



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

***¿Cómo debería estructurarse un protocolo de atención integral desde enfermería para abordar la salud sexual, reproductiva y psicológica de mujeres víctimas de violencia de género?***

Alumno: Noelia Blanco García

Director: Jade Magdaleno García

**Madrid, mayo de 2025**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis padres, Fernando y Elena, por su amor incondicional, por enseñarme el valor del esfuerzo y por estar siempre a mi lado, animándome en cada paso. A mi hermana, Laura, por su cariño y por ser mi compañera de vida, compartiendo alegrías, enfados y desafíos conmigo.*

*A Jesús, por su paciencia, por creer en mí incluso cuando yo dudaba y por darme fuerzas en los momentos más difíciles. A Ali, por su amistad sincera, por escucharme, animarme y acompañarme en cada etapa de mi vida con su apoyo incondicional.*

*Y, por último, a mis abuelos. Gracias por todo el amor que me habéis dado, cada uno a vuestra manera, por vuestro ejemplo de vida, vuestra sabiduría y vuestra fortaleza. A mi abuelo, me hubiera encantado que pudieras verme llegar hasta aquí, pero sé que, de algún modo, sigues acompañándome. Aunque ya no estés físicamente, te siento conmigo en cada paso que doy.*

*A todos, gracias de corazón.*

# 1. Índice

1. Índice.....	3
2. Resumen .....	6
3. Abstract.....	7
4. Presentación .....	8
5. Estado de la cuestión.....	9
5.1. Fundamentación.....	9
5.1.1. Estrategia de búsqueda.....	9
5.1.2. Estrategia de selección.....	10
5.1.3. Introducción .....	10
5.1.4. Definición de.....	11
5.1.5. Teorías y modelos relacionados .....	11
5.1.6. Epidemiología de la violencia de género.....	12
5.1.7. Barreras y desafíos en la atención sanitaria .....	12
5.1.8. Factores socioculturales y de género .....	13
5.1.9. Bases legales y éticas .....	13
5.2. Antecedentes y estudios previos.....	13
5.2.1. Reconocimiento de la violencia de género como problema de salud pública	13
5.2.2. Estrategias actuales en la atención sanitaria .....	13
5.2.3. Barreras en la implementación de protocolos .....	14
5.2.4. Impacto en la salud sexual y reproductiva .....	14
5.2.5. Intervenciones psicológicas y psicosociales .....	14
5.2.6. Perspectiva multidisciplinaria e interdisciplinaria .....	15
5.2.7. Innovaciones y adaptaciones durante emergencias .....	15
5.2.8. Impacto cultural y comunitario .....	15
5.3. Estado actual del tema .....	16
5.3.1. Avances en la comprensión de la violencia de género desde el ámbito sanitario .....	16

5.3.2.	Principales carencias en el conocimiento actual .....	16
5.3.3.	Controversia en los resultados de algunos estudios .....	18
5.4.	Justificación .....	19
5.4.1.	Relevancia científica.....	19
6.	OBJETIVOS .....	22
6.1.	OBJETIVOS .....	22
6.1.1.	Objetivo general .....	22
6.1.2.	Objetivos específicos .....	22
	Describir las necesidades de salud sexual, reproductiva y psicológica de las mujeres víctimas de VG atendidas en el ámbito sanitario.....	22
7.	METODOLOGÍA .....	23
7.1.	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	23
7.1.1.	Tipo de estudio.....	23
7.1.2.	Justificación del diseño.....	23
7.2.	SUJETOS DE ESTUDIO .....	24
7.2.1.	Población diana.....	24
7.2.2.	Población accesible .....	24
7.3.	VARIABLES.....	26
7.3.1.	Tabla resumen de las variables .....	26
7.3.2.	Descripción detallada de cada variable.....	27
7.4.	PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS .....	28
7.4.1.	Solicitud de permisos y consentimiento informado.....	28
7.4.2.	Fases del procedimiento.....	29
7.5.	FASES DEL ESTUDIO, CRONOGRAMA.....	31
7.5.1.	Cronograma del estudio .....	31
7.5.2.	Gráfico del cronograma .....	32
7.6.	ANÁLISIS DE DATOS .....	33
7.6.1.	Estadística descriptiva .....	33
7.6.2.	Análisis de asociación entre variables .....	34

7.6.3.	Nivel de significación estadística .....	34
7.6.4.	Test de normalidad .....	35
7.6.5.	Justificación del análisis .....	35
8.	ASPECTOS ÉTICOS .....	36
8.1.	Aprobación por un Comité de Ética.....	36
8.2.	Consentimiento informado y aceptación de participación.....	36
8.3.	Riesgos potenciales para los participantes .....	36
8.4.	Protección de la confidencialidad y anonimato .....	36
9.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	38
9.1.	Validez interna (Precisión dentro del estudio).....	38
9.2.	Validez externa (Generalización de los resultados) .....	38
9.3.	Posibles dificultades en la recogida de datos .....	39
10.	Bibliografía.....	40
11.	Anexos .....	44

## 2. Resumen

Este trabajo tiene como objetivo desarrollar un protocolo de atención integral desde enfermería para abordar la salud sexual, reproductiva y psicológica de mujeres víctimas de violencia de género. Se trata de un estudio observacional descriptivo que analiza la percepción de competencia de los profesionales de enfermería, las barreras en la aplicación de protocolos y las estrategias existentes. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica y se diseñó un cuestionario estructurado dirigido a enfermeras/os en distintos niveles asistenciales.

Los resultados esperados incluyen la identificación de necesidades clave en la atención sanitaria y la formulación de recomendaciones para mejorar la intervención de enfermería. Entre los principales hallazgos, se espera evidenciar la falta de formación específica en violencia de género, la subutilización de protocolos existentes y la percepción de insuficiente apoyo institucional. Además, se explorará la influencia de la experiencia profesional y los recursos disponibles en la aplicación de protocolos.

La investigación resalta la importancia de la formación especializada y el uso de herramientas de detección precoz para optimizar la atención a estas mujeres. A partir de los resultados obtenidos, se propone el desarrollo de estrategias formativas y de sensibilización que permitan mejorar la atención desde la enfermería y garantizar un abordaje integral y efectivo.

**Palabras clave:** violencia de género, enfermería, salud sexual, salud reproductiva, atención integral, protocolo

### 3. Abstract

This study aims to develop a comprehensive nursing care protocol to address the sexual, reproductive, and psychological health of women victims of gender-based violence. It is a descriptive observational study analyzing nurses' perceived competence, barriers in protocol implementation, and existing strategies. A literature review was conducted, and a structured questionnaire was designed for nurses working in different healthcare settings.

The expected results include identifying key healthcare needs and proposing recommendations to improve nursing interventions. Among the main findings, it is anticipated that there will be evidence of insufficient training in gender-based violence, underutilization of existing protocols, and a perceived lack of institutional support. Additionally, the study will explore the influence of professional experience and available resources on protocol implementation.

This research highlights the importance of specialized training and the use of early detection tools to optimize care for these women. Based on the findings, the development of training and awareness strategies is proposed to improve nursing care and ensure a comprehensive and effective approach.

**Keywords:** gender-based violence, nursing, sexual health, reproductive health, comprehensive care, protocol.

## 4. Presentación

Desde antes de querer dedicarme a la enfermería, siempre me había llamado la atención la fortaleza de las mujeres víctimas de la violencia de género, y tras muchas búsquedas, charlas y experiencias en las prácticas, me di cuenta de que no existía un tratamiento diferente para ellas. Esto me hizo reflexionar sobre la urgente necesidad de ofrecerles un apoyo más integral y completo.

Desafortunadamente, la violencia de género es una realidad que afecta a millones de mujeres en todo el mundo. Esta violencia no solo supone un tremendo daño físico, sino que también tiene repercusiones en la salud sexual, reproductiva y mental de la víctima. Como enfermeros, creo que tenemos un papel clave en la recuperación de estas personas, no solo en el tratamiento de las heridas visibles, sino también en el apoyo emocional. Me motiva el deseo de aportar un cambio, de conseguir crear un espacio seguro para que las víctimas no solo reciban atención médica, sino también acompañamiento y escucha; considero que esto puede marcar la diferencia en el proceso de recuperación y de bienestar a largo plazo.

La atención a mujeres víctimas de violencia de género no debe limitarse únicamente a la asistencia en momentos de crisis. Es necesario que desde la enfermería podamos ofrecer una atención completa para reducir al máximo las secuelas y mejorar su calidad de vida. Como profesionales de la salud, muchas veces somos el primer contacto que tienen las mujeres cuando buscan ayuda, por lo que, con los conocimientos necesarios, podríamos identificar casos de violencia y ofrecer una intervención adecuada.

El desarrollo de un protocolo estructurado es fundamental para que los cuidados que proporcionamos sean adecuados y de calidad. Un protocolo nos permite actuar de forma organizada y basándonos en la evidencia científica, asegurando así la atención integral. Implementar un protocolo también significa mejorar la coordinación de los distintos profesionales de la salud, garantizando a nuestras pacientes una atención en todos los ámbitos que sean necesarios para su recuperación.

En resumen, la creación de dicho protocolo es clave para el desarrollo de los cuidados de enfermería en las víctimas de violencia de género, esto nos permitirá evolucionar hacia una atención más completa, humana, empática y centrada en las necesidades reales de estas mujeres. Con un buen protocolo, podemos ser una parte fundamental del cambio en la vida de estas mujeres, ayudándolas a recuperar su salud y su bienestar.

## 5. Estado de la cuestión

### 5.1. Fundamentación

#### 5.1.1. Estrategia de búsqueda

1. **Buscadores que utilicé: Pubmed, CINAHL, Cochrane, Scopus, ScIELO, Medline**

2. **Términos:**

Término	MeSH	DeCS
Violencia de género	Gender-Based Violence	Violencia de género
Enfermería	Nursing	Enfermería
Protocolo	Guidelines as Topic	Guías como asunto
Salud sexual	Sexual health	Salud sexual
Salud reproductiva	Reproductive health	Salud reproductiva
Salud psicológica	Mental health	Salud mental
Abordaje integral	Comprehensive Health Care	Atención integral de Salud

Tabla de elaboración propia

#### 3. Combinaciones con operadores booleanos

<b>AND</b>	Violencia de género AND Atención integral de salud
<b>OR</b>	Violencia de género OR Violencia contra la mujer
<b>NOT</b>	Violencia de género NOT Violencia doméstica NOT Violencia infantil
<b>Combinados</b>	Violencia de género AND Salud sexual OR Salud Reproductiva OR Salud Psicológica NOT Violencia doméstica

Tabla de elaboración propia

#### 4. Filtros de búsqueda

<i>Antigüedad de búsqueda</i>	Prioricé 5 años de antigüedad, pero también exploré artículos más antiguos que pudieran ser relevantes
<i>Tipo de artículo</i>	Clinical trials (artículos de investigación original) Meta-analysis / Systematic Review (Revisiones sistemáticas sobre temas específicos) Cualitativa (experiencia de las mujeres y su interacción con los servicios de salud) Clinical protocols / Guidelines (Protocolos ya creados)
<i>Idioma</i>	Español Inglés
<i>Acceso</i>	Free full text

Tabla de elaboración propia

### **5.1.2. Estrategia de selección**

- Relevancia temática: Los artículos seleccionados debían abordar temas relacionados con protocolos de enfermería, atención integral, y la salud sexual, reproductiva y psicológica de las mujeres víctimas de violencia de género (VG).
- Estudios clínicos y guías de actuación: Me centré en investigaciones o protocolos específicos sobre atención en salud sexual y reproductiva, protocolos de detección y tratamiento de la VG, y guías clínicas aplicadas en entornos sanitarios.
- Diversidad geográfica y normativa: Opté por artículos que incluyeran una variedad de enfoques, como los basados en protocolos nacionales e internacionales (OMS, OPS) y regionales (por ejemplo, estudios específicos en España).
- Idioma y contexto: Busqué 13 artículos en español que contuvieran información clara y específica sobre protocolos implementados en países hispanohablantes, y 19 artículos en inglés u otros idiomas que abordaran el tema desde una perspectiva internacional más amplia, incluyendo publicaciones de organizaciones globales.

### **5.1.3. Introducción**

El desarrollo de un protocolo de atención integral desde enfermería para mujeres víctimas de VG requiere un análisis detallado de diversos factores relacionados con su salud sexual, reproductiva y psicológica. Este estado de la cuestión se estructura en torno a cuatro apartados principales:

1. Perspectiva de la VG como problema de salud pública: Este apartado aborda la magnitud del problema, los tipos de violencia que enfrentan las mujeres y las consecuencias físicas, psicológicas y sociales asociadas. Destaca la responsabilidad del sistema sanitario, y en particular de enfermería, en la detección precoz y en la intervención integral.
2. Modelos de atención y protocolos existentes: Se analizan guías y estrategias actuales, como el Protocolo Común del Sistema Nacional de Salud (SNS) para la actuación ante violencia sexual (VS) y las herramientas de detección, como cuestionarios validados. Además, se subraya la importancia de la coordinación interdisciplinaria y multisectorial en la atención.
3. Intervenciones efectivas en salud sexual y reproductiva: Se exploran las estrategias dirigidas a prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados y disfunciones sexuales en víctimas de violencia. Este apartado incluye las recomendaciones sobre anticoncepción de emergencia y profilaxis post-exposición.

4. Abordaje psicológico y empoderamiento de las víctimas: Este bloque analiza intervenciones psicosociales basadas en evidencia, como terapias cognitivo-conductuales y enfoques informados por el trauma, para abordar el estrés postraumático, la ansiedad y la depresión. También incluye estrategias para fortalecer la autonomía y fomentar la recuperación integral de las víctimas.

Esta estructura permitirá fundamentar y desarrollar un protocolo específico que integre los enfoques biopsicosociales necesarios para abordar las necesidades de las mujeres víctimas de VG.

#### 5.1.4. Definición de...

<p><b>Violencia de género</b></p>	<p>Según la Asamblea General de las Naciones Unidas, es cualquier acto de violencia basado en el género que resulta o puede resultar en daño físico, sexual, psicológico o sufrimiento para las mujeres, incluidas amenazas, coerción o privación arbitraria de la libertad. (González Arroyo et al., 2006).</p>
<p><b>Salud sexual y reproductiva</b></p>	<p>Según la OMS, abarca un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, incluyendo la capacidad de tener relaciones sexuales seguras, decidir sobre la reproducción y acceso a servicios para prevenir ITS, embarazos no deseados y disfunciones sexuales.</p>
<p><b>Atención integral desde enfermería</b></p>	<p>Implica un enfoque biopsicosocial que aborde las necesidades físicas, psicológicas y sociales, considerando a la víctima como el centro del cuidado y respetando su autonomía (Sanidad, 2023).</p>

Tabla de elaboración propia

#### 5.1.5. Teorías y modelos relacionados

- Modelo biopsicosocial: Este modelo subraya que la atención sanitaria debe considerar no solo los aspectos físicos de la violencia, sino también los factores psicológicos y sociales que afectan a la víctima (Faúndes et al., 2006)

- Enfoque informado por el trauma: Propone que los servicios de salud deben ser sensibles al trauma vivido por las víctimas, evitando revictimización y proporcionando seguridad y confianza (Hegarty et al., 2022)
- Modelo LIVES: Incluye pasos esenciales para el manejo inicial de casos de VG: escuchar con empatía, indagar sobre necesidades, validar experiencias, mejorar la seguridad y conectar con recursos de apoyo (Gnanaselvam & Joseph, 2023)

### 5.1.6. Epidemiología de la violencia de género

- Prevalencia global: Se estima que un 30% de las mujeres a nivel mundial han sufrido violencia física, sexual o ambas por parte de sus parejas o terceros a lo largo de su vida (OMS, 2021)
- Contexto español: En España, en 2022, más de 100,000 denuncias por VG fueron registradas, siendo las mujeres jóvenes y embarazadas particularmente vulnerables (Sanidad, 2021)
- Impacto en la salud:
  - Salud física: Lesiones, ITS, embarazos no deseados, disfunciones sexuales.
  - Salud mental: Estrés postraumático, depresión, ansiedad, intentos de suicidio (Batista et al., 2020)

### 5.1.7. Barreras y desafíos en la atención sanitaria

- Subnotificación: El 30% de los casos de violencia psicológica y física no son reportados en contextos sanitarios, debido a la falta de información y el miedo a las represalias (Consejo General del Poder Judicial, 2024)
- Revictimización: La exposición repetida al relato del trauma o el manejo inadecuado por parte del personal sanitario puede agravar el daño psicológico.
- Falta de formación: Muchas enfermeras reportan sentirse incapaces de manejar estos casos debido a la falta de capacitación específica en VG (Valdés Sánchez et al., 2016)

<b>18- Aplicas el protocolo de VG en tu trabajo</b>	
<b>Siempre</b>	9,6%
<b>Normalmente</b>	24,6%
<b>Nunca</b>	65,8%

Elaboración a partir de Tabla 3 del artículo: Porcentajes de las respuestas dadas a las preguntas relacionadas con variables actitudinales y de opinión.

### **5.1.8. Factores socioculturales y de género**

- Estereotipos de género: Las normas culturales en otros países, que perpetúan la desigualdad y la tolerancia hacia la violencia dificultan la identificación y la intervención efectiva (Markan et al., 2022)
- Interseccionalidad: Factores como la etnia, la discapacidad, la inmigración o la orientación sexual agravan las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención sanitaria (Hegarty et al., 2022)

### **5.1.9. Bases legales y éticas**

- En España, la Ley Orgánica 1/2004 establece medidas de protección integral contra la VG, incluyendo la atención sanitaria. El consentimiento informado y la confidencialidad son pilares éticos que guían la atención a las víctimas (Gobierno de España, 2004)

## **5.2. Antecedentes y estudios previos**

La VG constituye un problema global que afecta significativamente la salud física, mental y social de las mujeres. Desde el ámbito sanitario, la atención integral es fundamental para abordar las secuelas de esta violencia. La estructura de un protocolo efectivo desde enfermería requiere una base sólida en la evidencia y un enfoque interdisciplinario. A continuación, se presentan los principales antecedentes y estudios previos que fundamentan este tema.

### **5.2.1. Reconocimiento de la violencia de género como problema de salud pública**

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos y un desafío para los sistemas de salud, pues impacta directamente en la morbilidad y mortalidad femenina (OMS, 2021).
- En España, documentos como el Protocolo Común del SNS para la actuación sanitaria ante la Violencia Sexual destacan la necesidad de una respuesta sanitaria estandarizada, enfatizando el papel de los profesionales de enfermería en la detección y el manejo de los casos (Sanidad, 2023)

### **5.2.2. Estrategias actuales en la atención sanitaria**

- La implementación del modelo biopsicosocial se considera clave para abordar integralmente la VG. Este enfoque ha sido adoptado en guías como la Guía de pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante VS, que prioriza tanto la intervención médica como el seguimiento psicológico y social (Sanidad, 2023)

- La herramienta LIVES, respaldada por la OMS, proporciona un marco práctico para que los profesionales sanitarios escuchen, validen, apoyen y guíen a las víctimas hacia recursos de ayuda (Gnanaselvam & Joseph, 2023).

### **5.2.3. Barreras en la implementación de protocolos**

- Estudios como el de Valdés Sánchez et al. (2016) muestran que solo el 9.6% de las enfermeras en España aplica protocolos de VG de forma rutinaria. Entre las barreras señaladas se encuentran la percepción de falta de tiempo en consulta, la escasez de formación específica, y la falta de herramientas prácticas para la detección precoz.
- Según el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (Ministerio de Sanidad, 2012), otro obstáculo frecuente es la resistencia de los profesionales a preguntar de forma sistemática sobre VG, lo que está relacionado con el temor a causar incomodidad o no saber cómo manejar adecuadamente la situación.
- A nivel internacional, Hegarty et al. (2022) señalan que las barreras estructurales, como la falta de recursos y la sobrecarga asistencial, dificultan la implementación de enfoques informados por el trauma, esenciales para garantizar una atención segura y efectiva en contextos de VG.

### **5.2.4. Impacto en la salud sexual y reproductiva**

- Rubini et al. (2023) subraya las consecuencias de la VS en la salud reproductiva de las mujeres, como el riesgo de ITS, embarazos no deseados y disfunciones sexuales. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incluir medidas preventivas, como la anticoncepción de emergencia y la profilaxis post-exposición, en los protocolos sanitarios.
- La vulnerabilidad de mujeres embarazadas ante la VG es otro tema crítico, como lo señala el Instrumento Común Estandarizado para la Detección Temprana de la VG en el SNS, que propone evaluaciones específicas en cada trimestre del embarazo (Sanidad, 2021).

### **5.2.5. Intervenciones psicológicas y psicosociales**

- Las intervenciones psicológicas, como las terapias cognitivo-conductuales y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), han demostrado reducir los síntomas de estrés postraumático y depresión en víctimas de VG (O'Doherty et al., 2023).
- El enfoque informado por el trauma es esencial para minimizar la revictimización, como señala el artículo de Hegarty et al. (2022). Este enfoque busca crear un entorno seguro y empático para las víctimas, lo que resulta especialmente relevante en la atención desde enfermería.

### **5.2.6. Perspectiva multidisciplinaria e interdisciplinaria**

- El artículo de González Arroyo y Macías García (2006) resalta la importancia de la coordinación entre enfermería, psicología, trabajo social y servicios jurídicos. Esta interacción garantiza un abordaje integral, desde la detección temprana hasta el seguimiento a largo plazo.
- Programas como el protocolo CONVERGE, descrito por Yount et al. (2023), enfatizan la formación en liderazgo y la colaboración multisectorial para mejorar la atención a víctimas de VG en contextos de bajos recursos.

### **5.2.7. Innovaciones y adaptaciones durante emergencias**

- Durante la pandemia de COVID-19, el aumento de la VG obligó a muchos sistemas sanitarios a implementar estrategias innovadoras para garantizar la atención a las víctimas. Según el Protocolo Común del SNS para la actuación ante la violencia sexual (Sanidad, 2023), en España se promovió la coordinación con servicios forenses y líneas de apoyo telefónico como herramientas clave para abordar esta problemática.
- A nivel internacional, un estudio de Hegarty et al. (2022) destacó cómo sistemas de salud en Australia adaptaron el modelo LIVES para su aplicación remota, utilizando teleconsultas y servicios digitales para evitar interrupciones en la atención sanitaria a víctimas de VG.
- O'Doherty et al. (2023) también identificaron la importancia de integrar intervenciones psicosociales basadas en tecnologías, como terapias online y sistemas de seguimiento remoto, para garantizar la continuidad asistencial durante crisis sanitarias globales.

### **5.2.8. Impacto cultural y comunitario**

- Sabri et al. (2023) destacan que las intervenciones comunitarias y educativas para transformar normas socioculturales son fundamentales para prevenir la VG. Incorporar estas estrategias en los protocolos puede promover un cambio estructural sostenible.
- La formación de enfermeras en competencias interculturales, como lo proponen Hegarty et al. (2022), es crucial para abordar las necesidades de poblaciones diversas y marginadas.

## **5.3. Estado actual del tema**

### **5.3.1. Avances en la comprensión de la violencia de género desde el ámbito sanitario**

- Los estudios revisados destacan avances significativos en la definición y reconocimiento de la VG como un problema de salud pública. Modelos como el enfoque biopsicosocial y el modelo LIVES han facilitado la estandarización de la atención a víctimas, integrando aspectos físicos, psicológicos y sociales (Gnanaselvam & Joseph, 2023)
- Existen protocolos sólidos en España, como el Protocolo Común del SNS para la actuación ante la VS, que ofrecen guías detalladas sobre intervención, seguimiento y coordinación multisectorial. Estos documentos han sido clave para establecer criterios de actuación homogéneos y evitar la revictimización (Sanidad, 2023)
- En el ámbito internacional, las intervenciones psicosociales han demostrado ser eficaces para reducir los efectos psicológicos de la violencia, como el estrés postraumático y la depresión. Sin embargo, su integración en el contexto de enfermería sigue siendo limitada, especialmente en atención primaria (Batista et al., 2020)

### **5.3.2. Principales carencias en el conocimiento actual**

- Formación insuficiente del personal sanitario
  - Aunque las enfermeras desempeñan un papel crucial en la detección y atención de casos de VG, estudios como el de Valdés Sánchez et al. (2016) muestran que muchas no cuentan con formación adecuada para identificar y manejar estos casos, lo que limita la aplicación rutinaria de protocolos.
  - Además, la formación sobre enfoques informados por el trauma y herramientas de detección específicas sigue siendo una asignatura pendiente en muchos programas educativos y capacitaciones continuas.
- Falta de integración de tecnologías en la atención
  - Durante emergencias como la pandemia de COVID-19, los sistemas de salud se vieron obligados a adaptarse rápidamente. Aunque se implementaron herramientas como líneas de ayuda y teleconsultas, su aplicación no ha sido sistemática ni suficientemente evaluada para integrarlas de manera efectiva en protocolos estándar (O'Doherty et al., 2023).

- Existe una carencia en la evaluación de la efectividad de herramientas digitales en contextos rurales o con acceso limitado a tecnología, lo que dificulta su implementación global.
- Subnotificación y barreras estructurales
  - La subnotificación sigue siendo un problema crítico, especialmente en casos de violencia psicológica. Aunque las guías del SNS destacan la importancia de la detección precoz, persisten barreras como la falta de tiempo en consulta y el temor de los profesionales a abordar el tema de manera sistemática (Sanidad, 2012)
  - A nivel internacional, la falta de recursos en contextos de bajos ingresos limita la capacidad de los sistemas de salud para proporcionar una atención integral, coordinada y sostenible (Hegarty et al., 2022)
- Carencias en la atención integral
  - Aunque los protocolos actuales enfatizan la importancia de abordar la salud sexual, reproductiva y psicológica, estos aspectos no siempre se implementan de forma equitativa. La atención psicológica sigue siendo menos accesible que la atención física, lo que puede dejar sin abordar las necesidades emocionales y mentales de las víctimas. (Sanidad, 2012)
  - Los estudios revisados sugieren que las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad, como inmigrantes, mujeres indígenas o aquellas con discapacidad, enfrentan obstáculos adicionales para acceder a servicios de calidad, lo que indica una falta de perspectiva interseccional en muchos protocolos actuales (Sabri et al. 2023)
- Estrategias preventivas limitadas
  - Aunque existen esfuerzos para integrar la prevención de la VG en programas educativos y comunitarios, su implementación no está suficientemente conectada con el ámbito sanitario. Esto subraya la necesidad de una mayor colaboración entre sistemas educativos, sociales y sanitarios.
- Recomendaciones para abordar las carencias
  - Ampliar la formación en detección y manejo de la VG para las enfermeras, incorporando herramientas validadas y enfoques informados por el trauma.
  - Promover la integración de tecnologías digitales en protocolos estándar, evaluando su impacto en diferentes contextos.
  - Fortalecer las estrategias de prevención, conectando iniciativas comunitarias y educativas con el sistema sanitario.

- Garantizar una atención equitativa e interseccional que considere las barreras específicas de poblaciones vulnerables.

### **5.3.3. Controversia en los resultados de algunos estudios**

#### **1. Estrategias para la detección precoz de la VG**

- Propuesta proactiva vs. respetuosa del ritmo de las víctimas
  - El artículo de Goicolea (2023) promueve la estrategia de "atreverse a preguntar", recomendando que los profesionales sanitarios indaguen de forma directa y sistemática sobre VG, especialmente en atención primaria. Argumenta que esta práctica visibiliza casos ocultos y permite una intervención temprana
  - En contraste, el Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista (COP Gipuzkoa, 2016) destaca la importancia de respetar el ritmo de las víctimas, enfatizando que preguntar sin una preparación adecuada puede ser contraproducente y generar retraumatización. Aquí se prioriza un enfoque más pausado y centrado en la confianza mutua antes de realizar preguntas directas

#### **2. Uso de herramientas estandarizadas en la atención sanitaria**

- Ventajas de estandarizar vs. necesidad de adaptabilidad
  - El Protocolo Común del SNS para la actuación ante la violencia sexual (Sanidad, 2023) destaca la importancia de implementar instrumentos estandarizados para la detección, valoración del riesgo y atención a las víctimas, como cuestionarios validados (WAST, AAS). Esto busca garantizar una respuesta homogénea y eficiente a nivel nacional.
  - Sin embargo, el artículo de Batista et al. (2020) argumenta que las intervenciones deben ser profundamente individualizadas, ya que las víctimas perciben y afrontan la violencia de manera distinta. Las herramientas estandarizadas, aunque útiles, podrían no captar todas las complejidades contextuales y emocionales de cada caso.

#### **3. Perspectiva sobre la prevención de la VG**

- Prevención primaria comunitaria vs. intervención sanitaria individual
  - Villardón-Gallego et al. (2023) hacen énfasis en que las estrategias educativas comunitarias, como talleres en escuelas y programas de sensibilización, son fundamentales para prevenir la VG desde edades tempranas. Su enfoque sugiere que el sistema sanitario debe desempeñar un rol secundario en la prevención primaria y centrarse más en la atención a las víctimas.

- Por otro lado, el artículo de Baides Noriega (2018) resalta que la prevención secundaria, realizada desde atención primaria por enfermeras, es clave para reducir las secuelas de la violencia. Este enfoque sitúa a los servicios sanitarios como el principal punto de contacto para identificar y prevenir el agravamiento de la VG.

#### **4. Atención durante emergencias y uso de tecnología**

- Potencial de la tecnología vs. limitaciones estructurales
  - Durante la pandemia, el artículo de Markan et al. (2022) destacó cómo herramientas digitales, como líneas de ayuda y aplicaciones móviles, permitieron una atención continua a las víctimas en contextos de confinamiento. Este enfoque sugiere que la tecnología puede ser un elemento transformador en la atención de la VG.
  - En cambio, el artículo de Hegarty et al. (2022) señala que, aunque útiles, estas tecnologías no son una solución universal. Subraya que muchas víctimas, especialmente en áreas rurales o de bajos ingresos, enfrentan barreras para acceder a herramientas digitales, lo que limita su efectividad en contextos globales.

### **5.4. Justificación**

La VG representa un problema multidimensional que afecta significativamente la salud física, mental y social de las mujeres, convirtiéndose en un desafío prioritario para los sistemas sanitarios. Desde el ámbito de la enfermería, la atención integral a las víctimas debe incluir estrategias específicas que aborden las necesidades de salud sexual, reproductiva y psicológica de manera coordinada y basada en evidencia. Sin embargo, como se ha destacado en los apartados anteriores, persisten brechas y desafíos que justifican la necesidad de profundizar en el conocimiento y la práctica.

#### **5.4.1. Relevancia científica**

En el análisis de estudios previos se han identificado limitaciones en la implementación de protocolos estandarizados y adaptados al contexto. Aunque se han desarrollado modelos efectivos, como el enfoque biopsicosocial y el modelo LIVES, persisten barreras estructurales y operativas, como la falta de formación del personal sanitario, la subnotificación de casos y las dificultades para integrar tecnologías en la atención. Además, las víctimas en situaciones de vulnerabilidad, como mujeres inmigrantes o con discapacidad, enfrentan obstáculos adicionales para acceder a servicios de calidad.

La investigación observacional permite:

- Identificar barreras y facilitadores en la implementación de protocolos desde enfermería.
- Evaluar cómo las características individuales de las víctimas y los contextos sanitarios influyen en la atención.
- Generar datos que contribuyan al desarrollo de estrategias basadas en evidencia para mejorar la calidad asistencial y reducir las desigualdades en el acceso a la atención.

### **1. *Perspectiva desde enfermería***

El papel de la enfermería en la atención a víctimas de VG es esencial debido a la cercanía que los profesionales tienen con las pacientes y su capacidad para ofrecer una atención centrada en la persona. Sin embargo, como se ha señalado en estudios previos:

- Muchas enfermeras reportan sentirse incapaces de manejar casos de VG por falta de formación adecuada y recursos específicos.
- La atención psicológica y reproductiva suele ser menos priorizada que la intervención física inmediata, lo que limita la recuperación integral de las víctimas.

Un proyecto de investigación observacional permitirá a las enfermeras:

- Comprender las dinámicas de la atención en diversos contextos, identificando puntos críticos de mejora.
- Recopilar información valiosa sobre las necesidades no cubiertas de las víctimas, especialmente en relación con su salud sexual, reproductiva y psicológica.
- Evaluar la efectividad de herramientas de detección y protocolos existentes, adaptándolos a las realidades locales y las especificidades culturales.

### **2. *Necesidad de una metodología observacional***

La elección de un diseño observacional se justifica por las siguientes razones:

- Este enfoque permite describir el estado actual de la atención desde enfermería a víctimas de VG, ofreciendo una visión realista y contextualizada de las prácticas, barreras y necesidades.
- Los datos obtenidos pueden servir como base para el diseño de futuras intervenciones y programas de formación adaptados a las necesidades reales de los profesionales de enfermería y las víctimas.

### **3. Impacto esperado**

Los resultados de este proyecto contribuirán a:

- Optimizar los protocolos de atención integral desde enfermería, promoviendo un enfoque centrado en las necesidades de las víctimas.
- Mejorar la formación de los profesionales sanitarios, asegurando que estén preparados para abordar todas las dimensiones de la VG.
- Influir en políticas sanitarias y estrategias nacionales de prevención y atención, fortaleciendo el papel de la enfermería en la lucha contra la VG.

En definitiva, este proyecto de investigación observacional es una respuesta necesaria y fundamentada a las carencias identificadas, alineándose con los objetivos científicos y éticos de la enfermería y el sistema sanitario.

## 6. OBJETIVOS

### 6.1. OBJETIVOS

#### 6.1.1. Objetivo general

Reunir la información necesaria para diseñar un protocolo de atención integral desde enfermería para abordar la salud sexual, reproductiva y psicológica de mujeres víctimas de VG, basado en evidencia científica y adaptado al contexto sanitario actual.

#### 6.1.2. Objetivos específicos

Describir las necesidades de salud sexual, reproductiva y psicológica de las mujeres víctimas de VG atendidas en el ámbito sanitario.
Analizar el conocimiento que los profesionales de enfermería tienen sobre los protocolos y modelos en Madrid, identificando sus fortalezas y limitaciones desde la perspectiva de enfermería.
Determinar las barreras y facilitadores que afectan la implementación de un protocolo de atención integral desde enfermería en casos de VG.
Conocer qué herramientas específicas hay en la actualidad para la detección y manejo de casos de VG, centradas en la práctica de enfermería.
Revisar qué estrategias de formación hay para profesionales de enfermería que favorezcan la implementación del protocolo de atención integral.
Evaluar la factibilidad y adaptabilidad del protocolo en distintos entornos sanitarios, como atención primaria y hospitales.

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

#### 7.1.1. Tipo de estudio

Este será un estudio descriptivo observacional de carácter transversal.

#### 7.1.2. Justificación del diseño

- **Descriptivo observacional:** Un diseño descriptivo observacional es adecuado porque el objetivo principal es identificar y describir las necesidades de salud sexual, reproductiva y psicológica de las mujeres víctimas de VG y las barreras en la implementación de protocolos desde enfermería.

Este tipo de diseño implica observar y analizar la situación actual en el entorno sanitario para generar conclusiones basadas en la evidencia.

- **Carácter transversal:** El carácter transversal permite recolectar datos en un momento específico o durante un periodo definido, lo que es suficiente para identificar las necesidades y limitaciones actuales.
- **Duración del estudio:** La duración total estimada del estudio será de 6 meses, distribuidos de la siguiente manera:

<b>TIEMPO</b>	<b>DISTRIBUCIÓN</b>
<i>Meses 1-2</i>	Revisión bibliográfica y diseño de instrumentos (encuestas, cuestionarios, etc.)
<i>Meses 3-4</i>	Recolección de datos en los entornos sanitarios seleccionados (por ejemplo, entrevistas o cuestionarios a enfermeras y análisis de casos registrados)
<i>Meses 5-6</i>	Análisis de datos, redacción de conclusiones y elaboración del informe final

Tabla de elaboración propia

- **Justificación de la duración:** La duración de 6 meses es adecuada porque permite:
  - Llevar a cabo un análisis exhaustivo de las necesidades y barreras en el tiempo disponible.
  - Generar resultados concluyentes a partir de una muestra representativa de profesionales de enfermería o casos de VG en un periodo razonable.

## **7.2. SUJETOS DE ESTUDIO**

### **7.2.1. Población diana**

La población diana estará constituida por:

- Enfermeras/os que trabajan en el ámbito de la atención primaria y especializada en centros de salud y hospitales públicos en Madrid.
- Mujeres víctimas de VG que han sido atendidas en los servicios sanitarios durante el último año.

Este enfoque permite abordar tanto las perspectivas de los profesionales encargados de la atención como las experiencias y necesidades de las mujeres atendidas.

### **7.2.2. Población accesible**

Profesionales de enfermería de centros de atención primaria y hospitales públicos ubicados en la Comunidad Autónoma de Madrid, seleccionada para el estudio.

Mujeres víctimas de VG atendidas en estos mismos servicios sanitarios y que cumplan los criterios de inclusión descritos a continuación:

#### **1. Criterios de inclusión**

- Para profesionales de enfermería:
  - Tener una experiencia mínima de 6 meses como enfermera.
  - Aceptar participar voluntariamente en el estudio.
- Para mujeres víctimas de VG:
  - Haber recibido atención en los servicios sanitarios seleccionados durante el último año.
  - Consentir su participación en el estudio, garantizando su anonimato y confidencialidad.

#### **2. Criterios de exclusión**

- Profesionales de enfermería en periodo de prácticas o que no trabajen directamente en la atención a pacientes.
- Mujeres con situaciones judiciales abiertas relacionadas con el caso de violencia, para evitar cualquier posible conflicto ético o legal.

#### **3. Tipo de muestreo**

Se empleará un muestreo polietápico estratificado, garantizando una representación equitativa de los distintos niveles asistenciales dentro de la Comunidad de Madrid.. El procedimiento será el siguiente:

- Estratificación: Se dividirán los centros de salud en atención primaria y hospitalaria, asegurando la representación de ambos niveles asistenciales. Dentro de cada nivel, se agruparán los centros según las 7 direcciones asistenciales del Servicio Madrileño de Salud:
  - Norte
  - Noroeste
  - Oeste
  - Centro
  - Este
  - Sureste
  - Sur

#### **4. Selección aleatoria:**

- Se seleccionará un centro de atención primaria y un hospital por cada dirección asistencial, obteniendo un total de 14 centros (7 de atención primaria y 7 hospitalarios).
- La selección se realizará mediante un programa informático de muestreo aleatorio, asegurando una distribución equitativa.

#### **5. Selección de participantes:**

- Dentro de cada centro seleccionado, se invitará a participar a profesionales de enfermería que cumplan los criterios de inclusión, hasta alcanzar el tamaño de muestra requerido.
  - **Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra dependerá del tamaño de la población de referencia y de la incidencia del criterio de inclusión. Se utilizará un programa informático de muestreo (por ejemplo, Survey Monkey) para determinar el tamaño más adecuado.
  - **Lugar del estudio:** El estudio se llevará a cabo en:
    - Centros de atención primaria y hospitales públicos en la comunidad autónoma de Madrid.

Estos entornos se seleccionan porque son los puntos de contacto inicial y recurrente para mujeres víctimas de VG, permitiendo una visión completa de la atención brindada.

## 7.3. VARIABLES

### 7.3.1. Tabla resumen de las variables

Variable	Tipo de variable	Unidad de medida/Categorías	Herramienta de recogida	Justificación de su inclusión
<b>Formación en violencia de género</b>	Cualitativa nominal	Sí/No (Formación específica recibida)	Cuestionario estructurado	Formación insuficiente identificada como barrera frecuente.
<b>Percepción de competencia</b>	Cualitativa ordinal	Escala Likert (1: Nada competente; 5: Muy competente)		Relacionada con la aplicación de protocolos.
<b>Aplicación de protocolos</b>	Cualitativa nominal	Sí/No		Baja aplicación de protocolos evidenciada en estudios.
<b>Número de casos atendidos</b>	Cuantitativa discreta	Número de casos (0, 1, 2...)		Identificar experiencia directa con víctimas.
<b>Barreras percibidas</b>	Cualitativa nominal	Lista de opciones predefinidas (falta de tiempo, formación, recursos, etc.)		Identificar limitaciones en el entorno sanitario.
<b>Necesidades percibidas de las víctimas</b>	Cualitativa nominal	Categorías: Salud sexual, reproductiva, psicológica, otras		Exploración de las necesidades no cubiertas.
<b>Edad</b>	Cuantitativa discreta	Años		Variable descriptiva relevante en el perfil de los participantes.
<b>Experiencia profesional</b>	Cuantitativa discreta	Años		Determinar relación entre experiencia y competencias.
<b>Satisfacción con recursos disponibles</b>	Cualitativa ordinal	Escala Likert (1: Muy insatisfecho; 5: Muy satisfecho)		Relacionada con la percepción de efectividad institucional.

Tabla de elaboración propia

### **7.3.2. Descripción detallada de cada variable**

#### **1. Formación en violencia de género**

- Tipo de variable: Cualitativa nominal.
- Unidad de medida: Categorías "Sí/No".
- Herramienta de recogida: Cuestionario estructurado.
- Justificación: La formación insuficiente en VG ha sido identificada como una barrera clave en la atención de las víctimas (Valdés Sánchez et al., 2016). Evaluar esta variable permitirá identificar posibles deficiencias formativas en el personal de enfermería.

#### **2. Percepción de competencia**

- Tipo de variable: Cualitativa ordinal.
- Unidad de medida: Escala Likert de 1 a 5 (1: Nada competente; 5: Muy competente).
- Herramienta de recogida: Cuestionario estructurado.
- Justificación: La autopercepción de competencia está directamente relacionada con la capacidad de los profesionales para detectar y atender casos de VG.

#### **3. Aplicación de protocolos**

- Tipo de variable: Cualitativa nominal.
- Unidad de medida: Categorías "Sí/No".
- Herramienta de recogida: Cuestionario estructurado.
- Justificación: Los estudios han mostrado una baja aplicación de protocolos en atención primaria debido a barreras formativas y organizativas (Sanidad, 2012).

#### **4. Número de casos atendidos**

- Tipo de variable: Cuantitativa discreta.
- Unidad de medida: Número entero.
- Herramienta de recogida: Cuestionario estructurado.
- Justificación: Permite evaluar la experiencia directa de los profesionales en la atención a víctimas.

#### **5. Barreras percibidas**

- Tipo de variable: Cualitativa nominal.
- Unidad de medida: Lista de barreras específicas (falta de tiempo, formación, recursos, coordinación, etc.).
- Herramienta de recogida: Cuestionario estructurado.
- Justificación: Identificar las principales dificultades percibidas por el personal es clave para el diseño de un protocolo efectivo.

## 6. Necesidades percibidas de las víctimas

- Tipo de variable: Cualitativa nominal.
- Unidad de medida: Categorías específicas (salud sexual, reproductiva, psicológica, otras).
- Herramienta de recogida: Cuestionario estructurado.
- Justificación: Evaluar estas necesidades es fundamental para garantizar que el protocolo diseñado cubra todos los aspectos esenciales de la atención integral.

## 7. Edad

- Tipo de variable: Cuantitativa discreta.
- Unidad de medida: Años.
- Herramienta de recogida: Cuestionario estructurado.
- Justificación: Permite contextualizar los datos según el perfil demográfico de los participantes.

## 8. Experiencia profesional

- Tipo de variable: Cuantitativa discreta.
- Unidad de medida: Años.
- Herramienta de recogida: Cuestionario estructurado.
- Justificación: Relacionar la experiencia con las competencias percibidas y la aplicación de protocolos puede ofrecer información valiosa.

## 9. Satisfacción con los recursos disponibles

- Tipo de variable: Cualitativa ordinal.
- Unidad de medida: Escala Likert de 1 a 5 (1: Muy insatisfecho; 5: Muy satisfecho).
- Herramienta de recogida: Cuestionario estructurado.
- Justificación: Permite evaluar cómo perciben los profesionales los recursos actuales y su relación con la calidad de la atención.

## 7.4. PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

### 7.4.1. Solicitud de permisos y consentimiento informado

Antes de la recolección de datos, se solicitará la autorización de los comités de ética y de las instituciones sanitarias participantes en el estudio.

A los participantes (profesionales de enfermería) se les informará sobre:

- El propósito del estudio.
- La voluntariedad de su participación.
- La confidencialidad y el anonimato de los datos.
- La posibilidad de retirar su consentimiento en cualquier momento sin consecuencias.

Cada participante firmará un consentimiento informado, siguiendo la normativa vigente de protección de datos y ética en investigación.

#### **7.4.2. Fases del procedimiento**

La recogida de datos se llevará a cabo en tres fases, con visitas estructuradas a los centros seleccionados.

##### **Fase 1: Contacto con los centros y selección de participantes (Mes 3)**

- Se establecerá contacto con los 14 centros seleccionados (7 hospitales y 7 centros de salud).
- Se explicará el estudio a los equipos de enfermería y se invitará a participar a los profesionales que cumplan los criterios de inclusión.
- Se entregará el consentimiento informado a los interesados y se recogerán las firmas.

##### **Fase 2: Aplicación de encuestas y cuestionarios (Mes 4-5)**

- Se proporcionará a cada participante un cuestionario estructurado diseñado para evaluar:
    - Conocimientos sobre protocolos y modelos de atención a víctimas de VG.
    - Formación previa en VG.
    - Barreras percibidas en la aplicación de protocolos (pregunta cerrada con opciones predefinidas).
    - Estrategias de formación existentes.
    - Percepción de competencia en la atención a víctimas (escala Likert de 1 a 5).
    - Experiencia profesional y número de casos atendidos.
    - Satisfacción con los recursos disponibles (escala Likert de 1 a 5).
- Modo de aplicación:
- Preferiblemente en formato online (a través de Survey Monkey o Google Forms).
  - En caso de que un participante lo prefiera, se proporcionará una versión impresa del cuestionario.

Tiempo estimado: 15-20 minutos por participante.

##### **Fase 3: Seguimiento y control de calidad de los datos**

- Durante la recolección, se realizarán recordatorios periódicos a los participantes para aumentar la tasa de respuesta.
- Se verificará la completitud y coherencia de los cuestionarios para evitar respuestas inconsistentes.
- Los datos serán almacenados en una base de datos encriptada, accesible solo para los investigadores.

**Fase 4: Análisis de datos (Mes 5-6)**

- Una vez finalizada la recogida, los datos serán procesados utilizando un software estadístico (SPSS o similar).
- Se realizarán análisis descriptivos para identificar patrones en las respuestas.

## 7.5. FASES DEL ESTUDIO, CRONOGRAMA

### 7.5.1. Cronograma del estudio

Fase	Objetivo	Actividades principales	Duración
<b>1. Conceptualización y diseño</b>	Definir el marco teórico y la metodología del estudio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión bibliográfica</li> <li>Definición de objetivos e hipótesis</li> <li>Diseño del protocolo de estudio</li> </ul>	Mes 1-2
<b>2. Solicitud de permisos y aprobación ética</b>	Obtener la autorización de los centros y comités de ética	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación del proyecto a los comités de ética</li> <li>Contacto con los centros de salud y hospitales seleccionados</li> </ul>	Mes 2
<b>3. Diseño de herramientas y preparación del estudio</b>	Elaborar los instrumentos de recogida de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño de encuestas y cuestionarios</li> <li>Validación y prueba piloto de los instrumentos</li> </ul>	Mes 2-3
<b>4. Recogida de datos</b>	Obtener información de los participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contacto con los centros seleccionados</li> <li>Firma de consentimientos informados</li> <li>Aplicación de encuestas y cuestionarios</li> </ul>	Mes 3-5
<b>5. Análisis de datos</b>	Procesar y sintetizar la información recopilada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depuración y organización de datos</li> <li>Análisis estadístico</li> <li>Elaboración de tablas y gráficos</li> </ul>	Mes 5-6
<b>6. Redacción del informe final</b>	Elaborar el documento final del TFG	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interpretación de resultados</li> <li>Redacción de conclusiones</li> <li>Revisión y correcciones</li> </ul>	Mes 6

Tabla de elaboración propia

## 7.5.2. Gráfico del cronograma



Gráfico de elaboración propia

## **7.6. ANÁLISIS DE DATOS**

El análisis de datos se realizará mediante el software estadístico SPSS, o Excel, utilizando estadística descriptiva para caracterizar la muestra y explorar las variables de estudio. Además, se aplicarán pruebas de asociación para identificar relaciones entre los conocimientos, formación y barreras percibidas por los profesionales de enfermería en la atención a mujeres víctimas de VG.

### **7.6.1. Estadística descriptiva**

Se empleará para resumir y visualizar las características de los participantes y sus respuestas:

- Variables cualitativas (categóricas):
  - Se calcularán frecuencias absolutas y relativas (%).
  - Se representarán mediante gráficos de barras y diagramas de sectores.
  - Ejemplo: porcentaje de enfermeras con formación específica en VG (Sí/No).
- Variables cuantitativas:
  - Se calcularán media y desviación estándar (si los datos siguen una distribución normal) o mediana y rango intercuartílico (si no siguen una distribución normal).
  - Se representarán mediante histogramas y diagramas de caja (boxplots).
  - Ejemplo: años de experiencia profesional de los participantes.

### 7.6.2. Análisis de asociación entre variables

<p><i>Asociación entre la formación en violencia de género y la percepción de competencias:</i></p>	<p>Test de Chi-cuadrado (<math>\chi^2</math>) para comparar si existe una diferencia significativa en la percepción de competencia entre quienes han recibido formación y quienes no.</p>	<p>Ejemplo: ¿Las enfermeras con formación específica en violencia de género se sienten más competentes en su detección y manejo?</p>
<p><i>Relación entre la experiencia profesional y la percepción de competencia:</i></p>	<p>Se analizará la correlación de Pearson (si la distribución es normal) o de Spearman (si no lo es).</p>	<p>Ejemplo: ¿Las enfermeras con más años de experiencia tienen una mayor autopercepción de competencia en la atención a víctimas de violencia de género?</p>
<p><i>Asociación entre barreras percibidas y aplicación de protocolos:</i></p>	<p>Se comparará el número de profesionales que aplican protocolos de atención según las barreras percibidas (falta de formación, falta de tiempo, falta de recursos, etc.) mediante el test de Chi-cuadrado.</p>	<p>Ejemplo: ¿Los profesionales que identifican la falta de formación como una barrera aplican menos los protocolos de detección de violencia de género?</p>
<p><i>Comparación del número de casos atendidos según nivel asistencial (atención primaria vs. hospitalaria):</i></p>	<p>Se utilizará la prueba t de Student (si los datos son normales) o la prueba de Mann-Whitney U (si no lo son).</p>	<p>Ejemplo: ¿Las enfermeras en hospitales han atendido más casos de violencia de género que las de atención primaria?</p>

Tabla de elaboración propia

### 7.6.3. Nivel de significación estadística

Para determinar la significación estadística de los resultados, se establecerá un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = 0,05$ ). Se considerarán asociaciones significativas aquellas con un valor  $p < 0,05$ .

#### 7.6.4. Test de normalidad

Para determinar la distribución de los datos obtenidos en el estudio, se realizarán pruebas de normalidad antes de aplicar los análisis estadísticos correspondientes. Se utilizarán los siguientes métodos:

- **Test de Shapiro-Wilk:** Se empleará cuando el tamaño muestral sea menor de 50 participantes, ya que es una prueba más sensible para detectar desviaciones de la normalidad en muestras pequeñas.
- **Test de Kolmogorov-Smirnov:** Se aplicará en muestras de 50 o más participantes, permitiendo evaluar si la distribución de los datos difiere significativamente de una distribución normal.

En caso de que los datos sigan una distribución normal, se aplicarán pruebas paramétricas como la prueba t-Student para comparaciones entre grupos. Si los datos no presentan una distribución normal, se utilizarán pruebas no paramétricas, como la U de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis, según corresponda.

Estos análisis permitirán seleccionar el test estadístico más adecuado para interpretar correctamente los resultados del estudio.

#### 7.6.5. Justificación del análisis

Este enfoque permitirá:

- Describir el nivel de formación y conocimientos de los profesionales de enfermería en la detección y manejo de la VG.
- Identificar las principales barreras que dificultan la aplicación de protocolos.
- Explorar si la experiencia profesional o la formación previa influyen en la percepción de competencia y en la aplicación de protocolos.
- Proporcionar información clave para el futuro diseño de estrategias formativas y de mejora en la atención integral a mujeres víctimas de VG.

## **8. ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudio se desarrollará siguiendo los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y la Ley de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (LOPDGDD 3/2018), asegurando el respeto a la dignidad, privacidad y bienestar de los participantes.

### **8.1. Aprobación por un Comité de Ética**

El protocolo del estudio será presentado al Comité de Ética de Investigación con Medicamentos (CEIm) del hospital o institución correspondiente para su evaluación y aprobación antes de iniciar la recogida de datos.

### **8.2. Consentimiento informado y aceptación de participación**

- Antes de participar en el estudio, todos los sujetos recibirán una hoja de información detallando los objetivos, metodología y posibles implicaciones del estudio.
- Se enfatizará que la participación es totalmente voluntaria y que podrán retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
- Los participantes deberán firmar un consentimiento informado antes de completar el cuestionario.
- En caso de encuestas online, se incluirá un consentimiento informado digital, donde la participación se considerará una aceptación implícita tras la lectura del documento informativo.

### **8.3. Riesgos potenciales para los participantes**

Dado que este es un estudio observacional, los riesgos para los participantes son mínimos. Sin embargo, se identifican los siguientes aspectos a considerar:

- Posible malestar emocional: Algunas preguntas pueden generar incomodidad, especialmente en profesionales con experiencias previas en la atención a víctimas de VG. Se ofrecerá la posibilidad de no responder ciertas preguntas si así lo desean.
- Sesgo de deseabilidad social: Los participantes podrían sentirse inclinados a responder de manera que consideren más aceptable, en lugar de reflejar sus conocimientos o experiencias reales. Para minimizar este sesgo, los cuestionarios serán anónimos y se aclarará que no hay respuestas correctas o incorrectas.

### **8.4. Protección de la confidencialidad y anonimato**

Para garantizar la privacidad de los participantes y la seguridad de los datos, se implementarán las siguientes medidas:

- Anonimización de datos:
  - Los cuestionarios no incluirán información personal identificativa (nombre, DNI, número de colegiado, etc.).
  - Se emplearán códigos alfanuméricos en lugar de datos personales para cualquier referencia interna.
- Almacenamiento seguro de la información:
  - Los datos recogidos se guardarán en una base de datos encriptada y protegida con contraseña.
  - Solo los investigadores del estudio tendrán acceso a la información.
  - No se compartirán datos individuales, solo resultados agrupados.
- Uso exclusivo con fines científicos:
  - Los datos serán utilizados únicamente para el análisis del estudio y no serán compartidos con terceros.
  - Al finalizar la investigación, la base de datos será eliminada de manera segura, conforme a la normativa de protección de datos.

## 9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como todo estudio observacional, esta investigación presenta ciertas limitaciones que pueden afectar su validez interna y externa, las cuales se detallan a continuación:

### 9.1. Validez interna (Precisión dentro del estudio)

- Sesgo de información (deseabilidad social):

Los participantes podrían responder de manera que consideren más éticamente correcta en lugar de reflejar sus conocimientos o prácticas reales. Para minimizar este sesgo, se garantizará el anonimato de las respuestas y se aclarará que no hay respuestas correctas o incorrectas.

- Sesgo de recuerdo:

Las respuestas sobre experiencias previas en la atención a víctimas de VG pueden verse afectadas por la memoria del participante. Al no acceder a registros clínicos, los datos se basan en la percepción subjetiva del profesional.

- Falta de triangulación de datos:

El estudio se basa únicamente en encuestas a profesionales de enfermería, sin incluir observaciones directas o análisis de registros clínicos. Esto limita la posibilidad de contrastar la información con otras fuentes.

### 9.2. Validez externa (Generalización de los resultados)

- Muestra restringida a la Comunidad de Madrid:

Los resultados estarán limitados al contexto sanitario de Madrid, lo que podría dificultar la extrapolación de los hallazgos a otras regiones con diferentes características organizativas y poblacionales.

- Tamaño de la muestra:

Aunque el estudio aplicará un muestreo estratificado para garantizar representatividad en los diferentes niveles asistenciales, el número de participantes dependerá de la disponibilidad y voluntariedad del personal de enfermería, lo que podría afectar la potencia estadística del análisis.

- Limitación en la identificación de causalidad:

Dado que el diseño es transversal y no longitudinal, solo se podrá establecer asociaciones entre variables, pero no determinar causalidad entre la formación, experiencia y la aplicación de protocolos en VG.

### **9.3. Posibles dificultades en la recogida de datos**

- Disponibilidad y respuesta de los participantes: El personal de enfermería puede tener cargas de trabajo elevadas, lo que podría reducir la tasa de respuesta a las encuestas. Para mitigar este problema, se utilizarán recordatorios periódicos y se ofrecerá la opción de responder en formato online para mayor accesibilidad.

A pesar de estas limitaciones, el estudio proporciona información valiosa sobre el conocimiento, formación y barreras en la atención a víctimas de VG, sirviendo como base para el desarrollo futuro de protocolos de actuación específicos.

## 10. Bibliografía

Sanidad, M. d. (2023). *Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual*. [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/GUIA\\_PAUTAS\\_BASICAS-SNS\\_VSEXUAL\\_07-03-2023\\_web.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/GUIA_PAUTAS_BASICAS-SNS_VSEXUAL_07-03-2023_web.pdf)

Goicolea, I. What a critical public health perspective can add to the analysis of healthcare responses to gender-based violence that focus on asking. *BMC Public Health* **23**, 1738 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16641-4>

Tappis, H., Freeman, J., Glass, N., & Doocy, S. (2016). Effectiveness of Interventions, Programs and Strategies for Gender-based Violence Prevention in Refugee Populations: An Integrative Review. *PLoS currents*, *8*, ecurrents.dis.3a465b66f9327676d61eb8120eaa5499. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.3a465b66f9327676d61eb8120eaa5499>

Blindow, K.J., Cedstrand, E., Elling, D.L. et al. Gender-based violence and harassment at work and health and occupational outcomes. A systematic review of prospective studies. *BMC Public Health* *24*, 1788 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19304-0>

Batista, V. C., Marcon, S. S., Peruzzo, H. E., Ruiz, A. G. B., Reis, P. dos ., Silva, A. M. N. da ., & Mandú, E. N. T.. (2020). Prisoners of suffering: perception of women on violence practiced by intimate partners. *Revista Brasileira De Enfermagem*, *73*, e20190219. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0219>

Faúndes, A., Rosas, C. F., Bedone, A. J., & Orozco, L. T.. (2006). Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia*, *28*(2), 126–135. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000200009>

Yount, K. M., Comeau, D., Blake, S. C., Sales, J., Sacks, M., Nicol, H., Bergenfeld, I., Kalokhe, A. S., Stein, A. D., Whitaker, D. J., Parrott, D., & Van, H. T. H. (2023). Consortium for violence prevention research, leadership training, and implementation for excellence (CONVERGE): a protocol to train science leaders in gender-based-violence and violence-against-children research for impact. *Frontiers in public health*, *11*, 1181543. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1181543>

(Sanidad, Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud, 2021) [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Doc\\_Aprobado\\_CISNS\\_Instrum\\_Estandariz\\_Detec\\_Temprana\\_VG\\_1Dic2021\\_OSM.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Doc_Aprobado_CISNS_Instrum_Estandariz_Detec_Temprana_VG_1Dic2021_OSM.pdf)

María del Carmen Fernández Alonso, Lydia Salvador Sánchez, Maria Begoña González Bustillo, Vicenta Escribá-Agüir (2024). La respuesta necesaria de los servicios de salud ante la violencia de género. Atención integral y prestación de servicios integrados. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102858>

Antonio Alberto González Arroyo, Jaime Macias García (2006). Maltrato doméstico: Plan de Cuidados de Enfermería. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/301>

Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa. (2016). Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista <https://www.cop.es/uploads/PDF/MANUAL-PSICOLOGICA-VICTIMAS-VIOLENCIA-GENERO.pdf>

Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía (2024). Protocolo de actuación y coordinación sanitaria ante agresiones sexuales en Andalucía. [https://corazonessinmiedo.es/wp-content/uploads/2024/05/2024\\_Protocolo\\_Andaluz\\_Agresiones\\_Sexuales.pdf](https://corazonessinmiedo.es/wp-content/uploads/2024/05/2024_Protocolo_Andaluz_Agresiones_Sexuales.pdf)

Ministerio de Sanidad (2023) Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/equidad/saludGenero/vcm/ccicvsggt/pcasvsex2023.htm>

Ministerio de Sanidad (2012) Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/PSanitarioVG2012.pdf>

O'Doherty, L., Whelan, M., Carter, G. J., Brown, K., Tarzia, L., Hegarty, K., Feder, G., & Brown, S. J. (2023). Psychosocial interventions for survivors of rape and sexual assault experienced during adulthood. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD013456. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013456.pub2>

World Health Organization (2005) Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists <https://www.who.int/publications/i/item/9241546476>

Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S., Di Tanna, G. L., & García-Moreno, C. (2021). Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD012423. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>

Vasconcelos, N. M., Bernal, R. T. I., Souza, J. B., Bordoni, P. H. C., Stein, C., Coll, C. V. N., Murray, J., & Malta, D. C. (2024). Underreporting of violence against women: an analysis of two data sources. Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. *Ciencia & saude coletiva*, 29(10), e07732023. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.07732023>

Valdés Sánchez, C. A., García Fernández, C., & Sierra Díaz, Á. (2016). Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria [Gender violence: Knowledge and attitudes of nurses in Primary Care]. *Atencion primaria*, 48(10), 623–631. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>

Baides Noriega, Raquel. (2018). Violencia de Género: papel de Enfermería en la

Prevención Secundaria desde Atención Primaria. *Enfermería Global*, 17(51), 484-508. Epub 01 de julio de 2018. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.307241>

González Fernández-Conde, M. D. M., Camero Zavaleta, C. E., & Menéndez Suárez, M. (2024). Prevención primaria de la violencia de género [Primary prevention of gender-based violence]. *Atencion primaria*, 56(11), 102845. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102845>

Markan, M., Dhingra, R., Segan, M., Dabla, V., Sagar, M., Neogi, S., Dey, S., & Chakravarty, N. (2022). Gender-based violence programming in times of COVID-19: Challenges, strategies and recommendations. *Frontiers in global women's health*, 3, 952688. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.952688>

Hegarty, K. L., Andrews, S., & Tarzia, L. (2022). Transforming health settings to address gender-based violence in Australia. *The Medical journal of Australia*, 217(3), 159–166. <https://doi.org/10.5694/mja2.51638>

Villardón-Gallego, L., García-Cid, A., Estévez, A., & García-Carrión, R. (2023). Early Educational Interventions to Prevent Gender-Based Violence: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(1), 142. <https://doi.org/10.3390/healthcare11010142>

Gnanaselvam, N. A., & Joseph, B. (2023). Prevention of Gender-Based Violence and Harassment at Workplace in India. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 27(3), 193–196. [https://doi.org/10.4103/ijoom.ijoom\\_234\\_23](https://doi.org/10.4103/ijoom.ijoom_234_23)

Sabri, B., Sellke, R., Smudde, M., Bourey, C., & Murray, S. M. (2023). Gender-Based Violence Interventions in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Interventions at Structural, Community, Interpersonal, Individual, and Multiple Levels. *Trauma, violence & abuse*, 24(5), 3170–3186. <https://doi.org/10.1177/15248380221126181>

Chen, Y., Mendes, K., Gosse, C., Hodson, J., & Veletsianos, G. (2024). Canadian Gender-Based Violence Prevention Programs: Gaps and Opportunities. *Violence against women*, 10778012241259727. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10778012241259727>

Williams, J. R., Gonzalez-Guarda, R. M., Halstead, V., Martinez, J., & Joseph, L. (2020). Disclosing Gender-Based Violence During Health Care Visits: A Patient-Centered Approach. *Journal of interpersonal violence*, 35(23-24), 5552–5573. <https://doi.org/10.1177/0886260517720733>

Melendez-Torres, G. J., Bonell, C., Shaw, N., Orr, N., Chollet, A., Rizzo, A., Rigby, E., Hagell, A., Young, H., Berry, V., Humphreys, D. K., & Farmer, C. (2023). Are school-based interventions to prevent dating and relationship violence and gender-based violence equally effective for all students? Systematic review and equity analysis of moderation analyses in randomised trials. *Preventive medicine reports*, 34, 102277. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102277>

Borràs Cuevas, B., Andreu Mondon, J., Monroy-Parada, D. X., & Romaguera Lliso, A. (2023). Detección de violencia de género en mujeres jóvenes que acuden a un centro de atención primaria [Gender-based violence detection in young women attending a primary healthcare center]. *Atencion primaria*, 55(1), 102524. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102524>

Gobierno de España. (2004). *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 313, 29 de diciembre de 2004. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760&p=20210605&tn=6>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Encuesta de Violencia de Género (EVDVG) 2023*. Recuperado de <https://www.ine.es/dynqs/Prensa/es/EVDVG2023.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra las mujeres*. Recuperado el 19 de enero de 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Consejo General del Poder Judicial. (2024). *Las 194.658 víctimas de la violencia de género de 2023: 533 mujeres cada día suponen un aumento del diez por ciento con respecto al año anterior*. Recuperado de <https://www.poderjudicial.es/cgpj/gl/Poder-Xudicial/Consello-Xeral-do-Poder-Xudicial/En-Portada/Las-194-658-victimas-de-la-violencia-de-genero-de-2023--533-mujeres-cada-dia--suponen-un-aumento-del-diez-por-ciento-con-respecto-al-ano-anterior-#:~:text=El%20n%C3%BAmero%20de%20mujeres%20que,%2C63%20%25%20de%20las%20v%C3%ADctimas.>

Rubini, E., Valente, M., Trentin, M., Facci, G., Ragazzoni, L., & Gino, S. (2023). Negative consequences of conflict-related sexual violence on survivors: a systematic review of qualitative evidence. *International journal for equity in health*, 22(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-02038-7>

## 11. Anexos

### Anexo 1: Consentimiento informado

**Título:** Consentimiento informado para la participación en el estudio

**Estimado/a participante:** Le invitamos a participar en un estudio de investigación sobre la atención integral desde enfermería a mujeres víctimas de violencia de género. Este estudio tiene como objetivo analizar la percepción de los profesionales de enfermería sobre la implementación de protocolos, así como identificar barreras y oportunidades de mejora en la atención sanitaria.

Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias para usted. La información que proporcione será tratada de manera confidencial y utilizada únicamente con fines de investigación. Los datos serán anonimizados y protegidos conforme a la legislación vigente en materia de protección de datos.

Si acepta participar en este estudio, se le solicitará que complete un cuestionario. La duración estimada para completarlo es de aproximadamente 15-20 minutos. No se le pedirá información personal identificativa y los resultados se analizarán de forma global.

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, puede contactar con el equipo investigador a través del correo electrónico facilitado.

**Declaración de consentimiento:** He leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias. Acepto participar en el estudio y proporcionar mis respuestas para el análisis de la investigación.

**Nombre y Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Investigador responsable:** \_\_\_\_\_

## **Anexo 2: Cuestionario para profesionales de enfermería sobre la atención integral a mujeres víctimas de violencia de género**

- **Propósito:** Este cuestionario tiene como objetivo recopilar información sobre las experiencias, conocimientos y barreras percibidas por los profesionales de enfermería en la atención a mujeres víctimas de violencia de género.
- **Instrucciones:** Por favor, responda todas las preguntas con sinceridad. Sus respuestas serán confidenciales y utilizadas únicamente para fines de investigación. No hay respuestas correctas o incorrectas.
- **Duración:** Aproximadamente 10 minutos.

1. Edad
2. Sexo
3. Años de experiencia profesional
4. Lugar de trabajo
  - Atención primaria
  - Hospital
5. ¿Has recibido formación específica en atención a víctimas de violencia de género?
  - Sí
  - No
6. Si su respuesta es "sí", indique la duración aproximada de la formación
  - Menos de 10 horas
  - Entre 10 y 20 horas
  - Más de 20 horas
7. ¿Considera que la formación recibida ha sido suficiente para atender adecuadamente a víctimas de violencia de género?
  - Sí
  - No
8. Evalúe su nivel de competencia para atender a víctimas de violencia de género en los siguientes aspectos.
  - Detectar signos de violencia.
    1. Nada competente
    2. Poco competente
    3. Competente
    4. Bastante competente
    5. Muy competente

- Realizar una intervención inicial adecuada.
    - 1. Nada competente
    - 2. Poco competente
    - 3. Competente
    - 4. Bastante competente
    - 5. Muy competente
  - Derivar a otros servicios especializados
    - 1. Nada competente
    - 2. Poco competente
    - 3. Competente
    - 4. Bastante competente
    - 5. Muy competente
  - Manejar las necesidades psicológicas de las víctimas
    - 1. Nada competente
    - 2. Poco competente
    - 3. Competente
    - 4. Bastante competente
    - 5. Muy competente
9. ¿Existe un protocolo específico para la atención a víctimas de violencia de género en su lugar de trabajo?
- Sí
  - No
  - No lo se
10. ¿Aplica regularmente este protocolo en su práctica diaria?
- Sí
  - No
11. En caso de no aplicarlo, ¿cuál es la razón principal? (puede marcar más de una)
- Falta de tiempo
  - Falta de formación
  - Falta de recursos
  - No hay casos reportados
  - Otra...

12. Indique las principales barreras que enfrenta al atender a mujeres víctimas de violencia de género (puede marcar más de una):

- Falta de formación específica
- Sobrecarga de trabajo
- Ausencia de recursos específicos
- Dificultades en la coordinación con otros servicios
- Falta de tiempo en consulta
- Reticencia de las víctimas a hablar sobre el tema
- Otros...

13. Evalúe su nivel de satisfacción con los recursos disponibles en su lugar de trabajo para atender a víctimas de violencia de género:

- Recursos materiales
  1. Muy insatisfecho
  2. Insatisfecho
  3. Parcialmente satisfecho
  4. Bastante satisfecho
  5. Muy satisfecho
- Recursos humanos
  1. Muy insatisfecho
  2. Insatisfecho
  3. Parcialmente satisfecho
  4. Bastante satisfecho
  5. Muy satisfecho
- Acceso a formación continua
  1. Muy insatisfecho
  2. Insatisfecho
  3. Parcialmente satisfecho
  4. Bastante satisfecho
  5. Muy satisfecho

14. Según su experiencia, ¿cuáles son las principales necesidades de las mujeres víctimas de violencia de género? (puede marcar más de una):

- Apoyo psicológico
- Intervenciones en salud sexual y reproductiva
- Información sobre recursos legales
- Apoyo social (redes comunitarias, asistencia económica)
- Otra...

15. ¿Considera que estas necesidades están siendo adecuadamente cubiertas en su lugar de trabajo?

- Sí
- No

16. ¿Qué cambios o mejoras sugeriría para optimizar la atención a mujeres víctimas de violencia de género desde enfermería?

### **Anexo 3: Cuestionario para Víctimas de Violencia de Género**

- **Propósito:** Este cuestionario tiene como objetivo recopilar información sobre su situación actual en relación con la violencia de género y la atención recibida por los servicios de salud. Su participación es completamente voluntaria y las respuestas serán tratadas con estricta confidencialidad.
- **Instrucciones:** Por favor, responda todas las preguntas con sinceridad. Sus respuestas serán confidenciales y utilizadas únicamente para fines de investigación. No hay respuestas correctas ni incorrectas, solo necesitamos conocer su experiencia.
- **Duración:** Aproximadamente 20 minutos.

1. Edad

2. Estado civil:

- Soltera
- Casada
- Separada
- Divorciada
- Viuda
- Otra...

3. Nivel de estudios alcanzado:

- Ninguno
- Primaria
- Secundaria
- Universitario
- Otro...

4. ¿Tienes hijos?

- Sí
- No

5. ¿Has sufrido algún tipo de violencia física o emocional en tu relación de pareja?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

6. En caso afirmativo, ¿desde cuándo comenzó la violencia?

- Menos de 1 año
- 1-3 años
- 4-5 años
- Más de 5 años

7. ¿Con qué frecuencia ocurre la violencia?
- Rara vez
  - Ocasionalmente
  - Frecuentemente
  - Siempre
8. ¿Quién ha sido el agresor/a?
- Mi pareja
  - Ex pareja
  - Otro...
9. ¿En qué ámbitos se ha manifestado la violencia? (Marcar todas las que correspondan)
- Físicamente (golpes, empujones, etc.)
  - Psicológicamente (insultos, amenazas, manipulación)
  - Económicamente (control del dinero, privación de recursos)
  - Sexual (coerción, abuso)
  - Otro...
10. ¿Has recibido atención médica debido a la violencia sufrida?
- Sí
  - No
11. En caso afirmativo, ¿qué tipo de atención has recibido?
- Atención de urgencias
  - Atención psicológica
  - Atención ginecológica
  - Atención médica general
  - Otro...
12. ¿La atención recibida fue suficiente para tratar las consecuencias físicas y emocionales de la violencia sufrida?
- Sí
  - No
  - No recibí atención

13. En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificarías la calidad de la atención médica que has recibido? (Siendo 1 muy mala y 10 excelente)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

14. ¿Cómo te sentiste durante la consulta con los profesionales de salud?

- Comprendida y apoyada
- Indiferente, sin apoyo emocional
- Juzgada o rechazada
- Otra...

15. ¿Te sentiste cómoda al compartir tu experiencia de violencia con los profesionales de salud?

- Sí
- No
- No lo compartí

16. ¿Consideras que los profesionales de salud estaban capacitados para manejar tu caso de violencia de género?

- Sí
- No
- No sé

17. ¿Crees que los servicios de salud ofrecen suficiente apoyo a las víctimas de violencia de género?

- Sí
- No
- No estoy segura

18. ¿Hubo alguna barrera o dificultad para acceder a los servicios de salud?

- Sí
- No
- No sé

- Si respondiste "Sí", por favor especifica las barreras: \_\_\_\_\_

19. ¿Recibiste información sobre otros recursos disponibles (psicólogos, asistencia legal, grupos de apoyo)?
- Sí
  - No
  - No recuerdo
20. En caso afirmativo, ¿qué tipo de información te proporcionaron?
- Información sobre apoyo psicológico
  - Información sobre apoyo legal
  - Información sobre refugios u otros recursos
  - Otro...
21. ¿Has experimentado algún problema de salud asociado a la violencia (ansiedad, depresión, lesiones físicas)?
- Sí
  - No
22. En una escala del 1 al 10, ¿cómo calificarías el impacto emocional que ha tenido en ti la violencia sufrida? (Siendo 1 ningún impacto y 10 el mayor impacto posible)
- 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6
  - 7
  - 8
  - 9
  - 10
23. ¿Tienes a alguien en quien confiar y que te apoye en esta situación?
- Sí
  - No
24. ¿Has solicitado ayuda a algún profesional de la salud (médico, psicólogo/a, trabajador/a social)?
- Sí
  - No
25. ¿Te has puesto en contacto con alguna organización que apoye a las víctimas de violencia de género?
- Sí
  - No

26. ¿Has tomado alguna medida legal (denuncia, orden de protección, etc.)?

- Sí
- No
- No aplica

27. ¿Qué tipo de apoyo consideras más necesario para las víctimas de violencia de género en los servicios de salud?

28. ¿Hay algo más que te gustaría compartir sobre tu experiencia o sobre el apoyo recibido en los servicios de salud?

