.

En el **análisis cualitativo** se realizará la transcripción de las entrevistas y su posterior análisis de contenido en dos niveles: textual y conceptual.

- **Nivel textual:** Se procederá a la lectura y relectura del texto para la aproximación inicial de las ideas fundamentales expresadas por el participante. El texto se preparará para su análisis en el programa informático Atlas.Ti. Se procederá a la fragmentación del texto en citas, seleccionadas por su significación según los objetivos del estudio. A las citas se les asignarán los códigos que identifican nominalmente la idea expresada por el participante, es la etapa de **codificación**

inicial, para lo que se empleará el método de "hacer preguntas" a los datos, como forma de no separarse de los textos en el proceso inductivo, estableciendo un diálogo entre el texto y el investigador, para aprehender qué le está diciendo el participante en esa cita concreta (su significado) (41): *¿Qué está ocurriendo en los datos? ¿Qué papel representan cada acontecimiento, incidente, evento o idea?*

Se utilizarán comentarios a los códigos como concreción de la idea entendida por el investigador que permitirá analizar el salto desde la idea expresada por el participante y favorecerá el intercambio de información entre los investigadores.

En el proceso de codificación se utilizará el **método comparativo constante** (41) al asignar cada nuevo código, comparando con códigos anteriores que puedan ser atribuibles a la cita que estamos analizando, empleando de nuevo preguntas realizadas por el investigador al texto (*¿qué significado tienen cada uno?," ¿dicen lo mismo o no?," ¿qué tienen en común?," ¿en qué se diferencian?*). Se realizará mediante la búsqueda de semejanzas y diferencias entre: texto-texto, texto-código, código-código, investigador-investigador. La codificación inicial se realizará de forma sucesiva por dos investigadoras, utilizando el método comparativo constante entre ambas.

En una segunda fase, aunque en la forma circular del diseño cualitativo que permite ir adelante o atrás en las etapas del análisis según las necesidades de la propia investigación, se realizará la **codificación focalizada**, procediendo a una depuración de los códigos iniciales, para evitar redundancias, corregir errores, renombrar y fundir los similares. Se utilizará de nuevo el método de "hacer preguntas a los datos": *¿Está este código relacionado con otro? ¿Está incluido en un código más amplio? ¿Hay códigos que reflejan patrones similares?* Esta etapa también será realizada de forma sucesiva por dos investigadoras.

El proceso de codificación finalizará según criterios de **saturación**, cuando ya no se aporte información nueva y todos los códigos para nuevas citas puedan ser seleccionados de entre los ya existentes.

Los códigos resultantes de la codificación focalizada se irán agrupando en **familias** en base a características comunes compartidas y diferencias con el resto de elementos. Su importancia radica en que son la base para elaborar redes conceptuales en las siguientes etapas del análisis. Para definir las familias se tendrán en cuenta

los objetivos de la investigación, los contenidos del guion de las entrevistas, los criterios de segmentación (por género y medio rural/urbano) de los participantes así como se incluirán familias emergentes de los datos durante su análisis.

Criterios de segmentación: género y medio rural/urbano. La segmentación por género se justifica por el conocimiento aportado por investigaciones previas que muestran que los predictores más importantes de actitudes tolerantes hacia la violencia de género son el género y las actitudes de rol de género de forma que los varones y las personas con actitudes de rol de género tradicionales tienden a mostrarse de acuerdo con los privilegios masculinos y justificar el uso de la violencia en mayor medida que las mujeres y las personas con actitudes de rol de género igualitarias (22). La segmentación por medio rural/urbano se justifica por las diferentes prácticas sanitarias y disponibilidad de recursos en el medio rural (42).

- **Nivel conceptual:** En esta etapa se avanza en el proceso de abstracción inductivo en base a las relaciones que se establecen entre los códigos formando **redes conceptuales** a partir de las familias de códigos. Estas relaciones son de distintos tipos (jerárquicas, transitivas, uni o bidireccionales) y se establecen mediante links: "está asociado con", "es parte de", "es causa de", "contradice", "es un", "es propiedad de". Estas redes muestran representaciones gráficas en forma de diagramas visuales de los códigos (nodos) y las relaciones entre ellos (links) que se asemejan a la forma en que se estructuran funciones cognitivas superiores como el pensamiento o la memoria. Las redes se definen por dos propiedades: Grado (cantidad de enlaces de cada nodo) y Orden (número de nodos de la red). La visualización de la red permite reconocer la emergencia de los nodos de alto grado (mayor nivel explicativo de los datos) que constituirán las **categorías**. Las categorías se definirán en base a dos propiedades: ser **exhaustivas** (toda la información contenida en el texto se puede incluir en alguna de las categorías) y **mutuamente excluyentes** (cada unidad de información se incluye en una única categoría) (43). Cada categoría, en base a sus relaciones, incluirá subcategorías y componentes. El proceso de categorización se realizará hasta alcanzar la **saturación analítica**, momento del análisis en el que ya no emergerán categorías, relaciones o propiedades nuevas, utilizándose el método comparativo constante entre la información nueva y la ya existente y entre las dos investigadoras que realizarán de forma inde-

pendiente el análisis conceptual. El análisis finalizará con la elaboración de una **teoría** provisional sobre el fenómeno de estudio (violencia de género) visto por los participantes. Consistirá en un informe que integrará la información emergente en el proceso de análisis inductivo y responderá a los objetivos del estudio. Esta teoría será devuelta a los EIR participantes para su modificación, matización, o aprobación, tras lo cual se elaborará el informe definitivo.

Como etapa final de la investigación, se llevará a cabo una comparación de los resultados obtenidos con las dos metodologías cuantitativa y cualitativa del estudio, intentando responder a los objetivos de la investigación. Lo que se busca con este tipo de análisis es aumentar la confianza de los resultados y confirmar las conclusiones que se desarrollen a partir de los resultados de cada fase por separado. Así, si los resultados de ambas fases coinciden, la fiabilidad de los resultados aumentará. Si, por el contrario, los resultados no son complementarios, se buscará una explicación a este desacuerdo, profundizando en el tipo de recolección de datos y análisis de los mismos (44).

En la **fase cuantitativa** los principales sesgos principales serían:

- **Sesgos de selección:** La muestra no es aleatoria por lo que no podemos asegurar representatividad de la muestra ni extrapolar los resultados a la población de estudiantes o EIR de enfermería. Hay que contar con las posibles no respuestas por rechazo a participar o por cumplimentación incompleta de los cuestionarios. Se establecerán estrategias para fomentar la máxima participación, como contar con el apoyo del personal docente de la Universidad y de la Unidad Docente de Atención Familiar, así como se pedirá expresamente a los participantes que respondan a todas las preguntas de los cuestionarios, dejando tiempo suficiente para su cumplimentación.
- **Sesgos de información:** Sesgo de Hawthorne (sentirse observado) y de discapacidad social. También puede existir sesgo de falseamiento, ya que el tema estudiado se concibe como un tema complejo y controvertido, donde el participante puede no expresar su verdadera opinión. No podemos descartar un sesgo de recuerdo en las variables referentes a la formación, ya que solo se puede asegurar sin efecto de la memoria la participación en la asignatura obligatoria. El sesgo de discapacidad social se controlará mediante la utilización del cuestionario de Marlowe-Crowne, versión de 18 ítems (45).

Hay que considerar la no utilización de la versión completa del cuestionario PREMIS: al no puntuar el cuestionario completo no podemos asegurar que se cumplen las propiedades psicométricas de la versión validada. Esta reducción del contenido tiene la ventaja de la rapidez de cumplimentación, lo que mejora la respuesta. Otros estudios sobre este tema también han utilizado versiones parciales del PREMIS (23)

- **Sesgos de confusión:** Como principal sesgo se puede destacar la presencia de variables de confusión como la existencia de otras fuentes de formación diferentes a la académica (46) lo que se intenta controlar recogiendo como variable haber recibido formación externa en la materia.

En la **fase cualitativa** los principales sesgos son consecuencias, por un lado, de la técnica de recogida de datos, ya que la entrevista conlleva limitaciones asociadas a la audiograbación, la limitación de la expresión libre de las verdaderas opiniones considerando factores de discapacidad social. Se planificará la entrevista para realizar en contextos físicos no intimidatorios o intrusivos con poca presencia de los medios de grabación. Por otro lado hay que considerar las limitaciones derivadas del análisis cualitativo como la influencia de ideas preconcebidas por parte de los investigadores y la saturación de los datos de manera errónea (considerar la información saturada cuando en realidad no lo está). Estos sesgos se intentan controlar mediante el registro exhaustivo de todos los pasos dados en la investigación, incluidas las decisiones e ideas del equipo investigador, la realización de todos los pasos del análisis por dos investigadoras, la triangulación, incluyendo una revisión de los resultados preliminares por una investigadora externa y la devolución del informe preliminar a los participantes para su modificación e inclusión de aportaciones en el informe final.

Finalmente, el hecho de combinar los resultados de la metodología cualitativa y cuantitativa puede añadir elementos de confusión a las conclusiones, si bien ambas metodologías pueden considerarse complementarias, ajustándose al modelo número 4 de Steckler (43) que establece los diferentes tipos de relaciones entre metodología cualitativa y cuantitativa en una investigación.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación seguirá los requisitos éticos principales, así como lo dispuesto en la declaración de Helsinki. Además, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección

de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD) y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (L.O. 41/2002, de 14 de noviembre).

Los datos recogidos para la realización serán confidenciales y solo serán autorizados para alcanzar los objetivos del estudio. Se guardará el anonimato de todos los participantes y solo podrá ser conocida su identidad por el personal investigador que participe en el estudio, siendo custodiada y sin publicar ningún dato que pueda revelar la identidad en posteriores publicaciones. Las grabaciones y observaciones recogidas en el proceso de recolección de los datos se archivarán de forma anónima mediante código y serán utilizadas únicamente para facilitar la transcripción de los datos y no podrán tener accesos personas ajenas a la investigación.

Antes del inicio del estudio y previa autorización del Comité de Ética Provincial de Málaga y de la Universidad de Málaga, se informará, por escrito, a cada participante de los objetivos de la investigación el proceso que se llevará a cabo, así como de la posibilidad de abandonar el estudio cuando lo deseen sin que esto suponga ninguna consecuencia en su contra

y sin tener que dar ninguna explicación. Toda la información será ofrecida antes de la firma del consentimiento, permitiendo la formulación de preguntas o dudas acerca de la información ofrecida. (Anexo 1)

Relevancia científica y sociosanitaria del estudio:

Este estudio aportará información acerca del grado de conocimiento y actitudes que tienen los estudiantes y residentes de enfermería sobre violencia de género. Los resultados pueden ser relevantes para posibilitar mejoras en la formación de grado, postgrado y EIR para mejorar su capacitación profesional frente a este problema, valorando la adecuación y suficiencia de la formación integrada actualmente en los programas académicos y en la formación práctica. Finalmente se traducirá en una mejora de la atención prestada a estas mujeres contribuyendo en su detección y abordaje.

Recursos y cronograma

Para la realización de esta investigación se necesita la colaboración de la Universidad de Málaga y de la Unidad Docente multiprofesional de atención familiar y comunitaria de Málaga.

Se prevén los siguientes plazos de ejecución, a lo largo de tres años:

Responsable	Actividad												
		1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Investigadora principal y colaboradora	Organización de los recursos												
Investigadora principal	Autorización Comité de Ética												
Investigadora principal y colaboradora	Selección de Participantes												
Investigadora principal	Consentimiento informado												
Investigadora principal y colaboradora	Recolección de datos												
Investigadora principal y colaboradora	Análisis y procesamiento de la información												
Investigadora principal	Devolución del informe preliminar a participantes												
Investigadora externa	Revisión de resultados preliminares												
Investigadora principal y colaboradora	Redacción del informe final												

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO – INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

La violencia de género es, hoy en día, considerado un problema de salud pública y se entiende como toda conducta que atenta contra la dignidad e integridad física y moral de las mujeres por el hecho de serlo. Dentro de este problema los profesionales sanitarios juegan un papel muy importante ya sea en la detección, prevención y en la atención a las víctimas. Sin embargo, la manera de actuar de los profesionales frente a esta situación no es bien conocida y de esto se deriva que sea desigual, no solo entre los distintos tipos de profesionales sino, también, dentro de la misma rama sanitaria, existen diferencias en la actuación.

Este estudio tiene como objetivo principal evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes de estudiantes de enfermería sobre la violencia de género. Este grupo, en el que se incluyen también los estudiantes de máster y residentes de enfermería comunitaria, es clave para valorar si la formación recibida en la carrera universitaria, en tema de género, es suficiente o por el contrario necesita algún cambio. Además, se quiere conocer también las actitudes de estos estudiantes con respecto a la violencia de género, pues esto puede ser un factor determinante en la atención a las víctimas.

Para la obtención de la información se realizarán dos cuestionarios sobre conocimientos y actitudes frente a la violencia de género que se entregará en un buzón destinado únicamente a esta finalidad y de manera que se preserve totalmente el anonimato del participante. Además, se llevarán a cabo entrevistas en grupos focales, grupos de 6- 8 personas, por lo que su participación consistirá en discutir su opinión con el resto de integrantes del grupo. El lugar y hora de la realización de las entrevistas, así como el lugar de colocación del buzón, será avisado con suficiente antelación a los participantes del estudio.

Importancia:

La importancia de este estudio radica en la valoración de la formación ofrecida a los graduados de enfermería en tema de género, así como la actitud que tienen los participantes frente a la violencia de género. Así, este estudio valorará el posible afrontamiento de los participantes en una situación de violencia de género y si estos creen que la formación que reciben es suficiente o si, por el contrario, hay factores que cambiar o añadir para facilitar que esta problemática sea atendida de manera correcta y sin diferencias entre los distintos profesionales.

Implicaciones para el donante/paciente:

- La donación/participación es totalmente voluntaria.
- El donante/paciente puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.
- Todos los datos carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 03/2018.
- La donación/información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con Francisca María Martín Roldán en el teléfono: 647930919 o en el correo electrónico: paqui_1993@hotmail.com.

CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE

Título

Yo (Nombre y Apellidos):.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio "Conocimientos y actitudes de los estudiantes y residentes de enfermería hacia la violencia de género"
- He recibido suficiente información sobre el estudio "Conocimientos y actitudes de los estudiantes y residentes de enfermería hacia la violencia de género" He hablado con el profesional sanitario informador: Fca María Martín Roldán
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 03/2018.
- Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Deseo ser informado/a de mis datos genéticos y otros de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Si No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado "Conocimientos y actitudes de los estudiantes y residentes de enfermería hacia la violencia de género"*.

Firma del paciente

(o representante legal en su caso)

Nombre y apellidos:.....

Fecha:

Firma del profesional

sanitario informador

Nombre y apellidos:

Fecha:

Anexo 2
Ficha de recogida de datos

CODIGO

FECHA

Gracias por tu participación

La cumplimentación de este cuestionario te ocupará aproximadamente 20 minutos. Consta de 72 preguntas breves. Por favor, responde a todas las preguntas y con total sinceridad.

Toda la información, el tratamiento de los datos y el análisis se realizará de forma totalmente anónima, mediante un sistema de codificación alfanumérico que impedirá cualquier identificación personalizada.

DATOS DEL PARTICIPANTE:

Edad

Sexo

Estudios que cursas actualmente

¿Has cursado alguna asignatura/s en la que se incluyan contenidos sobre violencia de género? ¿Cuáles? ¿Son curriculares u optativas?

¿Has realizado algún curso o has participado en jornadas, talleres o encuentros de forma voluntaria sobre este tema?

¿Has realizado prácticas en atención primaria?

¿Has participado directamente en la atención a mujeres víctimas de violencia de género?

CUESTIONARIOS:

Parte 1:

Señala la respuesta/as que consideras más correcta para cada una de las siguientes preguntas. Se indicará las que son multirrespuesta.

1. ¿Cuál es el factor de riesgo más importante para ser víctima de violencia de género?

- Edad (menor de 30 años)
- Pareja abusa de alcohol/drogas
- Género – Ser mujer
- Historia familiar de violencia
- No sabe/No contesta

2. ¿Cuál de las siguientes es generalmente cierta sobre los abusadores? Señale solo una respuesta

- Tienes problemas controlando su ira
- Utilizan la violencia para controlar a sus parejas
- Son violentos porque beben o usan drogas
- Se pelean con cualquiera

3. ¿Cuáles de los siguientes son signos de que una paciente puede haber sufrido violencia por su pareja? Señala todas las respuestas que consideras correctas
- Dolor crónico sin causa aparente
 - Ansiedad
 - Abusos de sustancias
 - Lesiones frecuentes
 - Depresión
4. ¿Cuáles de las siguientes son razones por las que una víctima de violencia de género puede no ser capaz de dejar una relación violenta? Señala todas las respuestas que consideras correctas
- Miedo a las represalias
 - Depende económicamente del maltratador
 - Creencias religiosas
 - Necesidades de los/as hijos/as
 - Amor hacia la pareja
 - Aislamiento
5. ¿Cuál de las siguientes es la forma más apropiada de preguntar sobre violencia de género? Señala todas las respuestas que consideras correctas
- ¿Es usted una víctima de violencia de género?
 - ¿Alguna vez su pareja le ha pegado o amenazado?
 - ¿Alguna vez ha sentido miedo de su pareja?
 - ¿Alguna vez su pareja le ha pegado o ha hecho daño?
6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es generalmente cierta? Señala todas las respuestas que consideras correctas
- Muchas pacientes que sufren maltrato no presentan heridas
 - Hay patrones de conductas de pareja que pueden indicar violencia de género
 - Hay algunas áreas específicas del cuerpo que son más frecuentemente afectadas en casos de violencia de género
 - Hay patrones de lesiones que están comúnmente asociados con violencia de género
 - Lesiones en diferentes estadios de curación pueden indicar abuso
7. Relaciona las siguientes conductas y sentimientos de pacientes de violencia de género con los estadios de cambio, siendo cada uno de los siguientes número una etapa (1- Precontemplación, 2- Contemplación, 3- Preparación, 4- Acción, 5- Mantenimiento, 6- Terminación).
- Comienza a hacer planes para dejar al abusador
 - Niega que hay un problema
 - Comienza a pensar que el abuso no es su propia falta
 - Continúa cambiando conductas
 - Obtiene orden(es) de protección

8. Señala si consideras “Verdadero”, “Falso” o “No sé” cada una de las siguientes frases

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

Parte 2:

Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases, teniendo en cuenta que 0 es nada de acuerdo y 6 totalmente de acuerdo.

	0	1	2	3	4	5	6
1. El hombre que parece agresivo es más atractivo							
2. Está bien que los chicos salgan con muchas chicas, pero no al revés							
3. Está justificado agredir a alguien que te ha quitado lo que no era tuyo							
4. Es correcto amenazar a veces a los demás para que sepan quién es el que manda							
5. Por el bien de sus hijos, aunque la mujer tenga que soportar la violencia de su marido o compañero conviene que no le denuncie							
6. Si una mujer es maltratada por su compañero y no le abandona será porque no le disgusta del todo esa situación							
7. Es correcto pegar a alguien que te ha ofendido							
8. Cuando una mujer es agredida por su marido, algo habrá hecho ella para provocarlo							
9. Un buen padre debe hacer saber al resto de su familia quién es el que manda							
10. Para tener una buena relación de pareja es deseable que la mujer evite llevar la contraria al hombre							
11. La violencia que se produce dentro de casa es un asunto de la familia y no debe salir de ahí							
12. Está justificado que un hombre agrede a su mujer o a su novia cuando ella decide dejarle							

Parte 3

A continuación, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases, teniendo en cuenta que 1 es nada de acuerdo y 7 totalmente de acuerdo.

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

	0	1	2	3	4	5	6	7
1. Los padres tienen que educar en la igualdad de sexos tanto a hijas como a hijos								
2. Los medios de comunicación tratan adecuadamente los casos de malos tratos								
3. Cuando una mujer es agredida por su marido o compañero, algo habrá hecho ella para provocarlo								
4. La mayoría de las violaciones que se producen podrían haberse evitado si las víctimas hubieran vestido de forma menos provocadora o no hubiera ido por zonas y a horas peligrosas								
5. Hay más conciencia ciudadana sobre la violencia de género que antes								
6. Sólo caben penas de cárcel para un maltratador								
7. Son suficientes las campañas de publicidad que informan sobre la violencia de género								
8. La mujer debe aguantar los malos tratos como parte de su matrimonio								
9. Ahora hay más violencia de género que antes								
10. El maltrato psicológico no debe denunciarse								
11. El maltratador debe llevar a cabo un tratamiento de rehabilitación, pero también debe cumplir pena de cárcel								
12. La violencia que se produce dentro de casa es un asunto de familia y no debe salir de ahí								
13. En la actualidad, hay menos casos de violencia contra la mujer, pero se dan más a conocer								
14. Un maltratador debe llevar a cabo un tratamiento de rehabilitación, en lugar de ir a la cárcel								
15. Si se conoce o se presencia algún caso de malos tratos, hay que denunciarlo								
16. El maltrato psicológico es menos importante que el físico								
17. Por el bien de sus hijos, aunque la mujer tenga que soportar la violencia de su marido o compañero, conviene que no le denuncie								
18. Hacen falta medidas más duras para frenar la violencia de género								
19. Marque del 1 al 7 su grado de conocimiento de la Ley contra la Violencia de Género de 2004								
20. Los medios de comunicación buscan el morbo en los malos tratos								
21. La violencia de género es un problema de toda la sociedad								
22. La violencia de género se debe prevenir desde la adolescencia en los colegios								
23. Las mujeres maltratadas no tienen a su alcance toda la información que necesitan								
24. Siempre existirá violencia contra las mujeres como consecuencia de las diferencias biológicas ligadas al sexo								

Parte 4:

Finalmente se presentan unas frases sobre determinadas conductas sociales para que definas si las consideras verdaderas o falsas en lo que respecta a ti mismo, si su contenido se parece (V) o no (F) a tu forma más habitual de proceder:

1. Nunca dudo en dejar lo que estoy haciendo para ayudar a alguien con problemas	V	F
2. A veces me cuesta ponerme a trabajar si no me encuentro con ánimos	V	F
3. Nunca me ha caído nadie realmente mal	V	F
4. A veces estoy descontento cuando no puedo hacer las cosas a mi manera	V	F
5. Siempre soy muy cuidadoso con mi manera de vestir	V	F
6. En casa, me comporto tan bien en la mesa como cuando voy a un restaurante	V	F
7. En algunas ocasiones he renunciado a hacer algo porque pensaba que me faltaba habilidad	V	F
8. A veces me gusta chismorrear un poco	V	F
9. Ha habido veces en que he tenido sentimientos de rebeldía contra personas con autoridad aun sabiendo que ellos tenían la razón	V	F
10. Independientemente de con quién esté hablando, siempre escucho atentamente	V	F
11. Alguna vez me «he hecho el loco» para quitarme a alguien de encima	V	F
12. Siempre intento practicar lo que predico	V	F
13. A veces trato de vengarme en lugar de perdonar y olvidar lo que me han hecho	V	F
14. Siempre soy cortés, aun con gente desagradable	V	F
15. En algunas ocasiones siento que soy un/a manazas	V	F
16. Nunca emprendo un viaje largo sin revisar el coche (moto, bici, etc.)	V	F
17. En algunas ocasiones me he sentido bastante celoso de la buena fortuna de los demás	V	F
18. A veces me irrita la gente que me pide favores	V	F

Gracias por completar el cuestionario.

Anexo 3

GUIÓN PARA LA ENTREVISTA A EIR

- ¿Qué percepción general tienes acerca de la violencia de género? ¿Lo consideras un problema de salud?
- ¿Crees que te implica a ti como profesional sanitario? ¿De qué forma?.
- ¿Qué papel tiene la atención primaria en la violencia de género?
- ¿Qué opinas sobre el papel de la enfermería en la atención a la violencia de género?
- ¿Crees que has formación adecuada y suficiente al respecto? ¿Cuáles han sido las fuentes principales de esta formación?
- ¿Sabes la existencia de procedimientos y protocolos específicos de intervención? ¿Cómo los has conocido? ¿Los has utilizado?
- ¿Consideras que tu capacitación te permite atender a este problema en sus distintos aspectos: prevención, detección, atención a víctimas?
- ¿Has tenido contacto profesional con mujeres víctimas violencia de género? ¿Cómo ha sido tu experiencia?
- ¿Qué dificultades encuentras en la atención de enfermería a estas mujeres?
- ¿Qué aspectos mejorarías de la formación del grado-postgrado-EIR?
- ¿Qué propuestas harías para mejorar la atención a este problema en tu ámbito profesional?