

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN PROFESIONALES SANITARIOS PARA AUMENTAR LA REALIZACIÓN DEL CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Alumno: Robles Leal, Juan Vicente

Tutor: Pomares Gómez, Francisco José

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2020-2021

RESUMEN

Introducción: La violencia de género se trata de un problema relevante en nuestros días y está presente en nuestra sociedad con una elevada prevalencia. Según la OMS, una de cada tres mujeres sufre algún tipo de VG a lo largo de vida y al mismo tiempo se trata de un problema infradiagnosticado.

En Atención Primaria tenemos una posición idónea para su detección, dado que antes o después todas las mujeres tienen contacto con los profesionales de su Centro de Salud. Para ello disponemos de una herramienta en el programa de registro de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud llamada Protocolo de Detección precoz de Violencia de Género. Dicha herramienta se encuentra incluida en el plan personal de cada paciente mujer mayor de catorce años.

Objetivos: Nuestro objetivo general con este trabajo es evaluar la eficacia de una intervención educativa grupal en profesionales sanitarios de Atención Primaria a la hora de aumentar el número de cribados de detección precoz de Violencia de Género que se realizan a mujeres en consultas de Atención Primaria.

Metodología: Para lograr los objetivos propuestos se llevará a cabo un Ensayo Clínico Aleatorio, un estudio analítico, experimental con intervención educativa, prospectivo, aleatorio, con grupo control y doble cegamiento. La intervención consistirá en una sesión clínica grupal con una duración estimada de cuarenta minutos a una hora que tratará informar, motivar y desmitificar aspectos sobre la detección de la Violencia de Género en Atención Primaria. La población objetivo de la intervención serán los profesionales sanitarios y no sanitarios de la Región de Murcia en el ámbito de la Atención Primaria. Los resultados serán medidos un año tras la intervención a través del número de Protocolos de Detección precoz de Violencia de Género realizados.

Palabras Clave: Violencia de Género, Atención Primaria de Salud, prevención Secundaria, Derechos de la Mujer, Mejoramiento de la calidad.

ABSTRACT

Introduction: Gender-based violence is a relevant problem in our days and is present in our society with a high prevalence. According to the WHO, one in three women suffers some type of Gender-based violence throughout their lives and at the same time it is an underdiagnosed problem.

In Primary Health Care we have an ideal position for its detection, given that sooner or later all women have contact with the professionals at their Health Center. For this we have a tool in the Murcian Health Service's Primary Care registration program called Protocol for the Early Detection of Gender Violence. This tool is included in the personal plan of each female patient over fourteen years of age.

Objectives: Our general objective with this research is to evaluate the efficacy of a group educational intervention in primary care health professionals in increasing the number of screening for early detection of Gender Violence performed on women in Primary Care consultations.

Methodology: To achieve the proposed objectives, a Randomized Clinical Trial will be carried out, an analytical, experimental study with educational intervention, prospective, randomized, with a control group and double blinding. The intervention will consist of a group clinical session with an estimated duration of forty minutes to one hour that will try to inform, motivate and demystify aspects about the detection of Gender Violence in Primary Care. The target population of the intervention will be health and non-health professionals in the Region of Murcia in the field of Primary Care. The results will be measured one year after the intervention through the number of Protocols for the Early Detection of Gender Violence carried out.

Key words: Gender-Based Violence, Primary Health Care, Secondary Prevention, Women's Rights, Quality Improvement.

INDICE

1. Pregunta de investigación.....	4
2. Pregunta en formato PICO.....	4
3. Antecedentes y estado actual del tema.....	4
4. Justificación del estudio.....	7
5. Hipótesis.....	8
6. Objetivos de la Investigación.....	8
7. Materiales y métodos.....	9
8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	14
9. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	15
10. Limitaciones y posibles sesgos.....	15
11. Posibles problemas éticos. Ley de Protección de Datos.....	17
12. Calendario y cronograma previsto para el estudio.....	18
13. Personal que participará en el estudio.....	18
14. Instalaciones e instrumentación.....	19
15. Presupuesto.....	19
16. Bibliografía.....	20
17. Anexos.....	22

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Es efectiva una intervención educativa grupal en profesionales sanitarios de Atención Primaria para aumentar la realización por parte de estos del cribado de detección precoz de violencia de género?

2. PREGUNTA EN FORMATO PICO

“En profesionales sanitarios de Atención Primaria, ¿la intervención educativa grupal es eficaz para aumentar el cribado de detección precoz de violencia de género?”

-**P** (población de estudio y sus características): profesionales sanitarios de Atención Primaria

-**I** (intervención): intervención educativa grupal

-**C** (comparación con el grupo control): frente a no intervención

-**O** (resultados, outcomes): aumento del cribado de detección precoz de violencia de género

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La igualdad entre hombres y mujeres continúa siendo a día de hoy, uno de los objetivos más perseguidos por la mayoría de gobiernos y organizaciones nacionales e internacionales. Está incluida dentro de la Declaración Universal de Derechos Humanos, especialmente en los primeros nueve artículos, de entre los que podemos destacar las siguientes ideas (1):

- La libertad de todo ser humano desde el momento de su nacimiento y la igualdad en dignidad y derechos.
- La posesión de todas las personas de todas las libertades y derechos proclamados en la declaración sin distinción por su sexo, color, raza,

religión, idioma, opinión de cualquier índole, posición económica, origen nacional o social, nacimiento o cualquier otra condición.

- La prohibición de la esclavitud, servidumbre y toda forma de trata de esclavos.
- La prohibición de someter a tortura y a tratos crueles, inhumanos o degradantes a cualquier persona.

A pesar del concienzudo desglose realizado en dicha declaración, al tratarse de un documento no vinculante, se propusieron en el año 2000, a través de la Organización de las Naciones Unidas (a partir de ahora ONU) los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con el objetivo de alcanzar en el año 2015 la solución una serie de graves problemas de la vida cotidiana, entre los que se propuso como 3º Objetivo “Promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer” (2). Estos Objetivos de Desarrollo del Milenio vinieron acompañados de unos indicadores de consecución, que se evaluaron en 2015 y llevaron a la promulgación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible como continuación de los anteriores, en la cual se propusieron objetivos con un mayor nivel de concreción y vinculación, que en el caso de la violencia contra la mujer, pasa a enunciarse como 5º Objetivo “Lograr la igualdad entre los géneros empoderar a todas las mujeres y niñas”, que incluye finalizar cualquier forma de discriminación, eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas en todas sus formas tanto en ámbito público como en privado, a través de la educación, reformas socioculturales y políticas. Estos objetivos tienen como fecha límite el año 2030, donde se evaluará de nuevo su consecución (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recoge la definición de violencia contra la mujer presentada por la ONU, y es la siguiente: “Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

En esta definición fue presentada en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en el año 1993 (4). De ella provienen otros términos que han ido desarrollándose al visibilizar la situación real de las mujeres en cada

ámbito de su vida, como violencia de género, violencia machista, violencia en la pareja, violencia doméstica, violencia en la familia, brecha salarial, feminicidio etc.

Según esta misma organización, a través de su Entidad para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (conocida también como ONU Mujeres), a pesar de que los términos violencia de género y violencia contra la mujer se usan indistintamente en ámbitos sociales y legales, la violencia de género ha de entenderse como la practicada contra alguien debido a su género así como lo que se espera sobre el rol que esa persona debe cumplir en la sociedad(5), con lo que éste último término está reservado a la violencia que recibe una mujer por el hecho de serlo, y a las construcciones y restricciones sociales que se le aplican por su género.

En España, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre revisada el 4 de agosto de 2018, recoge las medidas de prevención y detección de esta violencia y las medidas de sensibilización, así como los derechos de las mujeres víctimas de la misma, bajo la definición de: “todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad” (6).

Aunque tradicionalmente se ha considerado la violencia contra la mujer como eminentemente física, psicológica y sexual, estudios recientes confirman la existencia de otros tipos de violencia basadas en restricciones. En el documento “La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y propuestas” publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad el año 2015, se recogen los siguientes tipos de violencia (7): física, psicológica, sexual, social, ambiental y económica.

En España, el número de víctimas mortales por violencia de género ha sufrido pocos cambios, si bien desde el inicio de la recogida de los datos (2003) hasta el último año con datos completos (2020) se ha pasado de 71 a 45 víctimas mortales, lo que supone una reducción aproximada de un 37%, aunque no se puede decir que se trate de una reducción constante, ya que el número varía cada año (8).

Según el X Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer publicado en 2016, desde 2007 hasta 2016 se han producido un total de 1.324.263 denuncias por violencia de género, con una media de 133.477,3 denuncias anuales, lo que supone 362,8 denuncias diarias como promedio (9).

4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La VG se trata de un problema que en la actualidad sigue presente con una elevada prevalencia. Según la OMS, una de cada tres mujeres (35%) sufre algún tipo de VG a lo largo de vida, y a la vez se trata de un problema infradiagnosticado (10).

La Atención Primaria es el lugar idóneo para la detección, dado que antes o después todas las mujeres tienen contacto con los profesionales de su Centro de Salud.

Dentro del trabajo en consulta de Atención Primaria, se incluye la detección de estos casos. Para ello disponemos de una herramienta en OMI-AP, el programa informático de registro con el que se trabaja en los centros de salud del Servicio Murciano de Salud.

Existen múltiples mitos y creencias que dificultan el abordaje de la violencia de género en la entrevista durante la consulta, tanto por parte de la mujer (miedo a no ser entendida, a ser culpabilizada, a la reacción de su pareja contra ella o los hijos, sentirse incapaz de cambiar su vida, diversas vulnerabilidades expuestas en apartados anteriores...) como por parte de los profesionales sanitarios, que en un gran número de ocasiones creen que esta violencia es poco frecuente, o que justifican con algún suceso la actitud del agresor, se sienten incapaces de abordar estos problemas en la consulta por falta de formación o habilidades, confianza con la mujer, u otros elementos que interfieren en la correcta comunicación (barrera idiomática, mujer que acude a todas las consultas con su pareja) entre otros motivos. La conjunción de todos estos factores, provoca que no se explore este aspecto psicosocial de la vida de la mujer tan a menudo como se debería en las consultas.

La infradetección de los casos de violencia de género hace posible que el maltratador continúe con su actitud violenta durante más tiempo, provocando daños más graves a sus parejas, en todas las esferas, llegando a cometer el asesinato de las mismas, sin existir la mayoría de las ocasiones ninguna intervención por parte de las autoridades sanitarias ni de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, que puedan impedir tal acto.

Es de vital importancia entonces realizar el cribado de la violencia de género tal y como se propone, para poder detectar y por tanto actuar a tiempo, antes de que la mujer reciba lesiones irreversibles graves de cualquier naturaleza o incluso letales.

Estos resultados llevan a plantear la realización de una intervención educativa sobre los profesionales de dichos centros que deben realizar este cribado, para conocer sus dificultades al aplicarlo, repasar el circuito a seguir tras la sospecha y/o detección de la violencia, y los recursos disponibles para la mujer maltratada (11).

5. HIPÓTESIS

Una intervención educativa grupal en profesionales sanitarios de Atención Primaria aumentará el número de cribados de detección precoz de Violencia de Género que se realizan, por parte de éstos, a mujeres que pasan por consultas de Atención Primaria.

6. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO PRINCIPAL

- Evaluar la eficacia de una intervención educativa grupal en profesionales sanitarios de Atención Primaria a la hora de aumentar el número de cribados de detección precoz de Violencia de Género que se realizan a mujeres en consultas de Atención Primaria.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Evaluar si existe relación entre los factores sociodemográficos y la formación previa en Violencia de Género y el nivel de compromiso de los profesionales con la detección precoz de violencia de género pre y post intervención.
- Valorar si existen diferencias entre los distintos grupos de profesionales de Atención Primaria el número de cribados de detección precoz de Violencia de Género pre y post intervención.

7. MATERIALES Y MÉTODOS

7.1 TIPO DE DISEÑO

Para conseguir los objetivos propuestos se ha decidido realizar un Ensayo Clínico Aleatorio, un estudio analítico, experimental con intervención educativa, prospectivo, aleatorio y con grupo control.

7.2 POBLACIÓN DIANA Y POBLACIÓN A ESTUDIO

La población diana de este estudio son los profesionales sanitarios (Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería Obstétrico-ginecológica, Fisioterapeuta) y no sanitarios (Trabajador/a Social) de la Región de Murcia en el ámbito de la Atención Primaria con acceso a la Historia Clínica de OMI-AP.

La población a estudio la constituirá un subconjunto de la población diana que se tiene interés en estudiar según los términos de tiempo, lugar y criterios de selección que se describirán a continuación. Por lo tanto, la población a estudio la constituirá un grupo de profesionales sanitarios con las características señaladas en la población diana, que se encuentran trabajando en algún Centro de Salud de la Región de Murcia.

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Todo profesional de las categorías Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería Familiar y Comunitaria, Trabajador Social y Enfermería Obstétrico-ginecológica de los centros de salud de la Región de Murcia que trabaje con el programa de registro OMI-AP.
- El profesional deberá de estar en situación de servicio activo en los centros de salud en el momento de realizar el estudio.
- Aceptación del consentimiento para el análisis de los datos.

Criterios de exclusión:

- Aquellos participantes que no quieran participar en el estudio.
- Profesionales con duración de contrato inferior a la duración del periodo de recogida de datos.
- Profesionales adscritos a los Centros de Salud: Pediatra, Enfermera/o de Pediatría, Auxiliares de Enfermería, Fisioterapeuta, Celador/a, Administrativo/a, Higienista Bucodental.

7.4 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

La variable respuesta es un cambio en la media de los Protocolos de Detección precoz de Violencia de Género realizados por los profesionales de salud en Atención Primaria.

El cálculo del tamaño muestral se ha realizado utilizando el programa estadístico EPIDAT. Este cálculo busca encontrar un numero de sujetos suficientes para poder responder a los objetivos del estudio y poder detectar una determinada diferencia significativa entre los grupos de estudio si existiese y que no sea debida al azar.

Conociendo la media de la variable respuesta del grupo control (3 Protocolos realizados en 6 meses) con una desviación estándar de 2, pasamos a calcular el

tamaño muestral estableciendo una diferencia de medias a detectar de 3. Se asume un intervalo de confianza del 95% y se establece una potencia estadística del 99%, obteniendo un tamaño necesario de 18 participantes por grupo. Si consideramos un número de pérdidas en torno al 30 % obtendremos un tamaño de grupo de 24. Debido a las características del ensayo (presupuesto, método de recogida de datos...) podemos permitirnos aumentar este número y finalmente seleccionar un tamaño muestral total de 80, es decir, 40 participantes por grupo.

7.5 MÉTODO DE MUESTREO

El método de muestreo que se utilizará será la asignación aleatoria estratificada. Se dividirá a la población en estratos según su categoría profesional: Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería Familiar y Comunitaria, Trabajador Social y Enfermería Obstétrico-ginecológica y se extraerá de manera aleatoria de cada estrato hasta conformar la muestra. Realizamos este tipo de muestreo para garantizar una homogeneidad interna de la población respecto a las variables de segmentación y que los estratos sean heterogéneos entre sí.

7.6 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

En primer lugar, la información necesaria para la realización del muestreo de los profesionales sanitarios de Atención Primaria será obtenida a través del Servicio Murciano de Salud, solicitando los listados de personal de los Centro de Salud de la Región.

Una vez seleccionada la muestra, las características sociodemográficas (además del consentimiento informado) se obtendrán a través de un cuestionario estructurado.

Por último, para la recogida de la variable respuesta se recurrirá al programa OMI-Estadísticas, donde se puede recoger el número de protocolos de Detección Precoz de Violencia de Género realizados por profesional en un determinado periodo de tiempo.

7.7 VARIABLES

La variable dependiente o de respuesta elegida para nuestro estudio será el:

“numero de Protocolos de Detección precoz de Violencia de Género realizados”
(variable cuantitativa discreta de razón)

Las variables independientes escogidas son

- Edad (cuantitativa discreta): años.
- Sexo (cualitativa dicotómica): Hombre y Mujer.
- Profesión (cualitativa nominal): Médico/a, Enfermero/a, Matrón/a, Trabajador/a social.
- Centro de trabajo (cualitativa nominal): Centro de salud donde trabaja.
- Formación previa en Violencia de Género (cualitativa ordinal): Ninguna, Cursos inferiores a 10 horas/charlas/sesiones clínicas, Cursos superiores a 10 horas, Formación posgrado (Master/Doctorado).
- Conocimiento previo del protocolo (cualitativa dicotómica): Si/No.
- Aplicación del protocolo (cualitativa dicotómica): Si/No.
- Causas de dificultad de aplicación (cualitativa nominal): No lo veo oportuno, Cuesta sacar el tema, Falta de tiempo, Considero poco útil, Falta de formación, Otro.

7.8 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Con la información obtenida en el cuestionario estructurado previo, se elaborará una intervención para impartir a los profesionales, basada en las necesidades de los profesionales.

Se diseñará una sesión clínica grupal con tres pilares principales: informar, motivar y desmitificar. Con una duración estimada de cuarenta minutos a una hora, con apoyo audiovisual (PowerPoint) y técnicas de ejemplificación y espacios de diálogo. Será realizada presencialmente en un espacio y fecha acordados con los profesionales miembros del grupo intervención con registro de asistencia o vía online en alguna de las plataformas existentes para este uso

si debido a la situación en el momento de la intervención en relación a la COVID-19 no permite reuniones presenciales.

La recogida de datos para la variable de respuesta “numero de Protocolos de Detección precoz de Violencia de Género realizados” se llevará a cabo al **año** de la intervención. Se medirá el número de protocolos realizados de cada profesional tanto del grupo control como del grupo de intervención mediante su número de identificación CIASP a través del programa OMI-Estadísticas. El programa permite el desglose de las estadísticas en periodos más cortos como semanales o mensuales.

Se realizará también un análisis de las pérdidas en los dos grupos, considerado como pérdida:

- Cambio a otro Centro de Salud
- Cambio a un centro de trabajo fuera de Atención Primaria y/o de la Región de Murcia
- Baja laboral por un periodo mayor a 6 meses
- Deseo por el profesional de abandonar el estudio.

7.10 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Realizaremos tres tipos de análisis estadístico en el estudio.

En primer lugar, se realizará un análisis descriptivo univariante de las variables independientes cualitativas y cuantitativas con el objetivo de describir la muestra, calculando las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y valores de mínimo, máximo, medio y desviación estándar para las cuantitativas.

Para el análisis bivalente, con el objetivo de medir la asociación entre la variable respuesta y el resto de variables, utilizaremos los tests T de Student, Anova de 1 factor o el Coeficiente de correlación de Pearson dependiendo de la naturaleza de las variables, en caso de no cumplirse las condiciones paramétricas usaremos los test alternativos U Mann Whitney, Kruskal-Wallis o el Coeficiente de correlación de Spearman respectivamente.

Por último, para estimar el efecto que ha tenido la intervención educativa (variable explicativa) en la variable respuesta realizaremos un análisis multivariante. El modelo logístico de regresión de Poisson sería el adecuado en este caso al tratar con una variable respuesta continua.

7.11 PROGRAMA ESTADÍSTICO A UTILIZAR

Para la realización de los análisis estadísticos comentados en el punto anterior se recurrirá al programa estadístico IBM SPSS Statistics 24.

8. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS

En base a los objetivos planteados, los beneficios que se obtendrán son un mayor uso del protocolo, que va a llevar a una mayor detección precoz de casos de Violencia de Género. De esta forma, se logrará un aumento de la calidad asistencial de este protocolo de salud.

Aunque los resultados no se vean reflejados en el aumento de detección de casos de violencia de género, esta intervención ayudaría a concienciar a todas las mujeres que pasan por alguna consulta de Atención Primaria de la importancia de este tema y del compromiso que tienen los profesionales de su centro de salud por la Violencia de Género.

Si esta intervención se muestra efectiva se podría poner en marcha un programa de intervenciones para realizarlo en todos los centros de salud a todos los profesionales de la Atención Primaria.

Afecta directamente a los profesionales sanitarios de Atención primaria y a todas las mujeres que acceden al centro de salud.

9. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para buscar información sobre los antecedentes del tema, situación actual del problema y estudios parecidos se han utilizado como bases de datos para la realización de las búsquedas bibliográficas la siguientes:

- Pubmed
- Cinahl,
- Cochrane Library
- Guiasalud
- Cuiden,
- Institute Joanna Briggs
- Ministerio de Sanidad
- Ministerio de Igualdad

Se utilizaron como Medical Subject Headings (MeSH): Domestic Violence; Violence Against Women; Attitude of Health Personnel; Primary Health Care; Intimate Partner Violence; Gender-Based Violence. Además de los operadores booleanos “AND”, “NOT” y “OR”.

El límite en la fecha de publicación para la búsqueda de evidencia se estableció en 5 años, aunque no toda la bibliografía se encuentra en este rango y los idiomas aceptados para la búsqueda fueron el inglés y el español. También se utilizó búsqueda inversa de los artículos encontrados.

10. LIMITACIONES Y POSIBLES SEGOS, Y MÉTODOS UTILIZADOS PARA MINIMIZAR LOS POSIBLES RIESGOS

En primer lugar, trataremos los sesgos de selección, los cuales son debidos a la forma en la que se seleccionan los sujetos de estudio. Indican falta de representatividad y limita la extrapolación del estudio.

Para nuestro trabajo hemos escogido un conjunto de profesionales pertenecientes a los Centros de Salud del Servicio Murciano de Salud. Al tratarse

de un estudio que abarca varios centros y en el que la selección de la muestra se ha realizado de forma aleatoria consideramos que no existe falta de representatividad y no presentaría limitaciones a la hora de extrapolarlo a otros Centros de Salud de nuestra Comunidad Autónoma y de otras comunidades que tengan un modelo de trabajo en Atención Primaria similar al nuestro.

A continuación, los sesgos de información, lo que son debidos a la manera en la que se recoge la información y los datos del análisis. También se deben a errores de medición.

En relación al instrumento de medida usado, OMI-Estadísticas, se trata de un programa que recoge los datos del programa de registro de Atención Primaria OMI-AP. Por lo que se consideran un instrumento fiable. Los criterios aplicados para la recogida de información y de resultados serán unánimes.

No podemos impedir el sesgo del observado y el efecto Hawthorne, ya que no podemos evitar que el grupo de intervención sea consciente de que está recibiendo la intervención y que no modifiquen su comportamiento al sentirse observado/analizados. Pero si practicáramos un doble cegamiento para evitar la influencia de los observadores y los analistas en los resultados del estudio.

Para finalizar, comentar otras limitaciones y sesgos a tener en cuenta:

Dentro de los factores no controlables que alteran los resultados tenemos que remarcar las sustituciones de los profesionales beneficiarios de la intervención debido a vacaciones, bajas, etc. Creemos que dejando un periodo de un año para recoger los datos es suficiente para disminuir el peso de este factor.

Otra variable que podría verse implicada en la mayor o menor utilización del protocolo y que consideramos que a pesar la realización de la intervención no se ha podido solventar, son los valores y creencias de cada profesional acerca de su capacidad y/o idoneidad para abordar estos temas en consulta. Superar estas barreras puede que requiriese mayor trabajo con los profesionales.

11. POSIBLES PROBLEMAS ÉTICOS. LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS.

Para evitar problemas éticos se llevarán a cabo las siguientes consideraciones:

- Respeto de los principios bioéticos. Al tratarse de una intervención educativa para mejorar la atención que se les da a las pacientes en Atención Primaria respetamos el principio de beneficencia y no maleficencia. Al no darse la intervención a todos los profesionales de los Centro de Salud de la región, toda la población femenina no será receptora de esta mejora en la atención (si es que la hipótesis se cumpliera) por lo que el principio de justicia podría verse alterado, pero tras la realización del estudio y la obtención de resultados se plantearía realizar la intervención a todos los profesionales de Atención Primaria si estos resultados fuesen favorables.
- Consentimiento informado: se dará a todos los participantes la información del estudio de manera verbal y escrita con una Hoja Informativa (Anexo I) y se solicitará su conformidad y firma en la hoja de Consentimiento Informado (Anexo II)
- Comité de Ética: el proyecto del estudio será valorado por los Comités de Investigación Ética correspondientes.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y la normativa del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo: el tratamiento de los datos de los participantes del estudio se hará conforme a las reglas de confidencialidad reflejadas en dicha Ley.

12. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO

CRONOGRAMA	2021										2022										2023		
	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
Elaboración del Protocolo																							
Aprobación del Estudio (Servicio Murciano y Comités)																							
Selección de muestra Consentimiento informado																							
Elaboración de Intervención Preparación de Grupos																							
Intervención																							
Recogida de datos																							
Análisis de los datos																							
Resultados y Discusión																							
Conclusiones																							
Publicación																							

13. PERSONAL QUE PARTICIPARÁ EN EL ESTUDIO Y CUAL ES SU RESPONSABILIDAD

Enfermero 1

- Selección de muestra.
- Reparto y recogida de cuestionarios y consentimiento.
- Responsable de la Intervención Grupal.

Enfermero 2

- Recogida de datos.
- Análisis de pérdidas.

Estadístico: Análisis de los datos.

14. INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN

- Cuestionario y hoja de consentimiento informado impreso.
- Plataforma de videoconferencia online Zoom®
- OMI-Estadísticas.
- Programas Microsoft Office y SPSS Statistics 24.
- Ordenador para los investigadores.
- Ordenadores para los participantes, propio o el proporcionado por el Servicio Murciano de Salud en su centro de trabajo.

15. PRESUPUESTO

- Papelería y fotocopias: 10 €
- Desplazamiento: 300 €
- Plataforma videoconferencias Zoom®: 150 €
- Estadístico para análisis de datos: 500 €
- Programas de recogida de datos y análisis: acceso gratuito
- Ordenadores: acceso gratuito

16. BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. 1948 Dic 10; París. [Citado 8 Abr 2021]. 9p. Disponible en:
<https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración del milenio. 2000 Sep 6-8; Nueva York. [Citado 8 Abr 2021]. 10p. Disponible en:
https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals.html
3. Asamblea General de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible. 2015 Sep 25; Nueva York. [Citado 8 Abr 2021]. Disponible en:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
4. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 1993 Dic 20. [Citado 8 Abr 2021]. Disponible en:
<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
5. Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer. Definición de la violencia contra las mujeres y niñas. [Citado 13 Abr 2021]. Disponible en:
<http://www.endvawnow.org/es/articles/295-defining-violence-against-women-and-girls.html>
6. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. «BOE» núm.313, de 19/12/2004. Jefatura de estado. Actualizada a 4 de agosto de 2018. [Citada 13 Abr 2021]. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
7. Equipo de trabajo de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y Propuestas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [Citado 13 abr 2021]. 105p. Disponible en:

- http://www.violenciagenero.igualdad.gob.es/gl/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primary_VG.pdf
8. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Ficha estadística de víctimas mortales por Violencia de Género. 2020 Abr 13. [Citado 15 Abr 2021]. Disponible en:
http://www.violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/Vmortales_2020_13_04.pdf
 9. Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Informe Ejecutivo del X Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia Sobre la Mujer. 2019. [Citado 15 Abr 2021] 79p. Disponible en:
http://www.violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesEjecutivos/docs/RE_X_Informe_Observatorio_web.pdf
 10. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. 2017 Nov 29. [Citado 15 Abr 2021] Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
 11. Grupo de trabajo de la Unidad de Apoyo a la Investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Catálogo de Instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. Observatorio de salud de la mujer. 2006. [Citado 15 Abr 2021]. 121p. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf

17. ANEXOS

17.1 Anexo I

Hoja informativa para la participación en el Ensayo Clínico

TÍTULO DEL ENSAYO: IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN PROFESIONALES SANITARIOS PARA AUMENTAR LA REALIZACIÓN DEL CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

DESCRIPCIÓN DEL ENSAYO: Este ensayo trata de valorar el efecto de una intervención grupal en los profesionales sanitarios y no sanitarios de la Región de Murcia en el ámbito de la Atención Primaria sobre el aumento del número de cribados de detección precoz de Violencia de Género que se realizan a mujeres en consultas. La violencia de género se trata de un problema relevante en nuestros días y está presente en nuestra sociedad con una elevada prevalencia. En Atención Primaria tenemos una posición idónea para su detección, dado que antes o después todas las mujeres tienen contacto con los profesionales de su Centro de Salud. Para ello disponemos de una herramienta en el programa de registro de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud llamada Protocolo de Detección precoz de Violencia de Género. Dicha herramienta se encuentra incluida en el plan personal de cada paciente mujer mayor de catorce años.

OBJETIVO DEL ENSAYO: Evaluar la eficacia de una intervención educativa grupal en profesionales sanitarios de Atención Primaria a la hora de aumentar el número de cribados de detección precoz de Violencia de Género que se realizan a mujeres en consultas de Atención Primaria.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN: La intervención consistirá en una sesión clínica grupal con una duración estimada de cuarenta minutos a una hora. Será realizada presencialmente en un espacio y fecha acordados con los profesionales miembros del estudio o vía online en alguna de las plataformas existentes para este uso si debido a la situación en el momento de la intervención en relación a la COVID-19 no permite reuniones presenciales.

POSIBLES BENEFICIOS A COSEGUIR: Un mayor uso del protocolo detección precoz de Violencia de Género, que va a llevar a una mayor detección de casos. De esta forma, se logrará un aumento de la calidad asistencial. También ayudará a concienciar a todas las mujeres que pasan por alguna consulta de Atención Primaria de la importancia de este tema.

TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES: el tratamiento de los datos de los participantes del estudio se hará conforme a las reglas de confidencialidad y anonimato reflejadas en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y la normativa del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo).

VOLUNTARIEDAD DE LA PARTICIPACIÓN: la participación en el estudio es voluntaria y puedo retirarme de este en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin repercusiones.

RIESGOS PARA EL PROFESIONAL: tanto la participación como la no participación en el estudio no repercutirá negativamente en el profesional de ninguna forma.

17.2 Anexo II

Consentimiento Informado

Estudio: IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL EN PROFESIONALES SANITARIOS PARA AUMENTAR LA REALIZACIÓN DEL CRIBADO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Yo, _____ (nombre y apellidos)
con DNI número _____ declaro que.

- Se me ha explicado:
 1. Los objetivos del estudio
 2. La finalidad del estudio
 3. En que consiste mi participación en el estudio
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y se me han contestado
- He leído la Hoja Informativa que se me ha proporcionado.
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- Comprendo que mis datos personales serán usados respetando mi confidencialidad
- He hablado con _____ (nombre del investigador)
- Entiendo que participo voluntariamente en el estudio.
- Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que mi práctica clínica se vea afectada.

Por lo tanto, doy mi consentimiento libremente para participar en este estudio de investigación y para el uso de mis datos personales acordados.

En _____, a fecha del ___ de _____ de _____

Firma del participante:

Firma del investigador: