

# 14

## **Sensibilización de los profesionales de Enfermería de Urgencias y emergencias del área IV ante la formación especializada en violencia de género, frente a otros colectivos sanitarios®**

Blas Ignacio de Gea Guillén  
y María José López Montesinos

### **Introducción**

Muchas veces el hablar de sexo o al género, se emplea de forma indistinta una palabra u otra, sin embargo, es muy frecuente el abuso de tópicos y de prejuicios en relación a este tema<sup>1,2</sup>. Para ello tendremos que tener claro que existen claras diferencias, para comenzar definiremos “sexo” en referencia a la distinción biológica femenino/masculino u hombre/mujer<sup>3</sup>, o también como indica la Organización Mundial de la salud<sup>4</sup> “se refiere a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer. Los conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que existen individuos que poseen ambos, pero estas características tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres”. Y lo distinguiremos de la palabra género que proviene del latín *genus, generis*, definido por la Real Academia de la Lengua Española<sup>3</sup>, como un “conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes” o también una “clase o tipo a la que pertenecen personas o cosas”. Y como lo dice Hernández<sup>5</sup>, Género se entiende como un principio que organiza la vida social.

Nos centraremos ahora en los problemas de violencia<sup>6</sup> que además en esta sociedad son problemas muy generalizados y que adoptan muchas formas, puede presentarse en todos los ambientes donde se convive, desde la calle, el trabajo y principalmente en los hogares. Esta violencia, la sufren tanto hombres como mujeres, pero la violencia, independientemente de la forma, su naturaleza o sus consecuencias, es realizada mayoritariamente por varones. En el caso particular de la violencia de género, los agresores<sup>7</sup> son personas varones cercanas a las agredidas y que suelen producirse dentro de ámbito doméstico o bien cuando la víctima y el agresor ya no conviven, en espacios públicos o privados, en un número importante de las veces se da la agresión en la calle o en las proximidades de su domicilio.

En la sociedad actual, los casos de violencia de género<sup>8</sup>, son muy preocupantes. Constituyen un problema de salud pública, del que somos cada vez más conscientes debido a un incremento del conocimiento de los casos de violencia de género, al hacerse pública, a través de los medios de comunicación. Para un mayor conocimiento de este problema definiremos violencia de género. En la declaración sobre la erradicación de la violencia contra la mujer, que se celebró en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993<sup>4</sup>, la define como "todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas para tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" Otra definición jurídicamente aceptada, es la dada por Ley Orgánica 1/2004<sup>9</sup> definiendo violencia de género como "todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

El problema de la violencia de género constituye un problema muy oculto en los países subdesarrollados, tal como lo demuestra la Organización Mundial de la Salud<sup>10</sup> en un estudio en diez países en vías de desarrollo acerca de la salud de la mujer y la violencia doméstica demostrándose su importancia como que entre un 15 y un 71% de las mujeres que fueron consultadas, declararon que habían sufrido violencia física o sexual perpetrada por el marido o la pareja. Pero también a nivel mundial<sup>11, 10</sup>, las encuestas poblacionales realizadas en los últimos 20 años en 50 países diferentes, muestran que del 10 al 50% de las mujeres han sido sometidas a violencia física por sus parejas

íntimas en algún momento de sus vidas. En los países de la Unión Europea<sup>12</sup> se han realizado los últimos años varios estudios destinados a obtener datos de base sobre el número de mujeres sometidas a violencia doméstica. Así, en Irlanda una de cada cinco mujeres, en el Reino Unido una de cada cuatro, en Portugal y Alemania una de cada tres son víctimas de violencia de género. En España si nos referimos al maltrato "declarado", una encuesta realizada por el Instituto de la Mujer<sup>13</sup>, afirma que la violencia doméstica afecta a 4,2% de mujeres mayores de edad pero que no lo reconocen explícitamente, un 12,4%. En estos últimos años también refleja el alcance de este problema, ya que como han demostrado varios estudios<sup>15, 16, 17</sup>, como el realizado por el Observatorio de la Violencia de Género del Ministerio de Igualdad<sup>17</sup>, titulado "Balance del 2009" revela como dato a resaltar, que el número de denuncias realizadas ha experimentado un aumento significativo en el período que se extiende desde el primer trimestre del año 2007, hasta el segundo trimestre del 2009, **unido a una disminución del número de homicidios**. La puesta en marcha de la Ley Orgánica 1/2004<sup>9</sup>, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, **puede haber sido un acicate para la disminución de muertes y aumento de denuncias**.

En el presente trabajo se pretende conocer si los profesionales sanitarios tenemos la formación necesaria para la detección de casos de violencia de género. Partimos de la base de que estamos sensibilizados frente al problema de la violencia de género, pero algunos no lo consideran un problema de salud y aducen falta de preparación para abordar este tema<sup>18</sup>. Además de no reconocerse las agresiones físicas<sup>19</sup>, pasando desapercibidos también el maltrato psíquico, ambiental y sexual, la dominación y el aislamiento<sup>7</sup>, por lo que las mujeres no suelen recibir la atención adecuada. Éstas acuden habitualmente a los servicios sanitarios, por lo que los centros de salud y los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser un lugar clave para la prevención, la detección precoz y el abordaje inicial de la mujer maltratada<sup>20</sup>.

Como demuestran varios estudios y manuales<sup>21, 7, 22, 23, 24 y 25</sup>, la formación en violencia de género que deben de recibir los profesionales de salud, debe de ser de calidad, además de incluir aspectos fundamentales para la detección de casos de violencia de género, utilizando múltiples estrategias y además con la puesta en marcha de los recursos disponibles que las administraciones regionales y nacionales ponen a disposición de estas mujeres. La violencia

contra la mujer en la pareja<sup>26</sup> constituye un importante factor de riesgo para la salud, tanto física como mental, por lo que muchas de las víctimas buscan asistencia sanitaria para los problemas derivados de la violencia que sufren. Además, considerando que prácticamente todas las mujeres entran en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida, ya sea para una revisión, por motivos relacionados con la maternidad o para acompañar a algún familiar, el ámbito sanitario se convierte en un contexto privilegiado para identificar a las mujeres que sufren abusos por parte de sus parejas<sup>27</sup>.

También intentaremos averiguar si los sanitarios ven necesaria la creación de una figura sanitaria especialista en Violencia de Género que atienda a la víctima tanto en los centros sanitarios como en su domicilio, tal y como ocurre en países como Estados Unidos<sup>28</sup> con la creación de la figura de la enfermera de práctica avanzada con experiencia en las habilidades de búsqueda de casos, que aconsejarían en cuestiones de prevención, manejo de casos y el conocimiento de recursos y referencias.

Dentro del perfil de las víctimas mortales de violencia de género en referencia a los datos de 2009<sup>15</sup>, encontramos que el 50 % eran mujeres menores de 35 años, el 54'54% tenían o habían tenido algún vínculo matrimonial, 38% eran extranjeras y el 62% españolas, el 31% de las víctimas habían formulado previamente denuncia, el 24% de los feticidas se suicidaron y el 13% lo intentaron. Tan importante es este hecho que el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>29</sup> ha aprobado en el mes de febrero de 2010 los contenidos comunes básicos relativos a la formación de profesionales sanitarios para la actuación contra la violencia de género. Para ello, el Consejo analizó el Informe anual de violencia de género de 2008, estableciendo que las mujeres de entre 21 y 50 años son las que tienen mayor riesgo individual de morir por violencia de género.

Los profesionales sanitarios, en el afán de conseguir una disminución de las cifras de mujeres que mueren a manos de su pareja, intentan aumentar su nivel formativo en violencia de género, ya que el número de víctimas es todavía muy elevado, y son un eslabón importante para la detección de casos de violencia de género. Por eso, desde la administración pública se cuenta en la actualidad con la existencia de un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género<sup>30</sup> tal y como refleja en su punto 5, la importancia que tiene el personal de los Servicios Sanitarios en la actuación

para el reconocimiento de casos de violencia de género. En él se recoge que “desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, los malos tratos afectan a la salud de las mujeres por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental”. Queremos destacar que tal y como se indica en este protocolo, es fundamental su conocimiento, ya que las mujeres acuden generalmente a dichos servicios, y en nuestro caso, los Servicios de Urgencias y Emergencias hospitalarias y extrahospitalarias, son los que deben actuar de forma rápida y efectiva, ya que muchas veces se pone en riesgo la vida de la propia paciente. La puesta en marcha de dicho protocolo y el conocimiento por parte de todo profesional sanitario conseguiría en muchos casos la interrupción de situaciones de posible violencia de género. Tal y como indica es muy difícil que se puedan identificar los casos de violencia de género, cuando no existe lesión física, pero se puede llegar a ser capaz de identificarlos si los profesionales de la sanidad, profundizan mediante una relación terapéutica en aquellos elementos psicosociales y de género que tienen que ver con la forma y el estilo de vida de quien la padece.

La violencia contra la mujer no es un hecho puntual<sup>8</sup>, sino que se va cronificando, siendo la violencia física la punta del iceberg de la vivencia de la violencia incrustada. La mujer es consciente de su sufrimiento, pero, con el tiempo, deja de ser consciente de que no merece ese sufrimiento. De alguna manera, la conciencia de la injusticia es la voz de alarma que empuja a la lucha contra esa situación. Por eso, cuando el maltrato se prolonga es porque ella «consiente», porque aprendió el rol que le enseñaron y el que él marca, se siente culpable y responsable de lo que pasa, llegando a pensar que no se somete lo suficiente, e intenta portarse mejor para que él no se vuelva a enfadar. Niegan la realidad autoengañándose, autoinculpándose y usando estos mecanismos como mecanismos de protección, reduciendo así su nivel de ansiedad, pero también su capacidad de salir de esta situación. Sin embargo, no olvidemos que no se necesita ningún tipo de acción o reacción por parte de la víctima para que se produzca el maltrato, ya que el objetivo de éste es el sometimiento. Toda mujer que es agredida por su compañero sentimental,

sigue el ciclo de la Violencia<sup>31</sup>, que está compuesta por tres fases que se desarrollan a lo largo de tiempo.

Hemos de tener en cuenta, que no existe un perfil de mujer maltratada típica<sup>32</sup>, pero es habitual que presente rasgos psicológicos de dependencia y que hayan sido maltratadas en la infancia, muchas veces son educadas en una relación de asimetría con el varón que tienden a perpetuar en sus propias relaciones, los rasgos más característicos que tenemos que intentar identificar son la baja autoestima, asunción de la violencia como un modo de relación que hay que tolerar, asumiendo un rol pasivo<sup>33</sup>, estableciéndose como un síndrome de la mujer maltratada, dentro de un cuadro psicológico, que se caracterizaba por una *indefensión aprendida* donde la víctima asume psicológicamente su incapacidad de controlar las agresiones; una *baja respuesta conductual* ya que la víctima renuncia física y psicológicamente a oponerse a las agresiones y finalmente aparece una *identificación con el agresor*, ya que la víctima cree merecer la agresión y justifica al agresor.

También hay que resaltar cual es el perfil de un maltratador<sup>7</sup>, entre las características más importantes destacan la existencia de una diversidad de individuos, ya que nos podemos encontrar con individuos desempeñando cualquier trabajo, o con cualquier nivel cultural, o económico, etc. y dejando claro que no suele sufrir enfermedad, síndrome o trastorno psiquiátrico alguno, encontrándonos básicamente con maltratadores dominantes (con personalidad antisocial, violenta y agresiva tanto dentro del ámbito doméstico como fuera de él), maltratadores dependientes (con un perfil criminalístico más introspectivo o depresivo, mediante el cual la violencia es ejercida exclusivamente en el ámbito doméstico). Como características más importantes de un maltratador<sup>34</sup> nos encontramos con personalidad dependiente, labilidad emocional, carencia de empatía, autoestima baja, dificultad el control de impulsos, celotípicos, dominantes o posesivos y suelen utilizar comportamientos defensivos como negación, minimización, justificación, racionalización y desplazamiento de la culpa. Este problema de violencia de género, no solo afecta como es normal a la propia víctima sino también a los niños y/o adolescentes que conviven en un lugar de donde se producen los malos tratos<sup>35</sup>.

El propósito de nuestra investigación se centra en identificar las necesidades formativas de los profesionales sanitarios, en relación a la problemática de

la violencia de género, ya que como se ha explicado anteriormente muchas de las víctimas son atendidas por sanitarios, que pueden o no acudir por causa específica de violencia de género, por lo que una actuación alerta puede poner de manifiesto un caso de malos tratos. Los profesionales sanitarios contamos con una gran cantidad de manuales de asistencia sanitaria, en muchos de los cuales se incluyen capítulos específicos para la violencia de género, tal y como se indica en el Manual de Urgencia de Enfermería de la Asociación Americana de Enfermería de Emergencias<sup>24</sup>, donde se muestra de forma importante cuáles son las consecuencias que producen la situación de malos tratos en la víctima, poniendo de manifiesto que pueden aparecer multitud de trastornos durante la identificación de una víctima de violencia de género, durante la actuación de los Servicios de Urgencias, que van desde un traumatismo grave hasta síntomas físicos y mentales más leves. Las anomalías médicas y psicológicas crónicas (4), las lesiones menores y mayores, la depresión, la conducta suicida, las enfermedades de transmisión sexual, el abuso de sustancias e incluso la muerte son consecuencia muchas veces de situaciones de violencia de género, nosotros tenemos que estar alerta para su detección, indicado que debemos tener en cuenta que muchas veces la paciente describe el pretendido “accidente” de un modo dubitativo, evasivo o turbado, o evitan el contacto ocular. También se observa que la extensión de una lesión y el tipo de lesión no casan con las explicaciones ofrecidas, que la víctima tiene historia de lesiones traumáticas o de visitas frecuentes al Servicio de Urgencias, y además niega el abuso físico, pero presenta hematomas inexplicados, áreas de eritema o hematomas con la forma de una mano o de algún objeto; desgarros, quemaduras, cicatrices, fracturas o múltiples lesiones en varias fases de curación; fracturas mandibulares; o perforación del tímpano, también muestra lesiones en áreas ocultas por el vestido o el pelo. Otra característica destacable es que el compañero (u ofensor sospechado) acompaña a la paciente, insiste en permanecer cerca de la víctima, intenta responder a todas las preguntas dirigidas a la paciente. Además, cuando se realiza una exploración más detallada, la paciente admite abuso pasado o presente, físico o emocional, como víctima o como testigo infantil. Muchas veces, cuando la mujer está embarazada, la violencia de género puede constituir una causa de muerte, siendo los responsables generalmente los compañeros íntimos. Dentro de las consecuencias sintomatológicas más

importantes que suelen aparecer en una víctima de violencia, que afectan al estado de salud de la mujer<sup>36</sup> se encuentran todas las definidas por la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup>, diferenciando entre consecuencias psicológicas y de conducta, sexual, reproductivas y ginecológicas, física y la presencia de lesión físicas traumáticas,

También hay que tener en cuenta las recomendaciones de la Asociación Americana de Enfermería de Urgencias de Estados Unidos<sup>37</sup> que recomienda el desarrollo de protocolos y procedimientos de uso habitual para la evaluación y la identificación de la violencia de género, cuyos objetivos sean el tratamiento de los síntomas o las lesiones presentes, ofrecer soporte emocional, ayudar a la víctima para que establezca un plan de seguridad e identifique las oportunidades disponibles, proporcionar información sobre la protección legal y suministrar la información sobre los servicios de soporte y los recursos comunitarios disponibles. Según la asociación, su identificación requiere sensibilidad, comprensión e índice alto de sospecha.

En relación a la existencia de cuestionarios para el cribado para la identificación de mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas encontramos *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*<sup>38</sup>, cuyo objetivo final se centró en los profesionales sanitarios para que dispusieran de un instrumento que fuera lo suficientemente práctico y flexible para poder ser administrado en la práctica diaria, y que fuera también de fácil comprensión para las mujeres. El instrumento fue traducido al español y validado por Forgary y Brown<sup>39</sup> en pacientes hispano-hablantes en EEUU en el año 2002. Otro cuestionario de cribado de malos tratos validado<sup>40</sup> consta de 10 cuestiones basada en una escala de tipo Likert con 5 ítems, que van desde «nunca» a «casi siempre», nueve preguntas estaban redactadas en positivo y una en negativo; esta última fue recodificada para el análisis.

Teniendo en cuenta, que nuestro estudio se centra en las necesidades formativas que tienen los profesionales sanitarios, relacionado con un aumento en la detección de los malos tratos en los servicios de urgencia, hay varios estudios<sup>41,22,23</sup> que demuestran la necesidad de formación específica en violencia de género, como es el hecho que una revisión que ha puesto de manifiesto datos relevantes en relación a la atención de las víctimas en los servicios de Urgencias del gobierno estatal de Australia<sup>22</sup>, donde se reconoce que es un problema de salud en general poniendo en marcha acciones de tolerancia

cero. En este trabajo se examinan las recomendaciones actuales de enfermería y de la literatura médica, exponiendo que el reconocimiento temprano y el uso de estrategias como la moderación y la tolerancia cero son medidas último recurso, destacando que es importante contar con políticas prácticas, protocolos y procedimientos de gestión de las agresiones y la violencia en los servicios de urgencia y poner énfasis en la formación y el desarrollo de habilidades, la comunicación en particular y las estrategias de negociación por parte de los profesionales de la salud

## **Objetivos e hipótesis**

### **Objetivos**

Los objetivos de nuestra investigación se centran en:

1. Identificar el conocimiento de los profesionales de la salud analizados en el estudio sobre detección de violencia de género, en los servicios de urgencias.
2. Conocer el conocimiento y utilidad de hacen de los protocolos específicos sobre el tema.
3. Descubrir la opinión de los componentes de la muestra sobre necesidad específica de formación en violencia de género.
4. Identificar las diferencias existentes entre colectivos sanitarios estudiados con relación a la variables analizadas.
5. Mostrar la asociación entre determinadas variables sociodemográficas y laborales de la muestra con las restantes variables del estudio.

### **Hipótesis**

Entre nuestros supuestos de trabajo destacamos:

1. Una formación en pregrado sobre violencia de género en los profesionales de la salud permitiría una mayor la detección de los casos, con un número mayor de detección de casos.
2. La existencia de una especialización en la formación de los profesionales sanitarios facilitaría una detección precoz de casos de violencia de género y una asistencia de mayor calidad para las víctimas.
3. No se aplican protocolos de actuación específicos sobre la detección de malos tratos en los servicios de urgencias.
4. Presencia de diferencias de opinión sobre la necesidad de formación

continuada en violencia de género entre los diferentes colectivos sanitarios analizados.

5. Existen variables demográficas y laborales que inciden en las restantes variables de este estudio.

### **Metodología**

El estudio que hemos realizado es un estudio descriptivo transversal. Como herramienta de trabajo, hemos utilizado un cuestionario, con una probada fiabilidad científica y documental<sup>42, 43</sup>, que incluye ítems que presentan dos partes claramente diferenciadas. El cuestionario fue realizado de forma totalmente anónima. Para su validación se realizó un grupo focal con la participación de un profesional de cada servicio, para ver cuales son las opiniones, deseos y deficiencias que los profesionales del área tienen acerca de la violencia de género. A partir de estas inquietudes, y de una revisión bibliográfica sobre el tema, se realizó el cuestionario empleado en este estudio. Dicho cuestionario se pasó finalmente en un pretest a un grupo reducido (n=5) de profesionales para ver si alguna de las preguntas o respuestas no eran comprensibles, obteniéndose resultados favorables. La realización del cuestionario se dirigió a profesionales sanitarios<sup>43</sup> abarcando todos los servicios de asistencia de urgencias y emergencias que existen en la comarca del noroeste incluyendo los servicios de urgencias extrahospitalaria (Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP) de Cehegín y Caravaca de la Cruz, Puntos de Atención Continuada (PAC) de Calasparra, Moratalla, y Bullas, Unidad Medicalizada de Emergencias (UME) de Caravaca de la Cruz perteneciente a la Gerencia de Emergencias Sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (GESARM<sup>61</sup>)), servicios de urgencias Hospitalaria del Hospital Comarcal de Noroeste de la Región de Murcia, y los Centros de Salud de Cehegín, Caravaca de la Cruz, Calasparra, Moratalla y Bullas pertenecientes al Área de salud IV del Servicio Murciano de Salud de la Región de Murcia (Murciasalud, 2010). La población de estudio, contando con 108 profesionales sanitarios constituidos por 54 médicos/as y 54 enfermeros/as pero finalmente, superaron los procesos de validación 100. Las pérdidas totales fueron de 8 cuestionarios (7'40%, del total) (ya que no fueron rellenados correctamente por los profesionales debido a errores de anotación o por falta de alguno de los datos del cuestionario). Todos los datos recogidos fueron tratados mediante el programa informático IBM SPSS Statistics 15©.

Para la tabulación de los datos se utilizó la siguiente técnica:

- A diferentes variables, de las distintas respuestas se les asignó una puntuación que oscilaba desde 0 hasta 5, según el número de respuestas que cada una de las preguntas tenían en el cuestionario que se ha realizado en el estudio.
- En la totalidad del estudio se recogieron 23 variables diferentes. Clasificadas en dos grupos. Por un lado, las variables sociodemográficas y laborales de la muestra y por otro las restantes variables analizadas en el estudio.

La recogida de datos tuvo lugar en los meses de abril y mayo de 2010, realizándose en los centros de trabajo de los participantes en el cuestionario. Como limitación más importante de nuestro estudio tiene como particularidad, que la población está circunscrita al área de salud IV de la Comunidad Autónoma de Murcia utilizado para ello solamente los profesionales que trabajan en los servicios de urgencia hospitalaria y extrahospitalaria, con un número pequeño de participantes por lo que los resultados del estudio van a ser difícilmente extrapolables a toda la población sanitaria española.

## Resultados

Datos sociodemográficos y sociolaborales referentes a los participantes en el estudio.

Durante el análisis de los datos en referencia a los participantes (n=100) podemos destacar que el 49 % (n= 49) fueron respondidos por profesionales de enfermería frente al 51% (n=51) respondidos por profesionales médicos además el 46% (n= 46) eran mujeres mientras que el 54% (n= 54) eran varones. La mayoría de la muestra (n= 100) pertenece a profesionales que trabajan en el medio extrahospitalario con un 68%, distribuidos en un 19% (n=19) que trabajaba en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), el 13% (n= 13) en la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME), y finalmente el 36% (n= 36) pertenece a centros de primaria que incluyen un Punto de Atención Continuada (PAC); mientras que el 32% (n=32) realiza su función en el medio hospitalario, y en concreto, en el servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste. El cuestionario ha sido respondido por profesionales sanitarios (n= 100) con una media de edad de 39'9 años, lo cual supone una muestra de profesionales sanitarios relativamente jóvenes, por lo que se deduce que los estudios de pregrado son relativamente actuales.

### **Datos sobre detección de casos de violencia de género y conocimiento de la existencia y aplicación de protocolo específico.**

En cuanto, a si detectaron casos de violencia de género en esta área de salud (n= 100), el 88% (n= 88) en algún momento de su vida laboral ha detectado algún caso, frente al 12% (n= 12) que no había detectado ninguno. Ello supone una alta frecuencia de detección en esta área. En cuanto al número de casos que habían detectado los profesionales sanitarios, se desprende que el 50% de la muestra (n= 50), detectaron al menos 5 casos. El número de casos detectados con mayor frecuencia por los profesionales sanitarios de esta área fue de 2 casos, representando el 16% (n= 16) de la muestra total.

### **Datos sobre la aplicación y conocimiento de la existencia de protocolos en sus centros de trabajo.**

Con la intención de averiguar, cuales son sus conocimientos acerca de los protocolos de actuación en los casos de violencia de género que presenta los profesionales encuestados (n= 100), y teniendo en cuenta que el 88% (n= 88) de ellos ya había detectado algún caso de malos tratos, nuestro interés se centró en saber si los participantes de la muestra (n= 100) conocían o no la existencia en su centro de trabajo de un Protocolo Específico, obteniéndose datos como que el 70% (n= 70) sí conoce su existencia, mientras que el 30% (n= 30) no conoce o no sabe de la existencia de éste. Respecto a si su aplicación había sido llevada a cabo en algún momento en su centro, los datos nos revelan que el 37% (n= 37) de estos profesionales afirma que no habían aplicado el protocolo específico en su centro, a pesar de que habían detectado algún caso en sus consultas, junto al 13% (n= 13) que no sabía si algún profesional de su centro lo habría aplicado en caso de haberse enfrentado a un caso de violencia de género. De este modo podemos extrapolar que, aún conociendo la existencia de un protocolo, un 50% (n= 50) no lo ha aplicado o no saben si se ha aplicado el mismo protocolo.

### **Datos sobre la formación pregrado y postgrado.**

En cuanto a la formación de pregrado de los profesionales sanitarios encuestados (n=100) se muestra que el 55% (n= 55) de ellos opina que su formación de pregrado ha sido mala o muy mala, frente al 15% (n= 15) que resalta que su formación pregrado es buena o muy buena. Solamente el 36%

(n= 36) considera que la formación pregrado es regular, lo que pone de manifiesto que el pregrado universitario no forma en el tema de la violencia de género, por lo que muchos de ellos tienen que recurrir a la formación específica postgrado para adquirir conocimientos sobre el tema.

En relación al conocimiento de la existencia de cursos específicos de formación en Violencia de Género (formación postgrado), de los profesionales sanitarios encuestados (n= 100), un 44% (n= 44) revela que no sabe de la existencia de cursos de formación específica, frente al 56% (n= 56) que sí conoce de su existencia, demostrando que, no le llega la información de esos cursos, o no creen que sea lo suficientemente importante para realizarlo.

Por otro lado el 27% (n= 27) de los participantes de la muestra (n= 100) ha recibido formación específica en violencia de género en los últimos 5 años, frente al 73% (n= 73) que sí la ha recibido. Esto revela que aunque existe un conocimiento importante de cursos específicos de violencia género, los profesionales sanitarios no suelen formarse en ellos.

### **Formación interdisciplinaria y creación de la figura del profesional especialista en violencia de género.**

En relación a la formación interdisciplinaria, y si ésta, es adecuada o podría mejorar la detección de casos de violencia de género, en la encuesta realizada a nuestros profesionales sanitarios (n= 100), el 90% (n= 90) de ellos, afirma estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en relación a este tema, mientras que solamente el 2% (n= 2) está totalmente en desacuerdo, revelando la demanda de dicha formación interdisciplinaria por parte de participantes de la muestra, poniendo de manifiesto que podría mejorar la asistencia a las víctimas. Mientras que la importancia en la creación de la figura del profesional sanitario especialista en violencia de género nuestros profesionales sanitarios (n= 100) destacan en un 57 % (n= 57) que están de acuerdo o totalmente de acuerdo con su creación en el sistema sanitario, el 23% (n= 23) expresan que ni están de acuerdo ni en desacuerdo con su creación, mientras que solamente 20% (n= 20), reconoce no estar de acuerdo o totalmente en desacuerdo con su creación.

## **Análisis de los datos propuestos**

### **2.1. a) Asociación de la necesidad de un mayor conocimiento en relación a la violencia de género con respecto al sitio actual de trabajo del profesional sanitario.**

En este apartado intentaremos encontrar la asociación existente entre el sitio actual de trabajo de los participantes de la muestra ( $n = 100$ ), con una mayor necesidad de conocimientos para casos de violencia de género. Para ello hemos agrupado la variable "Dónde se encuentra su trabajo actualmente", en dos variables solamente. Por un lado *los profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario* ( $n = 32$ ) correspondiendo a los sanitarios que desempeñan su función en el servicio de urgencias hospitalarias y por otro lado, hemos agrupado al resto de los profesionales en un grupo único denominado *profesionales que trabajan en el ámbito extrahospitalario* ( $n = 78$ ), en el que hemos incluido a los profesionales que ejercen en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), profesionales pertenecientes a la Unidad Médica de Emergencias (UME) y profesionales que trabajan en los Puntos de Atención Continuada (PAC), realizándose para ello una tabla de contingencia  $2 \times 2$  (tabla 6), de la cual tras la aplicación de la prueba de la Chi-cuadrado de Pearson hemos obtenido datos relevantes de dicha asociación, y podemos concluir que sí existe una asociación significativa ( $p < 0'01$ )

### **2.1. b) Asociación de la necesidad de un mayor conocimiento en relación a la violencia de género con respecto si el profesional ha atendido en algún momento algún caso.**

Tras observación de los datos anteriores, nos preguntamos si los profesionales sanitarios ( $n = 100$ ) que detectan casos de violencia de género presentaban mayor necesidad de conocimientos sobre el tema, presentando una diferencia significativa ( $p < 0'05$ ) una vez realizada la tabla de contingencias ( $2 \times 2$ ) y empleando test de la Chi cuadrado de Pearson.

### **2.1. c) Asociación de la necesidad de un mayor conocimiento en relación a la violencia de género y opinión del profesional sobre ello.**

También intentamos saber si los participantes de la muestra ( $n = 100$ ) tienen mayor necesidad de conocimientos debido a que necesitan

ampliar su formación en relación a la violencia de género, de esto obtuvimos también una asociación significativa ( $p < 0'0001$ ) tras la realización de una tabla de contingencia (2x2) y empleando las pruebas de Chi cuadrado de Pearson.

**2.2. a) Asociación entre colectivo profesional y la opinión de su formación de pregrado.**

Se intentó conocer si la opinión en relación a la formación de pregrado de enfermeros/as y médicos/as ( $n = 100$ ) en relación a la violencia de género era diferente para cada uno de los profesionales, sin embargo, tras los tratamientos estadísticos hemos podido observar que no existen diferencias significativas entre la formación de pregrado recibida por los médicos/as y los profesionales de enfermería.

**2.2. b) Asociación entre colectivo profesional y la necesidad de profesionales sanitarios con formación específica sobre maltrato hacia la mujer.**

Con relación a si creen necesario que los sanitarios tengamos una formación específica, la opinión dada por médicos/as y enfermeros/as es muy distinta, ya que la opinión de los médicos/as encuestados ( $n = 51$ ) esta asociada a que están totalmente en desacuerdo con esta afirmación. Por el contrario la opinión de los enfermeros/as de la muestra ( $n = 49$ ) esta asociada a que están totalmente de acuerdo con la necesidad de una formación específica de dichos profesionales en relación a los temas de violencia de género ( $p < 0'0001$ )

**2.2. c) Asociación entre colectivo profesional y necesidad de una formación adecuada interdisciplinaria que mejoraría la detección de casos de violencia de género.**

En este caso, tuvimos que realizar una agrupación de la variable "formación interdisciplinaria" de manera que obtuvimos, por un lado los sanitarios ( $n = 98$ ) que opinaban no estar totalmente de acuerdo con la afirmación ( $n = 52$ ), y por otro lado los sanitarios que están totalmente de acuerdo ( $n = 46$ ) con esta afirmación. Tuvimos que despreciar el grupo de profesionales que estaban totalmente en desacuerdo ( $n = 2$ ). Tras someterlos a los tratamientos estadísticos obtuvimos resultados estadísticamente significativos ( $p < 0'05$ ) con un diferencia de opinión entre sanitarios, de manera que los profesionales médicos/as se agrupaban mayoritariamente en el grupo de los que no están totalmente

de acuerdo, mientras que los profesionales de enfermería estaban agrupados mayoritariamente en el grupo de totalmente de acuerdo con la afirmación.

**2.2. d) Asociación entre colectivo profesional y si se debería crear la figura de profesional sanitario especialista en Violencia de género.**

Como ultima parte de nuestros resultados, quisimos conocer si existía asociación significativa respecto a colectivo profesional y la creación de especialista en violencia de género. Tras someterlo a las diferentes pruebas estadísticas, obtuvimos resultados favorables, observándose una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0'00001$ ) en cuanto a la opinión de necesidad de creación del profesional especialista en violencia de género, de manera que la opinión de los enfermeros/as se asocia mayoritariamente a estar totalmente de acuerdo con su creación.

### **Discusión**

En el desarrollo de nuestra investigación, con el objetivo de identificar la opinión de los profesionales sanitarios sobre diversos aspectos relacionados con la violencia de género, podemos destacar en lo referente a los datos sociodemográficos y laborales de los participantes en la encuesta, que el 49% fueron contestados por profesionales de enfermería, el 46% fueron mujeres, y que el 68% de ellos trabajaban en el ámbito extrahospitalario. La edad media de los participantes, encontramos que se sitúa en los 39'9 años, aunque el 75% de los encuestados no sobrepasaba los 48 años, representando una población relativamente joven. En cuanto a si los profesionales sanitarios detectan casos de violencia de género, los datos obtenidos son relativamente relevantes ya que el 88% de ellos, habían detectado al menos un caso de violencia de género, y debemos recordar que la detección es difícil llegando muchas veces a pasar desapercibido<sup>41, 22, 23</sup>. Así mismo, se debe observar todas las consecuencias físicas, psíquicas y sociales<sup>4</sup>, que puede aflorar en las pacientes que acuden a nuestros servicios de urgencia de forma continuada<sup>36</sup>, y además se deberá de tener en cuenta que la prevalencia en España es baja situándose, en datos del 2001, en el 4'2% de la mujeres mayores de edad<sup>11</sup>. Para evitar que dichos casos de violencia de género pasen desapercibidos, los profesionales sanitarios contamos con unas herramientas muy efi-

caces, constituidas por los protocolos de actuación y cuestionarios de cribado, que con su conocimiento, aplicación y puesta en marcha, contribuyen muy significativamente, a una mejora considerable en la detección de casos de violencia de género<sup>30, 36, 21, 38</sup>, en nuestro estudio se refleja que los profesionales consultados, el 30% no sabe o cree que no existe un protocolo específico de actuación en caso de malos tratos, pero desde 2008 en España existe un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género<sup>30</sup>, y particularmente en Murcia, existe un dispositivo que se pone en marcha cuando se detecta un caso de violencia de género<sup>45</sup>. Pese a todo esto, nuestros profesionales solamente en un 50%, una vez que habían detectado algún caso. En cuanto a la formación específica en violencia de género, la mayoría expresan que su formación pregrado es mala o muy mala (55%), mientras que en los cursos de postgrado, solamente el 27% los habían realizado en los últimos 5 años, pese a que en Murcia durante el año 2008, se impartieron 7 cursos específicos, pero solamente 175 profesionales asistieron y de los cuales, ninguno de ellos pertenecía al ámbito de urgencias, donde se ha realizado el cuestionario<sup>46</sup>.

Otro aspecto importante, que se refleja en nuestra investigación, es la actuación interdisciplinaria (sanitarios, jueces, fuerzas de seguridad) que consideramos como básica para la buena coordinación entre los diferentes sectores implicados en la atención de una mujer que haya sufrido malos tratos, y debe aplicarse la derivación cuando sea necesario, así como establecer y mantener una comunicación interinstitucional eficaz y eficiente<sup>47</sup>.

En esto nuestros profesionales consideran que están de acuerdo o totalmente de acuerdo (90%), con la particularidad de que a los profesionales de enfermería se les asocia mayoritariamente a estar totalmente de acuerdo en que una adecuada formación interdisciplinaria mejoraría la detección de casos de Violencia de Género<sup>28</sup>.

En el ámbito de la atención sanitaria, en especial de la atención en urgencias y emergencia, surge necesariamente un afán por mejorar la calidad de la atención a nuestros pacientes, esto lleva consigo una búsqueda imperiosa con el objetivo de incrementar nuestros conocimientos respecto a un problema difícil de identificar como son los casos de malos tratos hacia las mujeres.

Como hemos podido demostrar, un profesional que continuamente se encuentra ante este tipo de situaciones, presenta mayores necesidades de cono-

cimiento que otro profesional que presenta menor índice de presencia de casos, así los profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario, al presentar un mayor número de consultas de casos de violencia de género, se les asocia a un mayor grado de necesidad de conocimiento que los profesionales sanitarios de urgencias extrahospitalarias que presentan un menor índice de consultas relativas a violencia de género. También observamos que dicha necesidad de conocimientos aparece relacionado con la necesidad de ampliación de formación en violencia de género<sup>22, 41</sup>.

Finalmente se realizó una comparación para averiguar si existían diferentes opiniones entre los diferentes sanitarios que formaron parte del estudio (médicos/as y enfermeros/as). Se ha obtenido datos que nos hacen pensar que los profesionales de enfermería presentan un mayor grado de sensibilización en la problemática de casos de violencia de género que sus compañeros/as médicos/as. No obstante, si que se observó que no había diferencias significativas en cuanto a la opinión relativa a la formación de pregrado entre los dos colectivos profesionales encuestados, mientras que sí que pudimos encontrar asociaciones estadísticamente significativas en el caso de los/as enfermeros/as, en relación a la necesidad de profesionales con formación especialista acerca del maltrato y la creación de una figura especialista en violencia de género, en concordancia con el proyecto que en los Estados Unidos se está llevando a cabo, con la creación de la figura de la enfermera de práctica avanzada con experiencia en las habilidades de búsqueda de casos, que deben de actuar como unos/as proveedores/as esenciales para la prevención de la violencia doméstica y su detección<sup>28</sup>.

### **Conclusiones**

1. El 88% de los profesionales sanitarios que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de las urgencias y las emergencias del área IV ha detectado casos de violencia de género.
2. El 70% conoce de la existencia en sus centros de trabajo del protocolo específico de violencia de género, pero solamente el 50% de los que detectan casos lo aplican.
3. La formación de pregrado es deficitaria, por lo que se debería reflexionar para la inclusión de este tema en las materias de los estudios universitarios, también en referencia a los cursos específicos de violencia de

género, aún existiendo y teniendo en cuenta que los profesionales tienen conciencia de que no suelen acudir a estos.

4. Los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito hospitalario y que presentan mayor índice de presencia de casos de malos tratos, se les asocia mayor necesidad de conocimientos relativos a la violencia de género, por lo que sería necesario ampliar la formación en relación a la violencia de género.
5. Los profesionales de enfermería creen necesario que existan profesionales sanitarios con formación específica en violencia de género, y también creen que una formación interdisciplinaria adecuada mejoraría la detección de dichos casos, considerando necesario la inclusión en el sistema sanitario de un profesional especialista en violencia de género, a diferencia de lo que manifiestan los profesionales médicos.

#### **Implicaciones para la enfermería**

- Refleja una mayor sensibilización respecto a las situaciones de violencia de género.
- Se hace necesario incluir en la formación pregrado formación específica de violencia de género.
- Necesitamos un mayor número de cursos específicos de violencia de género, y creemos que para ello se debe incentivar a nuestros compañeros/as enfermeros/as.
- Es necesario que se cree el profesional especialista en violencia de género, y creemos que el más preparado es el profesional de enfermería.

#### **Recomendaciones para investigaciones adicionales**

Al ser un estudio piloto, nos ha servido para conocer cual es la actitud de los profesionales médicos/as y enfermeros/as con respecto a la violencia de género. Creemos necesario ampliar dicho estudio a otras áreas de salud de nuestra región, así como intentar fomentar la creación del profesional especialista en violencia de género, considerándolo como muy positivo y poniéndolo en conocimiento de la administración, para su posible creación en nuestro ámbito sanitario.

## Referencias bibliográficas

1. Giddens C. Sociología. Versión española de Teresa Albero 1ª ed. Madrid. Alianza; 1994. p. 864.
2. Martínez, I, Bonilla, A. *Sistema sexo/género identidades y construcción de la subjetividad*. 1ª Ed. Valencia. Universidad de Valencia; 2000. pp. 139-140.
3. AA.VV. Diccionario de la Lengua Española. 2 Vols. 22ª ed. Madrid. Espasa-Calpe; 2005.
4. United Nations Economic and Social Council, Report of the Special Rapporteur on violence against women. E/CN.4/1996/53, February 1996. *Violencia contra la mujer: Consulta de la OMS*, Ginebra, 5-7 febrero de 1996. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento FRH/WHO/96.27, disponible en [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH\\_WHD\\_96.27.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf), desde el 18 de marzo de 2005).
5. Hernández, A. *Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL Serie financiamiento del desarrollo N°. 73 Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ*, Bogotá; 1998. p. 93.
6. Pérez J, MacInnes J. "Valoración social del incremento de la violencia doméstica." en. Barrios, G, Rivas P. *Violencia de género: perspectiva multidisciplinar y práctica forense* 1ª ed. Madrid: Aranzadi 2007: pp. 53-80.
7. Mota H. *Manual de protección a víctimas de violencia de género*. Editorial Club Universitario; 2008. pp. 5-7
8. Martín M, González MA, Vicente, N. *Retos en la salud mental del siglo XXI en atención primaria*. 1ª ed. Semerges IM&C Madrid. 2006. pp. 9-33
9. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre. Boletín Oficial de España. N° 313, (29/12/2004), páginas 42166-42197.
10. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. [monografía en Internet], Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 [acceso el 13 de marzo de 2010]. Disponible en: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summaryreportSpanishlow.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf)

11. Serrano MI. *Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud*. 2ª ed. Madrid. Díaz de Santos Editores. 2002. p. 315
12. *Presidencia de la Unión Europea. Estudio sobre las medidas adoptadas, por lo Estados miembros de la Unión Europea para luchar contra la violencia hacia las mujeres*. Madrid. 2002.
13. Instituto de la Mujer. [sede Web]\*. Madrid. Violencia. 2010. [acceso el 27 de mayo de 2010]. Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Disponible en: [http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuesta\\_violencia.htm](http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/macroencuesta_violencia.htm)
14. Johnson, MP, Kathleen JF. "Research on Domestic Violence in the 1990s: Making Distinctions". *Journal of Marriage and the Family* San Francisco. 2000; 62(4): 948-963.
15. Consejo General del Poder Judicial. Sección del Observatorio contra la violencia Domestica y de Género. Informe sobre víctimas mortales de la violencia de género y de la violencia doméstica en el ámbito de la pareja o ex pareja en 2009. [monografía en Internet], Madrid: Consejo General del Poder Judicial. Sección del Observatorio contra la violencia Domestica y de Género. Abril de 2010. [acceso el 23 de abril de 2010]. Disponible en: [http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1235984750\\_informe\\_muertas\\_2009.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1235984750_informe_muertas_2009.pdf)
16. Alonso MJ, Bedoya JM, Cayuela A, Dorado MI, Gómez MC y Hidalgo D. Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Prog Obstet Ginecol*. Madrid. 2004; 47(11): 511-520.
17. Ministerio de Sanidad y Política Social. [sede Web]\*. Madrid. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Observatorio de Salud de la Mujer; 2009 [acceso el 23 de abril de 2010]. Ministerio de Sanidad y Política Social. Criterios de calidad para la formación básica de profesionales para la atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: [www.msc.es/ObservatorioSaludMujer](http://www.msc.es/ObservatorioSaludMujer)
18. Coll B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D; Millá J, Santiñà M. "El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud". *Gac Sanit*. Barcelona. 2008; 22(1): 7-10.
19. Rodgers K. Wife assault: the findings of a national survey. Juristat service bulletin, *Statistics Canada*, 1994, 14(9):89.

20. Raya L, Ruiz I, Plazaola J, Brun S, Rueda D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*. 2004; 34:117-127.
21. Glass N, Dearwater S, Campbell J. Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *Emergency Nursing Journal*. Cherry Hill (Estados Unidos). 2001; 27(2): 141-149.
22. Wand C, Coulson K. Zero tolerance: A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care. *Australasian Emergency Nursing Journal*. Leumeah (Australia). 2006; 9(1): 163-170.
23. Schimanski K, Hedgecock B. Factors to consider for family violence screening implementation in New Zealand emergency departments. *Australasian Emergency Nursing Journal*. Leumeah (Australia) 2009; 12(2): 50-54.
24. Newberry L, Criddel LM. E.N.A. SHEEHY. *Manual de Urgencia de Enfermería*. 6<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier. 2006.
25. Alberdi I; Matas N. *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona. Colección Estudios Sociales; 10. 2002.
26. Plazaola J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin*. Barcelona. 2004; 122:461-467.
27. Ruiz I, Blanco-Prieto P, Vives C. "Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias". *Gac Sanit*. Barcelona. 2004; 18(2): 4-12, 48 ref.
28. Willson P. Domestic Violence: Are Nurses Hiding the Facts?. *J of Advanc Nursing Prac* Nueva York. 1998; 2(1): 22-26.
29. Ministerio de Sanidad y Política Social. [sede Web]\*. Madrid. Nota de Prensa. 2009. [acceso el 15 de marzo de 2010]. Ministerio de Sanidad y Política Social. Los profesionales sanitarios tendrán una formación común sobre violencia de género. Disponible en: <http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1729> .
30. Ministerio de Sanidad y Política Social. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Centro de Publicaciones. 2008 [monografía en Internet], Madrid: 2009 [acceso 16 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

31. Walker L. "Ciclo de la violencia familiar". *Revista Familia y Sociedad*, núm. 80. Bogotá: 1993.
32. Palacios S. *Salud y medicina de la mujer*. 1ª ed. Barcelona. Harcourt; 2001. p. 575
33. Seligman M. *On depression, development, and death*. 1ª ed. San Francisco: Freeman; 1975.
34. Ibáñez, M. Violencia doméstica en Euskadi: malos tratos a la mujer. Análisis y definición del proceso de ruptura con una relación de maltrato. *Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia/Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco*. Vitoria. 2004.
35. Holt S, Buckley H, Whelan S. "The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature". *Child Abuse & Neglect*. Chicago 2008; 32(1): 797-810.
36. Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J et al. "Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences". *Arch Intern Med*. San Francisco. 2002; 162(1): 1157-1163.
37. Emergency Nurses Association [sede Web]\*. Chicago. Intimate partner and family violence, maltreatment, and neglect; 2006. [acceso el 27 de marzo de 2010]. Disponible en: [http://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Violence\\_-\\_Intimate\\_Partner\\_and\\_Family\\_-\\_ENA\\_White\\_Paper.pdf](http://www.ena.org/SiteCollectionDocuments/Position%20Statements/Violence_-_Intimate_Partner_and_Family_-_ENA_White_Paper.pdf).
38. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, & Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for Use in family Practice. *J. Family Medicine*. Washington: 1996; 28(1): 422-428.
39. Fogarty C and Brown J. Screening for abuse in Spanish speaking women. *Journal of American Board of Family Practice*, 2002; 15:101-11.
40. Delgado A, Aguar M, Castellano M y Luna del Castillo J. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres *Aten Primaria*. Madrid. 2006; 38(2): 82-89.
41. Blanco P, et al. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. Barcelona. 2004; 18(1): 182-188.
42. Saturno PJ. Fases de construcción de una encuesta. *Master Oficial en Gestión de Calidad de los Servicios de Salud*. Murcia: Universidad de Murcia, 2010
43. Bohrnstedt, GW. Evaluación de la confiabilidad y validez en la medición

- de actividades. En :Summers, GF. (ed). *Medición de actitudes*. Trillas, Mexico, 1984. Cap. 3
44. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Murcia. [monografía en Internet], Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [acceso el 3 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/MurciaSNS2008.pdf>
  45. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, [www.carm.es](http://www.carm.es) [sede Web]\*. Murcia: 2010. Conserjería de Política Social, Mujer e Información. Instituto de la Mujer Violencia contra las Mujeres [www.imrm.es](http://www.imrm.es). [actualizada 12 de marzo de 2010; acceso 12 de mayo de 2010]. Disponible en: [http://imrm.es/menu\\_list.asp?ipag=29](http://imrm.es/menu_list.asp?ipag=29)
  46. Ministerio de Igualdad. Balance de los datos de violencia de género en 2009. [monografía en Internet], Madrid. Ministerio de Igualdad; 2009 [acceso el 17 de marzo de 2010]. Disponible en: [http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1263385004\\_balance2009VG.ddf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1263385004_balance2009VG.ddf).
  47. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Informe Violencia de Género de Murcia 2008*. [monografía en Internet], Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. [acceso el 11 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeViolenciaGenero2008/Murcia.pdf>