



ORIGINAL

Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria



Carmen Ana Valdés Sánchez^{a,*}, Carla García Fernández^b y Ángela Sierra Díaz^c

^a Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España

^b Hospital San Agustín, Avilés, Asturias, España

^c Hospital Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

Recibido el 26 de febrero de 2015; aceptado el 30 de enero de 2016

Disponible en Internet el 16 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Violencia de género;
Violencia doméstica;
Atención primaria de salud;
Conocimientos;
Actitudes;
Enfermería

Resumen

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes de las enfermeras sobre la violencia de género y su relación con las variables sociodemográficas y la detección de casos.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Centros urbanos de salud.

Participantes: Un total de 167 enfermeras de atención primaria.

Mediciones principales: Se utilizó un cuestionario que incluía preguntas relativas a conocimientos, percepción del conocimiento y actitudes sobre violencia de género, y que también recogía edad, sexo, estado civil, centro de trabajo y área sanitaria.

Resultados: Tasa de respuesta 114 (68,2%). El porcentaje de respuestas acertadas en el test de conocimiento fue de 62,2%, observándose un nivel de conocimiento medio. El conocimiento fue superior en las enfermeras casadas o que viven en pareja (95,2%; $p=0,007$). La baja detección (29%) se relaciona con estado civil ($p=0,004$), bajo conocimiento ($p=0,008$), autopercepción baja de conocimiento ($p=0,002$), falta de formación ($p=0,03$) y no aplicar el protocolo ($p=0,001$). Las enfermeras con autopercepción baja de conocimiento aplican menos el protocolo (OR = 0,26 IC95%: 0,1-0,7) y consideran la falta de formación como principal problema para el diagnóstico (OR = 11,24; IC 95%: 1,5-81,1).

Conclusiones: Hay falta de confianza profesional para abordar el problema. Las actitudes ante la detección y el diagnóstico están más relacionadas con el nivel de autopercepción de conocimiento que con el nivel real. La variable estado civil influye en el nivel de conocimiento. Las enfermeras señalan la falta de formación como el principal obstáculo para dar una respuesta sanitaria eficaz.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cvaldes@uniovi.es (C.A. Valdés Sánchez).

KEYWORDS

Gender violence;
 Domestic violence;
 Primary health care;
 Health knowledge;
 Attitudes;
 Nursing

Gender violence: Knowledge and attitudes of nurses in Primary Care**Abstract**

Aim: To determine the knowledge and attitudes of nurses in Primary Care as regards gender violence and their relationship with socio-demographic factors and cases detected.

Design: Cross-sectional, descriptive study.

Location: Urban health centres.

Participants: A total of 167 nurses working in Primary Care.

Main measurements: A questionnaire was used that included questions related to knowledge, knowledge perception and attitudes to gender violence attitudes. Variables such as age, gender, marital status, work place and health area were also analysed.

Results: The response rate was 114 (68.26%). The percentage of correct responses in the knowledge questions was 62.2%, with a medium level of knowledge being observed.

Married nurses or couples living in a stable relationship obtained a higher score (95.2%, $P = .077$). The low detection (29%) is associated with marital status ($P = .004$), low knowledge ($P = 0.008$), low knowledge perception ($P = .001$), lack of training ($P = .03$) and non-implementation of the gender violence protocol ($P = .001$). Nurses with low self-perception of their knowledge implement the protocol less often (OR = 0.26; 95% CI: 0.1-0.7), and they consider that the lack of training is the main problem in determining the diagnosis (OR = 11.24; 95% CI: 1.5-81.1).

Conclusions: The level of knowledge was adequate. Nurses have a lack of confidence in terms of their knowledge about gender violence. The detection and diagnosis attitudes are more related to self-perception of levels of knowledge than their real knowledge. Marital status influences the level of knowledge. Professionals state that the lack of training is the main problem to give an efficient healthcare response.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Según la encuesta de violencia de género (VG) realizada en 2011¹ en España, un 10,9% de las participantes han sufrido VG alguna vez en su vida. Las prevalencias rondan el 24,8%² e incluso el 30%³, aunque la VG se ha caracterizado por su invisibilidad⁴. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera un grave problema de salud pública, y se relaciona con una peor salud física y mental en la mujer⁵⁻⁷, así como con complicaciones obstétricas y ginecológicas⁸.

La institución más valorada y que más confianza genera en la mujer que denuncia es la sanitaria^{9,10}. Para muchas víctimas, el sistema sanitario es el único lugar donde pueden buscar ayuda¹¹. Los centros de atención primaria (AP) y urgencias suelen ser los primeros recursos a los que acuden incluso antes que a la justicia o a los servicios sociales^{6,12}. En España el 48,6% de las pacientes de AP han sufrido maltrato alguna vez, siendo este el servicio que más casos detecta^{13,14}; su accesibilidad, el contacto directo y continuado con las pacientes y contar con equipos interdisciplinarios, facilitan la confianza necesaria para verbalizar el problema^{13,15}. Las mujeres consultan más sobre secuelas o síntomas inespecíficos que sobre el maltrato en sí mismo^{5,13}; por ello, es importante realizar preguntas exploratorias sobre VG, como actividad preventiva, en toda mujer que acuda a consulta y no figure en su historia clínica^{13,15}.

Algunos trabajos indican que entre un 29% y un 40% de las enfermeras en AP se sienten incómodas preguntando a los

pacientes sobre este tema^{6,16}. En Asturias, aunque existe un *Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias* (VIMPA), en menos del 10% de las historias es posible identificar de forma automática si ha habido violencia; esto se atribuye a la falta de habilidades en el uso de la herramienta informática y a la escasa formación sobre VG¹⁴.

El estudio de Ramsay et al.¹⁷, realizado en Reino Unido, muestra que las enfermeras en AP tienen un nivel de conocimiento inferior al de los médicos; solo un 20% pregunta sobre el maltrato de forma rutinaria y el 27% cuando observan signos o síntomas de abuso. La investigación de Arredondo-Provecho et al.¹⁸, en Madrid, señala un nivel medio de conocimiento en todas las categorías, sin embargo, únicamente un 35% de las enfermeras de AP consideran la VG como un problema muy o bastante importante y mantienen una actitud expectante para diagnosticar casos. Robinson et al.¹⁹ observan que en urgencias las enfermeras no detectan la VG a través de los protocolos de actuación sino basándose en sus percepciones sobre el tema. Rojas et al.²⁰ observan, en profesionales sanitarios, la influencia de las variables conocimientos y formación en las actitudes hacia la VG; no ofrecen datos sobre la relación de los conocimientos y formación en la detección de casos.

El objetivo del presente estudio es evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes de las enfermeras que trabajan en AP sobre VG y su relación con las variables sociodemográficas y la detección de casos.

Material y método

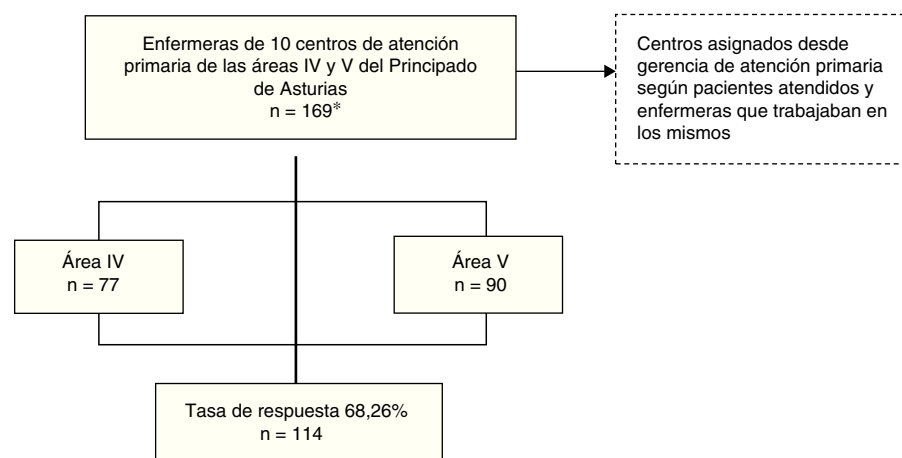
Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en centros urbanos de AP de las Áreas IV (Oviedo) y V (Gijón) del Principado de Asturias (España), durante los meses de enero a mayo de 2013. Desde Gerencia de AP se asignaron 10 centros (5 por área), según los siguientes criterios: número de pacientes atendidos y número de profesionales que trabajaban en los mismos. Fueron invitadas a participar 167 enfermeras que prestaban servicios en los centros seleccionados (Área IV: $n = 77$; Área V: $n = 90$).

Para recoger la información se utilizó una adaptación del cuestionario elaborado por Siendones Castillo et al.²¹, diseñado a través de la revisión de la literatura científica y el consenso entre profesionales; una vez definidos los dominios a estudiar y elaboradas las preguntas, hicieron un pretest con profesionales sanitarios, antes de la elaboración del formato definitivo, para minimizar los posibles errores de comprensión y un segundo test para mejorar su fiabilidad

que esto ocasione ningún perjuicio. La encuesta fue revisada y valorada por la Unidad de Investigación y el Comité de Ética de Investigación Clínica del Principado de Asturias, así como por la Gerencia del Área V y la Subdirección de Enfermería del Área IV.

Se creó una base de datos en SPSS v. 21.0, se realizó un análisis descriptivo, utilizando para las variables cualitativas porcentajes y para las cuantitativas medias, desviación estándar (σ) y el cálculo de intervalos de confianza al 95% (IC 95%). La puntuación de nivel de conocimiento sobre VG se obtuvo a través del cálculo del porcentaje global de aciertos en las preguntas 7-14.

Los estadísticos utilizados para estudiar la asociación entre variables cuantitativas y cualitativas fueron la *t* de Student y el ANOVA, y para las variables cualitativas el test χ^2 de Pearson. Se construyeron 2 modelos de regresión logística y se realizó el test de bondad de ajuste Hosmer-Lemeshow. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.



(*) Criterio de exclusión = ser estudiante de enfermería

Esquema general del estudio: Estudio descriptivo transversal, mediante encuesta, para determinar el nivel de conocimiento y actitudes sobre violencia de género

y valorar las posibles diferencias entre las respuestas²¹, aunque no aportan datos sobre la cuantificación de dicho parámetro. Arredondo-Provecho et al.¹⁸ lo utilizan en un estudio de características similares realizado en España, considerándolo validado mediante su uso, pero tampoco aportan datos concretos.

El cuestionario, de carácter anónimo y voluntario, constaba de 23 preguntas de respuesta cerrada: datos socio-demográficos (edad, sexo, estado civil, centro de trabajo y área sanitaria); conocimientos (casos detectados, test de evaluación de conocimientos y autopercepción del conocimiento); actitudes y opiniones (importancia del problema, pautas de actuación y dificultades para el diagnóstico).

En la difusión del estudio colaboró la Gerencia de cada área, los cuestionarios fueron llevados a los centros de salud y entregados a los coordinadores, que se encargaron de su distribución y recogida.

Se han respetado los preceptos de la Declaración de Helsinki y la Ley de Protección de Datos, solicitando el consentimiento informado a todos los participantes y respetando la libre voluntad de abandonar la investigación sin

Resultados

La tasa de respuesta, calculada sobre el total de profesionales invitados a participar, fue del 68,26% ($n = 114$). La muestra estuvo formada mayoritariamente por mujeres (85,1%), la edad media fue 46,48 años ($\sigma = 9,6$; IC 95%: 44,6-48,2). La distribución muestral en función de las variables edad, sexo, estado civil y área sanitaria puede verse en la [tabla 1](#).

El porcentaje de respuestas acertadas en el test de conocimiento fue 62,2%, con un nivel de conocimiento medio. El 33,3% tienen conocimiento alto, el 53,5% medio y el 13,2% bajo. La proporción de aciertos en las preguntas fue similar en ambas áreas sanitarias ($p = 0,672$). El 67,5% considera que no tiene los conocimientos necesarios para atender a una víctima de VG. Los resultados obtenidos en las preguntas de conocimientos y de actitudes pueden verse en las [tablas 2 y 3](#).

Los profesionales que afirman que la víctima comunica su situación piensan que la violencia física es el tipo de maltrato más frecuente (66,7%), seguido del psicológico

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra

Características sociodemográficas	N.º de sujetos	Porcentaje	IC 95%	
			Inf.	Sup.
<i>Edad</i>				
21-39 años	30	26,3	18,4	34,2
40-54 años	62	54,4	44,7	63,2
55-65 años	22	19,3	12,3	27,2
<i>Sexo</i>				
Hombre	17	14,9	7,9	21,9
Mujer	97	85,1	78,1	92,1
<i>Estado civil</i>				
Casado o vivir en pareja	63	55,3	45,6	64,9
Viudo	6	5,3	1,8	9,6
Separado o divorciado	15	13,2	7	20,2
Soltero	30	26,2	17,6	34,2
<i>Área sanitaria</i>				
Área IV (Oviedo)	65	57	48,2	65,8
Área V (Gijón)	49	43	34,2	51,8

(33,3%); sin embargo, los que consideran que la víctima pasa desapercibida señalan como el más frecuente el psicológico (82,9%), y solo un 7,6% considera el maltrato físico como el más habitual ($p=0,002$). A nivel sociodemográfico, los profesionales casados o que viven en pareja tienen mayor nivel de conocimiento (95,2% medio o alto; $p=0,007$), los hombres asocian más la VG a clase social baja (70,6%; $p=0,002$) y conocen menos la Ley y sus obligaciones legales (53,3%; $p=0,034$). No se han encontrado diferencias significativas para el resto de variables. El 85,2% de las personas con bajo nivel de conocimiento no detectan casos ($p=0,013$). Tener un nivel alto de conocimiento influye en la realización del diagnóstico diferencial ante lesiones físicas (84%; $p=0,03$) y en una mayor aplicación del protocolo (52,6%; $p=0,003$), pero no en la detección de forma significativa ($p=0,13$).

Se estudió la relación entre «autopercepción baja de conocimiento» y las diferentes variables actitudinales y de opinión (tabla 4). Se construyó un modelo de regresión logística, tomando como variable dependiente «autopercepción baja» y como independientes todas las variables en las que se habían observado diferencias estadísticamente significativas, siendo la $R^2=0,49$ y el test Hosmer-Lemeshow $p=0,666$. Se observó que las personas con autopercepción baja de conocimiento aplican menos el protocolo (OR=0,26; IC 95%: 0,1-0,7) y tienen una probabilidad 11,24 veces superior de considerar la falta de formación como principal problema para el diagnóstico (tabla 5).

La media de casos detectados en los últimos 3 meses fue de 0,42 ($\sigma=0,82$; IC 95%: 0,30-0,60), y el 71% no ha detectado ningún caso. La detección de casos se relaciona con estar casado o vivir en pareja ($p=0,004$), bajo nivel de conocimiento ($p=0,008$), autopercepción baja de conocimiento ($p=0,002$), falta de formación como problema para el diagnóstico ($p=0,032$) y no aplicar el protocolo ($p=0,001$). Se construyó un modelo de regresión logística tomando como variable dependiente «detección de casos» y como independientes las variables anteriormente mencionadas, siendo la

$R^2=0,27$ y la prueba de bondad de ajuste $p=0,61$. En la tabla 6 vemos que la no detección de casos es menor en los profesionales casados o que viven en pareja (OR=0,26; IC 95%: 0,1-0,7) y en las enfermeras que aplican el protocolo (OR=0,32; IC 95%: 0,1-0,8).

En lo que respecta a las barreras en la consulta para la detección, el 63,2% consideran la escasa formación como principal problema para el diagnóstico ($p=0,003$), siendo las enfermeras que no detectan casos las que la demandan en mayor medida ($p=0,001$). La falta de formación influye también en una menor aplicación del protocolo ($p=0,008$). No hay relación entre la no detección de casos y la falta de tiempo en consulta ($p=0,09$); el 76,5% de los profesionales que no detectan casos lo considera adecuado.

Por último señalar que no realizar diagnóstico diferencial ante lesiones físicas se asocia con autopercepción baja de conocimiento (84,8%; $p<0,001$), no aplicar el protocolo (91%; $p<0,001$) y tener una escasa actitud expectante ante el diagnóstico (73%; $p<0,001$).

Discusión

Las enfermeras tienen un nivel medio de conocimiento^{18,21}, y aunque la mitad afirman conocer el protocolo, dato ligeramente superior a otros estudios^{18,21,22}, solo lo aplicaron un 34%; la detección de la VG parece basarse más en las propias percepciones que en el uso de los protocolos¹⁹. Además, aunque consideran que la VG atañe a todos los profesionales y que la víctima pasa desapercibida^{18,21}, el nivel de detección encontrado ha sido insuficiente²³⁻²⁷; se ha visto una escasa actitud expectante ante el diagnóstico^{16,18} y en el planteamiento del diagnóstico diferencial ante lesiones físicas^{6,17,18,21}. Esta pasividad explicaría por qué, muchas veces, no se identifica el problema a partir de los síntomas inespecíficos o lesiones de la víctima²³. Además, los profesionales no preguntan por miedo a ofender a sus pacientes^{3,17}, a las consecuencias legales⁴ o a poner en

Tabla 2 Porcentajes de las respuestas dadas a las preguntas de conocimientos

Pregunta, variable y categorías	N.º de sujetos	Porcentaje	IC 95%	
			Inf.	Sup.
6- ¿Has detectado algún caso en los últimos tres meses durante tu jornada laboral?				
Sí	81	28,9	62,3	78,9
No	33	71,1	21,1	37,7
7- ¿Sabes si en tu centro de salud se realizan actividades de detección, ayuda y/o seguimiento a víctimas de VG?				
Sí	45	39,5	30,7	49,1
No	69	60,5	50,9	69,3
8- ¿Conoces el protocolo de actuación de atención primaria para la atención sanitaria a estas pacientes?				
Sí	57	50	41,2	58,8
No	57	50	41,2	58,8
9- Piensas que la VG en nuestra sociedad es un problema				
Muy frecuente	57	50	41,2	58,8
Bastante frecuente	51	44,7	36,8	53,5
Poco frecuente	6	5,3	1,8	9,6
10- Crees que las pacientes que sufren VG				
Comunican su situación	3	2,6	0	5,3
Pasan desapercibidas	111	97,4	94,7	100
11- Consideras que el tipo de VG más frecuente es				
Física	10	8,8	3,5	14
Psicológica	93	81,6	74,6	88,6
Social	11	9,6	4,4	14,9
12- Asocias más la VG a clases sociales				
Altas	3	2,6	0	6,1
Bajas	44	38,6	29,8	47,4
Ambas por igual	67	58,8	50	68,4
13- ¿Cuál de estos factores influye más en que existan malos tratos en nuestro medio?				
Clase socioeconómica baja	17	14,9	8,8	21,9
Estar en trámites de separación o divorcio	58	50,9	42,1	60,5
Nivel sociocultural bajo	39	34,2	25,4	43
14- ¿Conoces la Ley y las obligaciones legales ante la mera sospecha de VG?				
Sí	79	69,3	60,5	78,1
No	35	30,7	21,9	39,5
20- ¿Crees que posees los conocimientos necesarios para detectar casos de VG?				
Sí	37	32,5	24,6	41,2
No	77	67,5	58,8	5,4
21- Consideras que tu grado de conocimientos sobre VG es				
Alto	12	10,5	5,3	16,7
Medio	39	34,2	25,4	43
Bajo	63	55,2	46,5	64

peligro su propia seguridad o la de la víctima²⁴. Otra causa de la escasa detección podría ser la baja motivación, debida a la frustración ante la falta de relación entre sus esfuerzos y los resultados inmediatos¹⁹.

En algún estudio se han señalado tasas de detección más bajas asociadas al sexo masculino³, pero también existen otros en los que no se han encontrado diferencias²⁵. En nuestro caso, los enfermeros asocian más la VG a clase social baja y conocen menos la Ley y sus obligaciones legales, pero no se han encontrado diferencias significativas con relación a la detección de casos; no obstante, estos resultados deben

ser considerados con cautela debido al escaso porcentaje de varones de la muestra (14,9%).

Estar casado o vivir en pareja se relaciona con mayor nivel de conocimiento; quizás tener pareja aumente la motivación y el interés sobre este tema. En un estudio anterior realizado en México⁶ no se observó relación entre ambas variables; sin embargo, la evaluación del nivel de conocimiento se realizó a través de la contestación a una pregunta «qué es la VG». Otras investigaciones¹⁶⁻²¹ no aportan datos, por lo que sería importante contemplar esta variable en estudios futuros con el fin de corroborar los resultados.

Tabla 3 Porcentajes de las respuestas dadas a las preguntas relacionadas con variables actitudinales y de opinión

Pregunta, variable y categorías	N.º de sujetos	Porcentaje	IC 95%	
			Inf.	Sup.
15- Crees que la VG es un problema				
Muy importante	89	78	70,2	86
Bastante importante	23	20,2	12,3	28,1
Poco importante	2	1,8	0	4,4
16- En tu trabajo habitualmente mantienes una actitud expectante ante el diagnóstico				
Siempre	21	18,4	11,4	25,4
Normalmente	53	46,5	36,8	56,1
Nunca	40	35,1	26,3	43,9
17- Ante una paciente con lesiones físicas te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de malos tratos				
Siempre	26	22,8	15,8	30,7
Normalmente	56	49,1	39,5	57,9
Nunca	32	28,1	20,2	36,8
18- Aplicas el protocolo de VG en tu trabajo				
Siempre	11	9,6	4,4	14,9
Normalmente	28	24,6	16,7	32,5
Nunca	75	65,8	57	73,7
19- A la hora de identificar y solucionar el problema crees que es competencia de				
Policía	2	1,8	0	4,4
Jueces	1	0,8	0	2,6
Trabajadores sociales	2	1,8	0	4,4
Todos	109	95,6	91,2	99,1
22- ¿Cuál crees que es el mayor problema a la hora de detectar un caso de VG?				
Falta de formación	72	63,2	53,5	71,9
Falta de tiempo en consulta	31	27,2	19,3	35,1
Ausencia de un trabajador social	11	9,6	4,4	15,8
23- Elige cuál consideras la principal propuesta de mejora para la detección de casos de VG				
Cursos de formación	66	57,9	48,2	65,5
Tiempo suficiente que permita una actuación integral	29	25,4	17,6	33,3
Crear un grupo especializado de profesionales, existiendo al menos uno por turno de trabajo	19	16,7	9,6	23,7

La autopercepción baja de conocimiento ha influido más que el nivel de conocimiento real en las variables relacionadas con el diagnóstico y la detección de casos. Se observa falta de confianza de las enfermeras; el 86% tienen conocimiento medio o alto pero un 67% lo considera insuficiente. Se ha señalado que la baja autoeficacia percibida es un problema importante al tratar temas de VG²⁴, siendo necesario que los sanitarios tengan una autopercepción adecuada sobre su nivel de formación y que adquieran las herramientas necesarias para dar una respuesta sanitaria eficaz²⁰. La falta de confianza en las capacidades ocasiona menores tasas de detección³ y disminución de las habilidades del equipo sanitario para atender estos casos²⁴.

En cuanto a las barreras para el diagnóstico, la percepción de una falta de formación parece ser la principal, la falta de tiempo no parece ser un problema insalvable, resultados que coinciden con otros estudios^{6,28}. Aunque Suggs et al.²⁴ han señalado que los sanitarios consideran necesaria la presencia del trabajador social para ayudar en la

gestión de las pacientes víctimas de VG, en nuestro estudio las enfermeras no consideran importante dicha presencia.

Las investigaciones coinciden en la necesidad de sensibilizar más y formar en la detección del maltrato¹⁷⁻²². Dicha formación debería mejorar las habilidades relacionadas con la detección de casos, incluyendo recursos que faciliten el registro en la historia clínica^{12,14,23}, preguntas específicas de cribado^{11,25}, enseñanza de habilidades de comunicación para la entrevista psicosocial²³ y conocimiento de los recursos existentes en la comunidad para orientar adecuadamente^{6,12,20}. Sin olvidar las barreras psicológicas y culturales²³ y la modificación de actitudes, prejuicios y estereotipos sociales sobre el tema^{15,19,23,26}.

El nivel de participación en el estudio fue superior al obtenido en otras investigaciones en el ámbito de la AP¹⁸. Como limitaciones señalar que la investigación se centra en AP, por lo que los datos pueden no ser generalizables a otros servicios; se realizó en centros urbanos que podrían diferir en sus actitudes de las enfermeras que ejercen en zonas

Tabla 4 Asociación entre la autopercepción baja de conocimiento y las variables actitudinales y de opinión

Variables actitudinales y de opinión	Autopercepción baja de conocimiento %		χ^2	Sig.
	Sí	No		
<i>La VG es un problema</i>				
Muy o bastante importante	96,8	99,2	1,648	0,3
Poco importante	3,2	0,8		
<i>Tiene actitud expectante ante el diagnóstico</i>				
Siempre o normalmente	49,2	84,3	15,252	0,000
Nunca	50,8	15,7		
<i>Se plantea el diagnóstico diferencial ante lesiones físicas</i>				
Siempre o normalmente	57,1	90,2	15,250	0,000
Nunca	42,9	9,8		
<i>Aplica el protocolo</i>				
Siempre o normalmente	15,9	29,3	21,040	0,000
Nunca	84,1	70,7		
<i>Afirma que la VG compete a todos los profesionales (incluidos sanitarios)</i>				
Sí	92,1	99,3	4,233	0,048
No	7,9	0,7		
<i>El principal problema para el diagnóstico es falta de formación</i>				
Sí	82,5	39,2	26,164	0,000
No	17,5	60,8		
<i>El principal problema para el diagnóstico es la falta de tiempo</i>				
Sí	11,1	49,0	20,060	0,000
No	88,9	51,0		
<i>Se precisan cursos de formación</i>				
Sí	66,7	45,2	5,350	0,017
No	33,3	54,8		
<i>Se precisa aumentar el tiempo en consulta</i>				
Sí	15,9	37,3	6,793	0,008
No	84,1	62,7		
<i>Se precisa trabajador social en el horario del centro</i>				
Sí	6,3	13,7	1,759	0,157
No	93,7	86,3		
<i>Se precisa crear grupos especializados en el centro de salud</i>				
Sí	17,5	17,6	0,011	0,585
No	82,5	82,4		

Tabla 5 Estimación del modelo de regresión logística para la variable «autopercepción baja de conocimiento» (0 = no; 1 = sí)

Variables	B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	IC 95%
Actitud expectante ante el diagnóstico	-0,86	0,63	1,84	1	0,17	0,42	0,12-1,46
Realización del diagnóstico diferencial	-1,07	0,71	2,24	1	0,13	0,34	0,08-1,39
Aplicación del protocolo	-1,33	0,54	6,11	1	0,01	0,26	0,10-0,75
Dificultad para el diagnóstico: falta de formación	2,42	1,01	5,76	1	0,01	11,24	1,56-81,1
Dificultad para el diagnóstico: falta de tiempo	0,04	1,06	0,00	1	0,97	1,04	0,13-8,42
Es necesario más tiempo en consulta	0,89	1,05	0,71	1	0,39	2,44	0,31-19,3
Es necesario una mayor formación	-0,04	0,75	0,00	1	0,95	0,95	0,22-4,23
Constante	0,27	0,99	0,07	1	0,78	1,31	

Tabla 6 Estimación del modelo de regresión logística para la variable «detección de casos» (0 = detecta; 1 = no detecta)

VARIABLES	B	ET	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	IC 95%
Estar casado o vivir en pareja	-1,34	0,49	7,28	1	0,007	0,26	0,09-0,69
Falta de formación como principal problema para el diagnóstico	0,22	0,51	0,19	1	0,660	1,25	0,45-3,44
Autopercepción de conocimiento	-0,66	0,54	1,47	1	0,225	0,51	0,17-1,50
Aplicar el protocolo	-1,17	0,51	5,28	1	0,022	0,32	0,11-0,84
Constante	0,55	0,53	1,03	1	0,31	1,73	

rurales, y los encuestados pueden haber dado respuestas socialmente deseables a pesar de que el cuestionario se llevó a cabo de manera confidencial, debido a la sensibilidad social del tema.

En conclusión, los resultados de este trabajo ponen de manifiesto que la baja autopercepción de conocimiento influye más que el nivel de conocimiento real en la realización del diagnóstico diferencial, la detección de casos y la aplicación del protocolo. Es necesario mejorar la confianza de las enfermeras sobre sus capacidades para la detección de casos de VG, lo que, además de una adecuada formación, precisa de apoyo institucional, protocolos de cribado eficaces, establecer criterios de sospecha y pautas claras de actuación ante casos de maltrato, así como conocer los recursos comunitarios que puedan ser una vía de acceso a otros profesionales. La complejidad del problema hace que el abordaje deba ser interdisciplinar.

Lo conocido sobre el tema

- La atención a la mujer maltratada requiere que las enfermeras tengan conocimientos, sensibilidad y capacitación suficiente
- Los servicios de atención primaria son de los primeros recursos a los que acude la víctima y tienen una labor esencial en la detección
- La mujer maltratada acude a menudo a las consultas de enfermería para curas de lesiones físicas; identificar el problema a tiempo aumentará su seguridad y su salud

Qué aporta este estudio

- Las enfermeras mostraron un nivel de conocimiento medio, aunque 2 tercios consideraron que no era suficiente para abordar este problema
- Las actitudes hacia la detección y el diagnóstico diferencial de VG están más relacionadas con el nivel de autopercepción de conocimiento que con su nivel real, lo que genera falta de confianza profesional
- Sería deseable sensibilizar y formar a las enfermeras en la detección y prevención del maltrato a la mujer, así como mejorar las habilidades de entrevista psicosocial y enseñar a realizar preguntas de cribado de forma habitual

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de Violencia de Género 2011. Principales resultados. Madrid: Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado 6 Jun de 2014]. Disponible en: http://www.observatoriovioencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf
2. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribà-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E, et al. Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac Sanit.* 2010;24:128-35.
3. Elliot L, Nerney M, Jones T, Friedmann PD. Barriers to screening for domestic violence. *J Gen Intern Med.* 2002;17:112-6.
4. Lorente M. Violencia y maltrato de género (I): aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias.* 2008;20:191-7.
5. Plichta SB, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Womens Health Issues.* 2001;11:244-58.
6. Mendoza-Flores ME, Jesús-Corona Y, García-Urbina M, Martínez-Hernández G, Sánchez-Vera R, Reyes-Zapata H. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatol Reprod Hum.* 2006;20:69-79.
7. 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;34:117-27.
8. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Domestic violence: Prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;113:6-11.
9. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Barómetro de marzo. Estudio núm. 2597. Madrid: CIS; 2005 [consultado 1 Oct 2014]. Disponible en: http://www.cis.es/cis/open/cm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=4656
10. González I, Serrano A, García N, Campo B, Moreno B, González AB, et al. Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en atención primaria. *Aten Primaria.* 2011;43:459-64.
11. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI, Grupo de Estudio para la Violencia de Género. La violencia contra la mujer en la pareja: un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2006;20:202-8.
12. Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit.* 2004;18:4-12.
13. Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Rev Esp Med Legal.* 2010;36:104-9.

14. Muslera-Canclini E, Natal C, García V, Fernández-Muñoz P. Descripción del registro de casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias. *Gac Sanit.* 2009;23:558–61.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Informes estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
16. Paulin Baraldi AC, de Almeida AM, Perdoná G, Vieira EM, dos Santos MA. Perception, attitudes of physicians and nurses about violence against women. *Nurs Res Pract.* 2013;2013:1–7.
17. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: Knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract.* 2012;62:e647–55.
18. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez-Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev Esp Salud Pública.* 2012;86:85–99.
19. Robinson R. Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence. *J Emerg Nurs.* 2010;36:572–6.
20. Rojas K, Gutiérrez T, Alvarado R, Fernández A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Aten Primaria.* 2015;47:490–7.
21. Siendones-Castillo R, Perea-Milla E, Arjona JL, Agüera C, Rubio A, Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias.* 2002;14:224–32.
22. Larrauri MA, Rodríguez E, Castro TM, Alfonso Z, Ojea B, Blanco MA. Conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias sobre violencia de género. *Enf Urg.* 2010;2:36–9.
23. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004;18:182–8.
24. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care: Attitudes, practices and beliefs. *Arch Fam Med.* 1999;8:301–16.
25. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farrás U, Rodríguez D, Milla J, Santiñá M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit.* 2008;22:7–10.
26. Salcedo-Barrientos DM, Miura PO, Macedo VD, Egry EY. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence? *Rev Lat Am Enfermagem.* 2014;22:448–53.
27. Natan MB, Rais I. Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *J Trauma Nurs.* 2010;17:112–7.
28. DeBoer MI, Kothari R, Kothari C, Koestner AL, Rohs T Jr. What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *J Trauma Nurs.* 2013;20:155–60.