



PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.

Maria Dolores Burjalés Martí

Dipòsit Legal: T 1704-2015

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

MARIA DOLORS BURJALÉS MARTÍ

**PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA:**

ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA

TESIS DOCTORAL

Dirigida por

Dra. Assumpta Rigol Cuadra y Dra. Maria Antonia Martorell Poveda

Departament d'Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2014

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT D'INFERMERIA

Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona, Espanya
Tel. 977 299 424 / 25
Fax. 977 299 486

E-mail: sdinform@urv.cat

FAIG CONSTAR que aquest treball, titulat "PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA", que presenta Maria Dolors Burjalés Martí per a l'obtenció del títol de Doctora, ha estat realitzat sota la nostra direcció al Departament d'Infermeria d'aquesta Universitat.

Tarragona, 31 d'octubre de 2014



Dra. Assumpta Rigol Cuadra

Dra. Mª Antonia Martorell Poveda

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

*Als meus pares, per ser exemple de
treball i dedicació.*

*Al meu tiet, que em va donar
l'oportunitat d'estudiar.*

*A tots els que m'heu ajudat i heu
confiat en que els meus desitjos
fossin una realitat.*

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

Agradecimientos

Han sido muchas las personas que me han ayudado y dado su apoyo para llegar a realizar esta investigación y a las que sencillamente les puedo decir ¡gracias!.

Gracias, a las directoras de esta tesis Dras. Assumpta Rigol y Antonia Martorell por haber confiado en mí y compartido conmigo su conocimiento y experiencia, dispuestas siempre a darme el coraje necesario para seguir avanzando y llegar a concluir este trabajo.

Gracias, a todo el equipo de investigación de violencia de género liderado por la Dra. Rigol, por su colaboración y confianza en mi trabajo, especialmente a David por los momentos compartidos a lo largo de todos estos años y por su disponibilidad a hacerlo todo un poco más fácil.

Gracias a Cristina y Mireia por toda su colaboración y por las horas que han compartido conmigo, momentos de risas y momentos de agobios pero siempre con gran paciencia.

A todas mis compañeras que siempre han estado a mi lado y que comparten conmigo la ilusión de haber llegado a finalizar esta investigación, a Xus por todo lo que me ha enseñado sobre las mujeres, a María por tener siempre palabras de ánimo y empujarme a seguir adelante, a Antonia por compartir conmigo muchos espacios, a Roser que me ha transmitido su pasión por la vida, y a todas las demás que por no nombrarlas no dejan de ser importantes.

Un agradecimiento especial a la Dra. Carmen Ferré que siempre ha estado a mi lado para que siguiera avanzando en mi trayectoria académica.

A la Dra. Teresa Lluch, por motivarme a realizar la Tesis Doctoral y que hoy ya es una realidad.

A Carme Montcusi, Mireia Llauro y a Pedro por su disponibilidad y colaboración.

A Marisa con la que siempre he compartido la frase “¿y si me preguntan qué diré?”, pregunta para la que hoy ya tengo una respuesta.

A mis “chicas” que han estado a mi lado incondicionalmente, siempre dispuestas a resolver todas las dificultades que se han ido presentado y de las que he recibido mucho cariño.

A los estudiantes y autores de la escala, sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

A Jordi, Rosa y Neus que siempre han estado en los momentos difíciles y que han cuidado de mi salud para que pudiera seguir adelante.

A todas mis amistades que a lo largo de estos años han tenido que aguantar algún que otro mal humor pero también muy buenos momentos.

A mi familia por sentirse tan orgullosa de mí y en especial a Silvio, por su paciencia y admiración que siempre me ha demostrado.

Es difícil poder expresar todo mi agradecimiento, puesto que han sido muchas las personas que me han ayudado a llegar al final del camino y que no habré nombrado, por ello, mil gracias por estar ahí y por el coraje que todas me habéis dado.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

ÍNDICE



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

Índice

Resumen	.....	15
Abstract	.....	17
Introducción	.....	23
I. Marco teórico	.....	27
1. La violencia de pareja: definición y aspectos relacionados	.....	29
1.1 Conceptos básicos	.....	30
1.2 Definición y contextualización en el ámbito internacional, nacional y autonómico.	.....	32
1.2.1 Clasificación de la violencia de pareja	.....	41
1.2.2 El ciclo de la violencia en la relación pareja	.....	43
1.3 Violencia de pareja y su impacto en la salud de las mujeres.....		49
1.3.1 Impacto sobre la salud física de la mujer.....		51
1.3.2 Impacto sobre la salud mental de la mujer	.....	54
2. Formación sobre violencia de pareja en profesionales y estudiantes de enfermería.....		58
2.1 Los profesionales de enfermería y su formación en violencia de pareja	.....	59
2.2 La formación en violencia de pareja en los estudiantes de Enfermería	.....	64
3. Instrumentos de medición relacionados con la violencia de pareja	.....	73
3.1 Instrumentos para la detección y diagnóstico.....		75
3.1.1 Instrumentos de Cribado	.....	76
3.1.2 Instrumentos de diagnóstico.....		78
3.2 Instrumentos dirigidos a profesionales y estudiantes de la salud para evaluar aspectos relacionados con la violencia de pareja	.....	82
3.3 Otros instrumentos.....		86

3.4 Escala original diseñada para evaluar la percepción de la violencia de pareja en estudiantes de enfermería	88
II. Justificación del estudio	97
III. Objetivos de la investigación	101
3.1 Objetivo general.....	101
3.2 Objetivos específicos	101
IV. Hipótesis	105
V. Metodología	109
5.1 Diseño del estudio.....	109
5.2 Ámbito de estudio	109
5.3 Muestra objeto de estudio	109
5.4 Instrumento	110
5.5 Aspectos éticos.....	111
5.6 Procedimiento	112
5.6.1 Desarrollo del estudio.....	112
5.6.2 Análisis estadístico y métrico	115
VI. Resultados	125
6. Resultados fase I y fase II.....	127
Resultados fase I: Proceso de adaptación cultural de la escala original al idioma español	
Resultados fase II: Proceso de validación de la escala adaptada. Análisis estadístico y métrico	
6.1 Estudio de las variables sociodemográficas.....	129
6.2 Análisis de la validez.....	132
6.2.1 Análisis Factorial Confirmatorio	132
6.2.2 Análisis Factorial Exploratorio	133
6.2.2.1 Análisis de la dimensionalidad de la escala <i>EPVP-EE</i>	135
6.2.2.2 Saturaciones de los ítems en los factores.....	139
6.2.2.3 Análisis ítems	145
6.2.3 Validación cruzada: Análisis Factorial Confirmatorio	151

6.2.4 Análisis Factorial Confirmatorio del total de la muestra	159
6.3 Análisis de la fiabilidad.....	167
6.3.1 Análisis de la consistencia interna.....	168
6.4 Correlaciones	169
6.5 Análisis de la varianza	170
6.5.1 Análisis de las diferencias de las subescalas respecto a las variables sociodemográficas.....	173
6.6 Baremos de la Escala de Percepción de Violencia de Pareja en Estudiantes Enfermería (<i>EPVP-EE</i>).....	179
VII. Discusión	185
VIII. Conclusiones.....	199
IX. Referencias bibliográficas	203
X. Anexos	
Anexo I: Permiso del Comité de Ética de la Universidad de Barcelona.	221
Anexo II: Permiso de los autores para la utilización de la escala original.	225
Anexo III: Permiso de las Escuelas y Facultades de Enfermería participantes	229
Anexo IV: Consentimiento informado para el estudio.....	233
Anexo V: Escala original de seis factores de Beccaria et al., (2011) ...	237
Anexo VI: Escala original de cuatro factores de Beccaria et al., (2013)	
Anexo VII: Versión adaptada de la escala (<i>EPVP-EE</i>).....	243
Anexo VIII: Escala de percepción de violencia de pareja para estudiantes de enfermería (<i>EPVP-EE</i>).....	249

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1. Consecuencias del contexto de abuso	47
Tabla 2. Dificultades para identificar la violencia de género	62
Tabla 3. Dimensiones, nº de ítems, rango y consistencia interna de la escala final de Beccaria et. al., (2011).....	94
Tabla 4. Correlación entre las dimensiones de la escala.....	94
Tabla 5. Traducción de los ítems	128
Tabla 6. Estadísticos descriptivos: variable curso	129
Tabla 7. Índices de ajuste en la escala original	133
Tabla 8. Índices de ajuste en la escala <i>EPVP-EE</i>	134
Tabla 9. Análisis paralelo de la escala <i>EPVP-EE</i>	135
Tabla 10. <i>Minimum Average Partial</i> de la escala <i>EPVP-EE</i>	138
Tabla 11. Estructura factorial inicial de la escala original de seis factores	140
Tabla 12. Ítems eliminados en cada factor	146
Tabla 13. Estructura factorial resultante de la escala de <i>EPVP-EE</i>	148
Tabla 14. Índices de ajuste: muestra 1.....	152
Tabla 15. Índices de bondad de ajuste: muestra 1	152
Tabla 16. Saturaciones del Análisis Factorial Confirmatorio: muestra 1	153
Tabla 17. Índices de ajuste: muestra 2.....	156

Tabla 18. Índices de bondad de ajuste: muestra 2	156
Tabla 19. Saturaciones del Análisis Factorial Confirmatorio:	
muestra 2	157
Tabla 20 Índices de ajuste del total de la muestra.....	159
Tabla 21 Índices de bondad de ajuste del total de la muestra	159
Tabla 22. Saturaciones del Análisis Factorial Confirmatorio: muestra	
total	160
Tabla 23. Estadísticos descriptivos de la <i>EPVP-EE</i>	164
Tabla 24. Coeficientes alpha para los cuatro factores de la escala	
definitiva	168
Tabla 25. <i>Factores, nº ítems, rango y consistencia interna de la</i>	
<i>escala final EPVP-EE</i>	169
Tabla 26. Correlaciones entre los factores de la escala <i>EPVP-EE</i>	170
Tabla 27. Estadísticos descriptivos del factor Formación Educativa...	170
Tabla 28. Estadísticos descriptivos del factor Identificación de la	
Víctima	171
Tabla 29. Estadísticos <i>descriptivos</i> del factor Identificación del	
Agresor	172
Tabla 30. Estadísticos descriptivos del factor Rol y Valores de	
Enfermería	172
Tabla 31. Diseño mixto inter-intra entre el factor Formación	
Educativa, edad, curso y sexo.....	174
Tabla 32. Diseño mixto inter-intra entre el factor Identificación de la	
víctima, edad, curso y sexo	176

Tabla 33. Diseño mixto inter-intra entre el factor Identificación del Agresor, edad, curso y sexo.....	176
Tabla 34. Diseño mixto inter-intra entre el factor Rol y Valores de Enfermería, edad, curso y sexo	178
Tabla 35. Baremación de la escala <i>EPVP-EE</i>	181

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1. Ciclo de la violencia de pareja.....	46
Figura 2. Mitos de la violencia de pareja	66
Figura 3. Representación gráfica de la estructura de la escala	110
Figura 4. Resumen del proceso de adaptación y validación de la escala <i>EPVP-EE</i>	123
Figura 5. Estadísticos descriptivos: variable sexo y curso.....	130
Figura 6. Histograma de la distribución de la variable edad del total de la muestra	131
Figura 7. Participación por cursos.....	132
Figura 8. Gráfico de sedimentación del análisis paralelo de la escala <i>EPVP-EE</i>	137
Figura 9. Modelo de ecuación estructural de la esala <i>EPVP-EE</i>	163
Figura 10. Representación gráfica de la edad en el factor de Formación Educativa	174
Figura 11. Representación gráfica del curso en Formación Educativa	175
Figura 12. Representación gráfica del curso en Identificación del Agresor	177
Figura 13. Representación gráfica del curso en Rol y Valores de Enfermería	178
Figura 14. Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la distribución de las puntuaciones factoriales de la escala <i>EPVP-EE</i>	179

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

Abreviaturas:

A	Autoeficacia
AF	Análisis Factorial
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
BOE	Boletín Oficial del Estado
CCM	Conocimiento de las Causas de Maltrato
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CFI	<i>Comparative Fit Index</i>
CGE	Consejo General de Enfermería
CTS	<i>Conflict Tactics Scales</i>
EPV	Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave Contra la Pareja
EPVP-EE	Escala de Percepción de Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería
EEUU	Estados Unidos
IA	Identificación del Agresor
IV	Identificación de la Víctima
FE	Formación Educativa
IPDMV	Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia
IPV	<i>Intimate Partner Violence</i>
ITC	Comisión Internacional de Test
ISA	<i>Index of Spouse Abuse</i>
KMO	Índice de Kaiser-Meyer-Olkin
MAP	<i>Mínimum Average Partia</i>
MRFA	<i>Minium Rank Factor Analysis</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud
PA	<i>Parallel Analysis</i>
PMI	<i>Psychological Maltreatment Inventory</i>
PMWI	<i>Psychological Maltreatment of Women Inventory</i>
PMWI	<i>Psychological Maltreatment of Women Inventory Short Form</i>
PREMIS	<i>Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey</i>

PVS	<i>Partner Violence Screen</i>
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Aproximation</i>
RVE	Rol y Valores de Enfermería
SARA	<i>Spousal Assault Risk Assessment</i>
SRMR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
TLI	Índice de Tucker-Lewis
VCI	Violencia Contra el Compañero Íntimo
VCM	Violencia Contra la Mujer
VG	Violencia de Género
VP	Violencia de Pareja
UAB	Universidad Autònoma de Barcelona
UB	Universidad de Barcelona
UdG	Universidad de Girona
UE	Unión Europea
URV	Universidad Rovira i Virgili
WAST	<i>Woman Abus Screening Tool</i>
WAST-SHORT	<i>Woman Abus Screening Tool- Short</i>

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

Resumen

La violencia contra la mujer y en particular la violencia de pareja (VP), constituye un importante problema en la sociedad actual. En las últimas décadas, organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), le han dedicado especial atención, principalmente por las implicaciones directas que tiene sobre la salud de las mujeres, y al mismo tiempo por considerarlo un problema de violación de los derechos humanos.

Los profesionales de la salud y en particular las enfermeras(os), están en una posición privilegiada para identificar y ayudar a las mujeres víctimas de VP, dado que a menudo, son su primer contacto en los servicios de salud. Para poder desarrollar acciones formativas encaminadas a la capacitación de los futuros profesionales, un elemento previo es conocer la percepción de los estudiantes respecto a la VP.

El objetivo fundamental de esta investigación, fue adaptar y validar la escala para evaluar la percepción de la violencia de pareja, de los autores Becaria, et. al. (2011).

Se trata de un estudio métrico y descriptivo, que se desarrolló en una muestra de 1064 estudiantes de primero a cuarto curso de enfermería de cuatro universidades públicas de Cataluña. En una primera fase se realizó el proceso de traducción y adaptación cultural de la escala original en lengua inglesa al idioma español; la versión obtenida se denominó Escala de Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería (*EPVP-EE*). En una segunda fase, tras el proceso de traducción, adaptación y validación de contenido de los ítems, se realizaron análisis estadísticos de los mismos, se exploró la

estructura factorial y se analizó la fiabilidad del instrumento. Se obtuvo una estructura factorial ligeramente distinta al modelo original propuesto.

La versión en español de la escala *EPVP-EE* quedó configurada por cuatro factores y 32 ítems, mostró niveles aceptables de consistencia interna y aportó evidencias de su validez de constructo. Se concluyó que el instrumento es fiable y válido en su versión en español y que su aplicación, permitirá estudiar la percepción de la VP los estudiantes de enfermería, con el fin de implementar acciones formativas encaminadas a la capacitación de estos futuros profesionales, de forma tal que puedan afrontar de manera más efectiva este problema socio-sanitario.

Abstract

Violence against women, particularly intimate partner violence (IPV), is a major problem in today's society. In recent decades, international organizations such as the World Health Organization (WHO), have dedicated special attention, mainly because of the direct implications on the health of women, while considering it a problem of violation of human rights.

Health professionals, particularly nurses, are in a unique position to identify and help women who are victims of IPV, since they often are the first contact in the health services. To develop training programs aimed to prepare future professionals, a previous element is to understand the perceptions of students regarding the IPV. The main objective of this research was the adaptation and validation of the scale for assessing perceptions of partner violence, of Beccaria et al. (2011).

This is a metric and descriptive study, conducted on a sample of 1064 students in first through fourth year of nursing studies, from four public universities in Catalonia. In a first phase, the process of translation and cultural adaptation of the original scale in English into Spanish was done; version obtained is called *Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería* (EPVP-EE). In a second phase, after the process of translation, adaptation and validation of item content an statistical analysis of the data were performed, the factor structure was explored and reliability of the instrument was analyzed. Slightly different from the original model proposed factor structure was obtained.

The Spanish version of the *EPVP-EE* was shaped by four factors and 32 items, it showed acceptable levels of internal consistency and provided evidence of its construct validity. It was concluded that the instrument is reliable and valid in the version in Spanish and that their implementation will allow to study how perceived partner violence nursing students, in

order to implement training activities aimed at the training of these future professionals so that they may address more effectively this social and health problema

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

INTRODUCCIÓN



I. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer y en particular la que se produce en las relaciones de pareja, constituye una “lacra social” que cada día muestra un aumento exponencial, y que se ha trasladado del ámbito privado al ámbito público, llegando a ser considerada una violación de los derechos humanos. Tanto en la identificación de los casos de violencia contra la pareja, como en la atención y el asesoramiento de las víctimas, las enfermeras(os) son quizás los profesionales más implicados, por ser el primer contacto en los servicios de salud.

Este estudio tiene como objetivo fundamental ahondar en el conocimiento de esta problemática, mediante la adaptación y validación de una escala elaborada por investigadores australianos (Beccaria et al., 2011), para evaluar la percepción de la violencia de pareja en una amplia muestra de estudiantes de enfermería de varias universidades públicas de Cataluña.

¿Cuál ha sido el proceso que nos ha llevado a validar la escala de Beccaria et al. (2011) y que ha supuesto la motivación y necesidad de elaborar la presente tesis? A continuación, describimos los antecedentes que dan respuesta a este interrogante.

En el año 2011, desde la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, se configuró un equipo de investigación compuesto por profesoras/es de varias Universidades públicas de Catalunya: Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), Universidad de Barcelona (UB) Universidad de Girona (UdG) y Universidad Rovira i Virgili (URV). Se participó en la convocatoria interna nº5 de ayudas de investigación con el proyecto “Estudi Multicèntric sobre la percepció de la violència de parella en estudiants d’infermeria” con código identificativo PREVI12/05 que fue subvencionado por la “Comissió de Recerca” de la Escuela de Enfermería de la UB, reunida en julio de 2012.

El proyecto tuvo su origen en estudios anteriores realizados por miembros del equipo investigador, sensibilizados con el tema mujer y salud y en particular, por la violencia de género. Entre otros, podemos destacar diversos proyectos y artículos realizados por Asumpta Rigol e Isabel Sánchez como por ejemplo “Estudio de la percepción que tienen los estudiantes de enfermería sobre las violencias contra las mujeres” en 2006; “Malos tratos: detección en una muestra de población femenina” en 2007; “Mujer y salud mental”, en 2007; “Pla d’Igualtat en els estudis d’infermeria. Guia i recomanacions per l’adequació a l’espai Europeu d’educació superior” en 2007.

A raíz de este interés por los miembros del equipo investigador, se estableció contacto con otras universidades y se iniciaron estudios conjuntos entre profesorado de la UB y la University of Southern Queensland de Australia, con el objetivo de desarrollar e implementar competencias específicas en el Grado de Enfermería y estrategias educativas dirigidas a la formación en Violencia de Pareja (VP).

El grupo de investigación de la University of Southern Queensland (Australia) durante el curso académico 2010-2011, llevó a cabo un estudio de carácter mixto, sobre la percepción y comprensión de los estudiantes de enfermería respecto a la VP. Uno de los principales resultados que aportó este trabajo, fue el diseño de una escala que permitiera evaluarlo.

Mediante los contactos que se mantenían con la University of Southern Queensland, se consideró la posibilidad de replicar esta investigación, en nuestras Universidades (UAB, UB, UdG, URV), motivo por el cual se solicitó y obtuvo el permiso de los autores para proceder a la utilización de la escala original. Así fue cómo surgió la necesidad de validar el instrumento en una muestra de estudiantes de los cuatro cursos de Grado de Enfermería.

Una vez expuestos los antecedentes de este estudio, a continuación se describe como están estructurados sus contenidos.

La presente tesis está estructurada en diversos capítulos y apartados. El primer capítulo “Marco Teórico” se divide en tres partes. La primera, pretende situar al lector en la problemática actual sobre la violencia contra la mujer en la relación de pareja. Se analizan, qué términos se van a emplear para referirnos a ella, definiendo el concepto y contextualizándolo en el ámbito internacional, nacional y autonómico. También se describen los tipos de violencia en función de su naturaleza, se expone la teoría del ciclo de la violencia de Walker, por ser una de las más empleadas en la literatura científica para explicar por qué la situación de maltrato llega a cronificarse. El último apartado de esta primera parte, está dedicado a describir la violencia de pareja y su impacto en la salud física, emocional y mental de la mujer.

La segunda parte, se encuadra en el papel que desempeñan los profesionales de la salud y en particular las enfermeras, en sus intervenciones frente a la violencia contra la mujer en la pareja. Destaca la formación educativa como aspecto clave para la mejora de las intervenciones y se hace referencia a los trabajos científicos que aportan datos al respecto. En tal sentido, se destaca la formación de los estudiantes por la importancia que ésta adquiere durante el periodo de formación universitaria y la necesidad de crear instrumentos que permitan evaluarla.

En la tercera parte de este primer capítulo, se describen una serie de instrumentos diseñados para abordar la problemática de la violencia de pareja del hombre contra la mujer y la escala diseñada por Beccaria et al. (2011).

En los tres capítulos siguientes, se describe la justificación de este estudio, las hipótesis y objetivos. A continuación, en el quinto y sexto capítulo, se expone la metodología con el procedimiento, análisis estadístico y métrico empleados y los resultados obtenidos.

En los capítulos de discusión y conclusiones se interpretan los resultados derivados de este trabajo, para cerrar el mismo con el apartado de limitaciones y futuras líneas de investigación. Finalmente, se incluye la bibliografía y los anexos que aportan documentos que se han empleado en esta investigación.

Para finalizar, consideramos necesario clarificar dos aspectos: en primer lugar, en este trabajo cuando se hace referencia a la “enfermera”, nos estaremos refiriendo a profesionales de ambos sexos, del mismo modo en que lo hace el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y que también se pone de manifiesto por el “Consell de la Professi3 Infermera de Catalunya” en 2010. Asimismo, al referirnos a los/las “estudiantes”, nos estaremos refiriendo a los estudiantes de ambos sexos.

I. MARCO TEÓRICO



1. LA VIOLENCIA DE PAREJA: DEFINICIÓN Y ASPECTOS RELACIONADOS

1.1 Conceptos básicos

En la literatura científica se ha abordado el fenómeno de la violencia contra la mujer en la pareja, utilizando múltiples términos, entre ellos podemos destacar: violencia de pareja, violencia de género, violencia machista, violencia doméstica y violencia intrafamiliar, entre otros. En cambio, no hay un acuerdo desde este ámbito científico que permita utilizar una terminología única que lo defina. Según Winstock (2007), la existencia de estas denominaciones no es fortuita, no es simplemente un problema semántico, más allá del mismo, este debate implica diversos enfoques ideológicos, teóricos y metodológicos propios del estudio de la violencia.

Tradicionalmente, uno de los términos más empleados para referirse a esta problemática, ha sido el de "violencia doméstica y/o intrafamiliar" pero ésta no es exclusiva de la pareja ya que puede tratarse de violencia hacia los hijos, padres, abuelos u otros familiares. Otro de los vocablos más utilizados, sobre todo en el momento en que se empieza a abordar esta problemática, es el de "violencia de género", aunque tampoco es exclusivo de la violencia del hombre contra la mujer en la relación de pareja, ya que puede referirse también a diversas formas de violencia, como por ejemplo: la violencia ejercida en el entorno laboral, la libertad sexual, el acoso o el tráfico de mujeres, entre otras.

Resultan así, numerosos y variados los términos utilizados en el ámbito científico internacional, por lo que establecer una terminológica concreta es difícil ya que puede ser limitante; aun así, consideramos que es necesario emplear un lenguaje común que nos permita comprender a qué nos referimos cuando hablamos de violencia de pareja.

En esta Tesis Doctoral, nos vamos a referir a la violencia de pareja (VP) dentro del contexto de las relaciones de intimidad entre el hombre y la mujer: en las que el agresor es el hombre y la víctima, la mujer. Los términos que principalmente emplearemos serán "violencia de pareja", "violencia contra la mujer" y/o "violencia del compañero íntimo". Lo identificaremos con el acrónimo VCM, VP y/o VCI como equivalente al acrónimo IPV referido al término inglés "Intimate Partner Violence". Actualmente este término es uno de los más adoptados en la bibliografía especializada, principalmente en aquellas publicaciones referidas a la violencia del hombre contra la mujer en las relaciones interpersonales y puede aportar una mayor flexibilidad en su utilización puesto que engloba distintas formas de violencia en dichas relaciones (Rodríguez-Franco, López-Cepero y Rodríguez-Díaz, 2009).

Además, también utilizaremos de forma indistinta, el término de "violencia de género" (VG), que tal como hemos referido con anterioridad, no es exclusivo de la violencia del hombre contra la mujer en la relación de pareja, pero es el término empleado en el marco legal vigente en España como es la ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Por otra parte, la forma en que los estudiantes perciben o reflejan la violencia contra la pareja, constituye un aspecto esencial de nuestro estudio, por lo que resulta necesario establecer aquí una definición de trabajo sobre este concepto.

Así pues, entendemos la "percepción de la violencia de pareja" como: un conjunto de ideas y representaciones que el estudiante tiene o ha elaborado a partir de sus experiencias de vida, de los conocimientos adquiridos durante el proceso docente educativo, o las informaciones recibidas por los medios de difusión masiva, la literatura y otras vías relacionadas con esta temática. La percepción de la violencia de pareja,

está condicionada por tanto, por las experiencias individuales, familiares y sociales, así como las vivencias vinculadas a esta problemática que el sujeto haya podido experimentar, directa o indirectamente en su vida.

1.2 Definición y contextualización en el ámbito internacional, nacional y autonómico

La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer que fue aprobada por la Asamblea General de la Naciones Unidas celebrada en Viena en junio de 1993, define la violencia contra la mujer (VCM) como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.
(art.1)

Este constituye un momento de una gran importancia histórica puesto que la VCM, pasa del ámbito privado al ámbito público y al mismo tiempo pasa a ser considerada una violación de los derechos humanos.

Como puede apreciarse, en la definición, no sólo se tiene en cuenta la violencia física, sino que también abarca, la sexual y la psicológica; por ello en el art. 2 de dicha Declaración se considera violencia contra la mujer:

- a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de

violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.

b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada.

c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

Esta declaración también fue ratificada en la Conferencia Mundial de Mujeres celebrada en Beijing (United Nations, 1995), reconociendo que la VCM:

Significa cualquier acto de violencia basada en el género que tiene como resultado, o es probable que tenga como resultado, unos daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos para las mujeres, incluyendo las amenazas de los mencionados actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada. La violencia contra las mujeres, es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, a la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo y que es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto al hombre. (p. 13).

Además, se insta a todos los Gobiernos a adoptar medidas para prevenir y eliminar esta forma de violencia.

Posteriormente, las Naciones Unidas en la Resolución de la Comisión de Derechos Humanos 2000/45, recuerda que:

En la Declaración y Programa de Acción de Viena, aprobados en junio de 1993 por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (A/CONF.157/23), se afirmó que la violencia sexista y todas las formas de explotación y acoso sexual, en particular las derivadas de los prejuicios culturales y de la trata internacional, son incompatibles con la dignidad y el valor de la persona y debían ser eliminadas. Se exhortó a que se adoptaran medidas para integrar la igualdad de condición de la mujer y sus derechos humanos en las principales actividades de todo el sistema de las Naciones Unidas, se subrayó la importancia de la labor destinada a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada, y se instó a la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Al mismo tiempo, afirma que "la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos y libertades fundamentales de la mujer y menoscaba o anula su disfrute de estos derechos y libertades". (p. 2).

En dicha resolución, se pide a los gobiernos que den apoyo a aquellas organizaciones de todo el mundo que lleven a cabo iniciativas dirigidas a despertar la conciencia sobre el problema de la violencia contra la mujer y poder contribuir a su erradicación. Se contempla la decisión de la Asamblea General que declara el 25 de noviembre como "Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer" destacando que puede ser una forma de sensibilizar a la sociedad y a los medios de comunicación.

En el año 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece que la violencia contra mujeres y niñas es una de las violaciones de los derechos humanos más sistemáticas y extendidas. Está arraigada en acciones individuales o acciones al azar, trasciende límites de edad, socioeconómicos, educacionales y geográficos, afecta a todas las sociedades y es un obstáculo importante para eliminar la inequidad de género y la discriminación global. (p. 3).

Por su parte, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas, en el año 2013 celebra su 57 sesión con un tema prioritario "Eliminación y prevención de todas las formas de violencia contra las mujeres y niñas", el cual alcanza un consenso histórico al poner de manifiesto que la discriminación y la VCM y las niñas no tienen cabida en el mundo actual.

En las conclusiones convenidas y aprobadas en la citada comisión se hace referencia a:

Todas las formas de violencia contra mujeres y niñas, en todos los contextos y entornos. Nuevas formas de violencia, como el acoso y la intimidación cibernéticos, los asesinatos por motivos de género, o el feminicidio, y la necesidad de seguridad en los espacios públicos. (p. 2).

La violencia contra mujeres y niñas se caracteriza por el uso y el abuso de poder y control en las esferas pública y privada y está intrínsecamente vinculada a los estereotipos de género que son la causa subyacente de dicha violencia y la perpetúan, así como a otros factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a ese tipo de violencia. (p.3).

La Comisión destaca que por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia por razón de género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres y las niñas, así como las amenazas de tales actos, la coacción o privación de libertad de manera arbitraria, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. La Comisión señala también los perjuicios económicos y sociales que causa dicha violencia. (p.4).

El documento final de conclusiones, incluye propuestas sobre el desarrollo de marcos jurídicos y políticos, la mejora de datos, así como, la prevención y el fortalecimiento de programas y de servicios multisectoriales.

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2013 sobre “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud”, concluye:

Globalmente, el 35% de las mujeres del mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja.

En todo el mundo, casi un tercio (30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. A nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal.

Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja corren un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud importantes y a nivel mundial, un 7% han sido agredidas sexualmente por una persona distinta de su pareja.

El informe, destaca la VCM como un fenómeno omnipresente en todo el mundo, tratándose de un problema de salud pública mundial de proporciones epidémicas que precisa de medidas urgentes. Manifiesta, que el sector de la salud debe ejercer un papel más destacado frente a la VCM.

En cuanto a la Unión Europea (UE), a finales de los años noventa empieza a cambiar la percepción respecto a la violencia a la que están expuestas las mujeres. Este cambio estuvo básicamente determinado por la “Declaración sobre eliminación de la VCM” que adopta la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993.

En tal sentido, en el informe del Parlamento Europeo de julio de 1997 se plantea la necesidad de realizar una campaña de tolerancia cero ante la VCM, y en abril de 2002, el Comité de Ministros del Consejo de Europa recomienda y coordina una estrategia global para prevenirla, a la vez que encarga a los Estados miembros su "obligación de ejercer la diligencia debida para evitar, investigar y castigar todo acto de violencia, ya sea cometido por el Estado o por particulares, y a proporcionar protección a las víctimas". (p. 4).

En el informe de 2004, el Parlamento Europeo, recomienda nuevamente a la Comisión de los Estados miembros que:

Consideren este fenómeno como una violación de los derechos humanos que refleja las desigualdades existentes en nuestra sociedad en las relaciones de poder entre los géneros y adopten un enfoque político que incluya todas las facetas de este fenómeno, incluyendo métodos de prevención y de represión eficaces. (p. 6).

Estas estrategias se han ido desarrollando a lo largo de los últimos años y en mayo de 2011, se establece y suscribe en Estambul, un convenio sobre prevención y lucha de la VCM que tiene como objetivo proteger a la mujer de cualquier forma de violencia y que ha sido ratificado por la legislación española (BOE, de 6 de junio de 2014, núm. 137 Sec. I. p. 42946).

Ámbito Nacional

En nuestro país, siguiendo la normativa mundial y europea, en el año 2004 se aprueba la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, sobre Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que expone:

Actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus conyugues o de quienes están o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad sin convivencia. (art.1.1).

Asimismo, se establecen medidas de protección integral para poder prevenir, sancionar, erradicar y prestar atención a las víctimas. (art 1.2).

En su art. 1.3, define la VG como “todo acto tanto de violencia física como psicológica incluyendo agresiones a la libertad sexual, amenazas, coacciones o la privación arbitraria de libertad”.

En estos últimos años, en el estado español, se han realizado diversas macroencuestas (1999, 2002, 2006) promovidas por el Instituto de la Mujer con el objetivo de acercarse a la dimensión y evolución del maltrato de género. La encuesta efectuada en 2011 y promovida por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género en convenio con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), señaló que el porcentaje de mujeres que indicaban haber sufrido alguna vez en la vida este tipo de violencia había sido del 10,9% del total de las entrevistadas, de ellas estarían en situación de maltrato el 3% y habrían salido de este peligro, el equivalente al 7,9% del total. Esta última cifra ha ido aumentando progresivamente desde 1999 en que únicamente representaba el 2,9% de las mujeres españolas.

Los datos de la macroencuesta de 2011 también reflejan un aumento de mujeres en nuestro país, que declararon haber sufrido malos tratos alguna vez en la vida (10,9%) frente a los años anteriores, 2006 (6,3%), 2002 (6,2%) y 1999 (5,1%).

Àmbit Autòmic: Catalunya

En relació a la Comunitat Autònoma de Catalunya, el “Parlament” aprobó la “Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masculista”. El text empra la expressió de “violència masculista” per considerar que es un concepte que expressa de forma més general les conductes de domini, control i abús de poder de los homes sobre las mujeres y la define como:

La violència que s'exerceix contra les dones com a manifestació de la discriminació i de la situació de desigualtat en el marc d'un sistema de relacions de poder dels homes sobre les dones, i que, produïda per mitjans físics, econòmics o psicològics, incloses les amenaces, intimidacions o coaccions, tingui com a resultat un dany o un patiment físic, sexual o psicològic, tant si es produeix en l'àmbit públic com en el privat. (p. 33).

En su art. 4, expone las formas en que dicha violencia se puede ejercer ya sea puntual o reiterada y se introduce otra forma más de violencia, la económica:

- a) Violència física: comprèn qualsevol acte o omisió de força contra el cos d'una dona, amb el resultat o el risc de produir-li una lesió física o un dany.
- b) Violència psicològica: comprèn tota conducta o omisió intencional que produeixi en una dona una desvaloració o un patiment, per mitjà d'amenaques, d'humiliació, de vexacions, d'exigència d'obediència o submissió, de coerció verbal, d'insults, d'aïllament o qualsevol altra limitació del seu àmbit de llibertat.
- c) Violència sexual i abusos sexuals: comprèn qualsevol acte de naturalesa sexual no consentit per les dones, inclosa l'exhibició,

l'observació i la imposició, per mitjà de violència, d'intimidació, de pre- valença o de manipulació emocional, de relacions sexuals, amb independència que la persona agressora pugui tenir amb la dona o la menor una relació conjugal, de parella, afectiva o de parentiu.

d) Violència econòmica: consisteix en la privació intencionada i no justificada de recursos per al benestar físic o psicològic d'una dona i, si escau, de llurs filles o fills, i la limitació en la disposició dels recursos propis o compartits en l'àmbit familiar o de parella.

La citada Ley, considera que estas formas de violencia pueden manifestarse en diversos ámbitos: de la pareja, familiar y laboral. Refiriéndose al ámbito de la pareja la define como: "Consisteix en la violència física, psicològica, sexual o econòmica exercida contra una dona i perpetrada per l'home que n'és o n'ha estat el cònjuge o per la persona que hi té o hi ha tingut relacions similars d'afectivitat". (p. 36).

También hacer mención al "Programa Ajuda", que durante el mes de octubre de 2014, inicio el "Col.legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona", dirigido a la atención y acompañamiento de la enfermera que ha sido y/o es víctima de una situación de maltrato en el ámbito de las relaciones afectivas de pareja. Dicho programa, no sólo trata de asesorar, sino también, de ofrecer recursos de atención jurídica, sanitaria, social y psicológica.

Con lo expuesto hasta el momento, se ha pretendido contextualizar la VCM teniendo en cuenta las aportaciones de los distintos organismos institucionales del ámbito Internacional, nacional y autonómico. Las descripciones que ofrecen sobre la VP, sirven de marco de referencia en muchos de los estudios que se llevan a cabo sobre esta problemática.

En nuestra investigación, adoptaremos la definición propuesta por la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1993 por ser la más utilizada a nivel legislativo, educativo e investigativo. Dicha definición, señala el sufrimiento físico, sexual o psicológico que vive la mujer como consecuencia de la VP. Es por ello que en el siguiente apartado, consideramos necesario describir cómo se ha clasificado la VP según sus manifestaciones.

1.2.1 Clasificación de la violencia de pareja

La OMS, agrupa varios tipos de violencia en función de su naturaleza que identifica como violencia física, sexual y psicológica, e incluye, violencia por negligencia o privación (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002). En general, la literatura científica sobre la VP contempla dicha clasificación.

En nuestro caso y siguiendo el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género” del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012 (p.19-21), que parte de la definición propuesta por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1993), distinguimos:

- a) violencia física: comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Es importante no olvidar que cualquier forma de violencia física es también una violencia psicológica.

- b) violencia sexual: se impone a la mujer, mediante el chantaje, las amenazas o la fuerza, un comportamiento sexual contra su

voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas. Existen diversas manifestaciones: violencia sexual que no implica contacto corporal, con contacto corporal y contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Existen otras formas mucho más específicas también consideradas VG, como la mutilación genital femenina y la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, entre otras.

- c) violencia psicológica: conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son: amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico (violencia económica), el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. No es tan visible como la violencia física o sexual, es más difícil de demostrar, en ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Algunas de estas formas de violencia pueden considerarse específicas para determinados grupos vulnerables, como por ejemplo la omisión de cuidados o la medicación negligente en el caso de mujeres con discapacidad, mayores o con enfermedad grave.

Es importante destacar, que cualquier forma de VP que se ejerza, tendrá consecuencias en la salud física, psicológica, sexual, reproductiva y social de las mujeres.

1.2.2 El ciclo de la violencia en la relación de pareja

Existen diversas teorías, formuladas desde distintas perspectivas, como por ejemplo las teorías sociológicas y las psicológicas, que han pretendido explicar la violencia dentro de la relación de pareja. De entre las distintas teorías, queremos destacar la denominada “Teoría del ciclo de la violencia” formulada por la investigadora Leonore Walker en 1979, ya que ha sido una de las más utilizadas para explicar por qué estas situaciones llegan a cronificarse.

Según la citada autora, el ciclo de la violencia de pareja, consta de tres fases denominadas: 1) de tensión; 2) de explosión o agresión; 3) de reconciliación o de luna de miel (Walker, 1979 citado en Villavicencio y Sebastián, 1999, p. 238).

Fase de tensión

Se produce una escala gradual de tensión que se manifiesta a través de pequeños incidentes que van aumentando la irritabilidad y el conflicto entre la pareja y que al mismo tiempo producen un aumento de la ansiedad y hostilidad (gestos amenazantes, miradas, actitudes hostiles). La mujer suele ser ignorada y ridiculizada tanto en el ámbito privado como público.

Por lo general, la actitud que adopta es de sumisión intentando no hacer aquello que pueda molestar al maltratador, así se construye la falsa creencia que puede controlar su situación y evitar la agresión. En cambio, esta postura no hace más que legitimar y reafirmar la postura de su pareja que se siente con el derecho a maltratarla.

El ciclo va progresando y las estrategias que emplea la mujer se van volviendo cada vez más ineficaces. En un primer momento la agresión que se produce es psicológica y va aumentando a través de la agresión verbal; al mismo tiempo que la tensión se intensifica, la mujer va perdiendo el control de la situación.

Otra de las actitudes que la mujer adopta es minimizar los incidentes, que se producen de forma aislada culpando a factores externos de su situación de maltrato, pero a medida que aumentan, la mujer va perdiendo su capacidad de control frente a dichos incidentes. Esta situación, produce una gran tensión y agotamiento en la mujer de forma que se va alejando del maltratador, y éste a su vez, buscará controlarla aún más. La tensión entre ellos va aumentando y haciéndose insoportable.

Según Walker (1979), esta fase produce una gran ansiedad y desesperación en la mujer que busca formas de sentir que controla la situación, intentando adoptar medidas de precaución frente al agresor.

Fase de explosión o agresión

En este punto la violencia se manifiesta a través del maltrato psicológico, físico y/o sexual. Esta fase suele ser mucho más corta que la anterior pero con mayor riesgo de lesiones graves, incluso la muerte. El periodo de duración puede ser variable, desde un periodo de tiempo muy corto como pueden ser unos minutos, a un periodo mucho más largo de más de una semana.

En este momento, la mujer no tiene ningún tipo de control ya que está en manos del maltratador, ella sabe cuándo empieza pero no cuando va a acabar, se da cuenta que no tiene posibilidad de razonar con el agresor y

adopta una posición de no resistencia por creer que una posición contraria empeorará las cosas. Generalmente, es en esta fase cuando la mujer pide ayuda y/o denuncia la situación.

Fase de reconciliación o de “luna de miel”

La tensión y agresión desaparecen, el agresor manifiesta su arrepentimiento y pide perdón; manifiesta que a partir de este momento se “controlará” aunque también está convencido de que su mujer ha aprendido la lección y que no le volverá a provocar. De esta forma, transfiere el conflicto a la mujer negando su responsabilidad.

El maltratador, suele mostrarse amable, cariñoso y protector con su pareja (regalos, promesas, disculpas...). Esta actitud, puede provocar que la mujer llegue a pensar que no volverá a ocurrir la agresión, que realmente está arrepentido y que el amor que siente por ella lo hará cambiar; incluso puede que retire la denuncia en caso de que la haya puesto. A medida que los comportamientos violentos son más frecuentes y graves la fase de reconciliación se hace más corta y va desapareciendo. Cuando esta fase desaparece la mujer decide pedir ayuda o se separa (véase figura 1).



Figura 1. Ciclo de la violencia. Adaptado de Ruiz-Pérez, I. (2005).

Aunque las manifestaciones de la violencia no siempre siguen este patrón, sí puede presentarse de manera cíclica y repetitiva. La teoría de Walker puede ayudar a comprender el ciclo de dichas manifestaciones y la causa por la que muchas mujeres tardan tanto tiempo en denunciar, o una vez lo han hecho retiran la denuncia (Villavicencio y Sebastián, 1999).

Es importante destacar, que en el caso de que la mujer tenga hijos, también éstos experimentan el mismo proceso, provocándoles una gran inseguridad e inestabilidad emocional que repercutirá directamente en su salud a nivel físico, emocional, cognitivo, conductual y social (Barudy y Dantagnan, 2005a; Barudy y Dantagnan 2005b).

El ciclo en cuestión, cierra un proceso que parte de la creación de un contexto abusivo para terminar con la instauración de la violencia. Según la Guía de Recomendaciones para la Detección de Violencia Machista en Hombres (2014), la creación del contexto abusivo se comporta de la forma siguiente (véase tabla 1):

Tabla 1

Consecuencias del contexto de abuso

Consecuencias del contexto de abuso
Aislamiento socioemocional revestido de amor.
Sedución, sobrevaloración de la persona agresora e infravaloración de la mujer.
Control mental y manejo de los sentimientos de la mujer: afectividad, culpabilidad, etc.
Manipulación de la comunicación y el pensamiento: confusión.
Manipulación de la interdependencia: generación de dependencia de la mujer hacia la persona agresora.

Fuente: Guía de recomendaciones para la detección de violencia machista en hombres (2014)

Según Ruiz-Jarabo y Blanco (2004), son muchos los factores que contribuyen en un mismo momento, para que una mujer no pida ayuda en los primeros episodios de violencia o decida finalizar la relación. Entre los motivos que las autoras exponen podemos citar:

- reconocerse como mujer maltratada es muy doloroso
- la idea y el valor social de que la mujer debe mantener la familia unida, si no lo consigue fracasa como mujer
- falta de apoyo familiar y social frente a la separación

- aislamiento al que ha estado sometida
- deterioro de la salud física, emocional y psíquica que la hace sentirse incapaz de iniciar una nueva vida
- dificultades económicas, sociales, judiciales que tendrá que afrontar con una salud muy deteriorada y el miedo a que la violencia continúe o sea aún mayor.

Al mismo tiempo, estos investigadores refieren algunas situaciones, que impulsan a que la mujer tome la decisión y pida ayuda, por ejemplo: cuando ya no existe la fase de “luna de miel”, y tensión y agresión se suceden; si la violencia comienza a dirigirse también hacia las hijas e hijos; si el nivel de violencia aumenta y se percibe como grave, y cuando hay recursos sociosanitarios accesibles y cuenta con el apoyo de la familia o de otras personas cercanas.

También se cita otra forma de agresión más difícil de detectar que se ha denominado “forma moderada de violencia”. En ella, se produce una situación continua de frustración y amenaza pero sólo aparece agresión física de forma ocasional.

El conocimiento de los factores que intervienen en la VP y su interrelación, teniendo en cuenta su multiplicidad, permitirá diseñar las acciones preventivas necesarias. Aun así, sus causas primarias son las pautas culturales sexistas que favorecen y mantienen la superioridad masculina y la subordinación femenina. El sexismo legitima la desigualdad de poder, que sitúa en una posición dominante al hombre respecto a la mujer.

Son muchos los esfuerzos que hay que continuar haciendo para la erradicación de la VCM. En España, la Ley Orgánica del 2004 de “Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género”, ha supuesto un importante avance en este aspecto, al plantear la necesidad de un cambio de paradigma a nivel político al considerar que la violencia, dados sus

componentes estructurales, va más allá de los conflictos entre personas y por tanto, deja de ser un problema individual para convertirse en un problema social que requiere de políticas públicas para combatirla (Comas-d'Argemir, 2014).

Según la misma autora, en España, el activismo político y social está adoptando una posición firme en contra de este tipo de violencia, al informar sobre ello como un problema público, que forma parte de las noticias destacadas que se dan en los medios de comunicación, lo cual ha tenido un papel clave en la difusión y sensibilización social, (Fernández-Arribas y Noblejas, 2010; López- Díez, 2002 citado en Comas-d'Argemir, 2014). Aun así, la autora propone prestar atención a la forma de abordar estas noticias evitando sensacionalismos, actitudes sexistas y un trato abusivo de la violencia hacia las mujeres.

1.3 Violencia de pareja y su impacto en la salud de las mujeres

La violencia de pareja (VP) del hombre contra la mujer, trae consigo innumerables daños sobre su salud física y psíquica, los que en algunos casos, incluso pueden llegar a ser mortales. Por otro lado, mucho tiempo después de que haya cesado la situación de maltrato y violencia, los daños ocasionados pueden persistir en la conducta y la personalidad de estas mujeres, repercutiendo en su salud integral.

Resultan particularmente traumáticas las consecuencias de la violencia sexual, en especial la violación y otras prácticas tradicionales nocivas como la violencia relacionada con la dote o el matrimonio o cohabitación forzados, así como el llamado "secuestro de esposas".

Con demasiada frecuencia los medios de difusión masiva nos sorprenden con reportes de nuevos casos de VP en forma de violaciones, asesinatos,

secuestrados y nos muestran el estado de deterioro mental y físico que presentan las mujeres que han sufrido estas situaciones de extrema violencia. La relación de pareja, que se establece en muchos de estos casos y que podríamos definir como patológica, hace de la mujer un objetivo dependiente y vulnerable, sometido a las reiteradas situaciones de violencia física y mental e incapaz de escapar de las mismas sin una ayuda especializada.

Según estudios recientes de la OMS, a nivel mundial, por término medio, el 30% de las mujeres, casi un tercio de las que han tenido una relación de pareja, refieren haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de su pareja. Las diferencias por regiones y países son significativas; por ejemplo, mientras que el 15% de las mujeres en el Japón señalan haber sufrido este tipo de violencia en su vida de pareja, en Etiopía esta cifra se eleva hasta un 71 %. Por otra parte, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja. Estos alarmantes datos reflejan la extrema gravedad de las consecuencias físicas de la VCP. (OMS, 2013).

Desde el punto de vista económico, en las mujeres en situaciones de VP se reporta un mayor uso y costos de los servicios de salud. Ellas tienen más necesidades de salud y solicitan estos servicios con mayor frecuencia que la población en general; su utilización crece a medida que aumentan la frecuencia y la gravedad de la violencia (Black, 2011). Otro amplio estudio realizado en los Estados Unidos, descubrió que la utilización de los servicios de salud era más alta entre las mujeres involucradas en relaciones de maltrato continuo. (Bonomi, Anderson, Rivara, y Thompson, 2009).

En cambio, es menos probable que las mujeres víctimas de violencia de pareja busquen servicios de atención preventiva, como mamografías, exámenes para medir colesterol y tensión arterial y pruebas de detección

de cáncer. Esto tiene implicaciones claras para la salud general de las mujeres víctimas de violencia y también para los costos sanitarios ya que la prevención es generalmente más eficaz en función de los costos, que el tratamiento (Black, 2011).

En un estudio de más de 3.000 mujeres efectuado en los Estados Unidos, los costos sanitarios anuales eran 42% más elevados en las mujeres que informaban violencia física infligida por sus parejas en el momento del estudio y entre 19% y 24% más altos en las que habían sido víctimas de violencia en los cinco años precedentes (Bonomi et al., 2006).

1.3.1 Impacto sobre la salud física de la mujer

Las consecuencias de la VP en la salud física de la mujer, pueden ser inmediatas y agudas, duraderas y crónicas o mortales. Las investigaciones científicas revelan sistemáticamente que cuanto más grave es el maltrato, mayores son sus repercusiones sobre la salud física de las mujeres (Jewkes, Sen y Garcia-Moreno, 2002; Johnson y Leone, 2005).

Entre las consecuencias inmediatas y frecuentes de la VP, para la salud física de la mujer, pueden citarse las lesiones físicas agudas, como hematomas, excoriaciones, laceraciones, mordeduras o quemaduras, u otras de mayor gravedad como fracturas de huesos o dientes, así como lesiones en la cabeza, tórax o abdomen (Campbell et al., 2002).

Algunos estudios también han descubierto que, con cierta frecuencia, las mujeres con antecedentes de VP, señalan que tienen una serie de problemas crónicos de salud como: cefaleas, dolor pélvico crónico, lumbalgia, dolor abdominal, síndrome de colon irritable o trastornos del aparato digestivo (Campbell, 2002; Campbell et al., 2002).

Por otra parte, son importantes los efectos crónicos o duraderos de la VP sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer, relacionados con trastornos y traumatismos ginecológicos. Estudios al respecto señalan que las mujeres víctimas de violencia sexual presentan tasas mayores de problemas ginecológicos que otras mujeres; por ejemplo: infecciones vaginales, dolor durante las relaciones sexuales o infecciones de las vías urinarias (Campbell, 2002; Jewkes et al., 2002).

El homicidio y el suicidio pueden constituir los trágicos finales de una relación de pareja marcada por la violencia cotidiana; relación que en muchos casos condujo antes a la mujer víctima a reiterados problemas ginecológicos, embarazos no deseados, abortos provocados e incluso, infecciones de transmisión sexual.

Un reporte de la OMS revela que, en algunas regiones del mundo, las mujeres que han sufrido maltratos físicos o abusos sexuales tienen una probabilidad 1,5 veces mayor de padecer infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, en comparación con las mujeres que no han sufrido violencia de pareja (OMS, 2013). De acuerdo con este mismo estudio, la VP durante el embarazo también aumenta la probabilidad de aborto involuntario, muerte fetal, parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer, lo cual refleja la extensión de las consecuencias físicas sufridas por la madre gestante a su hijo(a).

En investigaciones realizadas, tanto en entornos de ingresos altos como bajos, se ha descubierto que las mujeres seropositivas al VIH tienen mayores probabilidades, que otras mujeres, de haber sido víctimas de violencia física y sexual. En estudios realizados en la India y Sudáfrica, por ejemplo, la violencia infligida por la pareja resultó estar estrechamente asociada con el riesgo de que la mujer contrajera la infección por el VIH (Campbell et al., 2008; Silverman, Decker, Saggurti, Balaiah y Raj, 2008).

En tal sentido, se confirma por la Organización Mundial de la Salud (2004), que la violencia puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por el VIH y a otras infecciones de transmisión sexual por vías directas e indirectas; de esta forma, por ejemplo, la violencia y coacción infligida por la pareja dificultan que la mujer pueda rechazar una relación sexual o negociar el uso del condón.

Otras investigaciones señalan que las mujeres víctimas de violencia infligida por las parejas o de relaciones sexuales forzadas por cualquier agresor, parecen correr un riesgo mayor de embarazos no intencionales o no deseados que las mujeres sin antecedentes de abuso, tanto a corto plazo como en el transcurso de su vida reproductiva (OMS, 2013).

La violencia infligida por la pareja, la violación por hombres distintos de la pareja y las relaciones sexuales de carácter transaccional se asocian con tasas más elevadas de interrupción del embarazo. De esta forma, el estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica elaborado por la OMS en 2005, descubrió que en casi todos los entornos, las mujeres que habían informado de violencia física o sexual infligida por su pareja, también presentaron tasas de abortos provocados, considerablemente mayores que otras mujeres que no se encontraban en esta situación.

1.3.2 Impacto sobre la salud mental de la mujer.

El daño psicológico constituye otra de las consecuencias de la VP, que tipifica este tipo de conducta en la relación. Los cambios actitudinales y conductuales, que aparecen al principio en la mujer sometida a esta relación, son seguidos por una serie de síntomas, trastornos e incluso enfermedades mentales. La ansiedad, la tristeza, los miedos, la inseguridad, el insomnio, son las manifestaciones sintomáticas iniciales, que más tarde podrían dar paso a la depresión, el trastorno de estrés

postraumático, los trastornos alimentarios, el alcoholismo y/o la drogadicción, entre otros.

La OMS constató en su amplia investigación al respecto, que las mujeres sometidas a la VCP mostraban casi el doble de probabilidades de padecer depresión y problemas de alcoholismo que las que no se encontraban en esta situación con sus parejas (OMS, 2013).

Muchos datos confirman el peor estado de salud, en el plano psicológico, de las mujeres maltratadas por su pareja frente a las que no han sufrido tales abusos, las consecuencias más significativas se observan en la sintomatología depresiva y en la inseguridad en sí misma, y afectaciones en menor medida en la autoestima, el apoyo social y en el consumo de fármacos. Concretamente, se reporta que las mujeres maltratadas presentan más síntomas de depresión grave, de ansiedad e insomnio y de síntomas psicósomáticos. Informan de un mayor número de enfermedades y consumen más fármacos, sobre todo antidepresivos y ansiolíticos. Su autoestima es algo menor, se muestran más inseguras y perciben menos apoyo social (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts, y Garcia-Moreno, 2008)

El estudio realizado por Sanz-Barbero, Rey y Otero-García, (2014) señalan que el 3,6 % de las mujeres en España, sufrió violencia en la pareja el último año y el 12,2 % alguna vez en la vida y que estas mujeres tienen un peor estado de salud. Las autoras refieren que variables sociodemográficas, económicas, familiares y de apoyo social se asocian a la VCM en la pareja, siendo necesarias medidas de prevención teniendo en cuenta la mayor vulnerabilidad de los grupos que se han identificado en su estudio. (p.6).

Son muchos los trabajos que constatan que el maltrato a la mujer por parte de su pareja incide de forma importante en la salud de la víctima, ya que,

además de las posibles lesiones físicas sufridas, tiene gran impacto psicológico y supone un factor de riesgo para la salud a largo plazo (Amor et al., 2002; Fischbach y Herbert, 1997; Golding, 1999; Orava, McLeod y Sharpe, 1996; Vives-Cases et al., 2009)

Resulta de particular interés un estudio realizado entre estudiantes de la Universidad de Chile, el cual refleja que los jóvenes estiman una alta prevalencia de violencia psicológica expresada a través de diversos comportamientos, destacando por su frecuencia, la descalificación verbal y el excesivo control sobre la pareja. La prevalencia de la violencia física es estimada en un nivel considerablemente menor, mientras que la violencia sexual no es reconocida espontáneamente. Esta percepción de baja frecuencia de la violencia física y sexual se explicaría por la evaluación de este tipo de conductas como extremadamente graves, las que solo se darían en relaciones muy desiguales en términos de poder, lo que no se aplica a la población en estudio (Póo y Vizcarra, 2008).

Con respecto a la dirección de la violencia cabe mencionar que los estudiantes de ambos sexos concuerdan que esta asume una tendencia bidireccional, lo cual coincide con estudios previos que señalan que en este grupo etario no se aplicaría el patrón abusador-abusada, dada la mayor igualdad en la distribución del poder (Glass et al., 2003). Sin embargo, en términos de daño, las consecuencias son más graves para la mujer, considerando que estas ejercen predominantemente violencia psicológica, mientras que los hombres harían uso principalmente de violencia física (Flores, Cárdenas, Gajardo, Mardones, y Uribe, 2004).

Con respecto a las consecuencias, los estudiantes perciben claramente los efectos a nivel psicológico, tales como trastornos del ánimo y disminución en el rendimiento académico, sin embargo los impactos a nivel físico son escasamente descritos, lo que sería consistente con la percepción de ser

un fenómeno de baja ocurrencia entre ellos (Flores et al., 2004; Glass et al., 2003).

Es común que las mujeres de todo el mundo que han sido víctimas de violencia infligida por su pareja tengan problemas de salud mental, angustia emocional y comportamientos suicidas (Ellsberg et al., 2008; Jewkes et al., 2002; Pico-Alfonso et.al., 2006).

En el estudio realizado por la OMS (2013), se identificó la angustia emocional mediante síntomas como el llanto fácil, la incapacidad para disfrutar de la vida, la fatiga y los pensamientos suicidas durante las cuatro semanas anteriores a la entrevista. En todos los entornos estudiados, las mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja, registraban unos niveles considerablemente más altos de angustia emocional en comparación con aquellas que no habían sido víctimas de violencia.

Asimismo, en todos los entornos examinados, era mucho más probable que las mujeres que habían sido víctimas de violencia infligida por su pareja hubieran pensado en suicidarse alguna vez, en comparación con las mujeres que no habían sido víctimas de violencia. Estos datos coinciden con los de otros estudios realizados en países en desarrollo e industrializados. (Krug et al., 2002).

Tanto la violencia física como la sexual se han vinculado con un riesgo mayor de resultados de salud mental adversos en las mujeres (Matud, 2004; Johnson y Leone, 2005). Los más frecuentes son la depresión, intentos de suicidio, el trastorno por estrés postraumático, otros trastornos de estrés y ansiedad, trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios y trastornos psicósomáticos (Campbell et al., 2002; Scheffer-Lindgren y Renck, B., 2008). El maltrato físico y el abuso sexual también se han

asociado con elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida y tasas más bajas de uso de anticonceptivos y de condones.

Las mujeres que informan sobre una historia de abuso sexual temprano a menudo indican que sienten menosprecio por sí mismas y tienen dificultades para distinguir el comportamiento sexual del comportamiento afectuoso, para mantener límites personales apropiados y rechazar insinuaciones sexuales no deseadas. Por otro lado, estudios realizados han vinculado los antecedentes de abuso sexual en etapas tempranas con un riesgo mayor de sufrir violencia sexual en etapas posteriores de la vida (Dube et al., 2005).

En conclusión, la Violencia de Pareja constituye una forma de abuso o agresión que es considerada por muchos autores e investigadores como un problema importante de salud pública, el cual debe ser atendido de manera prioritaria por las autoridades de salud y de gobierno, en los distintos países en que ésta se presenta (Blanco, Ruíz-Jarabo, García y Martín-García, 2004; Fischbach y Herbert, 1997; Heise y García-Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998).

2. FORMACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE PAREJA EN PROFESIONALES Y ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

2.1 Los profesionales de enfermería y su formación en violencia de pareja

Los profesionales de la salud, y en particular las enfermeras, están en una posición privilegiada para identificar y ayudar a las mujeres víctimas de VP, dado que a menudo, son el primer contacto dentro del sistema de salud ya sea en servicios de urgencias, centros de atención comunitaria o servicios especializados (Arredondo-Provecho, del Pliego-Pilo, Nadal-Rubio y Roy-Rodríguez, 2008; Beccaria et al., 2011,2013; García et al., 2014, Guruge, 2012; Hughes, 2010; Robinson, 2010).

Esta posición, puede permitirles ofrecer ayuda y apoyo a las mujeres en la búsqueda de alternativas, aun así los estudios realizados en este ámbito indican que las enfermeras no siempre se sienten preparadas para intervenir en la detección del maltrato, realizar el seguimiento del proceso, o dar el acompañamiento necesario en la toma de decisiones (Almutairi, Alrashidi, Almerri, Kamel y El-Sharly, 2013; Beccaria et al., 2011, 2013; Gutmanis, Beyno, Tutty, Wathen y Mcmillan, 2007).

En otro estudio Guruge (2012), pone de manifiesto una vez más, que las enfermeras tienen un papel destacado en la identificación del abuso, en la atención a las necesidades físicas, de seguridad, de apoyo y asesoramiento. Concluye, que existen múltiples barreras que dificultan la intervención como la falta de conocimientos, carga de trabajo, barreras lingüísticas, amenazas respecto a la seguridad personal, falta de comunicación y colaboración con el equipo de salud y su posición jerárquica en el mismo.

Hägglom, Hallberg y Möller (2005), señalan el desconocimiento que plantean las enfermeras, respecto a cómo preguntar a la mujer sobre el abuso, es decir, saber qué decir y al mismo tiempo qué hacer y cómo responder. Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen, y MacMillan (2012), en su estudio de por qué los médicos y las enfermeras preguntan o no preguntan acerca de la VCP, exponen que las principales barreras además de la falta de formación y tiempo, están relacionadas con las conductas que se atribuyen a la mujer, las prácticas culturales y la presencia de la pareja.

Gutmanis et al. (2007), no sólo atribuye la falta de eficacia en las intervenciones, a la escasez de tiempo o de apoyo por parte del sistema de salud, sino que también destaca los sentimientos de impotencia o de pérdida de control que pueden sufrir los profesionales. El temor a ofender, la falta de habilidades para manejar la entrevista, problemas de seguridad y confidencialidad, experiencias personales de VCP, problemas a nivel legal que puedan surgir de su participación o de la falta de experiencia profesional. La OMS (1998), en su informe Violencia contra las mujeres: Un tema de salud prioritario, recomienda al personal sanitario que:

No tengan miedo de preguntar: contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte. (p.29).

Atender y cuidar a mujeres que han sufrido maltrato produce un impacto en la vida profesional y personal de las enfermeras, de forma que, en ocasiones pueden sentirse incompetentes y desbordadas emocionalmente para hacer frente a esta problemática de manera adecuada. Ello conlleva, tener que tomar conciencia de cuáles son sus actitudes, emociones y respuestas y como éstas pueden afectar en su intervención. Deberán analizar sus propios prejuicios y experiencias para poder comunicarse de

forma eficaz con las mujeres víctimas de violencia (Bracken, Messing, Campbell, La Flair, y Kub, 2010; Goldblatt, 2009)

La falta de conocimientos y competencias puede favorecer que las enfermeras se centren únicamente en los cuidados físicos y olviden ofrecer una atención integral (Robison, 2010; Sundborg, Törnkvist, Wändell, y Saleh-Stattin, 2012), plantean como uno de los hallazgos fundamentales de su estudio, la frustración que sienten las enfermeras al no poder aportar soluciones si detectan situaciones de VP en los servicios de urgencias y cómo esta frustración, provoca a su vez una falta de interés a la hora de identificar dichas situaciones.

Arrendo-Provecho et al. (2008), realizaron un estudio en dos hospitales de Madrid en las unidades de obstetricia, pediatría y urgencias, que tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimientos y las opiniones de los profesionales sanitarios sobre VP, conocer las barreras organizativas y recoger sus propuestas para mejorar la detección precoz y la atención a las mujeres víctimas de violencia.

Los resultados obtenidos mostraron que un 58,2% de profesionales lo asociaban a la mujer de clase social baja; un 72,8% creían que la violencia la sufren mujeres sin estudios, amas de casa o extranjeras. Respecto al agresor, un 67,6% lo consideraban un varón bebedor, drogadicto o parado. El 97,7% opinó que la VCM es un problema importante que habitualmente pasa desapercibido, aun así el 66,7% no lo planteaba como un diagnóstico diferencial ante una paciente con lesiones físicas. En relación a los problemas organizativos señalaron la presión asistencial, falta de información, formación y protocolos de actuación.

Las autoras concluyeron que los profesionales mostraban un nivel medio de conocimientos, no existían diferencias significativas entre las diversas categorías de los profesionales estudiados (médicos, enfermeras y

auxiliares de enfermería), constatándose además la existencia de creencias estereotipadas respecto a la VP en todas ellas. Por otra parte, consideraban que su labor es importante en la detección de casos de maltrato y que la reducción en las barreras organizativas detectadas podía mejorar la asistencia a las víctimas. Resaltaban además, la necesidad de criterios de intervención unificados.

La tabla 2, muestra de forma detallada las dificultades para identificar la VG por parte de los profesionales sanitarios influenciados por creencias personales, estereotipos y cuestiones organizativas del sistema de salud.

Tabla 2
Dificultades para identificar la VG

Dificultades por parte del personal sanitario
Estar inmersos en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad.
Haber internalizado mitos y estereotipos sobre la VG.
No considerar la violencia como un problema de salud.
Vivir y/o haber vivido experiencias personales respecto a la violencia.
Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
Intento de racionalización de la conducta del agresor.
Miedo a ofender a la mujer, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad.
Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones.
Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales)
Escasa formación de habilidades de comunicación en la entrevista clínica.
Desconocer que los hijos e hijas también son víctimas de VG.
Creer que la situación de maltrato, si no es directa, no está afectando a la salud de los menores.
En el contexto de la consulta
Falta de privacidad e intimidad, interrupciones durante la consulta.
Sobrecarga asistencial.
Acceso de la mujer a la consulta acompañada de su pareja
En el ámbito sanitario
Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos.
Insuficiente trabajo interdisciplinar y de equipo.
Insuficiente alcance de programas de formación en violencia de género, a la totalidad de profesionales de servicios sanitarios.
Insuficiente desarrollo de mecanismos facilitadores del acceso a los cursos de formación sobre violencia de género al personal sanitario.
Escasez de traductores/as y mediadores/as interculturales para facilitar la comunicación.

Fuente: Tomada del Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género (2012).

De acuerdo con lo anterior, los sistemas de salud, han de dar respuesta a las necesidades educativas de las enfermeras y potenciar su rol autónomo dentro del equipo multidisciplinar. Se deben abordar las barreras institucionales, incluyendo la falta de servicios adecuados para las mujeres

maltratadas (Arredondo-Provecho et al., 2008; Campbell, 2002; Coll-Vinent, 2008; Guruge, 2012). Otros autores como, Bournell y Prosser (2010), en sus estudios, mostraron que la formación mejoró la confianza, la práctica y las habilidades de las enfermeras en la identificación de situaciones de VP.

2.2 La formación de violencia de pareja en estudiantes de enfermería

Los datos que aporta la literatura científica revelan la falta de formación específica en VP en los estudios de enfermería. Las enfermeras expertas y docentes tienen un papel fundamental en la impartición de conocimientos y habilidades que mejoren la práctica asistencial y disminuyan las dificultades para actuar ante mujeres en situaciones de VP.

Asimismo, es importante analizar actitudes y concepciones preexistentes en los estudiantes, para poder aportar iniciativas en esta materia que puedan añadirse a los planes de estudio (Bournell y Prosser, 2010; Connor, Nouer, Mackey, Banet y Tipton, 2011; Connor, Nouer, Speck, Mackey y Tipton, 2013; Everett et al., 2013; Ferrer-Pérez, Bosch, Ramis, Torres y Navarro, 2006; García Díaz et al., 2014; Gerber y Tan, 2009; Rigol y Sánchez, 2007; Guruge, 2012).

Por otro lado, Robison (2010), señala que a pesar de que existe una mayor conciencia sobre la VG, las enfermeras siguen sintiéndose incómodas prevaleciendo en ellas mitos, estereotipos y temores. Según Tufts, Clements, y Karlowicz (2009), se enfrentan a una serie de limitaciones que dificultan su intervención: conocimientos insuficientes, ideas erróneas sobre cuál es su papel en la detección e intervención, y mitos respecto a situación socioeconómica, etnia, cultura o nacionalidad tanto de la víctima como del agresor.

Estos mitos, han estado presentes a lo largo del tiempo en el imaginario colectivo de distintos entornos culturales y los profesionales de la salud no están exentos de ellos. Su influencia, a pesar de no ser siempre consciente de ella, ha podido predisponerles negativamente impidiendo actuaciones efectivas en la detección precoz y en la intervención sociosanitaria. (Protocolo Ministerio 2012). Además, siguen existiendo creencias que consideran la VP como un asunto privado o un problema social que obstaculizan la comprensión de esta problemática. (Arredondo-Provecho et al., 2008).

Otra visión del problema la ofrece el estudio realizado por Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol (2012), titulado “Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI”, las autoras realizan una aproximación sobre los mitos actuales. Introducen el término “neomito” referido a aquellos mitos que minimizan la importancia del problema o que incluso niegan su existencia.

El mapa de mitos actuales lo describen como:

La VG es puntual y causada por factores extraordinarios y localizados (mitos sobre la marginalidad), que aquellos hombres que maltratan lo hacen porque son enfermos (o alcohólicos o adictos) (mitos sobre los varones maltratadores), que las mujeres maltratadas “se lo han buscado” (mitos sobre las mujeres maltratadas) o que ellas son igual de violentas que ellos, aunque utilicen otras armas (mitos sobre la importancia del problema) son creencias que desnaturalizan, minimizan y, en definitiva, contribuyen, de un modo u otro, a negar la existencia misma del problema. Las funciones de estos mitos estarían orientadas a reducir el temor de la sociedad, al sugerir que este problema solo les ocurre a “los demás”, minimizar su importancia, reducir el apoyo a las víctimas y limitar la responsabilidad de los agresores, buscando atenuantes para su comportamiento (p. 4). (Véase figura 2).

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

La figura 2 ilustra gráficamente el mapa descrito por Ferrer- Pérez y Bosch-Fiol (2012) sobre los mitos de la VG.

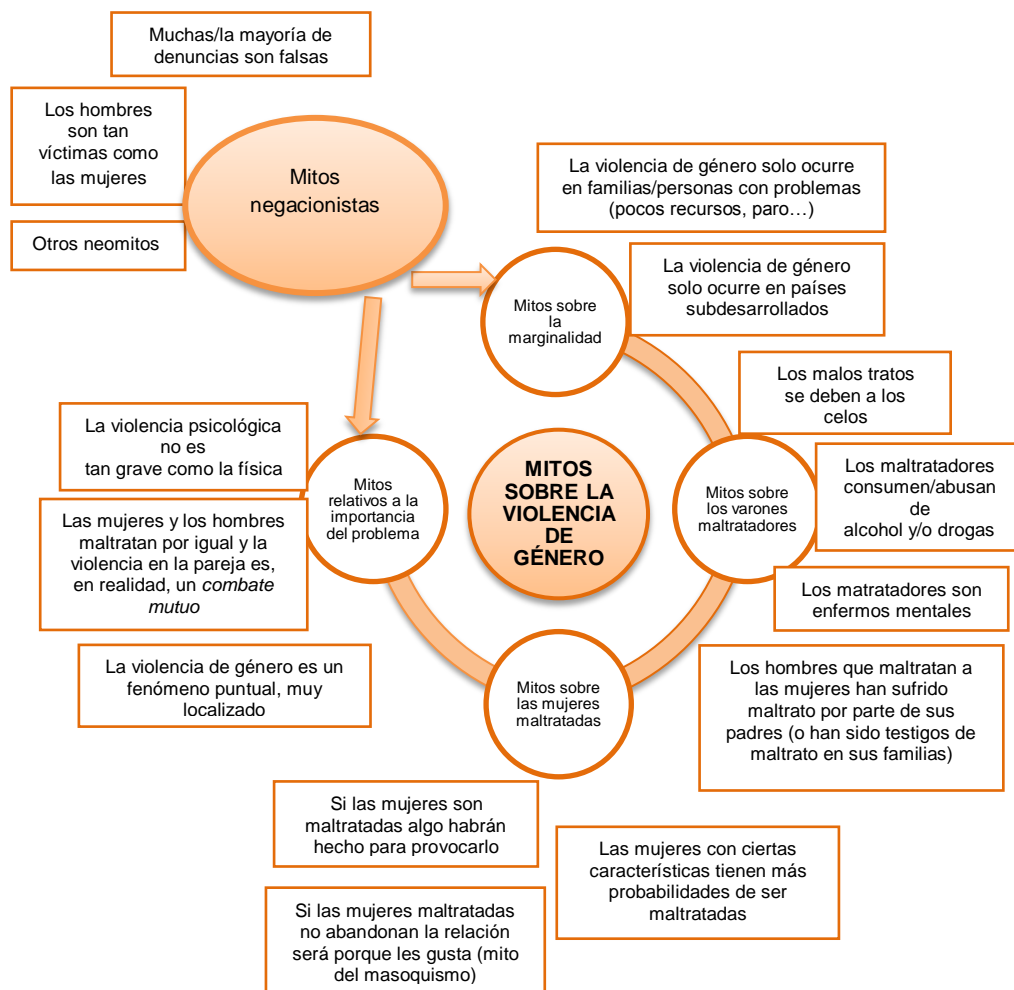


Figura 2. Mapa de mitos sobre violencia de género, tomado de Bosch-Fiol y Ferrer-Pérez. (2012).

Todo lo anterior nos aporta una confirmación más sobre la importancia del fenómeno de la VG, dadas sus repercusiones en la salud y la calidad de vida de las mujeres, lo cual sugiere que se trata de un tema fundamental a

incluir en los contenidos de los estudios de pregrado, con el objetivo de que los estudiantes modifiquen esos mitos y estereotipos a los que aún siguen refiriéndose muchos de los profesionales de la salud.

Tal como plantean (Beccaria et al, 2011, 2013), es posible que los estudiantes de enfermería no perciban la importancia de cuestiones relacionadas con la VP. Probablemente, no acaben de comprender el impacto que este problema tiene en la salud y en el ámbito socio-económico no sólo individual sino también colectivo y mantengan ideas preconcebidas tanto en relación a la víctima como al agresor, las que si no se modifican, en el futuro podrán influir en su destreza para detectar el problema.

Según Rigol y Sánchez (2007), los alumnos siguen percibiendo la VCM como un hecho aislado. A menudo, confunden las causas con factores asociados a las mismas, como por ejemplo, el alcoholismo el cuál no necesariamente tiene que ser la causa de la agresión. Sigue persistiendo la visión de que las causas de VP son los problemas mentales, el alcohol u otras drogas.

Todos estos aspectos existen en el imaginario colectivo que reproduce y estructura el sistema. Las aportaciones de estos autores, son coincidentes con los resultados de trabajos realizados por Ferrer-Pérez, Bosch-Fiol, Ramis-Palmer y Navarro (2008) en estudiantes de educación, que también consideraron como causas principales de VP: la enfermedad mental, el alcohol y otras drogas. Además destacaron, que un amplio porcentaje de estudiantes, valoró la provocación de las mujeres como una causa posible de maltrato.

Los resultados obtenidos por varias autoras (Rigol y Zaplana, 2007; Ferrer-Pérez et al, 2008 y Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2012) apuntan que a pesar de los cambios que se han ido sucediendo, siguen vigentes muchos mitos.

Esto reafirma una vez más la necesidad de introducir en los planes de estudio materias específicas en VG. Guruge (2012), resalta que los esfuerzos educativos se han de centrar en un aumento de la conciencia colectiva de las enfermeras, hasta el momento en que la formación en esta temática se convierta en un componente integral de los planes de estudio, siendo una norma y no una excepción, sólo entonces el alumno podrá adquirir las competencias necesarias para su futura labor profesional.

Los avances van a depender del posicionamiento de los distintos organismos e instituciones nacionales e internacionales que han de incidir en el fomento y desarrollo de una formación dirigida a todos los profesionales de la salud y entre ellos, las enfermeras. La alta incidencia de esta problemática hará que en algún momento de su trabajo entren en contacto con mujeres que padezcan o hayan sufrido situaciones de VP. La formación, en nuestra opinión, se ha de desarrollar tanto en el periodo de enseñanza universitaria como a lo largo de su actividad asistencial.

Por otro lado, son numerosos los informes respecto a nuevas directrices; a nivel internacional la OMS en su informe de 2013 sobre estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer, concreta que “las nuevas directrices clínicas y normativas sobre la respuesta del sector de la salud a la VCM ponen de manifiesto la necesidad urgente de integrar estas cuestiones en la enseñanza clínica”. (p.2).

En España, la Ley orgánica 1/2004, en su artículo I determina medidas de prevención, sensibilización, prevención y detección en distintos ámbitos incluyendo el educativo, el de la publicidad, los medios de comunicación y el sanitario. Dicha ley, en el ámbito educativo, hace referencia a la formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales, de la igualdad entre hombres y mujeres y destaca los valores de tolerancia y libertad en todo el sistema educativo, incluyendo las Universidades, refiriéndose a ellas dice: “Las Universidades incluirán y fomentarán en

todos los ámbitos académicos la formación, docencia e investigación en igualdad de género y o discriminación de forma transversal". (art. 4.7)

En el artículo 7, también se contempla la formación inicial y permanente del profesorado de manera que se adopten las medidas necesarias y se imparta una formación específica en materia de igualdad.

A partir de la Ley orgánica citada, en el desarrollo de los planes de estudio, en el Espacio Europeo de Educación Superior del Grado de Enfermería, se publicó la Orden CIN/2134/2008 de 3 de julio, por lo que se establecían los Requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el Ejercicio de la profesión de enfermero (2008), donde se establece, dentro del módulo de formación básica común el siguiente objetivo: Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la VG para capacitar a los estudiantes en la prevención, la detección precoz, la asistencia, y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia.

En cuanto al ámbito sanitario, la ley señala que:

Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia (art.15.1).

En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta ley (art. 15.2).

Las administraciones educativas competentes aseguran que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones socio-sanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia. (art. 15.3).

A nivel autonómico, la Llei 5/2008 de la Generalitat de Catalunya, en su art. 7 también versa sobre el ámbito universitario y expone:

Les administracions competents en matèria d'universitats han d'assegurar que, en el marc dels currículums de les disciplines relacionades amb els àmbits d'aquesta llei pertanyents als estudis universitaris de grau, màster i doctorat, s'incorporin continguts formatius per a donar compliment a l'objectiu i les finalitats d'aquesta llei. (p.47)

Si nos referimos a las instituciones relacionadas con la profesión, vemos que el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en el informe aprobado en 1996 y revisado en 2002 considera:

- Que las enfermeras, en tanto que profesionales de salud preparadas y capacitadas, y en su mayoría mujeres, son las mejores defensoras y dispensadoras de atención de salud para la mujer. Las enfermeras pueden y deben contribuir directamente a la política de salud, a la planificación de los servicios, al desarrollo de la práctica y a la investigación sobre salud de la mujer.
- Pueden influir considerablemente en el fortalecimiento de la capacidad de la mujer para ejercer un mayor control de su vida y de sus condiciones de vida.
- Necesitan una formación y adiestramiento estructurados de su sensibilidad y capacidades en lo que respecta al género para que puedan ponderar, seguir y evaluar las políticas y programas desde la perspectiva del género inclusive, por

ejemplo, los estudios epidemiológicos, la adopción de decisiones y la planificación de los servicios.

En el Código Deontológico de la Enfermería Española (1989), en el artículo 4 se suscribe la Declaración Universal de la ONU sobre Derechos Humanos y la Declaración del CIE sobre “Salud de la Mujer” en 2002, en que se compromete a actuar y colaborar en la eliminación de esta problemática.

Así mismo, en el documento sobre el “Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la Violencia de Género” en 2010, se expone que para que la asistencia que dan las enfermeras sea eficaz se han de cuidar los siguientes aspectos:

- La atención necesaria de las lesiones físicas y psíquicas sufridas por la víctima.

- Posibilitar la recogida de indicios y pruebas que después sirvan pericialmente para probar los hechos, contribuyendo al acopio de datos fiables sobre la violencia de género.

- Formar sistemáticamente al personal de enfermería para que sea eficaz en este tipo de situaciones, incorporando la conciencia de realizar este tipo de formación en los programas educativos de los niveles de pregrado e impartiendo formación continua para conseguir una base sólida de conocimientos, el desarrollo de las capacidades y un marco ético para la práctica profesional.

Por tanto, los órganos jurídicos e instituciones subrayan la importancia que adquiere la formación en el ámbito universitario y en concreto en los estudios relacionados con las ciencias de la salud. Por lo que respecto a los contenidos curriculares, a pesar de las modificaciones legislativas y los

cambios realizados con la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, la formación sobre VG sigue siendo escasa, en muchos casos se trata de asignaturas de carácter optativo (Ferrer, Bosch y Navarro, 2011) y en otros, se incluye de forma genérica en el contenido de otras asignaturas sin que tenga una identidad propia, por ejemplo en Enfermería Comunitaria, Salud de la Mujer o Enfermería Maternal. Lo mismo ocurre con los profesionales que se encuentran en activo, la formación que reciben sobre esta temática es escasa y frecuentemente depende más de la iniciativa e interés personal que de las instituciones.

Las medidas que se incluyen en la "Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer 2013-2016" contemplan promover trabajos de investigación sobre la VCM en la población escolar y universitaria y apoyar a las Universidades para la realización de postgrados oficiales de igualdad entre mujeres, hombres y VG. Este escenario ha de permitir avanzar en el desarrollo de metodologías que favorezcan la formación y conocimiento de la situación, y crear mecanismos de prevención y protección.

Al mismo tiempo, hay una necesidad de crear instrumentos que permitan medir los resultados de las intervenciones educativas que pretenden mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de estudiantes y profesionales (Gutmanis et al., 2007; Robinson, 2010; Sundborg et al., 2012).

Esta tesis está dirigida a responder en parte a los reclamos y necesidades del sistema de salud para profundizar en el conocimiento de la problemática de la VP y brindar instrumentos que permitan su mejor conocimiento y abordaje práctico, por parte de los estudiantes, futuros profesionales de enfermería.

3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA DE PAREJA

En la actualidad existen numerosos instrumentos diseñados para abordar la problemática de la violencia de pareja (VP) del hombre contra la mujer. Desde finales de los años setenta ha sido Estados Unidos el país donde los investigadores han elaborado el mayor número de escalas de medición. Las primeras que se diseñaron estaban dirigidas principalmente a la detección de violencia física pero los avances realizados en los últimos años y los cambios producidos en la forma de entender la violencia contra la mujer (VCM) han favorecido la creación de escalas, que no sólo tienen en cuenta este tipo de violencia, sino que además permiten detectar el maltrato psicológico y sexual.

Su empleo tiene como objetivo, proporcionar datos precisos, fiables y adaptados a los distintos contextos culturales, que permitan la comparación de resultados para seguir avanzando en los estudios que se realizan en este campo.

A continuación, describiremos una serie de instrumentos que destacamos en esta investigación, por ser los más utilizados en contextos clínicos y en este campo de estudio. Este apartado se ha estructurado en tres partes: instrumentos empleados para el cribado y diagnóstico de la VCM; instrumentos dirigidos a profesionales y estudiantes de la salud para evaluar sus competencias frente a la VCP y finalmente un apartado en el que se han incluido instrumentos que son empleados para detectar el riesgo de reincidencia para hombres que ya han sido identificados como maltratadores.

3.1. Instrumentos para la detección y el diagnóstico de la violencia de pareja

Uno de los aspectos que ha sido más estudiado en este campo, es el desarrollo de instrumentos para el cribado y diagnóstico de VCM. Entre la literatura consultada resalta el documento elaborado por la Unidad de Investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada, publicado por el Observatorio de la mujer del Ministerio de Salud y Consumo (2005), el cual pone de manifiesto la necesidad de utilizar métodos de medición que permitan detectar la prevalencia, los factores de riesgo y de protección asociados a la violencia, para seguir avanzando en el conocimiento y en el diseño de protocolos de asistencia y prevención efectivos.

Partiendo de una revisión exhaustiva de la literatura científica, el catálogo agrupa toda una serie de escalas utilizadas tanto en el ámbito nacional como internacional. Permite conocer aquellos instrumentos originales que han sido validados en nuestro país, teniendo en cuenta que la gran mayoría de las escalas en español son adaptaciones de las norteamericanas. Existen escalas para el cribado o screening, otras para el diagnóstico y, finalmente, las que van dirigidas a valorar el riesgo de maltrato.

Del total de esta clasificación que presenta el grupo de investigación, hemos seleccionado para su descripción seis instrumentos de cribado y diagnóstico, siguiendo como criterio aquellos que mayormente han sido empleados en contextos clínicos y en el campo de la investigación y que se ajustaban a nuestro interés, como son el *Partner Violence Screen (PVS)*; *Emergency Department Domestic Violence Screening Questions*; *Index of Spouse Abuse (ISA)*; *Conflict Tactics Scales (CTS)*; *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*; y el *Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI)*.

A continuación exponemos un resumen del contenido de los mismos, en dos subapartados: instrumentos de cribado e instrumentos de diagnóstico.

3.1.1 Instrumentos de Cribado

Partner Violence Screen (PVS)

El cuestionario *PVS*, fue diseñado originalmente para ser aplicado en los servicios de urgencias. Está compuesto de tres preguntas, lo cual permite que pueda ser utilizado de modo rápido y en muy poco tiempo ya que además, se administra de forma verbal. Las preguntas se distribuyen en dos dimensiones, por un lado la violencia física con una pregunta y por otro la percepción de seguridad con otras dos preguntas.

Fue validado por Feldhaus, Koziol-McLain, Amsbury, Norton, Lowenstein y Abbott en 1997 con una muestra de mujeres en los servicios de urgencias y comparado con el *Index of Spouse Abuse (ISA)* y con el *Conflict Tactics Scale (CTS)*, dos de los instrumentos más empleados. Aunque su capacidad para detectar VCP es menor que las dos escalas citadas, el interés del *PVS* viene dado por tratarse de un instrumento fiable, válido y eficaz para detectar de forma rápida situaciones de maltrato hacia la mujer en los servicios de urgencias, lugar al que suelen acudir en un primer momento las mujeres afectadas.

- ***Emergency Department Domestic Violence Screening Questions***

Se trata de un cuestionario que tiene como objetivo detectar situaciones de violencia doméstica entre las pacientes mujeres que acuden a los servicios de urgencias. Las preguntas van dirigidas a revelar la existencia de actitudes y comportamientos violentos dentro de la familia y la sensación de inseguridad, así como la frecuencia con que se han utilizado los servicios de urgencias como consecuencia de las situaciones violentas que hayan tenido lugar en el hogar. No identifica específicamente a la pareja como agresora.

Se trata de un cuestionario que previamente incluye preguntas relacionadas con aspectos sociodemográficos y de historia clínica y seguidamente contiene cinco ítems relacionados con la VCP que han de responderse con un “sí” o un “no”. Si las respuestas son todas afirmativas se podría sospechar de violencia. Este cuestionario fue validado por Morrison, Allan y Grunfeld en el año 2000 y ha resultado ser eficaz si se incorpora de forma rutinaria en los servicios de urgencias, puesto que resulta breve y con preguntas directas, en el que se necesita poco tiempo para responder, aunque no identifica de forma específica a la pareja como agresora.

- ***Woman Abuse Screening Tool (WAST)***

La escala *WAST* fue validada por Brown, Lent, Brett, Sas, y Pederson en 1996. Tiene como objetivo identificar y valorar si las mujeres que acuden a los servicios de atención primaria han sufrido maltrato emocional y/o físico en la pareja. Es un instrumento compuesto por ocho ítems que se evalúan mediante una escala de intensidad y frecuencia de tres puntos. La puntuación final de cada ítem indicará el grado de abuso que haya podido

sufrir la mujer. Se pretende averiguar el grado de tensión y el miedo que pueda existir en la relación y la existencia de episodios violentos y de abuso a nivel físico, sexual y emocional.

El cuestionario originalmente fue diseñado en lengua inglesa aunque su versión abreviada *WAST-SHORT* (dos preguntas) en lengua francesa fue adaptada y validada por Brown, Schmidt, Lent, Sas y Lemelin en 2001, para la población francófona de Canadá. Un año más tarde Fogarty y Brown, lo adaptaron y validaron al español con una muestra de población hispanoparlante. Los resultados mostraron una alta fiabilidad similar a los resultados obtenidos en lengua inglesa.

3.1.2 Instrumentos de *diagnóstico*

- ***Index of Spouse Abuse (ISA)***

Se trata de un cuestionario que tiene como objetivo evaluar el grado de severidad del maltrato contra la mujer infringido por el marido o pareja. Es un cuestionario tipo Likert (1= nunca - 5= muy frecuentemente) para ser aplicado en el ámbito clínico y está compuesto de 30 ítems distribuidos en dos escalas: abuso físico incluyendo el sexual con 11 ítems (*ISA-P*) y abuso no físico con 19 ítems (*ISA-NP*), que detecta maltrato emocional, situaciones de aislamiento social y control económico entre otros.

Los ítems han de ser ponderados para la interpretación de la puntuación final puesto que manifiestan varios grados de violencia o de abuso. La escala se interpreta sumando las puntuaciones correspondientes a cada ítem, la puntuación final oscilará entre cero y cien. Si la puntuación es baja estará indicando la relativa ausencia de abuso, por el contrario una

puntuación alta, indicará un alto grado o gravedad de maltrato. Puede ser aplicado tanto de forma oral como escrita.

Los problemas que plantea esta escala son su extensión, el cálculo de las puntuaciones finales y la adaptación a otros entornos sociales y culturales puesto que el peso de los ítems puede ser distinto según cada contexto y dificultar el proceso de adaptación.

La escala ha sido validada por diversos autores como Hudson y McIntosh en 1981, Campbell, Campbell, King, Parker y Ryan en 1994 y en el 2003 por Cook, Conrad, Bender y Kaslow. Es uno de los instrumentos diagnósticos más empleados en EEUU y con el que más estudios se han realizado. Dada su extensión que puede entorpecer su aplicación de forma habitual en contextos clínicos, Hudson y McIntosh proponen una versión abreviada de 25 ítems.

El grupo de Investigación de la Escuela Andaluza de Granada adaptó y validó al español el cuestionario ISA con la finalidad de disponer de un instrumento que permitiera abordar la violencia de pareja en el ámbito clínico (Observatorio de Salud de la Mujer Unidad de Apoyo a la Investigación, 2005).

En relación a los datos obtenidos, la escala presentó alguna diferencia con la original norteamericana, la distribución de los ítems en las subescalas no fue la misma que en la escala original. El grupo de investigadores españoles afirman que la escala es útil para abordar la VCP y puede ser de gran interés principalmente en el ámbito sanitario y en la investigación para continuar avanzando en este campo.

Se han realizado diversos estudios con posterioridad que reafirman dichas conclusiones (García-Esteve et al., 2011; Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, Escribà-Agüir, Jiménez-Martín y Hernández-Torres, 2009).

- **Conflict Tactics Scales (CTS)**

Este instrumento fue validado por Straus en 1979 y tiene como objetivo medir la extensión de las agresiones físicas y psicológicas en la pareja, así como la utilización del diálogo en la resolución de conflictos familiares. Se compone de 18 ítems distribuidos en tres escalas: diálogo, agresión verbal y violencia física.

Las escalas corresponden a cada uno de los métodos de resolución de conflictos familiares identificados por Straus. Los ítems pasan de forma gradual de aquellos que expresan un nivel más bajo de coacción (por ejemplo, discutir con otro) a otros que muestran mayor coerción y agresividad hasta llegar al final de la lista (por ejemplo, golpear a la persona). Las categorías de respuesta consisten en el número de veces que cada acción ha ocurrido durante el pasado año y el número de veces que han sido realizadas por el marido o pareja, midiéndose en una escala de seis puntos (desde “nunca” a “más de 20 veces”).

La escala ha sido traducida y adaptada a varios idiomas y aplicada en distintos países además de ser validada por diversos autores para ser aplicada en diferentes contextos tales como cárceles, asistencia primaria y población general, entre otros, obteniéndose un alto grado de validez y fiabilidad.

Existe una segunda versión revisada del cuestionario *CTS* denominado *CTS2* realizada por Straus y sus colaboradores en 1996. El cuestionario *CTS2*, contiene un mayor número de ítems (39 ítems) y las escalas revisadas reciben el nombre de: *asalto físico*, *agresión psicológica* y *negociación*. También incluye preguntas sobre la coerción sexual, y sobre el daño físico provocado por los ataques recibidos por la pareja, de ahí el mayor número de ítems respecto a la otra versión aunque el formato de respuesta es más simplificado.

Esta escala ha sido utilizada en múltiples contextos y con objetivos distintos: clínicos, educativos y asistenciales, entre otros. También se ha incluido en estudios sociológicos y epidemiológicos. Es una de las más empleadas para obtener datos sobre el maltrato físico en la pareja. En España, ha sido traducida y adaptada por Medina y Barberet en 1997. Existe una versión reducida *CTS2* elaborada por Straus y Douglas (2004).

Es preciso destacar que según Straus, se trata de una escala que en general genera una menor reactividad en relación a aquellos instrumentos que se presentan explícitamente como métodos de diagnóstico del maltrato dentro de la pareja. Ello es debido a que su contextualización tiene lugar en el estudio de las relaciones de conflicto familiar (Observatorio de Salud de la Mujer Unidad de Apoyo a la Investigación, 2005).

- ***Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI)***

El cuestionario *PMWI*, tiene como objetivo medir la frecuencia y la intensidad del maltrato psicológico en la VCP. Es un cuestionario de 58 ítems que examina comportamientos y situaciones de maltrato que se hayan podido producir en los últimos seis meses de vida y relaciones de la pareja.

Las respuestas siguen una escala de frecuencia de cinco puntos desde una puntuación de uno (nunca) a cinco (muy frecuentemente). Incluye dos escalas: dominación-aislamiento y abuso emocional-verbal. Los 58 ítems provienen fundamentalmente del cuestionario *CTS* y el *ISA*, que tal como hemos indicado con anterioridad, son los instrumentos que se han utilizado con mayor frecuencia para evaluar estos comportamientos.

La versión original del instrumento fue validada por Tolman en 1989. Se aplicó a hombres y mujeres y en una muestra sólo de mujeres que hubiera o no sufrido maltrato. Posteriormente, diseñó dos versiones, una para hombres (*PMWI-M*) y otra para mujeres (*PMWI-F*) y un instrumento abreviado de 14 ítems. En el caso de los hombres la fiabilidad fue baja puesto que los niveles que se obtuvieron en el reconocimiento de la violencia psicológica fueron pobres.

Existe una versión revisada del *PMWI* elaborada por Kaysan y Painter en 1992 denominada *Psychological Maltreatment Inventory* (PMI), en este caso los ítems se plantean de forma neutral desde un punto de vista de género. Tiene como objetivo valorar la frecuencia y la severidad del abuso psicológico.

De entre los cuestionarios que se han citado y a modo de conclusión de este apartado, es necesario destacar que el *Index of Spouse Abuse* (ISA), el *Psychological Maltreatment of Women Inventory Short Form* (PMWI-SF), el *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) y el *Partner Violence Screen* (PVS) han sido traducidos y validados al español y aplicados en entornos de salud (García-Esteve et al., 2011; Plazaola-Castaño, et al., 2008; Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, et al., 2009;).

3.2 Instrumentos dirigidos a profesionales y estudiantes de la salud para evaluar aspectos relacionados con la violencia de pareja

Se han realizado diversos estudios con el objetivo de desarrollar instrumentos que evalúen aspectos relacionados con los conocimientos, actitudes, creencias y habilidades de que disponen los profesionales de la salud para hacer frente a situaciones relacionadas con la violencia de pareja (VP) en contextos clínicos, la mayor parte de ellos en lengua inglesa

(Connor, Nouer, Mackey, Tipton, y Lloyd, 2011; Maiuro, Vitaliano, Sugg, Thompson, Rivara, y Thompson, 2000; Short, Alpert, Harris, y Surprenant, 2006; Sugg, Thompson, Thompson, Maiuro y Rivara, 1999; Sundborg, et al., 2012; Thompson, Rivara, Thompson, Barlow, Sugg, Maiuro, et al., 2000).

Al mismo tiempo, algunos de estos instrumentos también han sido empleados en estudiantes de medicina, enfermería y trabajo social para disponer de datos relacionados con su proceso de formación respecto a la VP. En algunos casos dichos instrumentos, presentan limitaciones, pues son el resultado de investigaciones con limitaciones en el tamaño de la muestra, pruebas de validez incompletas o bien por qué han sido diseñados para un estudio en concreto y no se han realizado estudios psicométricos.

A continuación, presentamos una serie de escalas consideradas de interés en nuestra investigación. Para su selección, hemos seguido como criterio que hayan sido aplicadas en el ámbito clínico y/o académico y que tengan relación con alguno de los aspectos citados anteriormente: conocimientos, creencias y habilidades.

- ***Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS)***

Short, Alpert, Harris, y Surprenant, (2006) diseñaron el instrumento *Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS)* en lengua inglesa, con objeto de medir los conocimientos, actitudes, creencias y autoeficacia de los médicos respecto a la VCP. El instrumento contiene ocho escalas: 1) Preparación; 2) Requisitos legales;

3) Lugar de trabajo; 4) Autoeficacia; 5) Alcohol/Drogas; 6) Entender a la víctima; 7) Restricciones; 8) Autonomía de la víctima.

Los autores concluyeron que dicho instrumento podía ser utilizado como una prueba previa para evaluar los conocimientos, actitudes, creencias, comportamientos y habilidades que los médicos podían necesitar durante sus intervenciones. También podía ser útil como complemento de formación y orientación respecto a la complejidad que conllevan situaciones relacionadas con la VP, como un post-test para determinar cambios a largo plazo producto de la formación y finalmente, como instrumento para poder comparar los resultados obtenidos de aquellos médicos que recibieran formación respecto a los que no la habían recibido.

Según los autores, *PREMIS* demostró ser fiable y válido, sensible al cambio y capaz de discriminar entre los médicos que recibieron formación de los que no, ello le convierte en un instrumento útil para medir la eficacia de los programas educativos sobre VP.

En investigaciones posteriores, *PREMIS* fue adaptado por Connor, Nouer, Mackey, Tipton, y Lloyd, (2011), para aplicarlo a estudiantes de medicina, enfermería, trabajo social y odontología. La herramienta se probó en estudiantes que estaban a punto de finalizar sus estudios. Los autores identificaron seis de las ocho escalas que contenía el instrumento original. Concluyeron que aunque algunas de las escalas necesitaban ser revisadas en futuras investigaciones, podía ser un instrumento adecuado para estudiantes de ciencias de la salud si se eliminaban preguntas dirigidas específicamente a aspectos relacionados con la práctica, puesto que los estudiantes aún no disponían de suficiente experiencia y entrenamiento. Los resultados que obtuvieron fueron coherentes con los obtenidos por Short et al., (2006).

- ***Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y la Violencia (IPDMV)***

El cuestionario fue diseñado en lengua española por Echeburúa y Fernández-Montalvo en 1998 con el objetivo de evaluar las distorsiones cognitivas en agresores. La versión original consta de 29 ítems de respuesta verdadero o falso, 13 relativos a roles sexuales e inferioridad de la mujer frente al hombre y 16 relativos al uso de la violencia como medio aceptable para resolver conflictos. Cada respuesta afirmativa computa como una distorsión y el resultado final es el sumatorio de respuestas afirmativas.

Sus autores no han descrito sus propiedades psicométricas (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998), aunque en un trabajo que realizaron en 2009 se refieren a dos criterios: consistencia interna (0,87 para la escala Mujer y 0,94 para Violencia) y fiabilidad test-retest (0,92 y 0,89 respectivamente) sin indicar la procedencia de los datos (Loinaz, 2014).

A pesar de lo referido anteriormente, diversos estudios han empleado dicho instrumento, entre los que se destacan los realizados por Ferrer et al., (2006) y por Ferrer-Pérez, Fiol y Palmer (2008), ya que se llevaron a cabo con estudiantes universitarios principalmente del ámbito de la salud y la educación. Las autoras en el estudio realizado en 2006 sustituyeron las respuestas dicotómicas por una escala tipo Likert de cuatro puntos, eliminaron los ítems que correlacionaban menos de 0,30 y propusieron una versión final de 24 ítems agrupados en cuatro factores: 1) Aceptación del estereotipo tradicional y la misógina; 2) Culpabilización de las mujeres víctimas de maltrato; 3) Aceptación de la violencia como forma adecuada para la solución de problemas; 4) Minimización de la violencia contra las mujeres como problema y desculpabilización del maltratador (Loinaz, 2014).

Por otro lado, si se obtienen puntuaciones elevadas indican mayor presencia de este tipo de creencia, es decir, mayores niveles de sexismo y creencias erróneas sobre la violencia. Los resultados obtenidos por las autoras coinciden con las aportaciones de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) sobre los estereotipos sexuales machistas y de legitimación de la violencia del hombre contra la mujer en la pareja (Ferrer et al., 2006).

3.3 Otros instrumentos

Otros instrumentos han sido diseñados para la medición de la violencia contra la pareja con el objetivo de detectar el riesgo de reincidencia en hombres que ya han sido identificados como maltratadores. Estos instrumentos se han empleado básicamente en el ámbito jurídico y penal. Entre ellos se destacan los que presentan Echeburúa y Redondo en un estudio realizado en 2010, que han sido adaptados al español para su aplicación en la psicología clínica, forense y penitenciaria; campos donde se puede intervenir para valorar la peligrosidad y el control de la reincidencia violenta.

A continuación, presentamos un pequeño resumen de dos de las escalas puesto que son las que están centradas en la VCM. La escala *Spousal Assault Risk Assessment* (SARA) y la *Escala de Predicción de Riesgo de Violencia grave contra la pareja* (EPV).

- ***Spousal Assault Risk Assessment (SARA)***

La escala SARA (Kropp, Hart, Webster y Eaves, 1995) ha sido traducida y adaptada al español y validada por Andrés-Pueyo, López y Álvarez en 2005 y tiene como objetivo valorar el riesgo de violencia grave, principalmente física y sexual dirigida contra la pareja o expareja. En España su utilidad se ha comprobado en contextos penitenciarios, clínicos y forenses. Contiene 20 ítems divididos en varias categorías y relacionados con factores de riesgo de criminalidad y específicos de la VCP. También dispone de un procedimiento especial de valoración cualitativa de riesgo para situaciones especiales y de gran valor pronóstico.

- ***Escala de Predicción de Riesgo de Violencia grave contra la pareja (EPV).***

La EPV ha sido diseñada en el contexto español (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral y López-Goñi, 2009), predice el riesgo de violencia grave contra la pareja o expareja y se emplea en el ámbito policial, judicial y forense. Se centra en la predicción de riesgo de homicidio o de violencia grave. Es una escala de 20 ítems agrupados en cinco categorías: datos personales, situación de la relación de pareja, tipo de violencia, perfil del agresor y vulnerabilidad de la víctima.

Ambos instrumentos son de gran ayuda puesto que permiten realizar valoraciones rápidas que pueden ayudar a la toma de decisiones en el ámbito policial, judicial, forense o en todos aquellos órganos dirigidos a la atención a las víctimas.

En resumen, como puede observarse son múltiples los instrumentos para valorar la VCP, desde las escalas para el diagnóstico, hasta las dirigidas a

estudiantes y profesionales de la salud para valorar los conocimientos y habilidades relacionados con esta problemática; pasando por otros instrumentos diseñados para detectar el riesgo de reincidencia en hombres que ya han sido identificados como maltratadores. En líneas generales, unos se han empleado en el marco de la salud y otros en el ámbito jurídico y penal.

3.4 Escala de Beccaria et al. (2011), para evaluar la percepción de la violencia de pareja en estudiantes de enfermería

La versión original de la escala fue diseñada en la University of Southern Queensland (Australia) por Beccaria et al., (2011), con el fin de investigar la percepción de los estudiantes de enfermería respecto a la VP, teniendo en cuenta su propia formación educativa, su confianza y seguridad para poder identificar y apoyar a las víctimas y/o agresores, y el rol que los profesionales de enfermería han de tener frente a situaciones relacionadas con esta temática.

Los autores, consideran que los estudios de enfermería constituyen un momento básico para moldear actitudes positivas y desarrollar las habilidades necesarias a fin de prevenir e intervenir de forma eficaz en las cuestiones relacionadas con la VP (Davila, 2005; Freedber, 2008; Ross, 2002 citado en Beccaria et al., 2011). Evaluar la percepción por parte de los estudiantes sobre esta problemática, puede permitir comprender mejor sus necesidades de aprendizaje introduciendo contenidos que optimicen su formación y al mismo tiempo mejore la asistencia sanitaria que lleven a cabo en su futuro profesional (Beccaria et al., 2011).

Se trata de una escala tipo Likert de 63 ítems distribuidos en seis subescalas:

- **Formación Educativa:** percepción de los estudiantes de enfermería en cuanto a sus conocimientos teórico-prácticos respecto a la VP. Un ejemplo de enunciado sería *“Tengo buen conocimiento de los efectos del maltrato en la pareja”, “Conozco bien las causas del maltrato en la pareja”*.
- **Identificación de la víctima:** percepción de los estudiantes sobre las características de las mujeres víctimas de violencia, como por ejemplo: *“las víctimas son reacias a pedir ayuda”, “las víctimas están socialmente aisladas”*
- **Identificación del agresor:** percepción de los estudiantes sobre las características del agresor en la VP. Como por ejemplo: *“Los agresores no son conscientes de su problema”, “El agresor sabe cómo manipular”*.
- **Causas del maltrato:** percepción de los estudiantes sobre las causas de abuso. Otro ejemplo de enunciado sería: *“Las víctimas suelen hacer algo mal que ocasiona el maltrato”*.
- **Autoeficacia:** evalúa el nivel de confianza de los participantes al tratar con la VP en un entorno clínico, por ejemplo: *“Confío en ser capaz de apoyar a las víctimas cuando en el futuro ejerza la enfermería”*.
- **Rol y los Valores de Enfermería:** percepción que tienen los estudiantes respecto al rol de las enfermeras para dar información, proporcionar cuidados y contactar con los servicios de apoyo en situaciones de VP. Un ejemplo de enunciado sería: *“El rol de la enfermera/o es dar asesoramiento a la víctima”*.

El procedimiento de construcción de la escala que llevaron a cabo los autores, constó de dos etapas. En la primera etapa se procedió a la redacción de los ítems, basándose en dos criterios:

- a) una revisión previa de la literatura sobre las perspectivas y actitudes de los estudiantes hacia la VP, su formación y el rol de enfermería frente a esta problemática.
- b) la organización de grupos focales de discusión, compuestos por un número de estudiantes de primero, segundo y tercer curso del programa de enfermería de su universidad.

Para el desarrollo del primer criterio, se realizó una revisión de la literatura sobre: violencia de pareja, violencia doméstica, perspectivas y actitudes de estudiantes de enfermería, enfermería clínica y estudios de enfermería. Como resultado de dicha revisión, identificaron y consideraron que merecían un estudio en mayor profundidad los siguientes aspectos o temáticas (Hegarty, Hindmarsh y Gilles, 2000; Morgan, 2003; Natan y Rais, 2010; Roberts et al., 2007):

- Las enfermeras a veces se sienten poco preparadas para tratar la VP.
- Los métodos de detección de víctimas en ocasiones son inapropiados.
- La mala actitud de los profesionales hacia las víctimas.
- La supuesta falta de conocimientos de los profesionales de la salud de los servicios de apoyo existentes.
- Las víctimas se sienten estigmatizadas y son culpadas de la violencia.
- La frustración de los profesionales de la salud respecto a su intervención.

En relación al segundo criterio, los grupos focales se organizaron para obtener un mayor conocimiento sobre los aspectos identificados que se han citado anteriormente. Los alumnos, se dividieron por cursos para poder analizar los resultados de sus opiniones, tanto separados como colectivamente. Esta decisión se basó en el supuesto de que la perspectiva de un estudiante que está a punto de finalizar su carrera, puede ser notablemente distinta a la de un estudiante que acaba de iniciarla. Participaron un total de 27 alumnos distribuidos en: 11 de primer curso, 9 de segundo y 7 de tercero.

Las sesiones tuvieron una hora de duración y fueron grabadas digitalmente y transcritas para su posterior análisis. Las preguntas que se formularon fueron:

- ¿Cómo definirías la violencia en la pareja?
- ¿Cuál es tu actitud hacia las víctimas y los agresores?
- ¿Cuál consideras que es el papel de la enfermera/ro en la violencia de pareja?
- ¿Qué piensas que deben de saber las/los enfermeras/os sobre la violencia de pareja?
- ¿Qué habilidades crees que necesitan las/los enfermeras para trabajar con casos de violencia en la pareja?

Del análisis de la narrativa oral de los grupos focales con los estudiantes, surgieron seis temas centrales:

1. La mayor parte de los participantes respondió que la VP incluye agresión física, emocional y sexual. No se habló de otros tipos de maltrato.
2. La posición del agresor, en principio se atribuyó invariablemente a un hombre dominante, con baja autoestima, dependiente de las

drogas o el alcohol, y de un grupo étnico minoritario. Tras cierto tiempo de discusión se llegaron a considerar otros perfiles. Los estudiantes pensaban que el maltratador probablemente a su vez había sido maltratado y que por este motivo el también maltrataba.

3. Los estudiantes manifestaron sentirse impotentes, tristes, confusos y frustrados cuando se les preguntó cuál era su actitud hacia la VP. Consideraban que no se disponía de tiempo para poder evaluar y tratar la VP, y les preocupaba que cualquier intervención pudiese empeorar la situación del paciente.
4. No estaban seguros de cuál era el rol de la enfermera, pero pensaban que incluía generar confianza con la víctima, actuar en su defensa y derivarles a los servicios de apoyo.
5. Fueron categóricos en su respuesta de que necesitaban más información y formación sobre la VP. Se sentían poco preparados para hacer frente a este tipo de casos en el entorno sanitario.
6. Las respuestas sobre qué habilidades son necesarias fueron diversas e incluían, entre otras, empatía, compasión, comunicación y no juzgar. La que más mencionaron fue la comunicación.

En la segunda etapa, a partir de los datos obtenidos, se diseñó una escala tipo Likert con un total de 63 ítems de 5 puntos y un rango desde: 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), distribuidos en seis subescalas:

1. Formación educativa (11 ítems)
2. Identificación de la víctima (14 ítems)
3. Identificación del agresor (9 ítems)
4. Conocimiento de las causas (8 ítems)
5. Autoeficacia (6 ítems)
6. Rol y valores de enfermería (15 ítems)

La revisión de la literatura proporcionó las bases teóricas para construir los enunciados de los ítems. Además, se emplearon los criterios informales de Edward (1957) para la elaboración de enunciados.

La escala también contenía información sobre variables sociodemográficas: sexo, edad y curso. Una vez construida, se llevó a cabo una prueba piloto para calcular la fiabilidad y proceder al análisis y depuración de los ítems. Dada la baja consistencia de alguna de las subescalas (valores de alpha de Cronbach comprendidos entre 0,30 y 0,60) sólo se utilizaron tres de las seis subescalas, obteniendo una escala final de 30 ítems y tres subescalas: Formación educativa, Autoeficacia y Rol y valores de enfermería. Se calculó la consistencia interna de cada una de ellas con el alpha de Cronbach.

En la siguiente tabla se muestra cada una de las dimensiones que mide la escala, el número de ítems, el rango y su consistencia interna:

Tabla 3

Dimensiones, nº ítems, rango y consistencia interna de la escala final de Beccaria et. al., (2011)

Formación educativa (10 ítems)
Rango de puntuación de 10 a 50 puntos. Una puntuación más alta indicaba un nivel de formación mayor. La consistencia interna fue ($\alpha=0,91$).
Autoeficacia (6 ítems)
Rango de puntuación de 6 a 30 puntos. A mayor puntuación mayor percepción de autoeficacia. La consistencia interna fue ($\alpha= 0,76$).
Rol y valores de enfermería (14 ítems)
Rango de puntuación de 14 a 70 puntos. A mayor puntuación mayor percepción de cuál es el rol de enfermería frente a la VP. La consistencia interna fue ($\alpha=0,68$).

En relación con los resultados de las correlaciones (Tabla 4), los autores encontraron una correlación significativa entre autoeficacia y formación

educativa, pero el rol y valores de enfermería no correlacionaron significativamente con autoeficacia y formación educativa.

Tabla 4

Correlación entre las dimensiones de la escala

	Formación Educativa	Autoeficacia	Rol y valores de Enfermería
Formación Educativa	-		
Autoeficacia	0,36**	-	
Rol y valores de Enfermería	0,14	0,11	-

Nota: **estadísticamente significativo 0,01

Teniendo en cuenta todo el análisis anterior de la escala de Beccaria et. al., (2011) y a partir de la escala original de 63 ítems, iniciamos nuestro estudio de traducción al español, adaptación cultural y validación en estudiantes de las Escuelas y Facultades de Enfermería de nuestra Comunidad.

II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO



II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La violencia de pareja (VP), como ya se ha señalado y reiterado anteriormente, constituye un problema de gran envergadura en la sociedad actual, al cual se le ha dedicado especial atención en diversos foros de los máximos organismos de la comunidad internacional, en particular la OMS, por las implicaciones directas que tiene sobre la salud.

En palabras de Ban ki-Moon (2008), Secretario General de las Naciones Unidas, existe una verdad universal, aplicable a todos los países, culturas y comunidades: la violencia contra la mujer nunca es aceptable, nunca es perdonable, nunca es tolerable. Ban Ki-Moon, presenta esta temática no sólo como un problema de salud si no como un problema de violación de los derechos humanos de la mujer, es decir, como un problemática de escala de tipo legal y social.

El hecho que la VP se manifieste de múltiples formas en distintos contextos sociales, con independencia de su nivel de desarrollo socioeconómico, supone la posibilidad de su transformación mediante acciones educativas dirigidas aquí, principalmente a los profesionales de la salud que constituyen una línea prioritaria de acción, en particular a las enfermeras que en muchos casos son las primeras en conocer e interactuar con las mujeres víctimas de violencia.

El estudio y evaluación de la VP desde el contexto sanitario ha sido objeto de múltiples investigaciones de carácter nacional e internacional, (Campbell, 2002; Ruiz-Pérez, et. al., 2006; Echeburúa et. al., 2004; Ferrer-Pérez, et. al., 2012, Coker, Smith, Bethea, King y Keown, 2000; OMS, 2013), aunque mayoritariamente se centran en los problemas que causa en la mujer no sólo a nivel físico sino también psicológico. Sin embargo, son más frecuentes los estudios dirigidos a la utilización de escalas para la detección y diagnóstico de los efectos sobre la salud, de dicha problemática, que los que pretenden evaluar los conocimientos,

habilidades, actitudes, creencias, de los profesionales de la salud que diariamente se enfrentan a estas situaciones y en particular, sobre la percepción que poseen en relación a su preparación.

Consideramos que la formación en conocimientos sobre VP, constituye un pilar básico para prestar cuidados de calidad, no sólo en la formación de Grado, sino también, en la formación continuada, puesto que el profesional va adquiriendo experiencia y madurez para poder abordar las distintas situaciones y contextos que se le presentan.

Además, el desarrollo de trabajos de investigación sobre la VP en la población escolar y universitaria, constituye una de las medidas incluidas en la “Estrategia Nacional para la modificación de la violencia contra la mujer, 2013-2016”.

Por todo ello, disponer de una escala que presente buenas propiedades métricas, que permita a los docentes de enfermería evaluar la percepción que los estudiantes tienen sobre su formación educativa, aspectos relacionados con la identificación de la víctima y el agresor, y el rol de enfermería frente a situaciones relacionados con la VP, pueden permitir la mejora de los planes de estudio hacia una formación orientada al desarrollo de las competencias necesarias para una buena intervención profesional. Todo lo anterior constituye el principal fundamento del desarrollo de nuestra investigación.

III. OBJETIVOS



III. Objetivos de la investigación

3.1 Objetivo general:

Validar la escala para evaluar la percepción de la violencia de pareja, de Beccaria et al. (2011), en una muestra de estudiantes de enfermería de Catalunya.

3.2 Objetivos específicos:

1. Traducir al español y adaptar culturalmente la escala de Beccaria et al. (2011).
2. Analizar la validez de la escala adaptada en términos de validez de contenido y de constructo.
3. Analizar la fiabilidad en términos de consistencia interna de la escala adaptada.
4. Identificar las relaciones significativas entre las variables sociodemográficas: sexo, edad y curso con cada una de las subescalas.
5. Baremar la escala para estudiantes de enfermería, según sexo, edad y curso.

IV. HIPÓTESIS



IV. Hipótesis

1. La adaptación al español de la Escala de Percepción de Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería, es culturalmente apropiada.
2. Se obtiene una validez de contenido y de constructo adecuada de la escala, confirmada por el análisis factorial.
3. La Escala Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería y sus subescalas, presentan una consistencia interna elevada con un alpha de Crombach \geq a 0,70.
4. La estructura factorial de la escala adaptada coincide con la escala original.

V. METODOLOGÍA



V. Metodología

5.1. Diseño del estudio

Se trata de un estudio de carácter métrico que se ha desarrollado en dos fases:

Fase I: Proceso de adaptación cultural de la escala original al idioma español.

Fase II: Proceso de validación de la escala y elaboración de la versión final. Análisis estadístico y métrico.

5.2. Ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en varias Universidades públicas de Catalunya: Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), Universidad de Barcelona (UB), Universidad de Girona (UdG) y Universidad Rovira i Virgili (URV) de Tarragona. El mismo, se desarrolló desde el año 2011 a 2014.

5.3. Muestra objeto de estudio

La muestra estudiada (n=1064), la integraron los alumnos de primero a cuarto curso del Grado en Enfermería, matriculados durante el curso académico 2012-2013. Para su selección se aplicó un muestreo no aleatorio, intencional, por criterio de la autora, de utilizar los estudiantes que se encontraban presentes en las aulas en el momento de la

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

administración de la escala. Su participación fue voluntaria y anónima y se obtuvo el consentimiento informado.

5.4. Instrumento

Se empleó la escala de Beccaria et al. (2011) adaptada al idioma español, la cual consta de dos partes. La primera parte, como se ilustra en la figura 3, incluía las variables sociodemográficas, que se describen a continuación:

- **Edad:** edad en años en el momento del estudio. Posteriormente se agruparon las edades en tres categorías según el estudio original de Becarria et al. (2011): de 18 a 25 años, de 25 a 35 años y más de 35 años.
- **Sexo:** hombre/mujer.
- **Curso:** Primero, segundo, tercero y cuarto curso de los estudios de Grado de Enfermería.

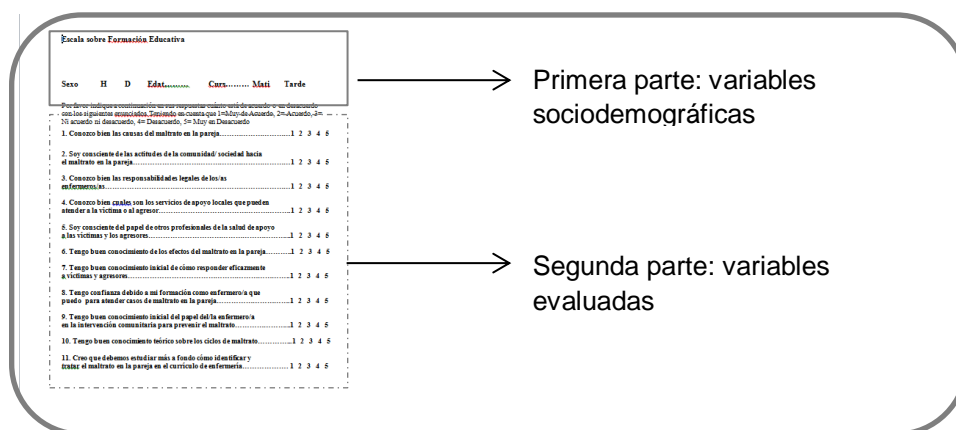


Figura 3. Representación de la estructura de la escala

La segunda parte, también representada en la figura 3, incluía las instrucciones que debía seguir el alumno para cumplimentar la escala y la escala propiamente dicha, *EPVP-EE*, que evalúa las variables correspondientes a la percepción de la violencia de pareja en estudiantes de enfermería.

Puesto que la versión original ha sido descrita en el apartado 3.4, dentro del marco teórico, merece sólo recordar que se trata de una escala ordinal de respuesta tipo Likert con una puntuación que va de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo), y que está compuesta de un total de 63 ítems, bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la respuesta favorable o desfavorable de los sujetos.

El instrumento consta de seis subescalas: *Formación educativa* (FE); *Identificación de la víctima* (IV); *Identificación del agresor* (IA); *Conocimiento de las causas del maltrato* (CCM); *Autoeficacia* (A); *Rol y valores de enfermería* (RVE).

5.5. Aspectos éticos

Esta investigación cuenta con la aprobación de la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona sobre el proyecto “Estudio multicéntrico sobre la percepción de la violencia de pareja, en estudiantes de enfermería” del cual forma parte esta tesis y cuyo documento se adjunta en el anexo I. También se adjunta el permiso de los autores de la escala original Beccaria et al. (2011) para su utilización en nuestra investigación y los permisos de los centros participantes (anexo II y III). En la realización de este estudio se han seguido los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, y la ley 15/1999 de protección de datos y el RD 1720/2007, de desarrollo de la ley 15/1999.

Previa a la participación del estudiantado, se les informó en que consistiría su participación así como la finalidad de la investigación y posteriormente se les solicitó consentimiento para participar en el mismo. El modelo de consentimiento informado se pueden consultar en el anexo IV.

5.6 Procedimiento

5.6.1 Desarrollo del estudio

A continuación se explica en detalle el procedimiento que se ha seguido en cada una de las fases del estudio.

Fase I: Proceso de adaptación cultural de la escala original al idioma español

Traducción

El instrumento original proporcionado por los autores (Beccaria et al, 2011), (véase anexo V), fue traducido al español para poder iniciar la adaptación del mismo. Se entregó la versión en inglés a dos traductores bilingües, una traductora de origen español y un profesor de filología inglesa de origen inglés, con un alto dominio de ambas lenguas y con conocimientos sobre VP. A ambos traductores, se les explicó que la traducción de cada uno de los ítems debía ser semántica y no literal; es decir, logrando equivalencia conceptual e idiomática. Los traductores y miembros del grupo de investigación se reunieron para valorar aspectos no sólo semánticos sino también conceptuales. Se obtuvo así una primera versión española de la escala.

Retrotraducción

Para evaluar la equivalencia entre la versión original y la española, ésta fue retrotraducida (back translation) por una traductora bilingüe de origen norteamericano residente en España, con dominio del idioma español y un profesor de filología inglesa de origen español, se obtuvo la versión retrotraducida.

Los traductores y miembros del grupo de investigación se reunieron nuevamente para valorar la versión traducida y retrotraducida y así compararlas con la versión original con el fin de clarificar conceptos y elaborar una versión de forma consensuada entre los expertos. Esta se revisó con otros profesionales expertos en VP y se confeccionó la versión definitiva de 63 ítems adecuada gramatical, lingüística y semánticamente al público destinatario. La escala en español se denominó: Escala de Percepción de Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería (*EPVP-EE*).

Prueba Piloto

Se realizó un estudio piloto en una muestra de 102 estudiantes de la UB de primero y segundo curso del Grado de Enfermería que permitiera detectar posibles errores o dificultades en la comprensión y resolución del instrumento. Este estudio también nos permitió calcular el tiempo aproximado que los estudiantes iban a emplear para cumplimentarlo.

Para realizar todo este proceso se han tenido en cuenta las directrices de la “*International Test Commission*” (ITC, 2010).

- **Fase II: Proceso de validación de la escala y elaboración de la versión final. Análisis estadístico y métrico.**

Durante el curso académico 2012-2013, se administró la escala adaptada al español a los estudiantes de Grado en Enfermería de primero a cuarto curso de la UAB, UB, UdG y URV. Ello se llevó a cabo durante el horario lectivo por los miembros del equipo investigador, previo acuerdo con el profesorado que impartía docencia en esa franja horaria. Los estudiantes recibieron información sobre el propósito del estudio y se les explicó que la escala constaba de dos partes:

- a) La primera que incluía los datos socio-demográficos en los que se preguntaba al estudiante: centro de estudios, edad, sexo y curso.
- b) La segunda que constaba de 63 ítems en los que el estudiante debía contestar dentro de un rango del uno a cinco en función de su grado de acuerdo (1= muy en desacuerdo; 5= muy de acuerdo). Se les explicó que no había respuestas correctas ni incorrectas, que respondieran de forma individual con la máxima sinceridad y que su participación era voluntaria y anónima solicitando el consentimiento informado.

Además de esta información expuesta verbalmente, también había un apartado con las instrucciones escritas. Al recoger la escala resuelta, se revisaba y comprobaba que estuviera bien cumplimentada con el fin de evitar la pérdida de sujetos y datos de la muestra. A partir de este momento, se procedió al registro de los datos obtenidos y posteriormente, al análisis estadístico y métrico.

5.6.2 Análisis estadístico y métrico

- **Análisis de la fiabilidad**

Según Prieto y Delgado (2010), la fiabilidad se concibe como la consistencia o estabilidad de medidas cuando el proceso de medición se repite. Churchill en 1992, sugiere que la fiabilidad de una escala comprende dos aspectos fundamentales: estabilidad y equivalencia. El primero se refiere a la capacidad del instrumento para proporcionar resultados similares aplicados en diferentes momentos temporales, el segundo se centra en la consistencia interna u homogeneidad del contenido de los ítems que componen la escala (Lévy y Valera, 2006)

El método más utilizado en el estudio de la fiabilidad, es el análisis del coeficiente de consistencia interna que se refiere al conocimiento de las varianzas y covarianzas de los indicadores de la escala, es decir, el grado de correlación entre sus ítems.

En nuestro caso, se realizó mediante el coeficiente alpha de Cronbach (α), ya que se trata de una de las técnicas más empleadas para evaluar la consistencia interna de un instrumento. Se considera aceptable cuando sus valores son iguales o superiores a 0,70 y menores o iguales a 0,90. Valores inferiores a 0,70 indicaran una pobre correlación entre los ítems y superiores a 0,90 indicaran redundancia o duplicación de ítems (Campo-Arias y Oviedo, 2008; Cronbach, 1951; Muñiz, 1998, 2003). También se puede observar un coeficiente superior a 0,90 cuando el instrumento tiene más de 20 ítems, ya que este coeficiente depende del número de ítems y consecuentemente puede sobreestimarse su valor. Cuando esto ocurre, se recomienda calcular la consistencia interna de las diferentes subescalas (subgrupo de ítems) que generalmente forman parte de una escala (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Así pues, teniendo en cuenta que el instrumento de nuestro estudio estaba compuesto por un total de 63 ítem, calculamos el coeficiente alpha de Cronbach para cada una de las subescalas de la escala adaptada al español.

- **Análisis de la validez**

Las escalas, como cualquier otro instrumento de medición deben mostrar valores de validez y confiabilidad. La validez se refiere a la capacidad del instrumento de medir el constructo que pretende cuantificar y la confiabilidad a que es capaz de mostrar resultados similares, libres de error en repetidas mediciones. Existen distintos tipos de validez: de contenido, de constructo, convergente y discriminante (Streiner y Norman, 2008) En el marco del presente estudio, se realizó la validez de contenido y de constructo.

- **Validez de contenido**

La validez de contenido, es entendida como el grado en el que se incluyen todos los elementos representativos de lo que se pretende medir, es decir, si los ítems elegidos y la escala, representan adecuadamente o son indicadores, de lo que se pretende evaluar (Gil-Gómez y Pascual-Ezama, 2012; Martínez, Hernández y Hernández, 2006; Muñiz, 2005; Priego y Delgado, 2010).

En nuestro estudio para llevar a cabo la validación de contenido, se empleó el método Delphi que permite un análisis cualitativo del instrumento, mediante el criterio de los expertos. Se trata de un método para estructurar el proceso de comunicación grupal, de modo que éste sea efectivo para permitir a un grupo de individuos, entendidos como un todo,

tratar con problemas complejos (Gil-Gómez y Pacual-Ezama, 2012; Linstone y Turoff, 1975).

El proceso se realizó mediante la participación de un grupo de seis enfermeras expertas del ámbito asistencial y docente, las que aceptaron participar voluntariamente. Cada una de ellas valoró la importancia y adecuación de los ítems que constituían la escala.

Se les proporcionó la escala y una vez realizada la valoración fue retornada para valorar sus opiniones y realizar las modificaciones pertinentes; posteriormente, se llevó a cabo una nueva evaluación y mediante el consenso de los expertos, se obtuvo la escala final.

➤ **Validez de constructo: Análisis factorial**

Para evaluar la estructura interna de la escala (validez interna o de constructo), se realizó el Análisis Factorial (AF). Tal y como nos indican Ferrando y Anguiano (2010), el AF es un modelo estadístico que representa las relaciones entre conjuntos de variables. Plantea que estas relaciones pueden explicarse a partir de una serie de variables no observables (latentes) denominadas factores, siendo el número de factores substancialmente menor que el de variables. Es decir, analiza las relaciones entre un conjunto de indicadores o variables observadas (por ejemplo ítems) y una o más variables latentes o factores. Se distinguen dos formas de AF: el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

En el AFE, las restricciones que se imponen son las mínimas que se necesitan para obtener una solución inicial que luego puede ser transformada. Nos da información empírica respecto al sentido y fuerza de las relaciones entre las variables del modelo. (Ferrando y Anguiano, 2010; Levy et al., 2006). Permite determinar qué variables observables cargan en qué variables latentes. Para realizarlo se empleó el método de rotación oblicua Promin (Lorenzo-Seva, 1999).

El AFC, tiene como objetivo contrastar un modelo de medida con los datos obtenidos en una muestra que teóricamente refleja las características de la población, es decir, trata de confirmar si el modelo especificado se adecua a la realidad. Se plantean una serie de hipótesis especificadas que se pondrán a prueba evaluando el ajuste del modelo. Estas serán de tres tipos: número de factores; patrón de relaciones entre las variables y los factores y relaciones entre los factores. El investigador deberá especificar de antemano qué factores y qué indicadores forman el modelo, qué indicadores presentan saturaciones en cada factor y si existe o no relación entre ellos. Un modelo de AFC ideal incluiría un máximo de 30 variables observables y seis variables latentes (Arias, 2008).

Para evaluar el ajuste del modelo, empleamos los índices de bondad de ajuste que informan de hasta qué punto la estructura definida a través de los parámetros del modelo reproduce la matriz de covarianzas de los datos muestrales. En los modelos AFC el índice de ajuste por excelencia es chi-cuadrado, aunque no suele utilizarse como prueba única o concluyente de bondad de ajuste de un modelo, sino que actualmente se emplean múltiples índices parciales de ajuste tanto de carácter absoluto, predictivo, incremental y parsimonioso (Arias, 2008; Levy y Valera, 2006).

En nuestro estudio se emplearon los índices siguientes:

- **índices de ajuste absoluto:** determinan a partir de los parámetros estimados, el grado en el que el modelo predice la matriz de covarianza observada. Los índices empleados fueron: Chi cuadrado χ^2 , analiza la hipótesis nula de que el modelo es no significativo, así que una probabilidad de χ^2 superior a 0,05 indicará buen ajuste, el RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*, Steiger, 1990) es considerado óptimo cuando sus valores son de 0,05 o inferiores y aceptables en un rango 0,08 - 0,05 (Hu y Bentler, 1999) y en el índice SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) cuando el valor es menor de 0,08 (Levy y Valera, 2006).

- **índices de ajuste incremental:** comparan el ajuste global del modelo propuesto con un modelo de referencia, habitualmente un modelo nulo en el que no se especifica ninguna relación entre las variables. Los índices que aplicamos fueron el CFI (*Comparative Fit Index*, Bentler, 1990) y el TLI (*Índice de Tucker-Lewis*) en los que la media oscila entre 0 para un modelo mal ajustado, y 1, para un modelo bien ajustado. Los valores recomendables deberían ser un índice CFI $\geq 0,95$ y un índice TLI $\geq 0,9$ (Arias, 2008; Levy y Varela, 2006).

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, en nuestro estudio, en un primer momento realizamos el AFC de la escala original de Beccaria et al. (2011), para comprobar si el modelo se ajustaba a nuestra muestra.

Posteriormente, se llevaron a cabo sucesivos análisis factoriales para obtener un modelo con un buen ajuste. Para profundizar sobre los resultados obtenidos, se realizó la validación cruzada, ya que se disponía de una muestra de (n= 1064) superior a (n= 800) sujetos tal como

recomiendan los autores (MacCallum, Roznowski y Necowitz, 1992; Levy y Valera, 2006).

La validación cruzada se efectúa para comprobar en qué medida el modelo se ajustará a otras muestras de la misma población. Permite examinar el grado de generalización de una solución favoreciendo la elección y presentación final de un modelo concreto. El procedimiento más habitual fue el que se empleó en nuestro estudio, consistente en dividir la muestra original en dos submuestras, una germinal sobre la que se realiza la estimación de los parámetros de los modelos alternativos, y una segunda submuestra de validación, cuya matriz de covarianzas será comparada con la matriz implicada, obtenida en la primera submuestra por cada uno de los modelos. El modelo que mejor se ajuste a la muestra de validación será el más apropiado.

En la literatura referente a análisis factorial, para referirse a cada una de las estructuras subyacentes es habitual encontrar los términos factor, dimensión o subescala. Pese a que distintas corrientes dentro del análisis factorial, definen estos términos ligeramente distintos, en el apartado de resultados del presente trabajo utilizaremos el término factor como sinónimo de subescala, dimensión o constructo para referirnos a dichas estructuras subyacentes.

- **Correlaciones**

En probabilidad y estadística, la correlación indica la fuerza y la dirección de una relación lineal y proporcionalidad entre dos variables estadísticas. En el presente trabajo se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, que se utiliza para variables cuantitativas. Es un índice que mide el grado de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente.

Sus valores absolutos oscilan entre 0 y 1, es decir, si tenemos dos variables A y B, y definimos el coeficiente de correlación de Pearson entre estas dos variables r_{AB} entonces:

$$0 \leq r_{AB} \leq 1$$

En el coeficiente de correlación de Pearson tan fuerte es una correlación de +1 como de -1. En el primer caso sería perfecta positiva y en segundo perfecta negativa.

En nuestro estudio, se realizaron las correlaciones entre los cuatro factores.

Análisis de la varianza

Según Arbeláez, Salazar y Vargas (2007), la ANOVA es el método más exacto para calcular la variabilidad de un sistema de medición porque posee la ventaja de cuantificar la variación debida a la interacción entre los operadores y las partes. Este procedimiento nos permite contrastar la hipótesis nula de que las medias de los distintos grupos no difieren entre si más allá de lo que cabría esperar por los efectos del azar.

Además permite realizar un elevado número de pruebas posteriores con el fin de obtener la máxima información posible sobre la relación existente entre la variable independiente y la dependiente.

En nuestra investigación, para determinar la relación entre las variables sexo, edad y curso y las puntuaciones obtenidas en los factores de la escala *EPVP-EE*, se aplicó el método de análisis de varianza (ANOVA) de comparación de medias.

El método de varianza (MANOVA) se realiza en aquellos casos en los que se emplea más de una variable dependiente. El procedimiento lleva a cabo un análisis multivariado de la varianza a fin de constatar la hipótesis nula de que la variable independiente no tiene ningún efecto sobre las variables dependientes tomadas conjuntamente.

Teniendo en cuenta lo expuesto, en este estudio, también se empleó el método de análisis de varianza (MANOVA) ya que contábamos con más de una variable dependiente e independiente.

- **Baremos**

Se establecieron los baremos del instrumento, para facilitar la interpretación y comprensión de las puntuaciones de los sujetos. El objetivo de transformar las puntuaciones mediante la baremación, es averiguar la ubicación del sujeto en un grupo, dando así la idea comparativa de su puntuación en relación con sus semejantes.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa informático SPSS 20.0. El programa FACTOR versión 9.2 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2013), lo empleamos para realizar diversos cálculos implicados en el Análisis Factorial Exploratorio. Para el Análisis Factorial Confirmatorio se utilizó el programa Mplus versión 6.12 (Muthén y Muthén, 1998-2011), software matemático que ofrece un conjunto de herramientas para la programación de cálculos específicos.

A continuación, la figura 4 muestra un resumen del proceso de adaptación y validación de la escala *EPVP-EE*.

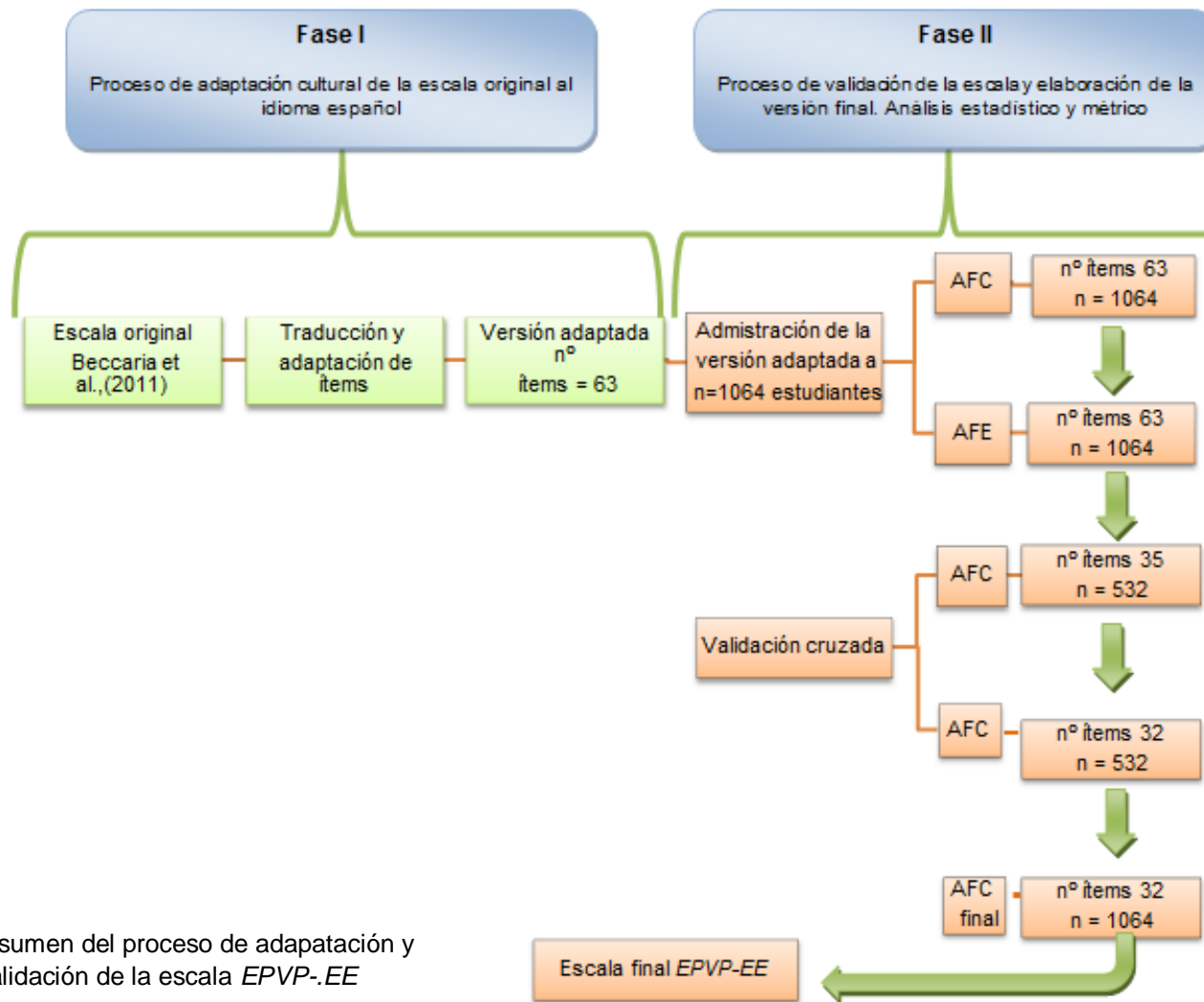


Figura 4: resumen del proceso de adaptación y validación de la escala EPVP-EE

VI. RESULTADOS



Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

VI. Resultados.

6. Resultados fase I y fase II

Resultados fase I: Proceso de adaptación cultural de la escala original al idioma español.

Una vez finalizada la traducción realizada por los traductores, se obtuvieron las versiones traducidas, que fueron analizadas y revisadas en el encuentro que se llevó a cabo con los traductores y miembros del equipo de investigación. La mayor parte de los ítems fueron traducidos sin dificultad respetando el formato original.

Posteriormente, se realizó la retrotraducción en la que se siguió el mismo procedimiento anterior y se obtuvieron las versiones retrotraducidas, realizadas por otros dos traductores bilingües, que se consensuaron con los miembros del equipo investigador y se obtuvieron las dos versiones retrotraducidas que fueron comparadas con la versión original para obtener así, una equivalencia conceptual lo más ajustada posible a la escala original.

Uno de los ítems que fue necesario modificar fue el ítem 9 del factor Identificación del Agresor (IA), en el que aparecía el término aborigen ya que la escala original, había sido diseñada para una población australiana y dicho termino no era procedente en nuestro medio (Ítem 9: *Perpetrators are more likely to come from an Indigenous background*).

Tras un proceso de análisis y de consulta con los autores australianos, se consideró que el término aborigen hacía referencia a una categoría periférica, con atribuciones estereotipadas y/o marginales hacia una población dada, por lo que se propuso y acordó sustituir el término aborigen por inmigrante por considerar que las connotaciones que

ambos términos podían tener, cada uno en su contexto, podían ser similares (Ítem 9: *Los agresores suelen provenir de familias inmigrantes*).

Los ítems 2 y 5 del factor *Formación Educativa* (FE), fueron especialmente analizados por los miembros del equipo investigador y los traductores, para valorar si el término soy consciente tenía el mismo significado y se adecuaba conceptualmente (ver tabla 5).

Tabla 5: Traducción de los ítems

	Ítem 2	Ítem 5
Original	I am aware of community/societal attitudes towards partner abuse.	I am aware of other health professionals' roles in supporting victims and perpetrators.
Traducción	Soy consciente de las actitudes de la comunidad/sociedad hacia el maltrato en la pareja.	Soy consciente del papel de otros profesionales de la salud de apoyo a las víctimas y los agresores

Una vez realizados los cambios, se obtuvo la versión de la escala que se denominó: Percepción de la violencia de pareja en estudiantes de Enfermería (*EPVP-EE*).

Finalmente, los miembros del grupo investigador diseñaron la versión final del instrumento con las instrucciones que los estudiantes debían seguir para rellenarlo y los datos sociodemográficos de interés para nuestro estudio. (Véase anexo VII)

Tras la aplicación del método Delphi, se obtuvo el consenso de los expertos, en cuanto a la validez del contenido de los ítems, de acuerdo

con lo que se pretendía medir en ellos; lo cual aportó un elemento más para poder plantear que los ítems y cada una de los factores eran indicadores fieles de lo que se pretendía evaluar.

Resultados Fase II: Proceso de validación de la escala adaptada. Análisis estadístico y métrico.

6.1 Estudio de las variables sociodemográficas

En la tabla 6, se muestran los estadísticos descriptivos de la variable demográfica curso y edad. El rango de edad estuvo comprendido entre los 18 y 56 años (M= 22, 63; DT= 5,67). Como era de esperar, los sujetos de menor edad con una media de (M= 20,99) se encontraron en el grupo de primer curso.

Tabla 6

Estadísticos descriptivos: variable curso

Curso	n	Media	Desv.típ.	Min	Max.
Primero	316	20,99	5,77	18	52
Segundo	219	22,06	5,65	18	52
Tercero	287	23,82	5,60	20	52
Cuarto	242	23,90	4,99	20	56

La figura 5, indica el porcentaje de hombres y mujeres correspondiente a cada curso. Las mujeres representaron el 78,5% en primero, el 83,5% en segundo, el 85,7% en tercero y el mayor porcentaje se encontró en cuarto curso con un 90%. Respecto a los hombres supuso el 21,5% en

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

primero, el 16,3% en segundo, el 14,3% en tercero y el menor porcentaje con un 10% en cuarto.

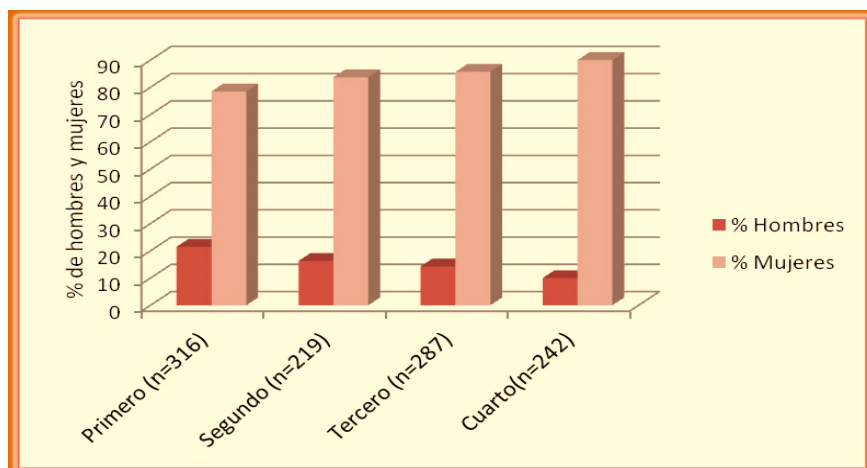


Figura 5. Estadísticos descriptivos: variable sexo y curso

Las variaciones de la variable sexo con una mayor proporción de hombres en los primeros cursos pueden indicar el cambio de tendencias en cuanto a la masculinización de los estudios de Grado de Enfermería en los últimos años.

La figura 6, muestra el histograma de la variable edad, del total de la muestra (n= 1064), en el que se puede apreciar que los sujetos estudiados en su mayoría tenían una edad comprendida entre los 18 y 23 años.

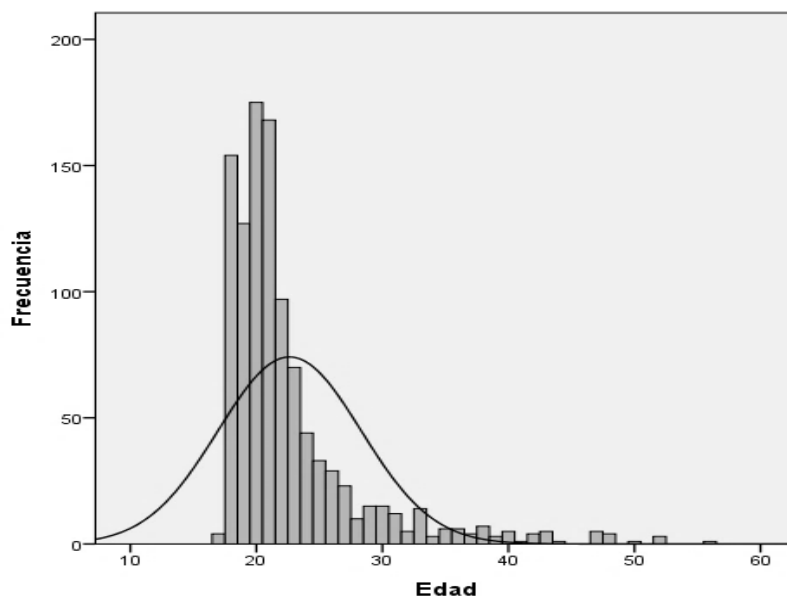


Figura 6. Histograma de la distribución de variable edad del total de la muestra (n= 1064).

Teniendo en cuenta que la participación de los estudiantes fue voluntaria, en la figura 7, se observa el porcentaje de estudiantes de cada curso que completaron la escala. Los porcentajes fueron de un 29,7% en primero, 20,45% en segundo, 27,3 % en tercero y 22,6% en cuarto curso.

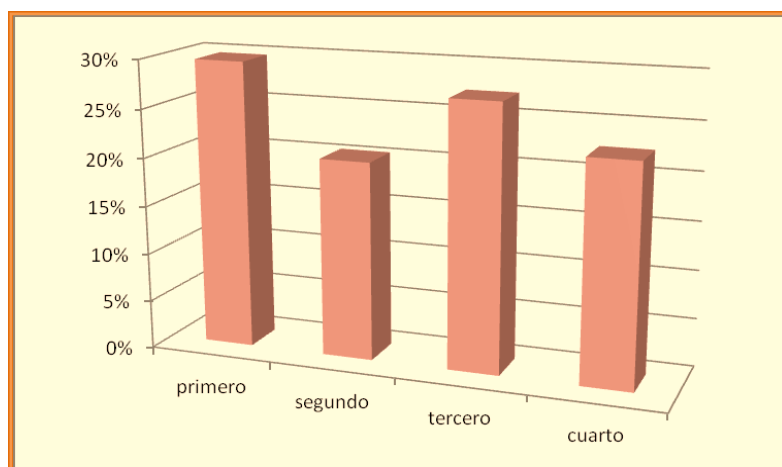


Figura 7. Participación de los estudiantes por cursos

6.2. Análisis de la validez

6.2.1 Análisis Factorial Confirmatorio

A fin de comprobar si los datos de nuestra muestra se ajustaban a la solución factorial de seis factores propuesta inicialmente por los autores, se procedió a realizar el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de la escala original (Beccaria et al., 2011).

A partir de la muestra ($n= 1064$), se examinaron los índices de bondad de ajuste en el modelo de seis factores. Los criterios aplicados fueron los propuestos por Hu y Bentler (1999), que se emplean para evaluar modelos de ecuaciones estructurales. Por un lado, los índices $TLI \geq 0,94$ (*Índice de Tucker-Lewis*) y $CFI \geq 0,95$ (*Comparative Fit Index*) en los que cuanto mayor sea el valor mejor es el ajuste. Por otro lado, el $RMSEA \leq 0,06$ (*Root Mean Square Error of Approximatio*) y $SRMR$ (*Standardized Root Mean Square Residual*) $\leq 0,08$, en los que cuanto menor sea el valor mejor será el ajuste y un χ^2 superior a 0,05 indicará un buen ajuste.

Los valores que se obtuvieron en los índices de bondad de ajuste, tal como se puede observar en la tabla 7, indican un ajuste insuficiente en la escala original de seis factores.

Tabla 7

Índices de ajuste de la escala original

χ^2	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
9582.157	0,06	0,60	0,58	0,07
g.l 1880				
p<0,01				

Nota. χ^2 : Chi Cuadrado, g.l: grados de libertad, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, CFI: Comparative Fit Index, TLI: Índice de Tucker-Lewis. SRMR: Standardized Root Mean Square Residual.

Al tratarse de un ajuste insuficiente, procedimos a realizar el análisis factorial exploratorio (AFE), el cual opera sin tener ninguna hipótesis previa acerca de su estructura factorial, y las restricciones impuestas son las mínimas necesarias para obtener una solución inicial que posteriormente podrá ser transformada.

6.2.2. Análisis Factorial Exploratorio

Para realizar el AFE, en primer lugar calculamos los índices de ajuste muestral de los 1064 sujetos. El índice KMO, o de Kaiser-Meyer-Olkin, se aplica para conocer hasta qué punto las asociaciones entre las variables pueden ser explicadas por un número de factores menor que el número de ítems existentes en la escala. Kaiser y Rice (1974), consideran las medidas de KMO próximas a 0,90 como maravillosas, a

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

0,81 meritorias, a 0,70 medianas, a 0,60 mediocres y por debajo o igual que 0,50 como inaceptables.

Según los índices de ajuste indicados, el valor obtenido en nuestro estudio (KMO= 0,87), es considerado como meritorio para la aplicación del análisis factorial. También calculamos el test de esfericidad de Bartlett, el cual nos asegura que la solución factorial no refleja relaciones debidas al azar. Los valores obtenidos en nuestro estudio, se muestran en la tabla 8.

Tabla 8

Índices de ajuste de la escala EPVP-EE

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	0,87
Prueba de esfericidad de Bartlett	20982,1
g.ll	1953
p	<0,01

Estos valores son adecuados para la aplicación del AFE, consecuentemente como paso previo a la realización de dicho análisis, estudiamos cuántos factores eran los apropiados para nuestra escala mediante el procedimiento de análisis de dimensionalidad.

6.2.2.1 Análisis de la dimensionalidad de escala EPVP-EE

Existen diferentes métodos que indican cual es el número de dimensiones o factores a retener en el AFE. En nuestro estudio se emplearon los índices PA (*Parallel Analysis*, Horns, 1965) y MAP (*Minimum Average Partia*, Vellicer, 1976).

El PA consiste en generar 500 matrices de correlaciones entre variables aleatorias independientes a partir de unos datos de la misma dimensión que los datos empíricos (sujetos y variables). El método compara los valores propios de la matriz empírica con la distribución de los valores propios de las 500 matrices generadas al azar. El valor de criterio utilizado para decidir las dimensiones a extraer es el percentil 95 de cada distribución de valores propios, los cuales mostramos en la tabla 9, en la que se observa el número de dimensiones recomendable. La implementación de análisis paralelo que se ha aplicado corresponde a la propuesta por Timmerman y Lorenzo-Seva (2011).

Tabla 9

Análisis paralelo de la escala EPVP-EE

Factores	Varianza empírica	Varianza generada al azar (percentil 95 %)
1	9,15**	1,54
2	4,63**	1,49
3	3,60**	1,46
4	2,53**	1,43
5	1,79**	1,41
6	1,62**	1,38
7	1,50**	1,36
8	1,41**	1,34
9	1,31	1,32
10	1,28	1,30
11	1,27	1,28
12	1,22	1,27
13	1,16	1,25
14	1,12	1,23
15	1,08	1,22
16	1,05	1,20

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Factores	Varianza empírica	Varianza generada al azar (percentil 95 %)
17	1,01	1,18
18	0,96	1,17
19	0,95	1,16
20	0,93	1,14
21	0,91	1,13
22	0,88	1,12
23	0,86	1,10
24	0,83	1,09
25	0,81	1,08
26	0,79	1,06
27	0,77	1,05
28	0,76	1,04
29	0,73	1,02
30	0,72	1,01
31	0,69	1,00
32	0,67	0,99
33	0,66	0,98
34	0,64	0,96
35	0,62	0,95
36	0,61	0,94
37	0,59	0,93
38	0,59	0,92
39	0,58	0,91
40	0,56	0,89
41	0,54	0,88
42	0,53	0,87
43	0,51	0,86
44	0,50	0,85
45	0,47	0,84
46	0,45	0,83
47	0,45	0,81
48	0,44	0,80
49	0,43	0,79
50	0,41	0,78
51	0,40	0,77
52	0,39	0,76
53	0,36	0,75
54	0,35	0,74
55	0,35	0,72
56	0,34	0,71
57	0,33	0,70
58	0,31	0,68
59	0,29	0,67
60	0,28	0,66
61	0,27	0,64
62	0,24	0,62
63	0,21	0,61

Nota:** Número de dimensiones recomendable (percentil 95)

El Gráfico de Sedimentación (Scree Test) mostrado en la figura 8 permite observar el punto de inflexión en el que cambia la tendencia del gráfico de una pendiente pronunciada, a una pendiente mínima, que sirve de indicador del número de factores a extraer. Se observa como la varianza explicada por los factores, muestra un fuerte descenso seguido de estabilización después del octavo factor. El punto de intersección con la varianza explicada por los factores generados aleatoriamente, indica el número de factores a retener, en este caso ocho.

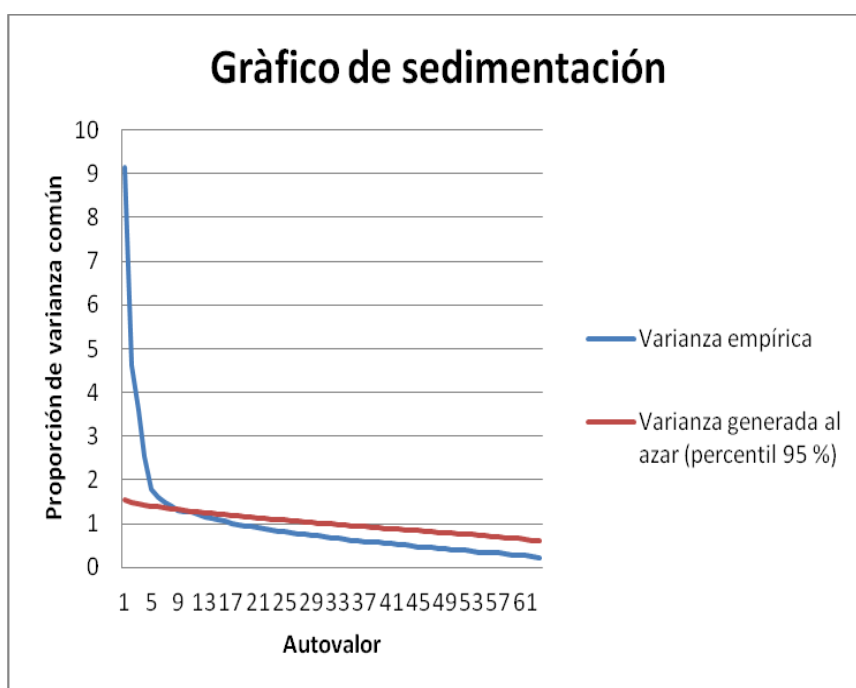


Figura 8. Gráfico de sedimentación del análisis paralelo de la escala EPVP-EE

A continuación, realizamos el análisis del índice MAP (Minimum Average Partia), que implica calcular el promedio de las correlaciones parciales al cuadrado después de que cada uno de los componentes ha sido parcializado de las variables originales. Cuando el promedio de las correlaciones parciales al cuadrado alcanza un mínimo, no se extraen

más componentes. Este mínimo se alcanza cuando la matriz residual se acerca más a una matriz de identidad. En la tabla 10, observamos que el número de componentes recomendables obtenido es de 3 factores.

Tabla 10

Minimun Average Partial de la escala EPVP-EE

Dimensiones	Promedio parcial
1	0,011
2	0,005
3	0,005*
4	0,006
5	0,007
6	0,010
7	0,010
8	0,02
9	0,05
10	0,13
11	0,99

*Nota:** Número de dimensiones recomendable

Los procedimientos de análisis realizados hasta el momento, sugirieron que el número de factores a extraer estuviera comprendido entre 3 y 8.

6.2.2.2 Saturaciones de los ítems en los factores

Considerando que los índices PA y MAP recomendaron entre 3 y 8 factores respectivamente, se procedió a realizar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) con 6 factores, tal como propusieron los autores en la escala original y se realizó un análisis exhaustivo de los ítems para identificar las fuentes de desajuste al modelo original como se indicaba en el apartado 6.2.1.

Los factores que se emplearon fueron:

F1: Formación Educativa (FE)

F2: Identificación de la Víctima (IV)

F3: Identificación del Agresor (IA)

F4: Conocimiento sobre la Causa del maltrato (CCM)

F5: Autoeficacia (A)

F6: Rol y Valores de la Enfermería (RVE)

En la tabla 11, se muestra la estructura factorial obtenida, en la que se observa que varios ítems presentan pesos factoriales inferiores a los criterios recomendados por la literatura (0,30) o bien, saturan en otro factor. Resaltado en “negrita”, señalamos las saturaciones superiores a 0,30 y en gris, resaltamos aquellos ítems con saturaciones en el factor que inicialmente no pretendía evaluar, las inferiores a 0,30 y las saturaciones complejas. Cada ítem tiene saturaciones en los 6 factores de contenido.

Como era de esperar teniendo en cuenta los resultados obtenidos del Análisis Factorial Confirmatorio de la escala propuesta por Beccaria et

al., (2011) (apartado 6.2.1), la solución del modelo de 6 factores no se ajustaba; de tal forma que la mayoría de los ítems mostraron saturaciones que no cargaban en el factor que pretendían medir.

Tabla 11

Estructura factorial inicial de la escala original de seis factores

Ítems	FE	IV	IA	CCA	A	RVE
Nº1. Conozco bien las causas de maltrato en la pareja	0,603	-0,148	-0,053	0,157	0,095	0,045
Nº2. Soy consciente de las actitudes de la comunidad/ sociedad hacia el maltrato en la pareja	0,534	-0,210	0,021	0,007	0,105	-0,023
Nº3. Conozco bien las responsabilidades legales de los/as enfermeros/as	0,633	-0,041	-0,054	0,014	-0,218	0,061
Nº4. Conozco bien cuáles son los servicios de apoyo locales que pueden atender a la víctima o al agresor	0,615	-0,076	-0,009	-0,026	-0,159	-0,063
Nº5. Soy consciente del papel de otros profesionales de la salud de apoyo a las víctimas y los agresores	0,599	-0,089	-0,013	-0,032	-0,007	-0,149
Nº6. Tengo buen conocimiento de los efectos del maltrato en la pareja	0,627	-0,192	0,007	0,041	0,121	0,023
Nº7. Tengo buen conocimiento inicial de cómo responder eficazmente a víctimas y agresores	0,692	0,020	-0,043	0,036	-0,274	0,007
Nº8. Tengo confianza debido a mi formación como enfermero/a que puedo para atender casos de maltrato en la pareja	0,674	0,072	-0,016	-0,130	-0,417	0,020

Ítems	FE	IV	IA	CCA	A	RVE
Nº9. Tengo buen conocimiento inicial del papel del/la enfermero/a en la intervención comunitaria para prevenir el maltrato	0,723	-0,015	-0,035	-0,036	-0,291	0,036
Nº10. Tengo buen conocimiento teórico sobre los ciclos de maltrato	0,622	0,059	0,012	0,017	-0,250	-0,027
Nº11. Creo que debemos estudiar más a fondo cómo identificar y tratar el maltrato en la pareja en el currículo de enfermería	0,062	-0,085	0,144	-0,082	0,322	0,138
Nº12. Las víctimas suelen ser mujeres	0,085	-0,293	0,589	0,103	0,131	-0,096
Nº13. Los hombres también son víctimas de maltrato	0,109	0,026	-0,085	-0,081	0,316	0,155
Nº14. La víctimas suelen tener una personalidad débil	0,125	0,369	0,278	0,162	-0,013	-0,109
Nº15. Las víctimas suelen ser poco asertivas	0,133	0,399	0,050	0,265	-0,027	0,021
Nº16. Las víctimas están socialmente aisladas	0,167	0,358	0,101	0,124	-0,021	-0,021
Nº17. A veces las víctimas no buscan ayuda porque han aceptado la situación	0,137	0,462	-0,006	-0,038	0,234	-0,025
Nº18. Las víctimas pueden sentirse avergonzadas de su problema	0,104	0,265	0,112	-0,130	0,459	0,034
Nº19. Las víctimas pueden querer mantener su problema en secreto	0,076	0,284	0,110	-0,125	0,434	0,036
Nº20. Las víctimas han aprendido con el tiempo a ser indefensas	0,046	0,471	0,114	0,024	0,154	-0,017
Nº21. Las víctimas suelen tener baja autoestima	-0,006	0,502	0,248	0,012	0,114	0,053
Nº22. Las víctimas son reacias a pedir ayuda	0,028	0,456	0,142	-0,008	0,152	0,002

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Ítems	FE	IV	IA	CCA	A	RVE
Nº23.Las víctimas tienen abiertas muchas opciones para irse	0,171	0,080	-0,020	0,268	-0,095	0,063
Nº24.Si las víctimas realmente quieren irse pueden hacerlo	0,160	0,091	-0,068	0,253	-0,063	0,032
Nº25.El maltrato en las relaciones homosexuales es común	0,066	0,060	-0,207	0,220	0,078	0,078
Nº26.El agresor suele ser hombre	-0,004	-0,247	0,690	0,182	0,050	-0,118
Nº27.Los agresores carecen de autoestima	0,085	0,211	0,145	0,050	0,058	0,057
Nº28.Los agresores probablemente han aprendido su conducta en la familia	0,121	0,261	0,152	0,154	0,040	0,159
Nº29.Los agresores no son conscientes de su problema	0,010	0,227	0,048	0,164	0,042	0,112
Nº30.Los agresores suelen estar bajo los efectos de las drogas y el alcohol	-0,018	0,039	0,450	0,267	-0,200	0,043
Nº31.Los agresores suelen ser físicamente fuertes	-0,004	-0,047	0,479	0,309	-0,169	-0,072
Nº32.Los agresores no suelen pedir ayuda	-0,047	0,139	0,269	-0,133	0,123	-0,016
Nº33.Los agresores suelen llevar tatuajes	-0,089	-0,009	0,190	0,532	-0,244	-0,044
Nº34.Los agresores suelen provenir de una familia inmigrante	-0,040	-0,079	0,164	0,668	-0,177	-0,017
Nº35.El agresor tiene control sobre la víctima	-0,018	0,161	0,418	-0,117	0,153	-0,008
Nº36.El agresor sabe cómo manipular las respuestas de la víctima para tener el control y lograr lo que quiere	0,061	0,239	0,361	-0,210	0,157	0,020
Nº37.Los agresores con frecuencia están bajo los efectos del alcohol y las drogas.	-0,055	-0,017	0,315	0,127	-0,159	0,011

Ítems	FE	IV	IA	CCA	A	RVE
Nº38.El tipo de personalidad de las víctimas las hace vulnerables al abuso	0,098	0,346	0,360	0,136	0,047	-0,127
Nº39.Las mujeres suelen ser maltratadas por hombres a quienes no les gusta que la mujer tenga más control o sea más independiente	0,026	0,138	0,422	0,068	0,078	-0,031
Nº40.Las mujeres que son dependientes de su pareja tienen mayor probabilidad de ser maltratadas	0,050	0,212	0,221	0,152	0,036	0,007
Nº41.La víctimas suele hacer algo mal que ocasiona el maltrato.	-0,036	0,065	0,003	0,368	-0,110	-0,065
Nº42.No respetar o valorar a las mujeres causa maltrato	0,080	-0,034	0,299	-0,051	0,197	0,018
Nº43.Confío en ser capaz de apoyar a las víctimas cuando en el futuro ejerza la enfermería	0,179	-0,065	0,252	-0,152	0,086	0,195
Nº44.Confío en ser capaz de apoyar a los agresores cuando en el futuro ejerza la enfermería	0,060	-0,034	-0,175	0,225	0,088	0,384
Nº45.Me preocupa que puedo decirle a la víctima ®	-0,117	-0,247	-0,050	0,297	0,703	0,042
Nº46.Me preocupa que puedo decirle al agresor por si empeoro la situación. ®	-0,077	-0,242	-0,066	0,407	0,826	0,004
Nº47.Me resisto a implicarme en situaciones de maltrato ®	-0,042	0,074	-0,106	0,276	0,004	-0,147
Nº48.Creo que podría evitar estas situaciones de maltrato ®	0,173	-0,059	0,103	0,136	-0,168	0,092
Nº49.Los/as enfermero/as deben educar a las víctimas	0,040	-0,027	0,250	0,008	-0,066	0,460

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Ítems	FE	IV	IA	CCA	A	RVE
Nº50. Los/as enfermero/as deben intentar convencer a la víctima de que puede tener una vida mejor	-0,024	-0,032	0,354	-0,074	-0,024	0,373
Nº51. El/la enfermero/a debe dedicar tiempo a escuchar a la víctima	0,033	-0,123	0,424	-0,283	0,124	0,397
Nº52. El/la enfermero/a debe proporcionar a la víctima un buen cuidado físico	0,005	-0,082	0,403	-0,265	0,121	0,263
Nº53. El/la enfermero/a debe proporcionar un buen cuidado emocional a la víctima	-0,013	-0,125	0,392	-0,265	0,119	0,399
Nº54. El/la enfermero/a debe poner en contacto a la víctima con otros servicios de apoyo	0,016	-0,076	0,261	-0,183	0,146	0,474
Nº55. El/la enfermero/a debe poner en contacto al agresor con otros servicios de apoyo	-0,040	0,038	-0,022	0,115	0,054	0,671
Nº56. El papel del/la enfermero/a es dar asesoramiento a la víctima	0,009	0,063	0,076	0,084	-0,071	0,763
Nº57. El papel del/la enfermero/a es dar asesoramiento al agresor	-0,033	0,122	-0,239	0,288	-0,002	0,832
Nº58. El/la enfermero/a debe identificar a las víctimas a través de programas de detección.	0,057	0,012	0,201	0,041	0,037	0,459
Nº59. El/la enfermero/a debe identificar a la víctimas en su evaluación	0,014	-0,020	0,281	-0,073	0,003	0,483
Nº60. El/la enfermero/a debe trabajar con otros del equipo sanitario para apoyar a la víctima	0,090	-0,080	0,294	-0,195	0,131	0,433

Ítems	FE	IV	IA	CCA	A	RVE
Nº61. El/la enfermero/a debe derivarles a otros profesionales de la salud como trabajadores sociales y psicólogos y no involucrarse	-0,018	0,064	0,069	0,158	0,055	-0,110
Nº62. El/la enfermero/a debe informar a la víctima de sus derechos legales	-0,004	-0,012	0,136	0,085	0,012	0,522
Nº63. Los/as enfermero/as no deben hacer juicios morales	0,024	-0,019	0,005	0,018	0,274	0,223

6.2.2.3 Análisis de ítems

Tras el AFE, se examinaron las saturaciones de cada ítem y se procedió a seleccionar aquellos más adecuados. Para ello, se eliminaron una serie de ítems (marcados en gris en la tabla 11) en base a los criterios planteados por Vigil-Colet, Ruiz-Pamies, Anguiano-Carrasco, y Lorenzo-Seva (2012).

- a) ítems con saturaciones inferiores a 0,30,
- b) ítems con saturaciones complejas, es decir, ítems con saturaciones de 0,30 o más en el factor correspondiente y saturaciones de 0,20 o más en uno u otros factores.
- c) valoración del contenido de cada uno de ellos respecto al factor que pretende medir y en relación al contenido de los demás ítems.

De los 63 ítems que configuraban la escala inicial se eliminaron 28, ya que no cumplían los criterios anteriormente citados. En la tabla 12, se especifican los 6 factores con los ítems eliminados en cada uno de ellos.

Tabla 12

Ítems eliminados en cada factor

Factor	Ítems
1: Formación educativa	Nº11. Creo que debemos estudiar más a fondo cómo identificar y tratar el maltrato en la pareja en el currículo de enfermería
2: Identificación de la víctima	Nº12. Las víctimas suelen ser mujeres Nº13. Los hombres también son víctimas de maltrato Nº18. Las víctimas pueden sentirse avergonzadas de su problema Nº19. Las víctimas pueden querer mantener su problema en secreto Nº23. Las víctimas tienen abiertas muchas opciones para irse Nº24. Si las víctimas realmente quieren irse pueden hacerlo Nº25. El maltrato en las relaciones homosexuales es común
3: Identificación del agresor	Nº27. Los agresores carecen de autoestima Nº28. Los agresores probablemente han aprendido su conducta en la familia Nº29. Los agresores no son conscientes de su problema Nº32. Los agresores no suelen pedir ayuda Nº33. Los agresores suelen llevar tatuajes Nº34. Los agresores suelen provenir de una familia inmigrante
4: Conocimiento sobre las causas del maltrato	Nº37. Los agresores con frecuencia están bajo los efectos del alcohol y las drogas Nº40. Las mujeres que son dependientes de su pareja tienen mayor probabilidad de ser maltratadas Nº41. La víctimas suele hacer algo mal que ocasiona el maltrato Nº42. No respetar o valorar a las mujeres causa maltrato

5: Autoeficacia

- Nº43. Confío en ser capaz de apoyar a las víctimas cuando en el futuro ejerza la enfermería
- Nº45. Me preocupa qué puedo decirle a la víctima ®
- Nº46. Me preocupa qué puedo decirle al agresor por si empeoro la situación ®
- Nº47. Me resisto a implicarme en situaciones de maltrato ®
- Nº48. Creo que podría evitar estas situaciones de maltrato ®
-

6. Rol y valores de Enfermería

- Nº51. El/la enfermero/a debe dedicar tiempo a escuchar a la víctima
- Nº52. El/la enfermero/a debe proporcionar a la víctima un buen cuidado físico
- Nº53. El/la enfermero/a debe proporcionar un buen cuidado emocional a la víctima
- Nº61. El/la enfermero/a debe derivarles a otros profesionales de la salud como trabajadores sociales y psicólogos y no involucrarse
- Nº63. Los/as enfermero/as no deben hacer juicios morales
-

Una vez eliminados los ítems que no cumplían los criterios, la escala quedó configurada por un total de 35 ítems, que se correspondían a 4 de los 6 factores inicialmente propuestos en la escala original, de forma que los otros dos factores restantes, fueron eliminados. Así pues, el AFE, indicó que la escala quedaba configurada por los siguientes factores:

F1: Formación Educativa (FE)

F2: Identificación de la Víctima (IV)

F3: Identificación del agresor (IA)

F4: Rol y Valores de Enfermería (RVE)

La estructura factorial resultante tras la eliminación de los ítems, se muestra en la tabla 13, donde únicamente aparecen los ítems elegidos con la saturación en el factor correspondiente. A la izquierda de la tabla, en la primera columna, se indica el número de ítem de la escala inicial y en la columna siguiente, el número de ítem de la escala actual tras haber eliminado los ítems que no cumplían los criterios.

Tabla 13

Estructura factorial resultante de la escala de EPVP-EE

Nº Ítem anterior	Ítems escala EPVP-EE	FE	IV	IA	RVE
Nº1	Nº1. “Conozco bien las causas del maltrato en la pareja”	0,60			
Nº2	Nº2. “Soy consciente de las actitudes de la comunidad/sociedad hacia el maltrato en la pareja”	0,53			
Nº3	Nº3. “Conozco bien las responsabilidades legales de los/as enfermeros/as”	0,6			
Nº4	Nº4. “Conozco bien cuáles son los servicios de apoyo locales que pueden atender a la víctima o al agresor”	0,61			
Nº5	Nº5. “Soy consciente del papel de otros profesionales de la salud de apoyo a las víctimas y los agresores”	0,59			
Nº6	Nº6. “Tengo buen conocimiento de los efectos del maltrato en la pareja”	0,62			
Nº7	Nº7. “Tengo buen conocimiento inicial de cómo responderé eficazmente a víctimas y agresores”	0,69			
Nº8	Nº8. “Tengo confianza debido a mi formación como enfermero/a que puedo atender casos de maltrato en la pareja”	0,67			

Nº Ítem anterior	Ítems escala EPVP-EE	FE	IV	IA	RVE
Nº9	Nº9. "Tengo buen conocimiento inicial del papel del/la enfermero/a en la intervención comunitaria para prevenir el maltrato"	0,72			
Nº10	Nº10 "Tengo buen conocimiento teórico sobre los ciclos del maltrato"	0,62			
Nº14	Nº11. "Las víctima suele tener una personalidad débil"		0,36		
Nº15	Nº12. "Las víctimas suelen ser poco asertivas"		0,39		
Nº16	Nº13. "Las víctimas están socialmente aisladas"		0,35		
Nº17	Nº14. "A veces las víctimas no buscan ayuda porque han aceptado la situación"		0,46		
Nº20	Nº15. "Las víctimas han aprendido con el tiempo a ser indefensas"		0,47		
Nº21	Nº16. "Las víctimas suelen tener baja autoestima"		0,50		
Nº22	Nº17. "Las víctimas son reacias a pedir ayuda"		0,45		
Nº26	Nº18. "El agresor suele ser hombre"			0,69	
Nº30	Nº19. "Los agresores suelen estar bajo los efectos de las drogas y el alcohol"			0,45	
Nº31	Nº20. "Los agresores suelen ser físicamente fuertes"			0,47	
Nº35	Nº21 "El agresor tiene control sobre la víctima"			0,41	
Nº36	Nº22. "El agresor sabe cómo manipular las respuestas de la víctima para tener el control y lograr lo que quiere"			0,36	
Nº38	Nº23. "El tipo de personalidad de las víctimas les hace vulnerables al abuso"			0,36	
Nº39	Nº24. "Las mujeres suelen ser maltratadas por hombres a quienes no les gusta que la mujer tenga más control o sea más independiente"			0,42	

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Nº Ítem anterior	Ítems escala EPVP-EE	FE	IV	IA	RVE
Nº44	Nº25. “Confío en ser capaz de apoyar a los agresores cuando en el futuro ejerza la enfermería”				0,38
Nº49	Nº26. “Los/as enfermero/as deben educar a las víctimas”				0,46
Nº50	Nº27. “Los/as enfermero/as deben intentar convencer a la víctima de que puede tener una vida mejor”				0,37
Nº54	Nº28. “El/la enfermero/a debe poner en contacto a la víctima con otros servicios de apoyo”				0,47
Nº55	Nº29. “El/la enfermero/a debe poner en contacto al agresor con otros servicios de apoyo”				0,67
Nº56	Nº30. “El papel del/la enfermero/a es dar asesoramiento a la víctima”				0,76
Nº57	Nº31. “El papel del/la enfermo/a es dar asesoramiento al agresor”				0,83
Nº58	Nº32. “El/la enfermero/a debe identificar a las víctimas a través de programas de detección”				0,46
Nº59	Nº33. “El/la enfermero/a debe identificar a la víctima en su evaluación”				0,48
Nº60	Nº34. “El/la enfermero/a debe trabajar con otros del equipo sanitario para apoyar a la víctima”				0,43
Nº62	Nº35. “El/la enfermero/a debe informar a la víctima de sus derechos legales”				0,52

A fin de confirmar la estructura factorial compuesta por 4 factores sugeridos en el AFE, y considerando que dicho valor se encontraba entre 3 y 8 (valores recomendados por el MAP y PA respectivamente) se procedió a realizar la validación cruzada.

6.2.3 Validación Cruzada: Análisis Factorial Confirmatorio

Para llevar a cabo la validación cruzada, se dividió la muestra total (n=1064) en dos muestras que denominamos muestra 1 (n= 532) y muestra 2 (n= 532). En la muestra 1, se realizaron los ajustes necesarios para obtener los índices de bondad de ajuste aceptables. A fin de comprobar que estos índices no se obtuvieron ajustándose a características específicas de dicha muestra, la estructura factorial se confirmó en la muestra 2.

A continuación, mostramos el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) en cada una de las muestras para posteriormente proceder al AFC de la muestra total.

Análisis factorial confirmatorio: Muestra 1

Calculamos los índices de bondad de ajuste en la muestra 1 de 532 sujetos. El KMO obtenido (0,80), es considerado como meritorio según los autores Kaiser y Rice (1974). El test de esfericidad de Bartlett nos confirma que la solución factorial no refleja relaciones debidas al azar (véase tabla 14).

Tabla 14

Índices de ajuste de la muestra 1

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	0,80
Prueba de esfericidad de Bartlett	4345,8
g.ll	435
p	<0,01

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se procedió a realizar el AFC en el que evaluamos el ajuste factorial de nuestros datos ($n= 532$) a un modelo de cuatro factores. En la tabla 15, se muestran los índices de bondad de ajuste de dicho modelo.

Tabla 15

Índices de bondad de ajuste muestra 1

χ^2	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
1990,619	0,07	0,76	0,74	0,06
g.l 554				
$p < 0,01$				

Nota. χ^2 : Chi Cuadrado, g.l: grados de libertad, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, CFI: Comparative Fit Index, TLI: Índice de Tucker-Lewis. SRMR: Standardized Root Mean Square Residual.

Como se observa en la tabla 15, los índices de bondad de ajuste no alcanzan los criterios propuestos por Hu y Bentler (1999) en los índices CFI y TLI. Por este motivo, examinamos la estructura factorial para valorar la saturación de cada ítem y eliminar aquellos que no tuvieran una carga superior a 0,30 (tabla 16).

Tabla 16

Saturaciones del AFC: muestra 1

Ítems	FE	IV	IA	RVE
Nº1. "Conozco bien las causas del maltrato en la pareja"	0,45			
Nº2. "Soy consciente de las actitudes de las actitudes de la comunidad/sociedad hacia el maltrato en la pareja"	0,40			
Nº3. "Conozco bien las responsabilidades legales de los/as enfermeros/as"	0,59			
Nº4. "Conozco bien cuáles son los servicios de apoyo locales que pueden atender a la víctima o al agresor"	0,53			
Nº5. "Soy consciente del papel de otros profesionales de la salud de apoyo a las víctimas y los agresores"	0,54			
Nº6. "Tengo buen conocimiento de los efectos del maltrato en la pareja"	0,50			
Nº7. "Tengo buen conocimiento inicial de cómo responderé eficazmente a víctimas y agresores"	0,67			
Nº8. "Tengo confianza debido a mi formación como enfermero/a que puedo atender casos de maltrato en la pareja"	0,64			
Nº9. "Tengo buen conocimiento inicial del papel del/la enfermero/a en la intervención comunitaria para prevenir el maltrato"	0,73			
Nº10. "Tengo buen conocimiento teórico sobre los ciclos del maltrato".	0,61			
Nº11. "Las víctimas suele tener una personalidad débil"		0,52		
Nº12. "Las víctimas suelen ser poco asertivas"		0,44		
Nº13. "Las víctimas están socialmente aisladas"		0,40		

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Ítems	FE	IV	IA	RVE
Nº14. “A veces las víctimas no buscan ayuda porque han aceptado la situación”		0,50		
Nº15. “Las víctimas han aprendido con el tiempo a ser indefensas”		0,68		
Nº16. “Las víctimas suelen tener baja autoestima”		0,71		
Nº17. “Las víctimas son reacias a pedir ayuda”		0,61		
Nº18. “El agresor suele ser hombre”			0,49	
Nº19. “Los agresores suelen estar bajo los efectos de las drogas y el alcohol”			0,25	
Nº20. “Los agresores suelen ser físicamente fuertes”			0,28	
Nº21. “El agresor tiene control sobre la víctima”			0,68	
Nº22. “El agresor sabe cómo manipular las respuestas de la víctima para tener el control y lograr lo que quiere”			0,71	
Nº23. “El tipo de personalidad de las víctimas les hace vulnerables al abuso”			0,52	
Nº24. “Las mujeres suelen ser maltratadas por hombres a quienes no les gusta que la mujer tenga más control o sea más independiente”			0,50	
Nº25. “Confío en ser capaz de apoyar a los agresores cuando en el futuro ejerza la enfermería”				0,12
Nº26. “Los/as enfermero/as deben educar a las víctimas”				0,58
Nº27. “Los/as enfermero/as deben intentar convencer a la víctima de que puede tener una vida mejor”				0,58
Nº28. “El/la enfermero/a debe poner en contacto a la víctima con otros servicios de apoyo”				0,74

Ítems	FE	IV	IA	RVE
Nº29. “El/la enfermero/a debe poner en contacto al agresor con otros servicios de apoyo”				0,55
Nº30. “El papel del/la enfermero/a es dar asesoramiento a la víctima”				0,74
Nº31. “El papel del/la enfermo/a es dar asesoramiento al agresor”				0,51
Nº32. “El/la enfermero/a debe identificar a las víctimas a través de programas de detección”				0,60
Nº33. “El/la enfermero/a debe identificar a la víctima en su evaluación”				0,68
Nº34. “El/la enfermero/a debe trabajar con otros del equipo sanitario para apoyar a la víctima”				0,76
Nº35. “El/la enfermero/a debe informar a la víctima de sus derechos legales”				0,62

A partir de los resultados obtenidos, los ítems que se eliminaron fueron el 19, 20 y 25 (marcados en color gris en la anterior tabla 16) puesto que su valor fue inferior a 0,30, quedando una escala configurada por 32 ítems.

En el siguiente apartado, se describe el AFC de la muestra 2 que se realizó a partir de los 32 ítems, con el fin de comprobar si se ajustaban en dicha muestra.

Análisis factorial confirmatorio (AFC): Muestra 2

Los índices de ajuste calculados en la muestra 2 de 532 sujetos con una escala de 32 ítems, se muestran en la tabla 17. El KMO obtenido (0,81), es considerado como meritorio según los autores Kaiser y Rice (1974) y

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

el test de esfericidad de Bartlett, nos confirma que la solución factorial no refleja relaciones debidas al azar.

Tabla 17

Índices de ajuste de la muestra 2

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	0,81
Prueba de esfericidad de Bartlett	2096.1
g.ll	120
<i>p</i>	<0,01

Los valores obtenidos, señalan la idoneidad de los datos para llevar a cabo el AFC. Los índices para evaluar la bondad de ajuste se muestran en la siguiente tabla 18.

Tabla 18

Índices de bondad de ajuste: muestra 2

χ^2	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
1477,081	0,06	0,76	0,75	0,06
g.ll 458				
<i>p</i> <0, 01				

Nota. χ^2 : Chi Cuadrado, g.ll: grados de libertad, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, CFI: Comparative Fit Index, TLI: Índice de Tucker-Lewis. SRMR: Standardized Root Mean Square Residual.

Estos valores no llegan a alcanzar los criterios propuestos en los índices CFI y TLI (Hu y Bentler, 1999), aunque si mejoran respecto a la muestra uno.

En la tabla 19, se expone la solución factorial resultante compuesta por cuatro factores, y la saturación de cada ítem en el factor que evalúa.

Tabla 19

Saturaciones del AFC: Muestra 2

Ítems	FE	IV	IA	RVE
Nº1 “Conozco bien las causas del maltrato en la pareja”	0,50			
Nº2 “Soy consciente de las actitudes de las actitudes de la comunidad/sociedad hacia el maltrato en la pareja”	0,43			
Nº3 “Conozco bien las responsabilidades legales de los/as enfermeros/as”	0,62			
Nº4 “Conozco bien cuáles son los servicios de apoyo locales que pueden atender a la víctima o al agresor”	0,57			
Nº5 “Soy consciente del papel de otros profesionales de la salud de apoyo a las víctimas y los agresores”	0,50			
Nº6 “Tengo buen conocimiento de los efectos del maltrato en la pareja”	0,51			
Nº7 “Tengo buen conocimiento inicial de cómo responderé eficazmente a víctimas y agresores”	0,70			
Nº8 “Tengo confianza debido a mi formación como enfermero/a que puedo atender casos de maltrato en la pareja”	0,68			
Nº9 “Tengo buen conocimiento inicial del papel del/la enfermero/a en la intervención comunitaria para prevenir el maltrato”	0,72			
Nº10 “Tengo buen conocimiento teórico sobre los ciclos del maltrato”.	0,62			
Nº11 “Las víctima suele tener una personalidad débil”		0,53		
Nº12 “Las víctimas suelen ser poco asertivas”		0,42		
Nº13 “Las víctimas están socialmente aisladas”		0,42		
Nº14 “A veces las víctimas no buscan ayuda porque han aceptado la situación”		0,47		

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Ítems	FE	IV	IA	RVE
Nº15 “Las víctimas han aprendido con el tiempo a ser indefensas”		0,46		
Nº16 “Las víctimas suelen tener baja autoestima”		0,60		
Nº17 “Las víctimas son reacias a pedir ayuda”		0,47		
Nº18 “El agresor suele ser hombre”			0,31	
Nº19 “El agresor tiene control sobre la víctima”			0,65	
Nº20 “El agresor sabe cómo manipular las respuestas de la víctima para tener el control y lograr lo que quiere”			0,69	
Nº21 “El tipo de personalidad de las víctimas les hace vulnerables al abuso”			0,46	
Nº22 “Las mujeres suelen ser maltratadas por hombres a quienes no les gusta que la mujer tenga más control o sea más independiente”			0,40	
Nº23 “Los/as enfermero/as deben educar a las víctimas”				0,48
Nº24 “Los/as enfermero/as deben intentar convencer a la víctima de que puede tener una vida mejor”				0,39
Nº25 “El/la enfermero/a debe poner en contacto a la víctima con otros servicios de apoyo”				0,56
Nº26 “El/la enfermero/a debe poner en contacto al agresor con otros servicios de apoyo”				0,57
Nº27 “El papel del/la enfermero/a es dar asesoramiento a la víctima”				0,69
Nº28 “El papel del/la enfermo/a es dar asesoramiento al agresor”				0,59
Nº29 “El/la enfermero/a debe identificar a las víctimas a través de programas de detección”				0,63
Nº30 “El/la enfermero/a debe identificar a la víctima en su evaluación”				0,60
Nº31 “El/la enfermero/a debe trabajar con otros del equipo sanitario para apoyar a la víctima”				0,56
Nº32 “El/la enfermero/a debe informar a la víctima de sus derechos legales”				0,54

Una vez realizado el AFC de la muestra 2 en el que se obtiene un mejor ajuste del modelo, se procedió a realizar el AFC del total de la muestra que se describe en el siguiente apartado.

6.2.4 Análisis Factorial Confirmatorio del total de la muestra.

Concluida la validación cruzada, se procedió a calcular el AFC en la muestra total (n=1064) con la escala de 32 ítems, a fin de confirmar la estructura de cuatro factores en dicha muestra. Previamente se analizaron los índices de ajuste siguiendo los criterios citados anteriormente, el KMO obtenido (0,82) fue considerado como meritorio y el test de esfericidad de Bartlett nos confirmó que la solución factorial no reflejaba relaciones debidas al azar (ver tabla 20).

Tabla 20
Índices de ajuste de la muestra total

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test	0,82
Prueba de esfericidad de Bartlett	4636,4
Chi-cuadrado aproximado	136
gll.	
sig.	<0,01

Los valores obtenidos permitieron proceder a calcular el AFC, en el que se evaluó el ajuste factorial de nuestros datos (n= 1064) a un modelo de cuatro factores. En la tabla 21, se muestran los índices de bondad de ajuste en la muestra total.

Tabla 21

Índices de bondad de ajuste del total de la muestra (n= 1064)

χ^2	RMSEA	CFI	TLI	SRMR
2623,414	0,06	0,78	0,76	0,05
g.l 458				
$p < 0,01$				

Nota. χ^2 : Chi Cuadrado, g.l: grados de libertad, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, CFI: Comparative Fit Index, TLI: Índice de Tucker-Lewis. SRMR: Standardized Root Mean Square Residual.

Como indica la tabla 21, los resultados obtenidos en los índices de bondad de ajuste resultan aceptables, tan sólo, los índices CFI y TLI no llegan a alcanzar los criterios propuestos por los autores (Hu y Bentler, 1999), aunque si mejoran respecto a la muestra 1 y 2.

A continuación, en la tabla 22 se muestra la solución factorial definitiva de la escala EPVP- EE compuesta por cuatro factores:

F1: Formación educativa (10 ítems)

F2: Identificación de la víctima (7 ítems)

F3: Identificación del agresor (5 ítems)

F4: Rol y valores de enfermería (10 ítems)

Tabla 22

Saturaciones del AFC: Muestra total

Ítems	FE	IV	IA	RVE
Nº1 “Conozco bien las causas del maltrato en la pareja”	0,48			
Nº2 “Soy consciente de las actitudes de las actitudes de la comunidad/sociedad hacia el maltrato en la pareja”	0,42			
Nº3 “Conozco bien las responsabilidades legales de los/as enfermeros/as”	0,61			
Nº4 “Conozco bien cuáles son los servicios de apoyo locales que pueden atender a la víctima o al agresor”	0,55			
Nº5 “Soy consciente del papel de otros profesionales de la salud de apoyo a las víctimas y los agresores”	0,51			
Nº6 “Tengo buen conocimiento de los efectos del maltrato en la pareja”	0,51			
Nº7 “Tengo buen conocimiento inicial de cómo responderé eficazmente a víctimas y agresores”	0,69			
Nº8 “Tengo confianza debido a mi formación como enfermero/a que puedo atender casos de maltrato en la pareja”	0,66			
Nº9 “Tengo buen conocimiento inicial del papel del/la enfermero/a en la intervención comunitaria para prevenir el maltrato”	0,73			
Nº10 “Tengo buen conocimiento teórico sobre los ciclos del maltrato”.	0,61			
Nº11 “Las víctima suele tener una personalidad débil”		0,52		
Nº12 “Las víctimas suelen ser poco asertivas”		0,43		
Nº13 “Las víctimas están socialmente aisladas”		0,41		
Nº14 “A veces las víctimas no buscan ayuda porque han aceptado la situación”		0,49		
Nº15 “Las víctimas han aprendido con el tiempo a ser indefensas”		0,59		
Nº16 “Las víctimas suelen tener baja autoestima”		0,67		

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Ítems	FE	IV	IA	RVE
Nº17 “Las víctimas son reacias a pedir ayuda”		0,55		
Nº18 “El agresor suele ser hombre”			0,37	
Nº19 “El agresor tiene control sobre la víctima”			0,70	
Nº20 “El agresor sabe cómo manipular las respuestas de la víctima para tener el control y lograr lo que quiere”			0,73	
Nº21 “El tipo de personalidad de las víctimas les hace vulnerables al abuso”			0,46	
Nº22 “Las mujeres suelen ser maltratadas por hombres a quienes no les gusta que la mujer tenga más control o sea más independiente”			0,44	
Nº23 “Los/as enfermero/as deben educar a las víctimas”				0,53
Nº24 “Los/as enfermero/as deben intentar convencer a la víctima de que puede tener una vida mejor”				0,49
Nº25 “El/la enfermero/a debe poner en contacto a la víctima con otros servicios de apoyo”				0,65
Nº26 “El/la enfermero/a debe poner en contacto al agresor con otros servicios de apoyo”				0,55
Nº27 “El papel del/la enfermero/a es dar asesoramiento a la víctima”				0,71
Nº28 “El papel del/la enfermo/a es dar asesoramiento al agresor”				0,54
Nº29 “El/la enfermero/a debe identificar a las víctimas a través de programas de detección”				0,62
Nº30 “El/la enfermero/a debe identificar a la víctima en su evaluación”				0,65
Nº31 “El/la enfermero/a debe trabajar con otros del equipo sanitario para apoyar a la víctima”				0,66
Nº32 “El/la enfermero/a debe informar a la víctima de sus derechos legales”				0,57

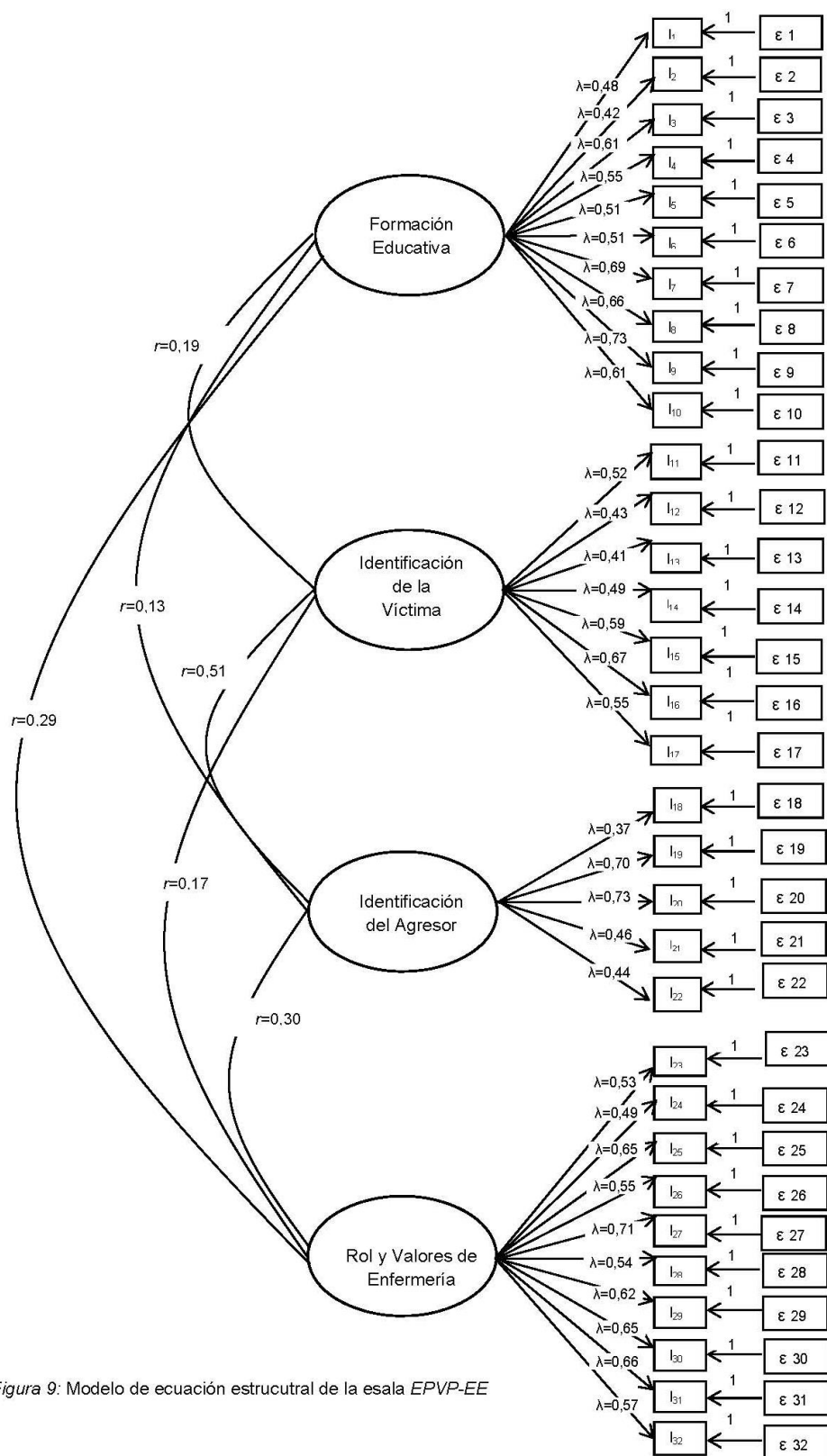


Figura 9: Modelo de ecuación estructural de la escala EPVP-EE

- **Análisis descriptivo de los ítems que forman los factores**

A fin de examinar cada una de los factores resultantes, se realizó un análisis exhaustivo de cada uno de los ítems que los configuraban. Estudiamos la media, intervalo de confianza de la media, varianza explicada de cada factor, simetría y curtosis. Para la obtención de la varianza de cada ítem y de la varianza explicada por cada factor, se realizó el *Minium Rank Factor Analysis* (MRFA; en Berge y Kiers, 1991). Este método permite obtener estimaciones de la proporción de varianza común y la varianza explicada por cada factor de contenido. En la tabla 24, observamos los estadísticos descriptivos para cada uno de los ítems que forman los factores correspondientes.

La proporción de varianza común que se obtuvo fue de 63,08 %. En la misma tabla 23, observamos como la varianza común total explicada, se reparte en los factores de la siguiente forma: Formación Educativa (19%), Identificación de la Víctima (13%), Identificación del Agresor (13%) y Rol y Valores de Enfermería (18%). Los factores que poseen una mayor proporción de varianza común explicada son: Formación Educativa y Rol y Valores de enfermería.

Tabla 23

Estadísticos descriptivos de la EPVP-EE

Formación educativa	Media	IC (95 %)	Varianza	Simetria	Curtosis
Nº1 "Conozco bien las causas del maltrato en la pareja"	3,49	(3,41;3,56)	0,90	-0,56	-0,01
Nº2 "Soy consciente de las actitudes de las actitudes de la comunidad/sociedad hacia el maltrato en la pareja"	3,78	(3,72;3,85)	0,69	-0,71	0,55
Nº3 "Conozco bien las responsabilidades legales de los/as enfermeros/as"	2,89	(2,81;2,98)	1,14	0,04	-0,64

Formación educativa	Media	IC (95 %)	Varianza	Simetría	Curtosis
Nº4 "Conozco bien cuáles son los servicios de apoyo locales que pueden atender a la víctima o al agresor"	3,07	(2,99;3,15)	1,02	-0,12	-0,65
Nº5 "Soy consciente del papel de otros profesionales de la salud de apoyo a las víctimas y los agresores"	3,34	(3,26;3,42)	1,02	-0,35	-0,50
Nº6 "Tengo buen conocimiento de los efectos del maltrato en la pareja"	3,65	(3,58;3,73)	0,91	-0,62	0,08
Nº7 "Tengo buen conocimiento inicial de cómo responderé eficazmente a víctimas y agresores"	2,72	(2,64;2,80)	0,92	0,08	-0,45
Nº8 "Tengo confianza debido a mi formación como enfermero/a que puedo atender casos de maltrato en la pareja"	2,76	(2,69;2,85)	1,04	0,15	-0,52
Nº9 "Tengo buen conocimiento inicial del papel del/la enfermero/a en la intervención comunitaria para prevenir el maltrato"	2,86	(2,79;2,95)	1,09	0,09	-0,63
Nº10 "Tengo buen conocimiento teórico sobre los ciclos del maltrato"	2,67	(2,57;2,77)	1,59	0,28	-0,98
Identificación de la víctima	Media	IC (95 %)	Varianza	Simetría	Curtosis
Nº11 "Las víctima suele tener una personalidad débil"	3,55	(3,46;3,64)	1,29	-0,49	-0,55
Nº12 "Las víctimas suelen ser poco asertivas"	3,13	(3,05;3,22)	1,08	-0,08	-0,30
Nº13 "Las víctimas están socialmente aisladas"	3,07	(2,99;3,17)	1,35	-0,04	-0,86
Nº14 "A veces las víctimas no buscan ayuda porque han aceptado la situación"	3,93	(3,85;4,01)	1,05	-1,02	0,59
Nº15 "Las víctimas han aprendido con el tiempo a ser indefensas"	3,62	(3,55;3,70)	1,01	-0,54	0,05

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Formación educativa	Media	IC (95 %)	Varianza	Simetría	Curtosis
Nº16 “Las víctimas suelen tener baja autoestima”	4,02	(3,99;4,14)	0,87	-1,01	0,87
Nº17 “Las víctimas son reacias a pedir ayuda”	3,78	(3,72;3,86)	0,79	-0,54	0,11
Identificación del agresor	Media	IC (95 %)	Varianza	Simetría	Curtosis
Nº18 “El agresor suele ser hombre”	3,93	(3,87;4,00)	0,76	-0,94	1,08
Nº19 “El agresor tiene control sobre la víctima”	4,33	(4,27;4,39)	0,62	-1,50	3,18
Nº20 “El agresor sabe cómo manipular las respuestas de la víctima para tener el control y lograr lo que quiere”	4,39	(4,34;4,45)	0,51	-1,49	3,60
Nº21 “El tipo de personalidad de las víctimas les hace vulnerables al abuso”	3,70	(3,63;3,78)	0,87	-0,56	0,08
Nº22 “Las mujeres suelen ser maltratadas por hombres a quienes no les gusta que la mujer tenga más control o sea más independiente”	3,81	(3,74;3,88)	0,75	-0,53	0,23
Rol y valores de enfermería	Media	IC (95 %)	Varianza	Simetría	Curtosis
Nº23 “Los/as enfermero/as deben educar a las víctimas”	4,03	(3,96;4,10)	0,85	-0,88	0,59
Nº24 “Los/as enfermero/as deben intentar convencer a la víctima de que puede tener una vida mejor”	4,29	(4,23;4,37)	0,75	-1,39	2,06
Nº25 “El/la enfermero/a debe poner en contacto a la víctima con otros servicios de apoyo”	4,67	(4,63;4,73)	0,44	-2,73	9,30
Nº26 “El/la enfermero/a debe poner en contacto al agresor con otros servicios de apoyo”	4,19	(4,12;4,28)	1,03	-1,25	1,04
Nº27 “El papel del/la enfermero/a es dar asesoramiento a la víctima”	4,17	(4,10;4,25)	0,87	-1,02	0,53

Formación educativa	Media	IC (95 %)	Varianza	Simetria	Curtosis
Nº28 “El papel del/la enfermo/a es dar asesoramiento al agresor”	4,53	(3,45;3,63)	1,32	-0,40	-0,55
Nº29 “El/la enfermero/a debe identificar a las víctimas a través de programas de detección”	4,06	(3,99;4,13)	0,79	-0,80	0,48
Nº30 “El/la enfermero/a debe identificar a la víctima en su evaluación”	4,22	(4,16;4,29)	0,65	-0,93	0,95
Nº31 “El/la enfermero/a debe trabajar con otros del equipo sanitario para apoyar a la víctima”	4,65	(4,60;4,70)	0,42	-2,33	7,07
Nº32 “El/la enfermero/a debe informar a la víctima de sus derechos legales”	4,09	(4,01;4,18)	1,15	-1,04	0,27

6.3 Análisis de la fiabilidad

La fiabilidad trata de comprobar hasta qué punto la escala creada mide correctamente aquello que pretende medir. La evaluación de la fiabilidad se realizó mediante el análisis de la consistencia interna. El método más empleado para evaluar la consistencia interna de una escala es el coeficiente alpha de Cronbach (1951), sus valores están comprendidos entre 0 y 1. El criterio que se establece para considerar que un instrumento tiene una buena consistencia interna es que su valor sea igual o superior a 0,70, Un valor superior a 0,90 puede indicar redundancia o duplicidad de ítems indicando una consistencia interna inadecuada (Jaju y Crask, 1999). Para las escalas totales son deseables índices de 0,8 o más, mientras que un índice de 0,7 o más para los factores, se considera como satisfactorio.

Para evaluar la fiabilidad, en el apartado siguiente se realiza el análisis de consistencia interna de cada uno de los factores de la escala.

6.3.1 Análisis de la consistencia interna

El cálculo de la consistencia interna se realizó para cada uno de los factores de la escala, mediante el índice alpha de Cronbach como ya se indicó anteriormente. Los resultados señalan que todos los factores superaron el umbral de 0,70 excepto el factor 3 que presentó un resultado discreto ($\alpha=0,66$). En la tabla 24, se muestran los resultados.

Tabla 24

Coefficientes alpha para los 4 factores de la escala definitiva

Factor	Alpha
1: Formación Educativa	0,83
2: Identificación de la víctima	0,72
3: Identificación del agresor	0,66
4: Rol y valores de enfermería	0,78

A continuación, en la tabla 25, mostramos a modo de resumen, los factores, nº de ítems, rango y consistencia interna de la escala final *EPVP-EE* obtenida. (Anexo VII)

Tabla 25

Factores, nº ítems, rango y consistencia interna de la escala final EPVP-EE

<i>Formación educativa (10 ítems)</i>
Rango de puntuación de 10 a 50 puntos. Una puntuación más alta indicaba un nivel de formación mayor. La consistencia interna fue ($\alpha=0,83$)
<i>Identificación de la Víctima (7 ítems)</i>
Rango de puntuación de 7 a 35 puntos. A mayor puntuación mayor percepción en la identificación de las características de la víctima. La consistencia interna fue ($\alpha=0,72$)
<i>Identificación de la Víctima (5 ítems)</i>
Rango de puntuación de 5 a 25 puntos. A mayor puntuación mayor percepción en la identificación de las características del agresor. La consistencia interna fue ($\alpha=0,66$)
<i>Rol y valores de enfermería (10 ítems)</i>
Rango de puntuación de 14 a 70 puntos. A mayor puntuación mayor percepción de cuál es el rol de enfermería frente a la VP. La consistencia interna fue ($\alpha= 0,78$)

6.4. Correlaciones

Las correlaciones entre los factores de la escala EPVP-EE, fueron calculadas con el programa FACTOR versión 9.2 (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2013), los resultados obtenidos se muestran en la tabla 26. Observamos que la correlación más fuerte se muestra entre los factores Identificación a la Víctima e Identificación del Agresor y la correlación más débil entre la Formación Educativa y el Rol y Valores de enfermería.

Tabla 26

Correlaciones entre los factores de la escala EPVP-EE

	FE	IV	IA	RVE
FE	-			
IV	0,19**	-		
IA	0,13**	0,51**	-	
RVE	0,12**	0,17**	0,30**	-

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota: FE (Formación Educativa); IV (Identificación de la víctima); IA (Identificación del agresor); RVE (Rol y valores de la enfermería)

6.5. Análisis de la varianza

En las tablas 27, 28, 29 y 30, observamos la media y la desviación típica para los factores FE, IV, IA, RVE en base al sexo, curso y edad. Destacamos que la variable edad, se analizó en función de los rangos de edad comprendidos entre los 18-25 años, 26-35 años y más de 35 años, como sugirieron los autores en el estudio original (Beccaria, et al., 2011).

Tabla 27

Estadísticos descriptivos del factor Formación Educativa

		Hombre		Mujer	
		\bar{x}	d.t	\bar{x}	d.t
1ºCurso	17-25	30,64	5,59	29,98	5,84
	26-35	32,16	5,52	30,05	6,75
	Más de 35	33,25	6,70	32,62	8,86
	Total	30,94	5,60	30,07	6,01
2ºCurso	17-25	30,37	6,25	30,90	6,16
	26-35	30,12	8,06	34,30	3,74
	Más de 35	34,33	5,03	31,44	6,36
	Total	30,65	6,53	31,12	6,08
3ºCurso	17-25	31,92	9,08	31,33	7,18
	26-35	32,90	6,59	32,90	6,25
	Más de 35	33,50	5	32,25	6,94
	Total	32,32	8,07	31,63	7,02

		Hombre		Mujer	
		\bar{x}	d.t	\bar{x}	d.t
4ºCurso	17-25	29,88	5,95	32,33	5,57
	26-35	29	6,21	32,56	8,16
	Más de 35	35,33	8,02	39,16	7,93
	Total	30,41	6,24	32,56	6,16
Total	17-25	30,75	6,58	31,08	6,27
	26-35	31,39	6,60	32,39	6,85
	Más de 35	34	5,53	33,31	7,61
	Total	31,13	6,53	31,32	6,41

Tabla 28

Estadísticos descriptivos del factor Identificación de la Víctima

		Hombre		Mujer	
		\bar{x}	d.t	\bar{x}	d.t
1ºCurso	17-25	25,84	4,32	25,73	3,94
	26-35	27,50	5,20	25,63	4,23
	Más de 35	25,25	2,98	28,62	3,11
	Total	25,95	4,31	25,82	3,96
2ºCurso	17-25	23,20	5,14	24,53	4,34
	26-35	27,37	1,92	25,80	4,98
	Más de 35	23	3,60	27,77	4,94
	Total	24,14	4,75	24,77	4,44
3ºCurso	17-25	24,96	5,45	25,12	4,64
	26-35	23,20	4,73	25,47	3,86
	Más de 35	22,50	4,20	25,41	2,99
	Total	24,27	5,15	25,19	4,44
4ºCurso	17-25	24,94	3,41	24,80	4,70
	26-35	24,50	4,93	24,12	5,81
	Más de 35	27,33	3,21	27,16	2,99
	Total	25,16	3,59	24,76	4,85
Total	17-25	25,02	4,69	25,10	4,41
	26-35	25,50	4,49	25,10	4,71
	Más de 35	24,42	3,673	27,05	3,69
	Total	25,05	4,565	25,17	4,43

Tabla 29

Estadísticos descriptivos del factor Identificación del Agresor

		Hombre		Mujer	
		\bar{x}	d.t	\bar{x}	d.t
1ºCurso	18-25	19,98	2,23	20,33	2,65
	26-35	21,83	3,18	20,63	2,65
	Más de 35	19,25	2,62	20,75	3,41
	Total	20,10	2,37	20,37	2,67
2ºCurso	18-25	19,16	3,86	20,08	2,82
	26-35	20,50	1,30	19,60	2,54
	Más de 35	19,33	1,52	20,88	3,29
	Total	19,48	3,30	20,10	2,82
3ºCurso	18-25	19,73	3,48	20,48	2,63
	26-35	19,00	2,35	20,32	2,41
	Más de 35	17,75	2,21	21	3,01
	Total	19,35	3,13	20,48	2,60
4ºCurso	17-25	18,82	2,50	20,29	2,64
	26-35	16,75	2,50	18,75	3,23
	Más de 35	17,33	2,30	21,50	1,87
	Total	18,29	2,52	20,09	2,78
Total	17-25	19,61	2,92	20,31	2,68
	26-35	19,71	2,74	19,81	2,82
	Más de 35	18,42	2,17	21	2,91
	Total	19,53	2,84	20,28	2,71

Tabla 30

Estadísticos descriptivos del factor Rol y Valores de Enfermería

		Hombre		Mujer	
		\bar{x}	d.t	\bar{x}	d.t
1ºCurso	17-25	38,66	5,19	39,15	5,67
	26-35	32,83	10,04	39,89	4,25
	Más de 35	39,00	6,73	38,37	6,45
	Total	38,16	5,95	39,18	5,58
2ºCurso	17-25	37,66	8,99	40,53	5,84
	26-35	45	3,38	40,90	6,22
	Más de 35	34,33	5,50	44,55	3,94
	Total	39,05	8,39	40,75	5,82

		Hombre		Mujer	
		\bar{x}	d.t	\bar{x}	d.t
3ºCurso	17-25	40,03	7,35	41,94	4,50
	26-35	38,70	4,44	41,72	4,66
	Más de 35	38	3,55	41,75	5,02
	Total	39,50	6,38	41,90	4,53
4ºCurso	17-25	41,41	5,32	42,54	4,03
	26-35	43,25	5,73	41,09	6,78
	Más de 35	42,33	6,02	42	3,63
	Total	41,83	5,26	42,31	4,54
Total	17-25	39,13	6,59	40,96	5,24
	26-35	39,89	7,27	41,09	5,47
	Más de 35	38,42	5,58	41,74	5,20
	Total	39,20	6,60	41,01	5,26

6.5.1. Análisis de las diferencias en Formación Educativa, Identificación de la Víctima, Identificación del Agresor y Rol y Valores de Enfermería en base a sexo, edad y curso

➤ Formación Educativa

En la tabla 31, observamos los efectos de edad, curso y sexo sobre la formación educativa. En este caso, se realizó la prueba estadística MANOVA, que está indicada cuando existen más de dos variables. Tal como podemos ver, resaltado en color gris la variable edad (grupo de “más de 35”) es la única que aporta diferencias significativas.

Tabla 31

Diseño mixto inter-intra entre el factor Formación Educativa, edad, curso y sexo.

	F	Sig.
Curso	0,58	0,62
Sexo	0,37	0,54
Edad	4,23	0,01
Curso * Sexo	1,15	0,32
Curso * Edad	0,62	0,70
Sexo * Edad	0,25	0,77
Curso * Sexo * Edad	0,33	0,91

En el caso de los grupos de edad, al aplicar un procedimiento de comparación múltiple, se observó que existían diferencias significativas entre el grupo de más edad (más de 35 años) con el grupo de menor edad (18-25 años), (diferencia de medias 3,64, $p < 0,05$). A continuación, en la figura 10, exponemos gráficamente como las puntuaciones de Formación Educativa, aumentan en función de la edad.

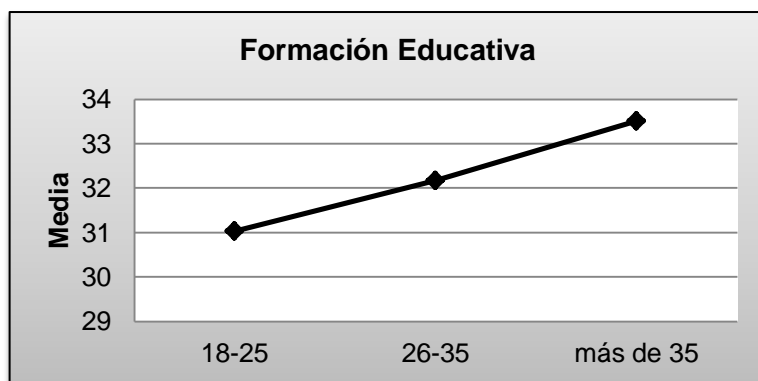


Figura 10. Representación gráfica de la edad en el factor Formación Educativa.

Tal como muestran los resultados y debido a que existe una relación positiva entre la edad y el curso, realizamos la ANOVA para la variable curso y formación educativa, obteniendo un resultado estadísticamente significativo ($F 5.074, p < 0,01$) que se representa en la siguiente gráfica (Figura 11).

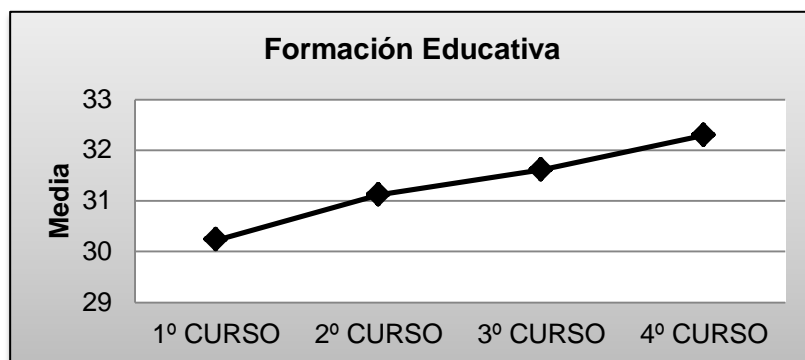


Figura 11. Representación gráfica del curso en el factor Formación Educativa

➤ Identificación de la víctima

En la tabla 32, se muestra el análisis de los efectos de las variables edad, curso y sexo sobre la identificación de la víctima. Tras realizar la MANOVA, en ninguna de las relaciones analizadas se obtuvieron diferencias significativas.

Tabla 32

Diseño mixto inter-intra entre el factor Identificación de la Víctima, edad, curso y sexo.

	F	Sig.
Curso	2,16	0,09
Sexo	2,13	0,14
Edad	1,21	0,29
Curso * Sexo	0,58	0,62
Curso * Edad	1,45	0,18
Sexo * Edad	1,64	0,19
Curso * Sexo * Edad	0,74	0,61

➤ Identificación del agresor

En la tabla 33, se indica los efectos de las variables edad, curso y sexo sobre la identificación del agresor. Al realizar la MANOVA, sólo se encuentran diferencias significativas al relacionar las variables sexo y curso con la Identificación del Agresor. Tras aplicar un procedimiento de comparación múltiple, por un lado se hallan diferencias significativas con puntuaciones superiores de las mujeres respecto a los hombres, (diferencia de medias 1,26, $p < 0,01$). Por otro lado, podemos ver que existen diferencias significativas entre primero y cuarto curso (diferencia de medias 1,55, $p < 0,05$).

Tabla 33

Diseño mixto inter-intra entre el factor Identificación del Agresor, edad, curso y sexo.

	F	Sig.
Curso	2,74	0,04
Sexo	11,63	0,00
Edad	0,17	0,83
Curso * Sexo	2,02	0,10
Curso * Edad	1,56	0,15
Sexo * Edad	2,37	0,09
Curso * Sexo * Edad	0,55	0,76

En la figura 12, se representa cómo las puntuaciones de identificación del agresor disminuyen a medida que se pasa de un curso inferior a uno superior.

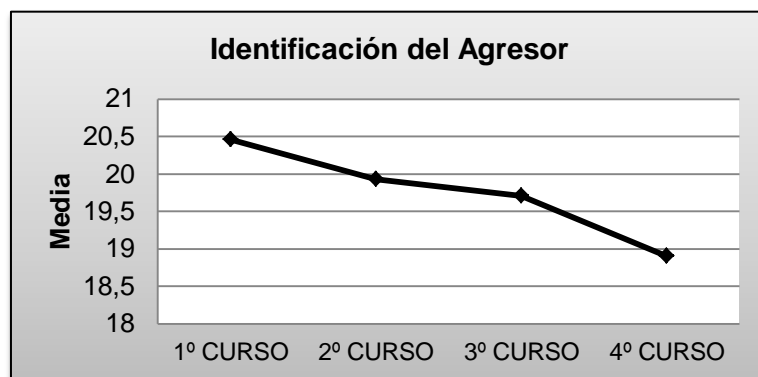


Figura 12. Representación gráfica del curso en el factor Identificación del Agresor

➤ Rol y valores de enfermería

En la tabla 34, tras calcular la MONOVA, observamos los efectos de edad, curso y sexo sobre la escala de Rol y Valores de enfermería. Por un lado, vemos en la variable curso puntuaciones superiores en los cursos académicos más avanzados, estas diferencias son significativas al realizar la comparación entre cursos. En la variable sexo, las puntuaciones superiores se obtienen en las mujeres con diferencias significativas respecto a los hombres.

Tabla 34

Diseño mixto inter-intra entre el factor Rol y Valores de Enfermería, edad, curso y sexo

	F	Sig.
Curso	5,20	0,001
Sexo	7,06	0,008
Edad	0,06	0,93
Curso * Sexo	1,06	0,36
Curso * Edad	2,02	0,06
Sexo * Edad	0,59	0,55
Curso * Sexo * Edad	3,12	0,005

En el caso de la variable curso, al aplicar un procedimiento de comparación múltiple podemos ver que existen diferencias significativas entre primero y segundo curso (diferencia de medias 2,51, $p < 0,01$), primero y tercer curso (diferencia de medias 2,37, $p < 0,01$) y primero con cuarto curso (diferencia de medias 4,12, $p < 0,01$). Cabe destacar, que en la variable sexo, existen diferencias significativas a favor de las mujeres (diferencia de medias 1,93, $p < 0,01$.)

En la figura 13, se observa gráficamente como las puntuaciones del Rol y Valores de enfermería, aumentan en función del curso.

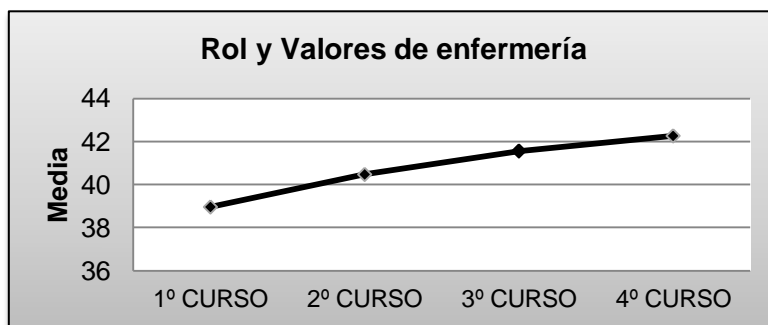


Figura 13. Representación gráfica del curso en el factor Rol y Valores de enfermería.

Por otro lado, existe una triple interacción significativa, entre las variables curso, sexo y edad (tabla 34), ello nos indica que existen diferencias significativas entre el grupo de hombres y mujeres cuando interaccionan con las variables edad y curso. La tendencia general apunta que a mayor curso o edad, la puntuación en la escala de Rol y Valores de Enfermería aumenta, excepto en el grupo de hombres de más de 35 años, donde disminuye la puntuación.

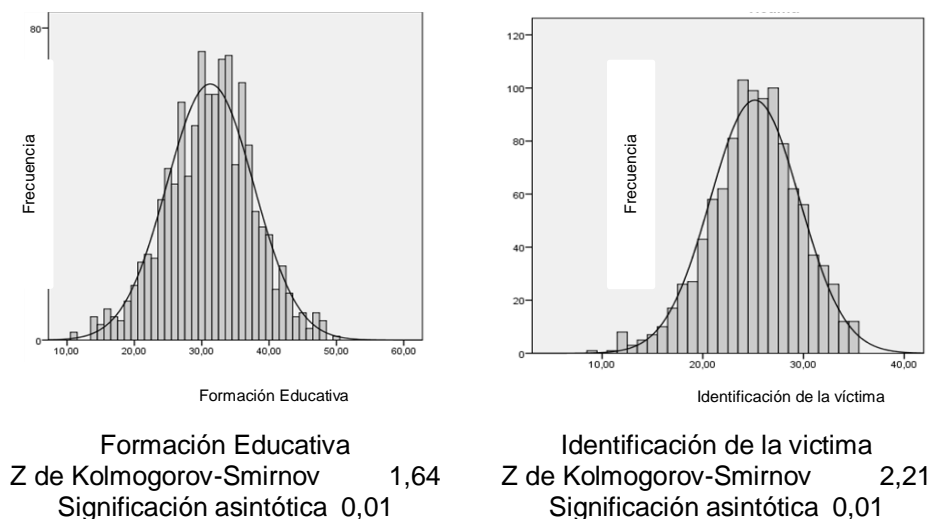
6.9 Baremos de la Escala de Percepción de Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería (EPVP-EE)

6.9.1 Evaluación de la distribución poblacional de las puntuaciones

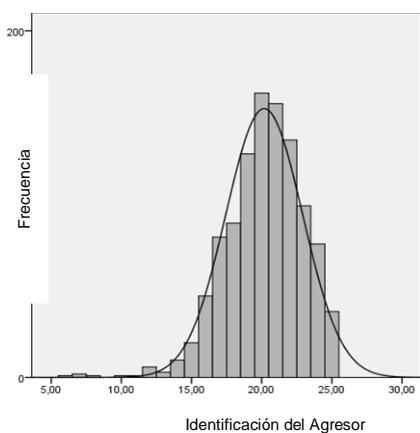
Aplicamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar si la distribución de las puntuaciones factoriales de la escala EPVP-EE se corresponde con la distribución normal en la población. Realizamos esta prueba para los cuatro factores (véase figura 14).

Figura 14

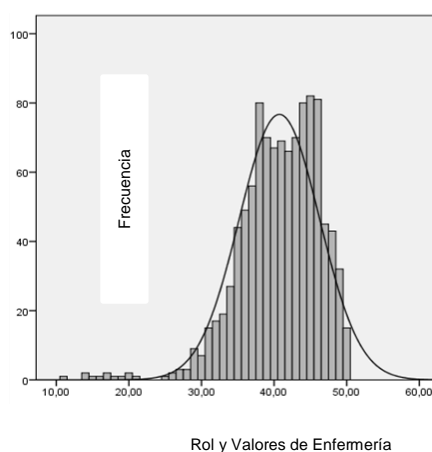
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la distribución de las puntuaciones factoriales de la escala EPVP-EE



Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería



Identificación del Agresor
Z de Kolmogorov-Smirnov 3,47
Significación asintótica 0,01



Rol y Valores de Enfermería
Z de Kolmogorov-Smirnov 2,61
Significación asintótica 0,01

Los resultados, mostrados en la figura 14, nos indican que las distribuciones en Formación Educativa, Identificación de la Víctima, Identificación del Agresor y Rol y Valores de Enfermería, difieren significativamente de una distribución normal en la población.

6.9.2 Estimación de percentiles en la población

Una vez se han obtenidos las puntuaciones de los sujetos en una escala, para facilitar su interpretación y comprensión, transformamos las puntuaciones directas en percentiles y puntuaciones T (media= 50 y desviación típica= 10). El objetivo fundamental de estas transformaciones es expresar puntuaciones directas de tal modo, que hagan alusión a la ubicación del sujeto en un grupo, pudiendo compararlas en relación con sus semejantes.

Las distribuciones de los cuatro factores difieren de la normalidad, así que hemos construido la escala de baremación en base a las puntuaciones de nuestra muestra (véase tabla 35).

Tabla 35

Baremación de la escala EPVP-EE

Baremos de Formación Educativa		Baremos de Identificación de Víctima	
Percentil	Puntuaciones directas	Percentil	Puntuaciones directas
99	43-50	99	33-35
95	42	95	32
90	39-41	90	30-31
80	36-38	80	28-29
70	35	70	27
60	32-34	60	26
50	31	50	25
40	29-30	40	24
30	27-28	30	23
20	24-26	20	21-22
10	21-23	10	19-20
5	16-20	5	13-18
1	10-15	1	7-12

Baremos de Identificación del Agresor		Baremos de Rol y Valores de Enfermería	
Percentil	Puntuaciones directas	Percentil	Puntuaciones directas
99	25	99	49-50
90	24	95	48
80	23	90	47
70	22	80	45-46
60	21	70	44
40-50	20	60	42-43
30	19	50	41
20	18	40	39-40
10	17	30	38
5	13-16	20	35-37
1	5-12	10	33-34
		5	32
		1	20

VII. DISCUSIÓN



Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

VII. Discusión

En el marco teórico del presente estudio, hicimos referencia a cómo en las últimas décadas, la violencia de pareja del hombre contra la mujer, ha ido adquiriendo visibilidad, reconociéndose no únicamente como un problema individual si no como un problema social y de salud pública. Son muchos los avances que se han logrado en el abordaje de esta problemática, aun así, falta mucho camino por recorrer. En este trabajo, se ha querido resaltar la importancia de la formación de los estudiantes de enfermería en VP, puesto que esto incide en la calidad y eficacia de su futura actividad profesional. Consideramos, que la validación de la escala adaptada al español de Percepción de Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería (*EPVP-EE*), implica disponer de un instrumento que ayudará al avance y mejora de la calidad docente y asistencial de los futuros profesionales.

La amplia revisión de la literatura científica nos ha mostrado que existen numerosos instrumentos de cribado y diagnóstico para la detección de la violencia contra la mujer, que aunque mayoritariamente han sido creados en lengua inglesa, muchos de ellos se han adaptado y validado al español. En cambio, no ocurre lo mismo con instrumentos que han sido diseñados para el estudio de la percepción sobre la formación y el rol profesional en estudiantes y profesionales de ciencias de la salud y en particular de enfermería.

La discusión que presentamos en base a los resultados obtenidos en nuestro estudio se desarrolla de acuerdo con los objetivos planteados inicialmente en la investigación y que exponemos a continuación.

En relación con la traducción al español y la adaptación cultural de la escala en nuestra muestra de estudio, cabe señalar que las dificultades fueron mínimas.

En la traducción, fue necesario modificar el enunciado del ítem 9 de la escala de Identificación del Agresor donde aparecía el término aborígenes, el cuál no tenía correspondencia con la interpretación de los estudiantes de nuestra muestra. El término aborígenes, se empleó en la escala original para identificar a una población autóctona de Australia, a la que se atribuían rasgos diferenciales negativos, determinados por sus características raciales. En nuestro contexto, el término que se empleó fue el de inmigrante, puesto que estas representaciones estereotipadas a las que nos hemos referido, podían atribuirse a dicha población.

En la traducción y retrotraducción se analizó especialmente, el término “soy consciente” presente en algunos ítems, ya que creó dudas sobre cómo podía ser interpretado por los estudiantes de nuestra muestra. Se llegó a acordar con los expertos que resultaba perfectamente comprensible para ellos. Ejemplo de lo anterior, es el uso de este término en el ítem 2 del factor Formación Educativa: “Soy consciente de las actitudes de la comunidad...”; y el ítem 5 “Soy consciente del papel de otros profesionales...”

En resumen, puede decirse que la versión final de la escala EPVP-EE, reflejó lo adecuado del trabajo de traducción y adaptación del instrumento, ya que los sujetos no presentaron dificultades en la comprensión gramatical y semántica, ni en el sistema de respuesta. Respecto al tiempo que dedicaron, tampoco existió dificultad alguna, puesto que dispusieron del necesario para rellenar la escala, que resultó ser de 15 a 20 minutos. Los resultados obtenidos nos permiten aceptar nuestra primera hipótesis, referida a que la adaptación al español de la escala es culturalmente apropiada.

A continuación, con el objetivo de analizar la validez de constructo de la escala adaptada al español, se procedió a realizar múltiples análisis estadísticos y métricos. En un primer momento, se realizó el Análisis

Factorial Confirmatorio (AFC) de la escala de seis factores propuesta por los autores, con el fin de comprobar si nuestra muestra se ajustaba a dicha solución factorial. Los valores obtenidos indicaron un índice de ajuste insuficiente, por lo que procedimos a efectuar el Análisis Factorial Exploratorio (AFE).

Previamente, se calcularon los índices de ajuste muestral, cuyo resultado indicó que los datos eran meritorios para esta aplicación. Además, se aplicaron otros procedimientos para determinar cuántos factores eran los apropiados para nuestra muestra. A partir de los resultados obtenidos en dichos análisis, que recomendaron entre tres y ocho factores, se llevó a cabo el AFE con la escala adaptada de seis factores propuesta por Beccaria et. al. (2011).

Una vez concluido el AFE que recomendó un modelo de cuatro factores, se analizaron las saturaciones de cada ítem y en base a los criterios propuestos por Vigil-Colet (2012), se eliminaron 28 ítems de la escala original, lo cual nos permitió configurar una escala de cuatro factores con 35 ítems: *Formación Educativa* (FE), *Identificación de la Víctima* (IV), *Identificación del Agresor* (IA) y *Rol y Valores de Enfermería* (RVE).

Para confirmar la validez de constructo, se utilizó la validación cruzada, en que la muestra de 1064 sujetos se dividió al azar en dos submuestras ($n= 532$). La estructura resultante, estuvo compuesta por 32 ítems, debido a que durante este proceso se eliminaron 3 ítems más, por incumplimiento de los criterios exigidos.

Finalmente, el AFC del total de la muestra con la escala obtenida de 32 ítems, confirmó nuevamente la estructura de cuatro factores, obteniendo un modelo con un mejor ajuste y con resultados significativos en los estadígrafos aplicados. De esta forma, quedó configurada nuestra

escala que denominamos Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería (*EPVP-EE*).

Estos resultados difieren de los obtenidos por Beccaria et al. (2011), que concluyen con una escala de 30 ítems y tres factores: *Formación Educativa* (FE), *Autoeficacia* (A) y *Rol y valores de Enfermería* (RVE), aun así, dos de ellos FE y RVE, coinciden conceptual y estadísticamente con la escala adaptada de nuestro estudio. En este caso, no se cumple la hipótesis planteada en cuanto a la coincidencia de la estructura factorial de la escala adaptada con la original.

En el factor Formación Educativa, los ítems que lo configuran coinciden con los del factor de la escala original. En ambos casos, únicamente se eliminó el ítem 11 (*“Creo que debemos estudiar más a fondo cómo identificar y tratar el maltrato en la pareja en el currículo de enfermería”*). Se consideró que dicho ítem está más relacionado con una acción futura, que con la percepción que tiene el estudiante respecto a su formación educativa en un momento concreto.

Asimismo, en nuestro estudio, los ítems que configuran el factor Rol y Valores de Enfermería, difieren del mismo factor de la escala original en los siguientes ítems: el ítem nº 51 (*“El/la enfermero/a debe dedicar tiempo a escuchar a la víctima”*), nº 52 (*“El/la enfermero/a debe proporcionar a la víctima un buen cuidado físico”*) y nº 53 (*“El/la enfermero/a debe proporcionar un buen cuidado emocional a la víctima”*), estos ítems saturan en otro factor, el factor 2 *Identificación de la Víctima* (IV) de forma que fueron eliminados. El ítem 63 (*“Los/las enfermeros/as no deben hacer juicios de valores”*) y el ítem 61 (*“El/la enfermero/a debe derivarles a otros profesionales de la salud como trabajadores sociales y psicólogos y no involucrarse”*) no saturaron en ningún factor por lo que también fueron eliminados. En el caso de los primeros ítems que hemos citado, están relacionados con el rol y valores

de la enfermera pero no con el rol específico a desarrollar en la violencia de pareja, por este motivo fueron estadísticamente detectados que no saturaban en el factor correspondiente. Por otro lado, el ítem 61, es un ítem muy largo que puede favorecer que la respuesta sea aquiescente (Ferrando, Demestre, Anguiano-Carrasco y Chico, 2011).

A continuación, se expone un breve resumen de las modificaciones que nuestro estudio propone con respecto a la escala original:

- En primer lugar, se reduce la configuración de la escala de 63 ítems a 32.
- En segundo lugar, el número de ítems que se elimina es similar en cada factor, entre cinco y seis, excepto en el Factor 1 (Formación Educativa) en que sólo se elimina el ítem 11.
- En tercer lugar, quedan eliminados dos factores respecto a la escala inicial de seis, quedando compuesta por cuatro: Formación Educativa, Identificación de la Víctima, Identificación del Agresor, Rol y Valores de Enfermería.

El análisis de la fiabilidad de la escala realizado a través del estudio de la consistencia interna, mediante el índice alpha de Cronbach (1951), muestra una adecuada consistencia interna para cada uno de los factores del instrumento, lo cual se expresa en índices superiores a 0,70 en tres de los mismos y un discreto resultado de 0,66 en uno de ellos. En particular, el Factor 1: Formación Educativa, presentó un coeficiente de 0,83; el Factor 2: Identificación de la Víctima 0,72; Rol y valores de Enfermería 0,78, mientras que el Factor 3: Identificación del Agresor alcanzó un resultado de 0,66. Es probable que un aumento en el número de ítems de dicho factor, mejorara notablemente sus índices de fiabilidad, aspecto que podría tenerse en cuenta en futuros estudios.

Estos resultados, nos permiten concluir que la escala obtenida, en líneas generales, posee buenos índices de fiabilidad de cara a la evaluación de dichos constructos asociados a la percepción que tienen los estudiantes de enfermería sobre la violencia de pareja.

Es interesante observar, que al aplicar el procedimiento de comparación múltiple entre las variables sexo, edad y curso en el factor *Formación Educativa* (FE), sólo aparecen diferencias significativas al comparar el grupo de más edad (más de 35 años) con el grupo más joven (18-25 años). Esto puede interpretarse en el sentido de que los estudiantes de mayor edad, perciben tener un mayor conocimiento sobre diversos aspectos teóricos relacionados con la violencia de pareja, a la vez que manifiestan un mayor nivel de confianza para intervenir de manera más efectiva ante esta problemática; tal vez debido a su experiencia de vida y/o a la formación recibida. Este resultado contrasta con el obtenido en la investigación desarrollada por Beccaria et.al. (2011), en la que no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los grupos etarios.

La relación entre la variable curso y el factor *Formación Educativa* (FE), también aporta resultados significativos, que pueden ser interpretados como que los estudiantes, a medida que avanzan hacia cursos superiores perciben tener una mayor formación educativa sobre VP. Ello coincide con otros estudios (García Díaz, et al., 2014), que concluyen que la formación en violencia de pareja en estudiantes de enfermería de primero a tercer curso, parece mejorar la sensibilización y el reconocimiento de estas situaciones.

Del mismo modo, Subirana y Fargues (2005), indican que la formación impartida desde el primer curso de enfermería, podría ser una medida preventiva para la revisión y corrección de posibles mitos y creencias erróneas en los futuros profesionales. Ello nos lleva a reflexionar una vez más, sobre la importancia de incluir y/o potenciar la formación en

violencia de pareja en los planes de estudio de Grado de Enfermería, sin olvidar el interés que también tiene en otras disciplinas de ciencias de la salud y sociales, como por ejemplo Medicina, Trabajo Social, y Psicología, entre otras.

La formación que recibe el estudiante sobre esta temática, permite convertir al docente, en un agente de cambio en el abordaje de lo que en los últimos años ha sido considerado como una “lacra social”. La formación, no sólo permitirá mejorar aspectos relacionados en el ámbito de la salud, si no también, en los múltiples ámbitos en los que esta problemática incide, ya sean familiares, sociales, económicos e incluso políticos.

Otro aspecto a considerar, es la importancia que la práctica clínica adquiere en los planes de estudio de Grado de Enfermería, que se convierte en uno de los ejes básicos y fundamentales de la formación, aspecto que no debemos olvidar al referirnos a temas relacionados con la VP. La práctica clínica constituye una experiencia esencial para el alumno. En ella, puede reafirmar e integrar aquellos conceptos teóricos que se han aprendido en el aula, enfrentándose a situaciones reales que le permiten no sólo su aplicación, sino también, el perfeccionamiento de sus actitudes y habilidades profesionales.

Este planteamiento, nos lleva a inferir, en la necesidad de valerse de esta formación clínica para que el estudiante vaya aprendiendo a detectar y manejar aquellas situaciones que son consecuencia, o llevan implícitas, problemas de salud relacionados con la violencia de pareja. La enfermera, se convierte en un modelo para el estudiante de modo que éste, puede analizar las intervenciones que ésta realiza ante situaciones a menudo complejas y observar el grado de dificultad que llevan implícitas, ya que abarcan aspectos no sólo físicos, sino psicológicos, sociales y legales, entre otros. Por ello, también hay que

incidir en la importancia de una formación dirigida a los profesionales de enfermería y al mismo tiempo, la necesidad de disponer de instrumentos que aporten información al respecto.

El análisis de la relación del factor *Rol y Valores de Enfermería* con las variables edad, curso y sexo, mostró diferencias significativas en la comparación entre cursos y la variable sexo. Si nos referimos al curso, podemos señalar, que a medida que avanza la formación de las estudiantes de primero a cuarto curso, tienen una mayor percepción de cuál debe ser su rol como enfermeras en el manejo de situaciones de VP. Nuestros resultados, son coincidentes con un estudio realizado en una Universidad de Ontario, Canadá, en el que el 82 % de los estudiantes de tres especialidades en Ciencias de la Salud (medicina, enfermería y rehabilitación), estuvieron de acuerdo con que intervenir en situaciones de violencia de pareja constituía un rol importante para ellos (Gerber y Tan, 2009). Sería lógico pensar, que la formación teórico-práctica recibida se va integrando a medida que el estudiante asciende de curso.

Por otro lado, si nos referimos a la relación del factor *Rol y Valores de Enfermería* y la variable sexo, son las mujeres las que obtienen puntuaciones superiores y significativas con respecto a los hombres en dicho factor. Ello puede interpretarse como la influencia que tiene en este aspecto la pertenencia al género femenino y por ello mismo, una mayor sensibilización y concienciación de su papel, ante esta problemática. Ferrer et al. (2006) en su estudio sobre "*La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as*", obtuvo resultados que indican que los chicos muestran creencias y actitudes menos críticas hacia esta forma de violencia con respecto a las chicas, lo cual guarda cierta relación con nuestro planteamiento.

Otros estudios señalan, que cuando la mujer que ha sufrido maltrato pide ayuda, supone un encuentro entre mujeres que comparten un mismo contexto cultural y social en relación con el género y el poder (Wood y Roche, 2001; Goldblatt, 2012), por tanto, respecto a los resultados obtenidos en nuestro estudio, en que las mujeres obtienen una mayor puntuación en comparación con los hombres en *Rol y Valores de Enfermería*, podemos hipotetizar, que la pertenencia de género hace que las mujeres logren una mayor identificación y empatía respecto al rol y valores de la profesión, en su relación con las mujeres víctimas de violencia pareja.

La comparación múltiple de las variables sexo, edad y curso, respecto al factor *Identificación del Agresor (IA)*, muestra diferencias significativas con puntuaciones superiores en las mujeres e igualmente, en los estudiantes de primer año respecto a los de cuarto. Estos últimos resultados que en un primer momento pueden parecer contradictorios, pueden ser interpretados, como que a medida que los estudiantes van avanzando de curso, también van tomando una mayor conciencia de aquellas situaciones que debido a su complejidad requieren de una notable formación y experiencia.

En cambio, en el factor *Identificación de la Víctima (IV)*, los resultados al comparar los efectos de las variables edad, sexo y curso sobre este aspecto, no aportan diferencias significativas en ninguna de las relaciones. En nuestra opinión estos resultados, reflejan una vez más, la influencia del género y sus condicionamientos, puesto que como hemos comentado anteriormente, las enfermeras empatizaran más con la víctima probablemente condicionadas por el hecho de ser mujeres.

Si nos referimos a los baremos obtenidos en la evaluación de la distribución poblacional de las puntuaciones mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov en los cuatro factores, éstos indicaron que las

distribuciones difieren significativamente de una distribución normal en la población, ya que la muestra seleccionada está formada únicamente por estudiantes de enfermería. Esta situación, nos ofrece la posibilidad de ampliar nuestro estudio a una población más diversa, como por ejemplo estudiantes y/o profesionales de medicina, psicología, entre otros.

Los baremos son útiles para interpretar adecuadamente los resultados obtenidos de manera individual y nos aportaran la posibilidad de clasificar mejor a los alumnos y dirigir la formación según sus necesidades particulares. Además se podrán elaborar programas más específicos dirigidos a los requerimientos de los estudiantes en cada curso.

Disponer de la escala *EPVP-EE*, conlleva poder analizar cuestiones mucho más concretas relacionadas con la formación y el manejo de estas situaciones por parte de los estudiantes. Además, podría aportar información útil para ser empleada en distintas actividades docentes, como en los talleres teórico-prácticos o en el aprendizaje basado en problemas, que permiten una mayor proximidad entre el alumno y profesor, favoreciendo la práctica reflexiva y el intercambio de opiniones.

Consideramos, que analizar todos estos aspectos supone un gran avance para la formación de los estudiantes y futuros profesionales de la salud. En nuestra opinión, en ocasiones, la falta de experiencia del estudiante y su inquietud por el aprendizaje de técnicas clínicas, dificulta el abordaje de aspectos relacionados con una perspectiva más psicosocial y/o de salud mental.

Profundizar en los mecanismos de cómo la VP afecta a la salud mental y física de las mujeres y al mismo tiempo de los hijos y la familia en general, implica un reto para el docente de enfermería, que al tratar sobre estos aspectos durante las actividades formativas podrían afectar

emocionalmente a estudiantes involucrados, directa o indirectamente en esta problemática. Brindar información oportuna y valiosa para reconducir estas situaciones, forma parte de nuestro papel como enfermeras y de nuestra actividad docente-educativa.

Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

El hecho de que esta investigación se haya realizado en una muestra de estudiantes de enfermería de la Comunidad Autónoma de Catalunya puede suponer una limitación a la hora de ser aplicado en otras comunidades, puesto que no podrá realizarse una extrapolación directa de los datos. En cambio, ello nos ofrece la posibilidad de abrir nuevas líneas de investigación y desarrollar estudios en Escuelas y Facultades de otras comunidades del estado español.

Por otro lado, el no poder comparar los resultados con otros instrumentos, a excepción del original del que parte esta investigación, ha supuesto una de las mayores limitaciones de este estudio. Como ya se ha expuesto en el marco teórico del presente trabajo, los instrumentos que se han hallado en la literatura científica relacionados con la VP, están dirigidos básicamente al diagnóstico y cribaje. Existen otros instrumentos relacionados con el estudio de las creencias y actitudes de los estudiantes de enfermería y ciencias de la salud, pero éstos evalúan la violencia de pareja desde otra perspectiva más dirigida al estudio de los mitos y los estereotipos y por tanto, no son útiles para llevar a cabo la validez convergente y discriminante del presente instrumento.

Otra de las limitaciones relativa al instrumento, viene dada por la consistencia interna de una de las subescalas ($\alpha = 0,66$), cuyo valor es susceptible de ser mejorado, analizando la posibilidad de incorporar nuevos ítems que ayuden a fortalecer el resultado.

Por último, la validación de la escala *EPVP-EE*, representa el inicio de líneas de investigación que permitirán seguir avanzando en el proyecto de “*Estudi Multicèntric sobre la percepció de la violència de parella en estudiants d’infermeria*”, de forma que se puedan llevar a cabo estudios mixtos de investigación cualitativa y cuantitativa, que ofrecerán la posibilidad de ampliar y complementar los resultados obtenidos hasta este momento.

VIII. CONCLUSIONES



Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

VIII. CONCLUSIONES

El estudio realizado, ha permitido cumplimentar los objetivos inicialmente planteados, lo cual nos lleva a formular las siguientes conclusiones:

- La traducción y adaptación cultural de la escala *EPVP-EE* desarrollada a partir de la escala original de Beccaria et al. (2011), ha sido satisfactoria tanto desde el punto de vista conceptual como semántico, manteniendo el sentido y orientación de la escala original.
- Se ha analizado la validez del instrumento teniendo en cuenta la validez de contenido y de constructo y se ha obtenido una escala de cuatro factores o subescalas y treinta y dos items, que difiere de la escala original.
- Se ha analizado la fiabilidad de la escala adaptada *EPVP-EE*, obteniéndose resultados estadísticos satisfactorios.
- El análisis de la relación entre las variables edad, sexo y curso en cada una de las subescalas, aportó resultados interesantes donde se destaca la importancia de la formación de los estudiantes y el rol de la enfermera en la intervención en situaciones de violencia de pareja.
- Los resultados obtenidos del proceso de traducción, adaptación cultural y validación de la escala *EPVP-EE*, han permitido desarrollar un instrumento que puede ser utilizado en investigaciones futuras, dirigidas a conocer la percepción de los estudiantes de enfermería en los aspectos relacionados con la violencia de pareja.

IX.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



IX. Referencias bibliográficas

- Almutairi, G. D., Alrashidi, M. R., Almerri, A. T., Kamel, M. I., y El-Shazly, M. (2013). How to screen for domestic violence against women in primary health care centers. *Alexandria Journal of Medicine*, 49 (1), 89–94.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias de maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Andrés-Pueyo, A., López, S. y Alvarez, E. (2008). Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del psicólogo*, 29(1), 107-122.
- Arbeláez, M. B., Salazar, O. A. y Vargas, J. A. M., (2007). Método Anova utilizado para realizar el estudio de repetibilidad y reproductibilidad dentro del control de calidad de un sistema de medición. *Scientia et Technica*, 5(37).
- Arias, B. (2008). *Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con Lisrel, AMOS y SAS. Seminario de Actualización en Investigación sobre Discapacidad SAID 2008*. España: Universidad de Valladolid.
- Arredondo-Provecho, A. B., del Pliego-Pilo, G., Nadal-Rubio, M., y Roy-Rodríguez, R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud, de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*, 18(4), 175-182.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005a). *Los buenos tratos a la infancia*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2005b). *Guía de valoración de las competencias parentales a través de la observación participante*. Barcelona: Instituto de Formación, Investigación e Intervención sobre la violencia familiar y sus consecuencias.
- Beccaria, G., Beccaria, L., Dawson, R., Gorman, D., Harris, J., y Hossain, D. (2011). *Undergraduate Nursing Students' Perception and Understanding of Intimate Partner Violence*, Queensland: University of Southern.
- Beccaria, G., Beccaria, L., Dawson, R., Gorman, D., Harris, J. A., y Hossain, D. (2013). Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. *Nurse Education Today*, 33(8), 907–11. doi:10.1016/j.nedt.2012.08.004.

- Beynon, C. E., Gutmanis, I. a, Tutty, L. M., Wathen, C. N., y MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(1), 473. doi:10.1186/1471-2458-12-473.
- Berge. J.M.F y Kiers, H.A.L. (1991). A numerical approach to the exact and the approximate minimum rank of a covariance matrix. *Psychometrika*, 56, 309-351.
- Black, M. C. (2011). Intimate partner violence and adverse health consequences: Implications for clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5, 428–439.
- Blanco, P., Ruíz-Jarabo, C., García, L. y Martín-García. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 182-188.
- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A., y Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458–66. doi:10.1016/j.amepre.2006.01.015
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., y Thompson, R. S. (2009). Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Services Research*, 44(3), 1052–67. doi:10.1111/j.1475-6773.2009.00955.x
- Boursnell, M. y Prosser, S. (2010). Increasing identification of domestic violence in emergency departments: A collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses, *Contemporary Nurse*, 35(1), 35-46.
- Bracken, M. I., Messing, J. T., Campbell, J. C., La Flair, L. N., y Kub, J. (2010). Intimate partner violence and abuse among female nurses and nursing personnel: prevalence and risk factors. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(2), 137– 48.
- Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G., & Pederson, L. L. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Family medicine*, 28(6), 422-428.
- Campbell, J., Jones, A.S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A.C., y Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163.

- Campbell, J. C., Baty, M. L., Ghandour, R. M., Stockman, J. K., Francisco, L., y Wagman, J. (2008). The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *International journal of injury control and safety promotion*, 15(4), 221-231.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331–1336. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8
- Campo-Arias, A., y Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista Salud Pública*, 10(5), 831-839.
- Carlsharmre, M. (2005). *Informe sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones (2004/2220 (INI))*. Bruselas: Parlamento Europeo, Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_03.pdf.
- Casado, M. (2013). L'atenció a les víctimes de violència masclista i domèstica. *Apunts de seguretat*, 12, 7.
- Coll-Vinent, B. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta. Sanitaria*, 22(1), 7–10.
- Comas-d'Argemir, D. (2014). News of partner femicides: The shift from private issue to public problem. *European Journal of Communication*. doi:10.1177/0267323114544865.
- Connor, P. D., Nouer, S. S., Mackey, S. N., Tipton, N. G. y Lloyd, A.K. (2011). Psychometric properties of an intimate partner violence tool for health care students. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(5), 1012 -1035.
- Connor, P. D., Nouer, S. S., Mackey, S. N., Banet, M. S., y Tipton, N. G. (2011). Dental Students and Intimate Partner Violence: Measuring Knowledge and Experience to Institute Curricular Change. *Journal of Dental Education*, 75(8), 1010–1019.
- Connor, P. D., Nouer, S. S., Speck, P. M., Mackey, S. N., y Tipton, N. G. (2013). Nursing students and intimate partner violence education: improving and integrating knowledge into health care curricula. *Journal of Professional Nursing : Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 29(4), 233–9.

Consell de la Professió Infermera de Catalunya. (2010). *Denominació dels termes infermeria i infermera o infermer*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Consejo General de Enfermería. (1989). *Código Deontológico de la Enfermería española*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería.

Consejo General de Enfermería. (2012). Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la Violencia de Género. *Acceso*, 7(11).

Consejo de Europa. (2002). Protección de las mujeres contra la violencia, Recomendación del Comité de Ministros a los Estados miembros. Recuperado de http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/03themes/violence-against-women/Rec%282002%295_Spanish.pdf

Consejo Internacional de Enfermeras. (2002). *Salud de la mujer. Declaración de posición del CIE*. Ginebra: CIE.

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Comisión contra la Violencia de Género. (2007). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.

Dube, R.S., Anda, R.F., Whitfield, C.L., Brown, D.W., Felitti, V.J., Dong, M., Giles, W. H. (2005). Long-Term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28 (5), 430-438.

Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 112-113). Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Corral, P. y López-Goñi, J.J. (2009). Assessing risk markers in intimate partner femicide and severe violence. A new assessment instrument. *Journal of Interpersonal Violence*, 24 (6), 925-939.

Echeburúa, E., Amor, P., Loinaz, I., y Corral, P. De. (2010). Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja--Revisada--(EPV-R). *Psicothema*, 22(4), 1054–1060.

- Ellsberg, M., Jansen, H.A., Heise, L. Watts, C. H. y Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence, an observational study. *The Lancet*, 371 (9619), 1165-1172.
- Estrategia nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer 2013-2016*. (2013). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/EstrategiaNacional/pdf/EstrategiaNacionalCastellano>
- Estudio multipais de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. (2005) Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
- Everett, R. J., Kingsley, K., Demopoulos, C. A., Herschaft, E. E., Lamun, C., Moonie, S. y Chino, M. (2013). Awareness and Beliefs Regarding Intimate Partner Violence Among First-Year Dental Students. *Journal Of Dental Education*, 77, 316–322.
- Edwards, A. L. (1957). *Techniques of attitude scale construction*. New York: Appelton-Century-Crofts.
- Ferrando, P.J. y Anguiano, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Ferrando, P. J., Demestre, J., Anguiano-Carrasco, C., y Chico, E. (2011). Evaluación TRI de la escala IE de Rotter: un nuevo enfoque y algunas consideraciones. *Psicothema*, 23(2), 282-288.
- Ferrer-Pérez, V. A., Bosch-Fiol, E, M., Ramis, M. C., Torres, G. y Navarro, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja : creencias y actitudes en estudiantes universitarios /as. *Psicothema*, 18(3), 359–366. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>
- Ferrer V., Bosch E. y Navarro C. (2011). La violencia de género en la formación universitaria: análisis de factores predictores, *Anales de Psicología*, 27(2), 435-446.
- Ferrer-Pérez, V. A., Bosch-Fiol, E, M., Ramis-Palmer, M. C., Torres, G. y Navarro, C. (2008). Los y las profesionales de la Educación ante la violencia contra las mujeres en la pareja: formación y percepción del problema en alumnado universitario. *REIFP*, 27(11), 3. Recuperado de <http://www.aufop.com/aufop/home/>

- Ferrer-Perez, V. A. y Bosh-Fiol, E. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24(4), 548-554.
- Edwards, A. L. (1957). *Techniques of attitude scale construction*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Ferrando, P.J. y Lorenzo-Seva, U. (2013). Unrestricted ítem factor analysis and score relations with item response theory. Technical report. Department of psychology, Universitat Rovira i Virgili. Recuperado de http://psico.fcep.urv.es/utilitats/factor/
- Fischbach, R. L., y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science y Medicine* (1982), 45(8), 1161–76. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9381230>.
- Flores, S., Cárdenas, L., Gajardo, R., Mardones, G. y Uribe, L. (2004). *Jóvenes universitarias que legitiman la violencia en sus relaciones de Pololeo*. Temuco: Universidad Católica de Temuco.
- García- Díaz, V., Fernández- Feito, A., Rodríguez- Díaz, F.J., Lopez- González, M.L. y Lana- Pérez, A. (2014). Violencia de género en estudiantes de enfermería durante sus relaciones de noviazgo. *Atención Primaria*, 45(6), 290–296.
- García-Esteve, L., Torres, A., Navarro, P., Ascaso, C., Imaz, M.L., Herreras, Z., y Valdés, M. (2011). Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Medicina Clínica*, 137(9), 390-397.
- Gerber, M. R. y Tan, A. K. W. (2009). Lifetime intimate partner violence exposure, attitudes and comfort among Canadian health professions students. *BMC Research Notes*, 2, 191.
- Gil-Gómez, B. y Pascual-Ezama, D. (2012). La metodología Delphi como técnica de estudio de validez de contenido. *Anales de psicología*, 28(3), 1011-1020. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.156211>
- Glass, N., Freland, N., Campbell, J., Yonas, M., Sharp, P. y Kub, J. (2003). Adolescent Dating Violence: Prevalence, Risk Factors, Health Out-comes, and Implications for Clinical Practice. *JOGNN*, 32, 2.
- Golding, J. M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders : A Meta-Analysis, *Journal of family violence* 14(2), 99-132.

- Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645–54. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x
- Goldblatt, H., Buchbinder, E., Eisikovits, Z., y Arizon-Mesinger, I. (2009). Between the professional and the private: the meaning of working with intimate partner violence in social workers' private lives. *Violence against Women*, 15(3), 362–84. doi:10.1177/1077801208330436.
- Guía de recomendaciones para la detección de violencia machista en hombres. (2014). Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona. Recuperado de <http://w110.bcn.cat/Homes/Continguts/Documents/Guia%20Recomanacions%20CAST.pdf>
- Guruge, S. (2012). Nurses' role in caring for womwn experiencing intimate partener violence in the srilankan context. *ISRN Nursing*, doi: 10.5402/2012/486273.
- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., y Macmillan, H. L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence : a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 11, 1–11.
- Hägglom, A. M. E., Hallberg, L. R. y Möller, A.R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women, *Nursing and Health Sciencies*, 7, 235–242.
- Hegarty, K., Hindmarsh, E.D. y Gilles, M.T. (2000). Domestic violence in Australia: definition, prevalence and nature of presentation in clinical practice. *Medical Journal of Australia*, 173(7), 363-367.
- Heise, L., García-Moreno. (2002). Violence by intimate partners. En: *World report on violence and health*. Genève: World Health Organization. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf
- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55.
- Hughes. (2010). Putting the pieces together: how public health nurses in rural and remote Canadian communities respond to intimate partner violence. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(1), 34–47.

- Icart, M.T., Pulpón, A.M., Icart, M.C., Bielsa, M., Rigol, A., Martín, R. y García, R. (2007). Malos tratos: Detección en una muestra de población femenina. *ROL* (30), 2, 114-119.
- International Test Commission (ITC). (2010). Guidelines for Translating and Adapting Test. Recuperado de <http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf>
- Instituto de la Mujer. (2012). *Macro encuesta de violencia de género 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad.
- Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011, BOE, núm. 137, p. 5947 (2014).
- Jaju, A. y Crask, M. R. (1999). The perfect desing: optimizatin between reliability, validity, redundancy in scale ítems and response rates. *Am Market Assoc*, 10, 127-131
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 359(9315), 1423–1429. doi:10.1016/S0140-6736(02)08357-5.
- Johnson, M. P., Leone, J. M. (2005). The differential effects of intimate terrorism and situational couple violence: Findings from the National Violence Against Women Survey. *Journal of Family Issues*, 26(3), 322-349.
- Johnston, B. J. (2006). Intimate partner violence screening and treatment: the importance of nursing caring behaviors. *Journal of Forensic Nursing*. Recuperado de <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33947531349ypartnerID=tZOtx3y1>
- Kaiser, H.F., y Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 111–117.
- Kropp, P., Hart, S., Webster, C., y Eaves, D. (1995). *The Spousal Assault Risk Assessment (SARA)*. Vancouver, British Columbia: British Columbia Institute Against Family Violence.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., y Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

- Lévy, J. P. y Valera, J. (2006). *Modelización con estructuras de covarianzas en Ciencias Sociales: temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales*. España: Netbiblo.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género. BOE núm. 313, p. 21760 (2004).
- Listone, A. y Turoff, M. (1975). *The Delphi Method: Technique and Applications*. Massachusetts: Addison wesley publishing.
- Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, DOGC, núm.5123 Recuperado de http://www.ub.edu/web/ub/ca/sites/genero/docs/normativa/llei_5_2008.pdf
- Loinaz, I. (2014). Distorsiones cognitivas en agresores de pareja : análisis de una herramienta de evaluación. *Terapia psicológica*, 32(1), 5–17.
- Lorenzo-Seva, U. (1999). Promin: A method for oblique factor rotation. *Multivariate Behavioral Research*, 34, 347-356.
- Lorenzo-Seva, U. y Ferrando, P. J. (2013). FACTOR, Unrestricted Factor Analysis V. 9. 2.
- MacCallum, R. C., Roznowski, M., Necowitz, M. y Lawrece, B. (1992). Model modifications in covariance structure analysis: The problem of captialzation on chance. *Psychological Bulletin*, 111(3), 490-504.
- Maiuro, R. D., Vitaliano, P. P., Sugg, N. K., Thompson, D. C., Rivara, F. P., y Thompson, R. S. (2000). Development of a health care provider survey for domestic violence: Psychometric properties. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 245-252.
- Martínez- Arias, R., Hernández- Lloreda, M. J. y Hernández - Lloreda, M. V. (2006). *Psicometría*. Madrid: Alianza Editorial.
- Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397–401.
- Millorar la meva salut i rebre suport. *Programa Ajuda*. (2014). Barcelona: Col.legi Oficial Infermeres i Infermers Barcelona. Recuperado de <http://www.coib.cat/Generiques.aspx?idPagina=2050>
- Morgan, J.E. (2003). Knowledge and experience of domestic violence. *British Journal of Midwifery*, 11(12), 741-747.

- Morrison, L. J., Allan, R., y Grunfeld, A. (2000). Improving the emergency department detection rate of domestic violence using direct questioning. *Journal of Emergency Medicine*, 19, 117–124.
- Muñiz, J. (1998). *Teoría Clásica de los Test* (3ª ed). Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J. (2003). La validación de los test. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 5, 119-139.
- Muñiz, J., Fidalgo, A.M., García-Cueto, E., Martínez, R., y Moreno, R. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
- Muñiz, J. (2005). *Análisis de los ítems*. Madrid: La Muralla.
- Muthén, L. K. y Muthén, B. O. (1998-2011). *Mplus technical appendices*. Los Angeles, CA: Muthén y Muthén. Recuperado de <https://www.statmodel.com/download/techappen.pdf>
- Naciones Unidas. (2006). Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer. Informe del Secretario General A/61/122/Add. 1. Recuperado de <http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/1/27401/InformeSecreGeneral.pdf>
- Natan, M.B. y Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing*, 17(2), 112-117.
- Observatorio de Salud de la Mujer. Unidad de Apoyo a la Investigación. (2005). *Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual*. Málaga: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- ONU Mujeres. (2013). *La eliminación y prevención de todas las formas de violencia contra la mujer y la niña*. Manhattan: ONU Mujeres.
- Orava, T. A., McLeod, P.J. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem in women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 11, 167-186.
- ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE núm. 174, p. 31680 (2008)

- Organización Mundial de la salud. (1998). *Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario*. Ginebra: OMS/OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Intimate partner violence and HIV/AIDS: information sheet. Violence against women and HIV/AIDS- critical intersections*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer : prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., y Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health, 15*(5), 599-611.
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I. y Hernández-Torres, E. (2008). Validación de la Versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gaceta Sanitaria, 22*(5), 415-420.
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Martín, J.M. y Hernández-Torres, E. (2009). Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *J Womens Health (Larchmt), 18*(4), 499-506.
- Póo, A. M., y Vizcarra, M. B. (2008). Violencia de pareja en jóvenes universitarios. *Terapia psicológica, 26*(1), 81-88.
- Prieto, G. y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del psicólogo 31*(1), 67-74.
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. (2012). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Resolución de la Comisión de los Derechos Humanos, 20 abril de 2000, La eliminación de la violencia contra la mujer (E/CN.4/RES/2000/45), Naciones Unidas, Consejo Económico y Social.

- Rigol, A., y Sanchez, I., (2006). Estudio de la percepción que tienen los estudiantes de enfermería sobre las violencias contra las mujeres. *Revista Presencia* 2(3). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n3/r33articulo.php>
- Rigol, A., y Sánchez, I. (2007). Estudio de la percepción que tienen estudiantes universitarios sobre las medidas a adoptar para prevenir y erradicar las violencias contra las mujeres. *Enfermería Comunitaria*, 3(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec6458.php>
- Roberts, G.L, Lawrence, J.M., Williams, G.M. y Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 56-61
- Robinson, R. (2010). Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 572–576. doi:10.1016/j.jen.2009.09.008
- Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J., y Rodríguez- Díaz, F.J., (2009). Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema*, 21, 248-254.
- Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2004). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Ruíz-Pérez, I. (2005). *Violencia contra la mujer y salud. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud*. Málaga: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Sanz-Barbero, B., Rey, L., y Otero-García, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 102–108. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v28n2/original1.pdf>.
- Scheffer-Lindgren, M. y Renck, B. (2008). It is still so deep-seated, the fear : psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(3), 219-228.
- Short, L. M., Alpert, E., Harris, J. M., y Surprenant, Z. J. (2006). PREMIS: a comprehensive and reliable tool for measuring physician readiness to manage IPV. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(2), 173-180.
- Silverman, J.G., Decker, M.R., Saggurti, N., Balaiah, D., y Raj, A. (2008). Partner violence and HIV infection among married Indian women. *Of the American Medical Association*, 300 (6), 703-710.

- Straus, M.A. y Douglas, E.M. (2004). A short form of the Revised Conflict Tactics Scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence and Victims, 19*(5), 507-520.
- Streiner, D. L., y Norman, G. R. (2008). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. New York: Oxford university press.
- Subirana, M. y Fargues, I. (2005). Percepción de las enfermeras expertas sobre el reconocimiento de sus competencias. *Metas Enfermería, 8*, 62-68.
- Sugg, N. K., Thompson, R. B., Thompson, D. C., Maiuro, R., y Rivara, F. P. (1999). Domestic violence and primary care: Attitudes, practices, and beliefs. *Archives of Family Medicine, 8*, 301-306.
- Sundborg, E., Törnkvist, L., Wändell, P., y Saleh-Stattin, N. (2012). Cross-cultural adaptation of an intimate partner violence questionnaire. *Clinical Nursing Research, 21*(4), 450-66.
- Timmerman, M.E., y Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychological Methods 16*, 209-220.
- Tufts, K. A., Clements, P. T. y Karlowicz, K. A. (2009). Integrating intimate partner violence content across curricula: Developing a new generation of Nurse Educators. *Nurse Education Today, 29*(1), 40-47.
- Thompson, R. S., Rivara, F. P., Thompson, D. C., Barlow, W. E., Sugg, N. K., Mauro, R. D., et al. (2000). Identification and management of domestic violence: A randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine, 19*, 253-263.
- United Nations. (1993). Declaration on the Elimination of Violence Against Women .General Assembly. New York: United Nations.
- United Nations. (1995). *Declaration and Platform for Action: Fourth World Conference on Women*. Beijing: United Nations.
- Vigil-Colet, A., Ruiz-Pamies, M., Anguiano-Carrasco, C., y Lorenzo-Seva, U. (2012). The impact of social desirability on psychometric measures of aggression. *Psicothema, 24*(2), 310-315.
- Villavicencio, P., y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.

- Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Gil-González, D., Torrubiano-Domínguez, J., Rohlf, I., y Escribà-Agüir, V. (2009). Sociodemographic profile of women affected by intimate partner violence in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 410-414.
- Walker, L. (1979). *Battered women*. Nueva York: Harper y Row Publishers.
- World Health Organization. (2004). *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Winstok, Z. (2007). Toward an interactional perspective on intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 12(3), 348–363. doi:10.1016/j.avb.2006.12.001
- Wood, G. G., y Roche, S. E. (2001). Situations and representations: Feminist practice with survivors of male violence. *Families in Society*, 82, 583-590.

X. ANEXOS



Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Anexo I:

Permiso del Comité de Etica de la Unviersidad de Barcelona

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Gestió de la Recerca

Pavelló Rosa (recinte Maternitat)
primer pis
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tel. 93 403 53 95 - 93 403 53 97
Fax (34) 93 403 54 00
g.recerca@ub.edu
www.ub.es/ogrc/ogrc.htm

Comisión de Bioética
de la Universitat de Barcelona

Certificado de aprobación
Sobre experimentación en humanos o en muestras de origen humano

Don Albert Royes Qui, Secretario de la Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona.

CERTIFICA:

Que la Dra. **M^a Assumpta Rigol Cuadra** presentó el proyecto titulado "Estudio multicéntrico sobre la percepción de la violencia en la pareja, en estudiantes de enfermería".

La Comisión de Bioética de la Universitat de Barcelona analizó toda la documentación presentada por la Dra. **M^a Assumpta Rigol Cuadra** y, por acuerdo de fecha 18 de diciembre de 2013, aprobó informar **favorablemente** desde el punto de vista bioético el proyecto de investigación de referencia.

Y para que conste y a los efectos que corresponda, firmo este documento con el visto bueno del presidente de la Comisión en Barcelona a 18 de diciembre de 2013.

Vº Bº El presidente de la Comisión de Bioética
de la Universitat de Barcelona

UNIVERSITAT DE BARCELONA



Oficina de Gestió
de la Recerca

Jordi Alberch Vié

Institutional Review Board (IRB00003099)

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Anexo II:

Permiso de los autores para la utilización de la escala original

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

CENTRE FOR RURAL & REMOTE AREA HEALTH

Professor Don Gorman

Director

PHONE +61 7 4631 5456| FAX +61 7 4631 5452

EMAIL don.gorman@usq.edu.au



4 February 2014

Professor Assumpta Rigol Cuadra

Universitat de Barcelona

Pavelló Central, 2a planta

Fiexa Llarga, s/n.

08907 L'Hospitalet de Llobregat

Barcelona

Dear Professor Rigol,

Re: Consent to use our student nurse questionnaire on intimate Partner violence

On behalf of our research team I am happy to give permission for you and your team to utilise our questionnaire and to modify it as needed for your studies in this important area of research.

Yours sincerely

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'D. Gorman', with a horizontal line underneath.

Professor Don Gorman

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Anexo III

Permiso de las Escuelas y Facultades de Enfermería participantes

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería



Na Roser Ricomà Muntaner, degana de la Facultat d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili, accepta permetre l'accés a les aules per poder dur a terme el projecte de recerca amb el títol "**Estudi Multicèntric sobre la percepció de la violència en la parella, en els estudiants d'infermeria**", a través de la professora del Departament d'Infermeria de la URV M^aDolors Burjalés Martí.

Tal com s'ha comunicat, l'estudi consisteix en analitzar la percepció dels estudiants d'infermeria dels diferents cursos en relació a la violència de parella i els coneixements que tenen al respecte. La metodologia de treball consisteix en, per un costat, dur a terme grups focals amb estudiants de diferents cursos i per un altre administrar una escala sobre la percepció de la violència de parella.

Pel que fa als grups focals, es preveuen organitzar-los fora d'hores de classe. Pel que fa a l'administració de la escala, es preveu realitzar-la al finalitzar les classes i utilitzant les hores de classe dels professors, així com demanar directament al professorat la seva col·laboració. Per dur a terme aquest estudi es demanarà als estudiants la seva participació voluntària i anònima, i es respecten els principis ètics recollits a la Declaració de Hèlsinki.

Roser Ricomà



Tarragona, 18 de desembre de 2012

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería



Na Josefina Patiño Masó, degana de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona, accepta permetre l'accés a les aules per poder dur a terme el projecte de recerca amb el títol **“Estudi Multicèntric sobre la percepció de la violència en la parella, en els estudiants d'infermeria”**, a través dels professors del Departament d'Infermeria de la UdG David Ballester Ferrando i Concepció Fuentes Pumarola.

Tal com s'ha comunicat, l'estudi consisteix en analitzar la percepció dels estudiants d'infermeria dels diferents cursos en relació a la violència de parella i els coneixements que tenen al respecte. La metodologia de treball consisteix en, per un costat, dur a terme grups focals amb estudiants de diferents cursos i per un altre administrar unes enquestes sobre la percepció de la violència de gènere.

Pel què fa als grups focals, es preveuen organitzar-los fora d'hores de classe. Pel què fa a l'administració de les enquestes (són 15 minuts) i es preveu realitzar-la en finalitzar les classes i utilitzant les hores de classe dels professors, així com demanar directament al professorat la seva col·laboració. Per dur a terme aquest estudi es demanarà als estudiants la seva participació voluntària i anònima, i es respecten els principis ètics recollits a la Declaració de Hèlsinki.


Universitat de Girona
Facultat d'Infermeria
DEGANAT

Girona, 20 de desembre de 2012

Emili Grahit, 77
17071 Girona
Tel. 972 41 82 97
Fax 972 41 87 73
deg.infermeria@udg.edu

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Anexo IV

Consentimiento informado para el estudio



FACULTAT D'INFERMERIA

En/na.....
amb DNI.....declara que accepta participar
de forma voluntària en l'estudi sobre "*Percepción de la violencia de
pareja en Estudiantes de enfermería: adaptación y validación de
una escala*".

Abans de estat informat de que consisteix l'estudi, la metodologia
de treball i la finalitat.

El meu consentiment implica la participació voluntària en la
resposta a un grup focal i/o la resposta individual un qüestionari.

Les dades i resultats de l'estudi seran confidencials i utilitzades
solament a efectes de la investigació. La meva identitat serà
mantinguda en tot moment en la confidencialitat.

Havent estat informat dono el meu consentiment per participar, he
llegit, signat el document.

Data

Signatura del/la participant

Signatura del/la participant

Investigador

estudiant

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Anexo V

Escala original de seis factores de Beccaria et al.(2011)

Versión original de la Escala de Beccaria, et al. (2011)

Educational Preparedness

1. I have good knowledge about the causes of partner abuse.
2. I am aware of community / societal attitudes towards partner abuse.
3. I have good knowledge about the nurses' legal responsibilities.
4. I have good knowledge of local support services which may assist a victim or perpetrator.
5. I am aware of other health professionals' roles in supporting victims and perpetrators.
6. I have good knowledge of the effects of partner abuse.
7. I have a good beginning knowledge of how to effectively respond to victims and perpetrators.
8. I feel confident from my nursing education in addressing partner abuse.
9. I have a beginning understanding of the nurses' role in community interventions to prevent abuse.
10. I have a good theoretical knowledge of abuse cycles.
11. Think that we need to cover more about how to identify and address partner abuse within the nursing curriculum.

Identify Victim

1. Usually victims are women
2. Men can also be victims of abuse
3. Victims usually have a weak personality
4. Victims are usually not assertive people
5. Victims are socially isolated
6. Sometimes victims don't seek help because they have accepted the situation
7. Victims might feel shame about their problem
8. Victims may want to keep their problem secret
9. Victims have learnt to be helpless over time

10. Victims usually have poor self esteem
11. Victims are reluctant to ask for help
12. Victims have lots of options available to them to leave
13. If victims really wanted to leave they could
14. Abuse within homosexual relationships is common

Identify Perpetrator

1. A perpetrator is usually male
2. Perpetrators lack self esteem
3. Perpetrators have probably learnt their behaviour from their family
4. Perpetrators lack insight into their problem
5. Perpetrators are most likely affected by drug and alcohol use
6. Perpetrators often are physically strong
7. Perpetrators often don't want to seek help
8. Perpetrators are more likely to have a tattoo
9. Perpetrators are more likely to come from an Indigenous background

Causes of Abuse

1. The perpetrator has control over the victim
2. The perpetrator knows how to manipulate the victims response to be most in control and get what they want
3. Perpetrators are often affected by alcohol and drugs
4. The victim's personality type makes them vulnerable to being abused
5. Women are more likely to be abused by men who don't like women having more control or being more independent
6. Women who are dependent on their partner are more likely to become abused
7. The victim usually does something wrong to cause the abuse
8. Not respecting or valuing women causes the abuse

Self-Efficacy

1. I feel confident in being able to support victims in my future nursing practice.
2. I feel confident in being able to support perpetrators in my future nursing practice.
3. I am worried about what I might say to the victim.
4. I am worried about what I might say to a perpetrator which could make the situation worse.
5. I am reluctant to get involved in abuse situations.
6. I think that I might avoid these abuse situations.

Nursing Roles and Values

1. Nurses should provide education to the victim.
2. Nurses should try and convince the victim that they could have a better life.
3. The nurse should spend time listening to the victim.
4. The nurse should provide good physical care to the victim.
5. The nurse should provide good emotional care to the victim.
6. The nurse should link the victim with other support services.
7. The nurse should link the perpetrator with other support services.
8. The nurses' role is to provide counselling to the victim.
9. The nurses' role is to provide counselling to the perpetrator.
10. The nurse should identify victims via screening programs.
11. The nurse should identify the victim in their assessment.
12. The nurse should work with others in the health care team to support the victim.
13. The nurse should refer onto other health professionals such as social workers and psychologists and not get involved
14. The nurse should inform the victim of their legal rights.
15. Nurses need to be non-judgmental.

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Anexo V

Escala original de tres factores de Beccaria et al.(2013)

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Versión original de la escala de tres factores de Beccaria, et al. (2013)

Educational Preparedness

1. I have good knowledge about the causes of partner abuse.
2. I am aware of community / societal attitudes towards partner abuse.
3. I have good knowledge about the nurses' legal responsibilities.
4. I have good knowledge of local support services which may assist a victim or perpetrator.
5. I am aware of other health professionals' roles in supporting victims and perpetrators.
6. I have good knowledge of the effects of partner abuse.
7. I have a good beginning knowledge of how to effectively respond to victims and perpetrators.
8. I feel confident from my nursing education in addressing partner abuse.
9. I have a beginning understanding of the nurses' role in community interventions to prevent abuse.
10. I have a good theoretical knowledge of abuse cycles.

Self-Efficacy

1. I feel confident in being able to support victims in my future nursing practice.
2. I feel confident in being able to support perpetrators in my future nursing practice.
3. I am worried about what I might say to the victim.
4. I am worried about what I might say to a perpetrator which could make the situation worse.
5. I am reluctant to get involved in abuse situations.
6. I think that I might avoid these abuse situations.

Nursing Roles and Values

1. Nurses should provide education to the victim.
2. Nurses should try and convince the victim that they could have a better life.
3. The nurse should spend time listening to the victim.
4. The nurse should provide good physical care to the victim.
5. The nurse should provide good emotional care to the victim.
6. The nurse should link the victim with other support services.
7. The nurse should link the perpetrator with other support services.
8. The nurses' role is to provide counselling to the victim.
9. The nurses' role is to provide counselling to the perpetrator.
10. The nurse should identify victims via screening programs.
11. The nurse should identify the victim in their assessment.
12. The nurse should work with others in the health care team to support the victim.
13. The nurse should inform the victim of their legal rights.
14. Nurses need to be non-judgmental.

Anexo VI

Versión adaptada de la escala de Percepción de Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería (EPVP-EE)

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

Versión adaptada de la escala de Percepción de Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería (EPVP-EE)

Sexo..... H..... M..... Edad.....

Universidad.....Curso.....

Por favor indique a continuación en sus respuestas cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados. Teniendo en cuenta que 1=Muy en Desacuerdo, 2= Desacuerdo, 3= Ni acuerdo ni desacuerdo, 4= Acuerdo, 5= Muy de Acuerdo

	Muy en Desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	Acuerdo	Muy de Acuerdo
	1	2	3	4	5
1. Conozco bien las causas del maltrato en la pareja.					
2. Soy consciente de las actitudes de la comunidad/sociedad hacia el maltrato en la pareja.					
3. Conozco bien las responsabilidades legales de los/as enfermeros/as.					
4. Conozco bien cuáles son los servicios de apoyo locales que pueden atender a la víctima o al agresor.					
5. Soy consciente del papel de otros profesionales de la salud de apoyo a las víctimas y los agresores.					
6. Tengo buen conocimiento de los efectos del maltrato en la pareja.					
7. Tengo buen conocimiento inicial de cómo responder eficazmente a víctimas y agresores.					
8. Tengo confianza debido a mi formación como enfermero/a que puedo para atender casos de maltrato en la pareja					
9. Tengo buen conocimiento inicial del papel del/la enfermero/a en la intervención comunitaria para prevenir el maltrato					

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

10. Tengo buen conocimiento teórico sobre los ciclos de maltrato					
11. Creo que debemos estudiar más a fondo cómo identificar y tratar el maltrato en la pareja en el currículo de enfermería					
12. Las víctimas suelen ser mujeres					
13. Los hombres también son víctimas de maltrato					
14. La víctimas suelen tener una personalidad débil					
15. Las víctimas suelen ser poco asertivas					
16. las víctimas están socialmente aisladas					
17. A veces las víctimas no buscan ayuda porque han aceptado la situación					
18. Las víctimas pueden sentirse avergonzadas de su problema					
19. Las víctimas pueden querer mantener su problema en secreto					
20. Las víctimas han aprendido con el tiempo a ser indefensas					
21. las víctimas suelen tener baja autoestima					
22. Las víctimas son reacias a pedir ayuda					
23. las víctimas tienen abiertas muchas opciones para irse					
24. Si las víctimas realmente quieren irse pueden hacerlo					
25. El maltrato en las relaciones homosexuales es común					
26. El agresor suele ser hombre					
27. Los agresores carecen de autoestima					
28. Los agresores probablemente han aprendido su conducta en la familia					
29. Los agresores no son conscientes de su problema					
30. Los agresores suelen estar bajo los efectos de las drogas y el alcohol					
31. Los agresores suelen ser físicamente fuertes					
32. Los agresores no suelen pedir ayuda					
33. Los agresores suelen llevar tatuajes					
34. Los agresores suelen provenir de una familia inmigrante					

35. El agresor tiene control sobre la víctima					
36. El agresor sabe cómo manipular las respuestas de la víctima para tener el control y lograr lo que quiere					
37. Los agresores con frecuencia están bajo los efectos del alcohol y las drogas					
38. El tipo de personalidad de las víctimas las hace vulnerables al abuso					
39. Las mujeres suelen ser maltratadas por hombres a quienes no les gusta que la mujer tenga más control o sea más independiente					
40. Las mujeres que son dependientes de su pareja tienen mayor probabilidad de ser maltratadas					
41. La víctima suele hacer algo mal que ocasiona el maltrato					
42. No respetar o valorar a las mujeres causa maltrato					
43. Confío en ser capaz de apoyar a las víctimas cuando en el futuro ejerza la enfermería					
44. Confío en ser capaz de apoyar a los agresores cuando en el futuro ejerza la enfermería					
45. Me preocupa qué puedo decirle a la víctima. ®					
46. Me preocupa qué puedo decirle al agresor por si empeoro la situación. ®					
47. Me resisto a implicarme en situaciones de maltrato. ®					
48. Creo que podría evitar estas situaciones de maltrato. ®					
49. Los/as enfermero/as deben educar a las víctimas					
50. Los/as enfermero/as deben intentar convencer a la víctima de que puede tener una vida mejor					
51. El/la enfermero/a debe dedicar tiempo a escuchar a la víctima					
52. El/la enfermero/a debe proporcionar a la víctima un buen cuidado físico					
53. El/la enfermero/a debe proporcionar un buen cuidado emocional a la víctima					
54. El/la enfermero/a debe poner en contacto a la víctima con otros servicios de apoyo					
55. El/la enfermero/a debe poner en contacto al agresor con otros servicios de apoyo					

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

56. El papel del/la enfermero/a es dar asesoramiento a la víctima					
57. El papel del/la enfermero/a es dar asesoramiento al agresor					
58. El/la enfermero/a debe identificar a las víctimas a través de programas de detección					
59. El/la enfermero/a debe identificar a la víctima en su evaluación					
60. El/la enfermero/a debe trabajar con otros del equipo sanitario para apoyar a la víctima					
61. El/la enfermero/a debe derivarles a otros profesionales de la salud como trabajadores sociales y psicólogos y no involucrarse					
62. El/la enfermero/a debe informar a la víctima de sus derechos legales					
63. Los/las enfermeros/as no deben hacer juicios morales					

Anexo VII

Versión final de la Escala de Percepción de Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería (*EPVP-EE*)

Versión final de la escala de EPVP-EE

Sexo..... H..... M..... Edad.....

Universidad.....Curso.....

Por favor indique a continuación en sus respuestas cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con los siguientes enunciados. Teniendo en cuenta que 1=Muy en Desacuerdo, 2= Desacuerdo, 3= Ni acuerdo ni desacuerdo, 4= Acuerdo, 5= Muy de Acuerdo

	Muy en Desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni Desacuerdo	Acuerdo	Muy de Acuerdo
	1	2	3	4	5
1. Conozco bien las causas del maltrato en la pareja.					
2. Soy consciente de las actitudes de la comunidad/ sociedad hacia el maltrato en la pareja.					
3. Conozco bien las responsabilidades legales de los/as enfermeros/as.					
4. Conozco bien cuáles son los servicios de apoyo locales que pueden atender a la víctima o al agresor.					
5. Soy consciente del papel de otros profesionales de la salud de apoyo a las víctimas y los agresores.					
6. Tengo buen conocimiento de los efectos del maltrato en la pareja.					
7. Tengo buen conocimiento inicial de cómo responder eficazmente a víctimas y agresores.					
8. Tengo confianza debido a mi formación como enfermero/a que puedo para atender casos de maltrato en la pareja					
9. Tengo buen conocimiento inicial del papel del/la enfermero/a en la intervención comunitaria para prevenir el maltrato					
10. Tengo buen conocimiento teórico sobre los ciclos de maltrato					
11 La víctimas suelen tener una personalidad débil					

Percepción de la Violencia de Pareja en Estudiantes de Enfermería

12. Las víctimas suelen ser poco asertivas					
13. las víctimas están socialmente aisladas					
14. A veces las víctimas no buscan ayuda porque han aceptado la situación					
15. Las víctimas han aprendido con el tiempo a ser indefensas					
16. las víctimas suelen tener baja autoestima					
17. Las víctimas son reacias a pedir ayuda					
18. El agresor suele ser hombre					
19. El agresor tiene control sobre la víctima					
20. El agresor sabe cómo manipular las respuestas de la víctima para tener el control y lograr lo que quiere					
21 El tipo de personalidad de las víctimas las hace vulnerables al abuso					
22. Las mujeres suelen ser maltratadas por hombres a quienes no les gusta que la mujer tenga más control o sea más independiente					
23. Los/as enfermero/as deben educar a las víctimas					
24. Los/as enfermero/as deben intentar convencer a la víctima de que puede tener una vida mejor					
25 El/la enfermero/a debe poner en contacto a la víctima con otros servicios de apoyo					
26. El/la enfermero/a debe poner en contacto al agresor con otros servicios de apoyo					
27. El papel del/la enfermero/a es dar asesoramiento a la víctima					
28. El papel del/la enfermero/a es dar asesoramiento al agresor					
29. El/la enfermero/a debe identificar a las víctimas a través de programas de detección					
30 El/la enfermero/a debe identificar a la víctima en su evaluación					
31. El/la enfermero/a debe trabajar con otros del equipo sanitario para apoyar a la víctima					
32. El/la enfermero/a debe informar a la víctima de sus derechos legales					

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ES.
Maria Dolores Burjalés Martí
Dipòsit Legal: T 1704-2015