



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales
e Igualdad
España

Vives Cases, Carmen; Torrubiano Domínguez, Jordi; Carrasco Portiño, Mercedes; Espinar Ruiz, Eva;
Gil González, Diana; Goicolea, Isabel

Validación de la Versión Española del Cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner
Violence Survey (PREMIS)

Revista Española de Salud Pública, vol. 89, núm. 2, marzo-abril, 2015, pp. 173-190
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17036224006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ORIGINAL

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO

PHYSICIAN READINESS TO MANAGE INTIMATE PARTNER VIOLENCE SURVEY (PREMIS) (*)

Carmen Vives Cases (1, 2, 3), Jordi Torrubiano Domínguez (2,4), Mercedes Carrasco Portiño (2,5), Eva Espinar-Ruiz (6), Diana Gil-González (1,2,3) e Isabel Goicolea (2,7).

(1) Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante.

(2) Grupo de Investigación de Salud Pública. Universidad de Alicante.

(3) CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

(4) Departamento de Estadística. Universidad Miguel Hernández. Elche.

(5) Departamento de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Chile.

(6) Departamento de Sociología II. Universidad de Alicante.

(7) Departamento de Epidemiología y Salud Global. Universidad Umea. Suecia.

(*) Este estudio forma parte del proyecto de investigación *Violencia contra las mujeres en la pareja y respuestas de los profesionales de atención primaria de salud de España*, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad y el Instituto Carlos III (PI13/00874) para el periodo 2014-2016. También recibió el apoyo económico de COFAS (*COFUND action within the Marie Curie Action People, in the Seventh Framework program and the Swedish Council for Working Life and Social Research/FAS-Forskningsradet för arbetsliv och socialvetenskap*).

RESUMEN

Fundamentos: El *Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey* (PREMIS) es uno de los cuestionarios más completos en el contexto internacional para la valoración de la capacidad de respuesta frente a la violencia del compañero íntimo por los profesionales de Atención Primaria de Salud. El objetivo de este estudio fue determinar la fiabilidad, consistencia interna y validez de constructo de la versión española de este cuestionario.

Métodos: Tras la traducción, retrotraducción y valoración de la validez de contenido del cuestionario, se distribuyeron en una muestra de 200 profesionales de medicina y enfermería de 15 centros de atención primaria de 4 Comunidades Autónomas en 2013 (Comunidad Valenciana, Castilla León, Murcia y Cantabria). Se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach, los de correlación intraclase y rho de Spearman (test-retest).

Resultados: la versión española del PREMIS incluyó 64 ítems. El coeficiente α de Cronbach fue superior a 0,7 o muy cercano a ese valor en la mayoría de los índices. Se obtuvo un coeficiente de correlación intraclase de 0,87 y un coeficiente de Spearman de 0,67 que muestran una fiabilidad alta. Todas las correlaciones observadas para la escala de opiniones, la única tratada como estructura factorial en el cuestionario PREMIS, fueron superiores a 0,30.

Conclusiones: el PREMIS en español obtuvo una buena validez interna, alta fiabilidad y capacidad predictiva de las prácticas auto-referidas por médicos(as) y enfermeros(as) frente a casos de violencia del compañero íntimo en centros de atención primaria.

Palabras clave: Actitudes personal sanitario. Características psicométricas, Fiabilidad. Violencia conyugal. Cuestionarios. Validación.

Correspondencia

Carmen Vives Cases
Carretera San Vicente del Raspeig s/n.
Edificio de Ciencias Sociales, Sótano.
Dpto. de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública, e Historia de la Ciencia.
Universidad de Alicante
carmen.vives@ua.es

DOI:

ABSTRACT

Validation of the Spanish Version of Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS)

Background: At the international level PREMIS – “Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey”- is amongst the most comprehensive instruments to evaluate primary health care professionals’ readiness. The aim of this study is to assess the reliability, internal consistency and construct validity of the Spanish version of this questionnaire.

Methods: After translation, back translation and assessment of content validity of the questionnaire, 200 questionnaires were distributed to medical doctors and nurses working in 15 primary health care centres located in 4 autonomous regions (Comunidad Valenciana, Castilla León, Murcia, Cantabria), in 2013. Cronbach’s alpha, intraclass correlation and rho Spearman coefficients were calculated.

Results: the Spanish version of PREMIS encompasses 64 items. Cronbach’s alpha coefficient was greater than or close to 0.7 in most of indices. Intraclass correlation coefficient of 0.87 and Spearman coefficient of 0.67 showed a high reliability. All correlations for the scale of Opinions, which is the only one that was considered factorial structure of the questionnaire PREMIS, were higher than 0.30.

Conclusions: the Spanish version of PREMIS obtained good internal validity, high reliability and predictive self-reported capacity of medical practitioners and nurses in Intimate Partner Violence cases in PHC centers.

Keywords: Attitude of health personnel. Psychometrics. Reliability, Spouse Abuse. Questionnaires.

INTRODUCCIÓN

La prevención de la violencia contra las mujeres (VCM) es una prioridad de Salud Pública por su magnitud en el mundo, sus graves consecuencias para la salud de las mujeres y su impacto en los servicios sanitarios. Solo teniendo en cuenta los casos de asesinatos de mujeres, la manifestación más extrema de la VCM, un estudio reciente basado en 54 países puso de manifiesto que las mujeres tienen un riesgo 5 veces mayor de ser asesinadas por sus parejas masculinas en comparación con los hombres¹. Este estudio se centra en la violencia del compañero íntimo contra las mujeres (VCI) por ser la forma de VCM más visible en términos epidemiológicos, políticos y en relación con el abordaje sanitario. En el conjunto de la Unión Europea, en torno al 22% de las mujeres adultas declaran haber sufrido VCI (física y/o sexual) alguna vez en su vida². En España, el primer y único estudio realizado con una amplia muestra de mujeres usuarias de los centros de atención primaria de salud (APS) registró una prevalencia del 35% para el año 2007³.

Los servicios sanitarios y sus profesionales tienen una posición estratégica para el abordaje de todas las formas de VCM, precisamente a causa de sus graves consecuencias en la salud física y psicológica de las mujeres. La VCI, concretamente, ha sido relacionada con diversos tipos de problemas de salud físicos y psicológicos, deterioro funcional, consumo de drogas, tabaco y/o alcohol así como problemas de salud reproductiva y mental⁴. En consecuencia, las mujeres afectadas por este problema acuden a los servicios sanitarios con más frecuencia, especialmente a los de APS, incluso con mayor probabilidad que a la policía o a servicios específicos de atención a la VCI⁵. El papel de los profesionales sanitarios es, por tanto, clave no solo para la detección y denuncia de los casos sino también para contribuir a promover, coordinar y poner en marcha las estrategias necesarias para abordar la VCI.

Existe un consenso general sobre las principales acciones que el sector de la salud puede llevar a cabo en relación con la VCI: preguntar

a todas las mujeres sobre experiencias sufridas de violencia, estar alerta a posibles signos y síntomas, proporcionar asistencia para el cuidado de la salud y registrar todos los casos, orientar sobre los recursos existentes, coordinarse con otros profesionales e instituciones, y proporcionar evidencias sobre la magnitud y gravedad de los malos tratos. Todas estas acciones deberían llevarse a cabo garantizando la privacidad y la confidencialidad así como el apoyo y respeto hacia las decisiones de las mujeres. Sin embargo, todavía son escasas las herramientas existentes que permitan analizar la capacidad de generar este tipo de respuestas por parte de profesionales del sector salud ante la VCI⁶.

En el contexto internacional se han desarrollado herramientas para la valoración de la capacidad de respuesta de los profesionales sanitarios como el cuestionario PREMIS (*Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey*)⁷. Creado en Estados Unidos en 2002, permite valorar el nivel de formación, conocimientos, opiniones y percepciones sobre la calidad de las actuaciones llevadas a cabo en la consulta por parte de los profesionales de APS con respecto a los casos de VCI. A diferencia de otras herramientas anteriores^{8,9}, el PREMIS integra en un mismo cuestionario preguntas relacionadas con todos estos indicadores facilitando, de forma más completa, la valoración de la capacidad de respuesta de los profesionales de APS.

En España, a raíz de la Ley Orgánica 1/2004 de Protección Integral contra la violencia de género¹⁰, se ha reforzado el papel del sector de la salud en las respuestas a la VCI, siendo unos de los pocos países del mundo que en su legislación sobre el tema contempla actuaciones específicas de las instituciones sanitarias en general y de la APS en particular¹¹.

El objetivo de este estudio fue determinar la fiabilidad, consistencia interna y validez de constructo del cuestionario PREMIS para la medición del nivel de formación, los conocimientos, las opiniones, las percepciones y las prácticas de profesionales de APS con respecto a la respuesta a la VCI.

SUJETOS Y MÉTODO

Participantes. A través de un muestreo no probabilístico a conveniencia, sobre la totalidad del personal de 4 centros de APS de 4 Comunidades Autónomas (Murcia, Comunidad Valenciana, Castilla León y Cantabria) se seleccionó a 330 participantes (**tabla 1**). Se obtuvo una muestra final de 200 profesionales (120 de medicina y 80 de enfermería).

Instrumento de medida. En primer lugar, se llevó a cabo la traducción y retro traducción del cuestionario. Para ello, se adaptó el original de Estados Unidos al contexto cultural de España en 2013. El instrumento original fue traducido semánticamente (no literalmente) del inglés al castellano por una investigadora bilingüe de origen español y esta versión fue retrotraducida al inglés por otra investigadora bilingüe de origen norteamericano.

En segundo lugar, la versión en español del PREMIS fue revisada por tres investigadoras españolas expertas en violencia de género con el fin de determinar la validez de contenido de la escala en el contexto español. Fruto de esta revisión, un ítem de la escala fue modificado (se sustituyó población afroamericana por población de etnia gitana), el orden de las

preguntas fue modificado para situar la sección sobre conocimientos al final del cuestionario y se revisó el estilo de algunas frases. La primera parte, que contiene información sociodemográfica y profesional de las personas participantes, también se modificó con la finalidad de reflejar mejor la realidad de los profesionales de APS en España. Esta versión revisada fue después compartida con la autora del PREMIS, con quien se discutieron algunos aspectos y se modificó nuevamente el estilo de algunas frases, para asegurar que el sentido fuera el mismo que el del cuestionario original (**anexo 1**). Es así como que se obtuvo el permiso de Lynn M Short, primera autora de la versión original del PREMIS y quién ostenta los derechos de propiedad intelectual de dicho cuestionario⁷.

Por último, se realizó una prueba piloto del con cinco médicas de familia y cuatro enfermeras que trabajaban en diferentes centros de atención primaria de España. Además de pedirles que rellenaran el cuestionario, se les solicitó que hicieran comentarios sobre el mismo de forma voluntaria. Durante el pre-test se comprobó que el cuestionario era perfectamente legible, que los ítems podían ser contestados por médicas de familia y enfermeras de atención primaria españolas y que las participantes no reaccionaban negativamente ante las preguntas. Tras esta fase de adaptación de la escala se obtuvo un cuestionario con 60 ítems, distribuidos en 34 preguntas y cuatro secciones (**anexo 2**).

Procedimiento de recogida de información. Una vez identificados los 4 centros de APS donde realizar la recogida de información, el equipo de investigación se puso en contacto con la dirección de los mismos para poder acceder a las/os profesionales sanitarios. Posteriormente a la autorización, el cuestionario fue entregado en mano o se dejó en el casillero de cada profesional en el centro de trabajo en horario laboral. Nos centramos en profesionales de medicina y enfermería por ser dos grupos de profesionales que tienen mayor posibilidad de estar en contacto con mujeres en su activi-

Tabla 1
Distribución de la muestra según establecimiento, número centro de atención y la Comunidad Autónoma a la que pertenece dicho centro

Comunidad autónoma	Número de centro	Médicos/as de familia	Enfermeras /os
Murcia	1	14	14
	2	13	13
	3	8	8
	4	12	13
Comunidad Valenciana	5	14	14
	6	15	15
	7	10	10
	8	12	13
Castilla León	9	9	10
	10	10	11
	11	11	8
Cantabria	12	17	14
	13	5	5
	14	11	10
	15	5	6

dad laboral y por formar un grupo suficientemente homogéneo para validar el cuestionario. La recuperación de los cuestionarios rellenados fue a través de entrega directa o en un casillero asignado al grupo de investigación para dicho efecto.

Análisis de los datos. El análisis se realizó considerando la lógica de un estudio de validación de propiedades psicométricas de un instrumento, que comprende los siguientes pasos:

- **Validez del constructo:** Se valoró la pertinencia de realizar un análisis factorial exploratorio mediante las pruebas de adecuación muestral de Káiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Se comprobó si los 32 ítems de la sección opiniones de la escala PREMIS española mantenían una estructura factorial similar a la versión original del cuestionario. Para ello se calculó el valor del estadístico de asimetría que estaba comprendido entre -0,754 y 0,641, mientras que el rango de curtosis obtenido estaba entre -1,132 y 0,933. Los valores de curtosis indican una asimetría a la izquierda, por tanto, se optó por realizar un análisis factorial utilizando el análisis de componentes principales con rotación varimax como método de extracción. Las dimensiones de la estructura elegida fueron aquellas en que los autovalores eran mayores de 1. Además, se eliminaron los ítems que en la matriz de componentes rotados obtuvieron valores elevados en 2 o más factores, no siendo clara su inclusión en un único factor. Posteriormente, se realizó un modelo de regresión lineal multivariante para comprobar validez predictiva interna de los factores identificados. Se utilizó el índice referido a las prácticas profesionales como variable dependiente y como variables independientes los índices de las escalas formación y opiniones. Este modelo nos sirvió para comprobar si las prácticas profesionales auto-referidas por médicas/os y enfermeras/os se pueden predecir por los índices extraídos del cuestionario PREMIS.

- **Consistencia interna:** Se valoró la consistencia interna o confiabilidad por medio del cálculo del coeficiente α de Cronbach para todos los factores hallados en la sección de opiniones así como para el resto de índices del cuestionario. Se consideró satisfactorio un valor superior a 0,7.

- **Fiabilidad:** Para valorar la fiabilidad de la escala, en cuanto a su reproducibilidad en el tiempo, se comparó la relación de los valores obtenidos en dos aplicaciones del cuestionario mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclass y el coeficiente de correlación rho de Spearman (test-retest). Para ello, se administró el cuestionario a una submuestra aleatoria de 10 profesionales (7 enfermeras/os y 3 médicas/os) con un intervalo de 15 días. La escala se entregó y revisó tras su cumplimentación.

Se realizó un análisis específico para los ítems que conformaban los diferentes factores de la sección opiniones con el fin de evaluar las variaciones del α de Cronbach en los factores. Para hacerlo, se eliminó un ítem del factor al que pertenecía y se calculó el valor del α de Cronbach para todos los ítems de los factores encontrados. Si, a pesar de eliminar los ítems, los valores del α de Cronbach observados eran superiores a 0,30 se consideró que los ítems que conformaban los factores formaban un único constructo.

Para la construcción de la base de datos se utilizó Excel de Microsoft Office y para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS v.15.0.

RESULTADOS

El 59,6% de los 200 sujetos encuestados fueron mujeres, con una edad media de 50,44 años [desviación estandar (DE): 9,5] y una experiencia media de trabajo en atención primaria de 19,4 años (DE=10,1). El 29% de las personas encuestadas estimaron que no habían recibido formación en VCI y

el 50,3% había recibido 7 horas o menos de formación. La media de horas que estimaron haber invertido en formación para este problema fue de 18 horas (DE: 33,0), con 15 (7,5%) profesionales declarando tener entre 50 y 300 horas de formación.

Validez del constructo: Tanto los resultados de la prueba KMO (0,75) como del test de esfericidad de Barlett ($\chi^2=2390,09$) mostraron que era adecuado realizar el análisis factorial.

En el ajuste final del análisis factorial se obtuvo un valor en el test de esfericidad de Bartlett de $p<0,05$ (las correlaciones entre los elementos que no están en la diagonal principal son distintas a cero). También el valor obtenido en la medida de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,729$) fue mayor a 0,6, lo que nos indica que las correlaciones parciales eran elevadas y que los resultados del análisis factorial se obtuvieron con suficientes garantías. Finalmente, tras el análisis factorial se eliminaron los ítems 6, 11, 17, 20, 24, 26, 27 y 28, configurando inicialmente una estructura de 9 factores que posteriormente quedó reducida a 8, al no cumplir el noveno factor los criterios de consistencia interna del α de Cronbach. Estos 8 factores recogían el 64,14% de la variabilidad total explicada (tabla 2). De los 8 factores obtenidos para la sección opi-

niones del cuestionario, 5 se asemejaban al cuestionario PREMIS original y 3 resultaron con una estructura propia del cuestionario español (tabla 3).

En el ajuste del modelo lineal multivariante se observó una fuerte validez predictiva interna entre las escalas del cuestionario español del PREMIS. Cuatro de las escalas resultaron significativas (nivel de capacitación percibido, nivel de conocimiento percibido, opinión sobre la capacidad para el manejo de la VCI y opinión sobre la autoeficacia) explicando el 51,9% de la variabilidad de las actuaciones en casos de VCI ($F=20,264$; $p<0,0001$; R^2 corregido=0,519) (tabla 4)

Consistencia interna: Los valores del coeficiente α de Cronbach para la mayoría de los índices fueron superiores a 0,7 o muy cercanos a ese valor menos en los casos de “Instalaciones y tiempo en su centro para la atención de VCI” ($\alpha=0,514$), “Autonomía de las mujeres” ($\alpha=0,449$) y “Autoeficacia” ($\alpha=0,584$). No se pudo calcular el valor del α de Cronbach para los índices de “Conocimientos” y “Prácticas Profesionales” por tratarse de índices compuestos. Por último, en el análisis factorial, también se encontró un noveno factor que fue eliminado porque el α de Cronbach no se pudo calcular debido a su falta de consistencia (tabla 5).

Fiabilidad: La puntuación obtenida en los indicadores de la escala PREMIS en el coeficiente de correlación intraclase fue de 0,87 y el valor del coeficiente de Spearman fue de 0,67.

Todas las correlaciones observadas para la escala de opiniones, la única tratada como estructura factorial en el cuestionario PREMIS, fueron superiores a 0,30 y los valores α de Cronbach de cada uno de sus ítems fueron aceptables en todos los casos, excepto en el de opiniones sobre “Autoeficacia” ($\alpha=0,331$). Sin embargo, se optó por dejar el ítem en el índice porque el valor de la correlación total era aceptable (0,492) (tabla 3).

Tabla 2
Número de factores y porcentaje de varianza resultante del análisis factorial de componentes principales para la sección opiniones

Factores	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,030	21,535	21,535
2	2,531	9,038	30,573
3	2,049	7,316	37,889
4	1,813	6,476	44,366
5	1,704	6,087	50,452
6	1,391	4,967	55,419
7	1,281	4,577	59,996
8	1,162	4,148	64,144

Tabla 3
Características de los índices (factores) del apartado de la escala de opiniones,
ítems que lo forman y del análisis de consistencia interna

Índices (factores)	Nº de ítem	Correlación total del ítem	α de Cronbach sin el ítem
Opinión sobre preparación del equipo	10a	0,842	0,900
	10b	0,906	0,850
	10c	0,805	0,931
Opinión sobre requerimientos legales	12a	0,870	0,960
	12b	0,894	0,941
	12c	0,950	0,899
Opinión sobre capacidad para el manejo de la VCI*	3	0,488	0,707
	4	0,527	0,694
	5	0,494	0,704
	14	0,493	0,704
	29	0,457	0,714
	32	0,434	0,720
Opinión sobre autoeficacia	2	0,492	0,331
	9	0,326	0,579
	14	0,369	0,522
Opinión sobre barreras*	1	0,462	0,589
	13	0,459	0,591
	15	0,527	0,550
	23	0,351	0,658
Opinión sobre consumo de alcohol y drogas	7	0,441	0,600
	21	0,448	0,612
	31	0,538	0,473
Opinión sobre autonomía de las víctimas	8	0,291	N/A
	22	0,291	N/A
Opinión sobre instalaciones y tiempo en su centro para la atención de VCI*	19	0,354	N/A
	25	0,354	N/A

Tabla 4
Regresión lineal multivariante (Variable dependiente: prácticas, variables
independientes: Índice de las escalas antecedentes y opiniones)

	B	T	p	Intervalo de confianza al 95% del coeficiente de regresión (B)
Antecedentes				
-Nivel de formación percibido	1,702	2,500	0,013	0,359-3,045
-Nivel de conocimiento percibido	1,552	2,102	0,037	0,096-3,008
-Conocimiento real	0,121	1,678	0,095	-0,021-0,263
Opiniones				
-Sobre preparación del equipo	-0,096	-0,329	0,743	-0,673-0,481
-Sobre requerimientos legales	0,192	0,623	0,534	-0,417-0,801
-Sobre la capacidad para el manejo de la VCI	1,935	2,649	0,009	0,494-3,376
-Sobre autoeficacia	0,865	2,133	0,034	0,065-1,666
-Sobre barreras	-0,171	-0,436	0,663	-0,944-0,602
-Sobre el consumo de alcohol y drogas	0,651	1,108	0,269	-,508-1,809
-Sobre la autonomía de las víctimas	-0,502	-1,483	0,140	-1,170-0,166
-Sobre sobre instalaciones y tiempo en su centro para la atención de VCI*	-0,075	-0,256	0,799	-0,0655-0,505

Tabla 5
Características de los índices del cuestionario PREMIS
y del estudio de su consistencia interna

Índices	Preguntas totales	α de Cronbach	Media (Desviación estándar)
Antecedentes			
Nivel de formación percibido	12	0,964	3,08 (1,25)
Nivel de conocimiento percibido	16	0,974	3,20 (1,23)
Conocimiento real	18	N/A	21,62 (6,01)
Opiniones			
Sobre preparación del equipo	3	0,927	3,08 (1,50)
Sobre requerimientos legales	3	0,955	3,48 (1,54)
Sobre la capacidad de manejo de la VCI	6	0,744	4,10 (0,71)
Sobre autoeficacia	3	0,584	3,54 (1,14)
Sobre barreras	4	0,666	4,51 (1,14)
Sobre el consumo de alcohol y drogas	3	0,657	4,31 (0,67)
Sobre autonomía de las víctimas	2	0,449	3,97 (1,21)
Sobre instalaciones y tiempo en su centro para la atención de VCI*	2	0,514	3,32 (1,42)
Prácticas			
Prácticas	13	N/A	11,80 (7,69)

*Factores identificados en el PREMIS español, no existentes en el PREMIS original

DISCUSIÓN

El cuestionario PREMIS permite valorar la capacidad de respuesta a la VCI por parte de profesionales de medicina y enfermería de atención primaria de España. Se podría también aplicar a otros profesionales sanitarios y no sanitarios, tal y como se hecho previamente¹², pero su aplicación a los servicios de atención especializada requeriría la revisión de algunos ítems que en esta versión española del PREMIS se han adaptado exclusivamente al contexto de la atención primaria.

El PREMIS en español consta de 64 ítems, 2 menos que los contemplados en el cuestionario original⁷. Las diferencias se dieron en la sección sobre el perfil de las personas participantes (en el original hay 10 ítems y en el PREMIS español 5) y la sección sobre prácticas (en el original 13 y en el PREMIS español 16). Los ítems excluidos en la sección sobre el perfil del participante se referían a categorías académicas, profesionales y del servicio que eran más propias de los centros de APS de Estados Unidos. Con respecto a la sección de prácticas, se añadieron tres ítems en el PREMIS español (del 14 al 16 de la sección de Prácticas) referidos a número de pacientes previa-

mente diagnosticados con VCI que volvieron a la consulta, número de mujeres afectadas por VCI a las que se hizo seguimiento y tipo de acciones realizadas con ellas (pregunta abierta). Consideramos que la incorporación de estas preguntas completaba el apartado de prácticas al introducir el tema del seguimiento de los casos, considerado también importante en las recomendaciones existentes sobre las actuaciones del sector sanitario en torno a la VCI⁶.

Como en el PREMIS original, en la versión española del cuestionario se identificaron 8 factores en la escala de opiniones, siendo 5 los que coinciden en ambas escalas⁷. Los 5 factores que coinciden son: opinión sobre preparación del equipo, opinión sobre requerimientos legales, opinión sobre autoeficacia, opinión sobre consumo de alcohol y drogas y opinión sobre autonomía de las víctimas. Los 3 factores de la escala de opiniones particulares de la versión española son: opinión sobre capacidad para el manejo de la VCI, opinión sobre barreras para el manejo de la VCI y opinión sobre las facilidades relacionadas con las instalaciones en su centro para atención de la VCI. Por otro lado, el PREMIS español contie-

ne un factor más respecto al PREMIS griego¹² y la versión validada en 2010 en estudiantes de carreras de ciencias de la salud (medicina, enfermería, trabajo social y odontología) de Estados Unidos¹³, que es el referido a los requerimientos legales.

Al igual que ocurrió en los estudios anteriores¹²⁻¹⁴, los resultados obtenidos sugieren que el PREMIS español tiene una buena validez interna, alta fiabilidad y capacidad predictiva de las prácticas profesionales autoreferidas por médicos(as) y enfermeros(as) frente a casos de VCI en centros de APS. Estos resultados junto con los procesos de traducción-retrotraducción y validez de contenido realizados, reconocidos comúnmente como los más adecuados para garantizar la equivalencia semántica, idiomática y conceptual entre las escalas original y la validada¹⁵, podrán permitir la realización de estudios en el futuro con resultados comparables a los obtenidos en otros países que también cuenta con una versión validada del PREMIS. En el contexto de investigación de la VCI, es una prioridad la generación de instrumentos de medida que permitan la obtención de datos comparables, no sólo sobre la magnitud del problema sino también para la valoración de las respuestas existentes como es el caso del cuestionario PREMIS.

Con respecto a las limitaciones, el estudio se centra en 4 de las 17 comunidades autónomas de España. Las competencias sanitarias españolas están descentralizadas y estas diferencias de gestión autonómica del sistema de salud pueden condicionar la situación y posición de los(as) profesionales ante la VCI. Estas diferencias hacen necesario ampliar el ámbito de estudio en futuros estudios en los que se analicen los resultados del PREMIS por comunidades autónomas.

En este estudio se tomó la decisión de analizar las propiedades psicométricas de la escala con profesionales de enfermería y medicina por ser quienes tienen mayor probabilidad de contacto con las mujeres. Sin embargo, sería pertinente la aplicación del PREMIS en futuros

estudios a una muestra que incluya una mayor variedad de profesionales de APS como psicólogos (as), trabajadores (as) sociales, matronas o pediatras, entre otros.

El reducido número de profesionales que finalmente accedieron a responder por segunda vez para la prueba test-retest también ha de ser tenido en cuenta entre estas limitaciones. Aunque inicialmente nos dirigimos a 20 profesionales (10 de enfermería y 10 de medicina), sólo la mitad (7 enfermeras/os y 3 médicas/os) nos devolvieron el cuestionario la segunda vez que lo distribuimos. Los resultados, por tanto, derivados de esta prueba cabe considerarlos con cierta cautela.

Dada la alta sensibilidad del tema abordado en el PREMIS, que supone una autovaloración de la capacidad de respuesta de los profesionales ante la petición de ayuda de mujeres en situación de VCI, se podría presentar un sesgo de deseabilidad social en las respuestas de las/los participantes¹⁶. Sin embargo, el hecho de que se preservara su anonimato puede haber contrarrestado este deseo de aportar las respuestas más adecuadas. También el hecho de que este tipo de respuestas solo eran posibles en el módulo sobre prácticas profesionales.

A pesar de las limitaciones anteriormente descritas, en este estudio se pone a disposición de la comunidad científica una herramienta con buenas propiedades psicométricas para España y en español que ha sido reconocida en otros países como una de las más completa para la valoración del nivel de formación, conocimientos, opiniones, percepciones y prácticas de profesionales de la salud respecto a la atención de mujeres en situación de VCI.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales de atención primaria de salud que accedieron a participar en este estudio. A Concepción Carrillo y las personas que integran el área de salud del Vinalopó por su apoyo durante el proceso de recogida de cuestionarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. AlvazzidelFrate, Anna. Capítulo 4: 'When the Victim Is a Woman.' En: Geneve Declaration. Global Burden of Armed Violence. Geneva: Small Arms Survey and GD Secretariat; 2011; Disponible en http://www.genevadeclaration.org/fileadmin/docs/GBAV2/GBAV2011_CH4.pdf
2. Martínez M, Schröttle M. State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights. Co-ordination Action on Human Rights Violations (CAHRV); 2006. Disponible en: [http://www.cahr.v.uniosnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence\(1\).pdf](http://www.cahr.v.uniosnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence(1).pdf)
3. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castano J, Vives-Cases C, Montero-Pinar MI, Escriba-Aguir V, Jimenez-Gutierrez E, et al Variabilidad geografica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac Sanit*. 2010;24(2):128-35.
4. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>
5. Montero I, Ruiz-Perez I, Escriba-Aguir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castano J, Talavera M, et al. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in primary care. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66(4):352-8.
6. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.
7. Short LM, Alpert E, Harris JM, Surprenant ZJ. A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *Am J Prev Med*. 2006;30(2):173-80.
8. Short LM, Cotton D, Hodgson CS. Evaluation of the module on domestic violence at the UCLA School of Medicine. *Acad Med* 1997;72(1):S75-92
9. Maiuro RD, Vitaliano PP, Sugg NK, Thompson DC, Rivara FP, Thompson RS. Development of a health care provider survey for domestic violence: psychometric properties. *Am J Prev Med* 2000; 19 (4):245-52.
10. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 1/2004 de Protección Integral contra la violencia de género. BOE núm 313 de 29-12-2004.
11. Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gac Sanit*. 2012;26(5):483-9.
12. Papadakaki M, Prokopiadou D, Petridou E, Kogevinas M, Lionis C. Defining physicians' readiness to screen and manage intimate partner violence in Greek primary care settings. *Evaluation & the health professions*. 2012;35(2):199-220.
13. Connor PD, Nouer SS, Mackey ST, Tipton NG, Lloyd AK. Psychometric properties of an intimate partner violence tool for health care students. *J Interpers Violence*. 2011;26(5):1012-35.
14. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract*. 2012;62(602).
15. Muñoz J, Elosua P, Hambleton R. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*. 2013; 25 (2): 151-157.
16. Poó F.M., Ledesma R.D., Montes S.A. Propiedades psicométricas de la escala de deseabilidad social del conductor (versión en español). *Aval Psicol*. 2010; 9(2): 299-310

Anexo 1 Comparación de las secciones y preguntas contenidas en el cuestionario PREMIS original y su adecuación a la versión española	
Sección I: Perfil del participante.	Preguntas 1 a 5: solo incluidas en versión española
Sección II: Antecedentes.	Preguntas 1 y 2: solo incluidas en versión española. Preguntas 3 y 4: incluidas en PREMIS original y versión española
Sección III: Opiniones.	Preguntas 1 a 27: incluidas en PREMIS original y versión española
Sección IV: Prácticas.	Preguntas 1 a 3: incluidas en PREMIS original y versión española. Pregunta 4: incluida en PREMIS original y versión española, pero en esta última con ligera adaptación y cambio de orden de las alternativas de respuesta. Pregunta 5 a 7: incluidas en PREMIS original y versión española. Pregunta 8: Incluida en PREMIS original y versión española, pero con adaptación local en ésta última (<i>State</i> por comunidad autónoma) Pregunta 9 a 11: incluidas en PREMIS original y versión española Pregunta 12: incluida en PREMIS original y versión española, pero con adaptación local en ésta última (<i>WorkSite</i> por Centro de Atención Primaria de salud). Pregunta 13: incluida en PREMIS original y versión española. Preguntas 14 a 16: Sólo incluidas en PREMIS versión española.
Sección V: Conocimiento de VCI.	Sección en PREMIS original y versión española, pero en esta segunda se sitúa en la última parte del cuestionario mientras que en la versión original ocupaba la segunda sección del cuestionario. Preguntas 1 a 8: incluidas en PREMIS original y versión española

Anexo 2

Versión española del cuestionario PREMIS

Tres últimas cifras DNI: _____

VIOLENCIA DE COMPAÑERO ÍNTIMO EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Sus respuestas sinceras en el siguiente cuestionario nos ayudarán a mejorar la detección y manejo de las lesiones y malestares relacionados con la violencia de compañero íntimo (VCI). Por favor, responda instintivamente con lo primero que le venga a la cabeza, incluso si piensa que no es una respuesta "políticamente correcta". Trate de no pensar en cómo "deberían de ser" sus respuestas. Algunas preguntas podrán parecerle similares a otras. Sin embargo, le pedimos que conteste todas las preguntas para asegurar la confiabilidad del estudio. Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario.

Sección I: Perfil de la persona participante

1. Edad: _____
2. Sexo: () Hombre () Mujer
3. Trabajo en el centro de atención primaria como: (marque una)
 - () Médico/a de familia
 - () Pediatra
 - () Ginecólogo/a
 - () Enfermero/a
 - () Trabajador/a social
 - () Psicólogo/a
 - () Otra (especificar): _____
4. ¿Cuándo tiempo ha estado trabajando en atención primaria? _____ años _____ meses
5. De media cuántos pacientes atiende por semana (marque una):
 - () No veo pacientes
 - () menos de 20
 - () 20 – 39
 - () 40 – 59
 - () 60 o más

Sección II. Antecedentes

1. ¿Cuánta formación en temas de VCI ha tenido usted? (por favor marque todas las opciones pertinentes)
 - () Ninguna
 - () He leído el protocolo de actuación
 - () He visto un video
 - () He atendido una conferencia o sesión de sensibilización
 - () He participado en un curso básico (20 horas)
 - () He recibido formación durante la carrera-clases teóricas
 - () He recibido formación durante la carrera-clase práctica
 - () Formación durante la residencia o postgrado
 - () Formación avanzada-especializada: formación de formadores, especialización
 - () Otra formación en profundidad (más de 20 horas)
 - () Otra (especificar): _____

1. Violencia de compañero íntimo (VCI) también se conoce a veces como violencia de pareja o violencia doméstica. Se refiere a conductas dentro de una relación íntima que causan daño físico, psicológico o sexual, incluyendo actos de agresión física, coerción sexual y conductas controladoras.

2. Número estimado de horas de formación en VCI recibidas: _____

3. Por favor rodee el número que describe mejor cómo de preparado/a se siente para realizar las siguientes acciones (1=nada preparado/a, 2=minimamente preparado/a, 3=algo preparado/a, 4=moderadamente preparado/a, 5=preparado/a, 6=bien preparado/a, 7=muy bien preparado/a)

a. Hacer preguntas apropiadas sobre VCI	1	2	3	4	5	6	7
b. Responder apropiadamente cuando una paciente revela abusos	1	2	3	4	5	6	7
c. Identificar indicadores de VCI basándose en la historia clínica y el examen físico	1	2	3	4	5	6	7
d. Evaluar la disponibilidad para el cambio de una víctima de VCI	1	2	3	4	5	6	7
e. Ayudar a una víctima de VCI a hacer una valoración del riesgo de letalidad que corre	1	2	3	4	5	6	7
f. Realizar una evaluación del riesgo de los hijos/as de las víctimas	1	2	3	4	5	6	7
g. Ayudar a la víctima de violencia a crear un plan de seguridad	1	2	3	4	5	6	7
h. Documentar la historia de VCI y los hallazgos del examen físico en la historia clínica	1	2	3	4	5	6	7
i. Realizar referencias apropiadas en casos de VCI	1	2	3	4	5	6	7
j. Complimentar los documentos legales que se requieran para casos de	1	2	3	4	5	6	7
VCI	1	2	3	4	5	6	7
Violencia contra personas ancianas	1	2	3	4	5	6	7
Violencia contra niños/as	1	2	3	4	5	6	7

4. ¿Cuándo siente que sabe sobre....? (1=Nada, 2=Muy poco, 3=Un poco, 4=Moderadamente, 5=Una cantidad justa, 6=Bastante, 7=Mucho)

a. Sus obligaciones legales con respecto a la notificación en casos de:

VCI	1	2	3	4	5	6	7
Violencia contra personas ancianas	1	2	3	4	5	6	7
Violencia contra niños/as	1	2	3	4	5	6	7
b. Signos y síntomas de VCI	1	2	3	4	5	6	7
c. Cómo registrar la VCI en la historia clínica	1	2	3	4	5	6	7
d. Recursos para la referencia a víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6	7
e. Agresores de VCI	1	2	3	4	5	6	7
f. Relación entre VCI y embarazo	1	2	3	4	5	6	7
g. Reconocer los efectos en los niños/as de ser testigos de la VCI	1	2	3	4	5	6	7
h. Qué preguntas hacer para identificar VCI	1	2	3	4	5	6	7
i. Por qué una víctima puede decidir no revelar la VCI	1	2	3	4	5	6	7
j. Su papel en la detección de VCI	1	2	3	4	5	6	7
k. Qué decir y no decir a una paciente que sufre violencia	1	2	3	4	5	6	7
l. Determinar el peligro en una paciente que sufre violencia	1	2	3	4	5	6	7
m. Desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VCI	1	2	3	4	5	6	7
n. Las etapas por las que las víctimas de VCI pasan para entender y cambiar su situación	1	2	3	4	5	6	7

Sección III: Opiniones

Para cada uno de los enunciados siguientes, por favor indique su respuesta en una escala desde “totalmente en desacuerdo (1)” a “totalmente de acuerdo (7)”.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo			De acuerdo		Totalmente de acuerdo
1. Si una víctima de VCI no reconoce el abuso, es muy poco lo que puedo hacer para ayudar	1	2	3	4	5	6	7
2. Pregunto a cada nueva paciente sobre la posibilidad de violencia en sus relaciones	1	2	3	4	5	6	7
3. El ambiente en mi trabajo me anima a responder a la VCI	1	2	3	4	5	6	7
4. Puedo hacer referencias adecuadas a servicios en la comunidad para las víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6	7
5. Soy capaz de identificar VCI sin necesidad de preguntar a la paciente sobre ello	1	2	3	4	5	6	7
6. No tengo la suficiente preparación para ayudar a las pacientes a afrontar situaciones de VCI	1	2	3	4	5	6	7
7. Pacientes que abusan del alcohol u otras drogas es probable que tengan antecedentes de VCI	1	2	3	4	5	6	7
8. Las víctimas de abuso tienen derecho a tomar sus propias decisiones sobre si el personal sanitario debe intervenir o no	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento cómoda/o hablando de VCI con mis pacientes	1	2	3	4	5	6	7
10. No tengo las habilidades suficientes para hablar sobre abuso con una víctima de VCI que sea:							
a) mujer	1	2	3	4	5	6	7
b) hombre	1	2	3	4	5	6	7
c) de una cultura/etnia diferente	1	2	3	4	5	6	7
11. Si una víctima de VCI permanece con su pareja después de episodios repetidos de violencia, debe aceptar la responsabilidad por esa violencia	1	2	3	4	5	6	7
12. Conozco los requerimientos legales para reportar casos sospechosos de:							
a) VCI	1	2	3	4	5	6	7
b) Violencia contras personas ancianas	1	2	3	4	5	6	7
c) Violencia contra niños/as	1	2	3	4	5	6	7
13. El personal sanitario no tiene tiempo para apoyar a sus pacientes en relación a la VCI	1	2	3	4	5	6	7
14. Soy capaz de recoger la información necesaria para identificar la VCI como la causa subyacente a algunos malestares (ej. depresión, migrañas)	1	2	3	4	5	6	7
15. Si la paciente se niega a hablar sobre el abuso, el personal sanitario lo único que puede hacer es tratar las lesiones físicas	1	2	3	4	5	6	7
16. Las víctimas de abuso podrían dejar la relación si así lo quisieran	1	2	3	4	5	6	7
17. Cumpló con el protocolo regional/nacional sobre VCI	1	2	3	4	5	6	7
18. El personal sanitario tiene la responsabilidad de preguntar a todas las pacientes sobre VCI	1	2	3	4	5	6	7
19. Mi lugar de trabajo me permite dedicar el tiempo adecuado para responder a las víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6	7

20. He contactado servicios en la comunidad para establecer referencias de casos de VCI	1	2	3	4	5	6	7
21. El abuso de alcohol es una causa principal de VCI	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
22. Las víctimas de abuso a menudo tienen razones válidas para permanecer en la relación abusivas	1	2	3	4	5	6	7
23. Estoy demasiado ocupada/o para participar en un equipo multidisciplinario para manejar casos de VCI	1	2	3	4	5	6	7
24. Hacer screening/tamizaje de VCI probablemente ofenderá a las personas a quienes se pregunta	1	2	3	4	5	6	7
25. Tengo a mi disposición un espacio privado adecuado para dar atención a víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6	7
26. Soy capaz de recoger la información necesaria para identificar la VCI como la causa subyacente de algunas lesiones (ej. hematomas, fracturas)	1	2	3	4	5	6	7
27. Las mujeres que deciden alejarse de los roles tradicionales son una causa principal de la VCI	1	2	3	4	5	6	7
28. El personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a las pacientes en relación a la VCI	1	2	3	4	5	6	7
29. Puedo adaptar mis intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentra la persona con VCI	1	2	3	4	5	6	7
30. Entiendo por qué las víctimas de VCI no siempre cumplen las recomendaciones del personal sanitario	1	2	3	4	5	6	7
31. El uso de alcohol y otras drogas está relacionado con la victimización de VCI	1	2	3	4	5	6	7
32. Puedo reconocer a una víctima de VCI por la manera de comportarse	1	2	3	4	5	6	7

Sección IV: Prácticas

- ¿Cuántos diagnósticos nuevos (un caso agudo de VCI continuada, paciente que revela una historia pasada de VCI) de VCI ha realizado en los últimos seis meses?
 - ☐ Ninguno
 - ☐ 1-5
 - ☐ 6-10
 - ☐ 11-20
 - ☐ 21 o más
 - ☐ No aplicable – no trabajo en clínica
- De las situaciones descritas abajo, ¿en cuáles de ellas indaga/hace screening sobre VCI? (marque todos los ítems que considere pertinentes)
 - ☐ No aplicable. No hago práctica clínica
 - ☐ No pregunto
 - ☐ Pregunto a todos los nuevos y las nuevas pacientes
 - ☐ Pregunto a todas las nuevas pacientes mujeres
 - ☐ Pregunto a todas las pacientes con indicadores de abuso en la historia o el examen físico
 - ☐ Pregunto a todas las pacientes mujeres una vez al año
 - ☐ Pregunto a todas las embarazadas en momentos específicos durante el embarazo
 - ☐ Pregunto a todos y todas las pacientes periódicamente
 - ☐ Pregunto a todas las pacientes mujeres periódicamente
 - ☐ Pregunto a todas las pacientes mujeres periódicamente
 - ☐ Pregunto a ciertas categorías de pacientes (ver abajo)
 - ☐ Adolescentes
 - ☐ Mujeres jóvenes (menores de 30)
 - ☐ Mujeres mayores de 65 años
 - ☐ Mujeres solteras o divorciadas
 - ☐ Mujeres casadas
 - ☐ Mujeres que abusan del alcohol u otras drogas

- ☐ Mujeres solteras
- ☐ Mujeres de etnia gitana
- ☐ Mujeres inmigrantes
- ☐ Mujeres lesbianas
- ☐ Mujeres homosexuales
- ☐ Mujeres con depresión, conductas suicidas
- ☐ Mujeres embarazadas
- ☐ Mujeres de mis pacientes pediátricos (si aplica)
- ☐ Mujeres de pacientes pediátricos que muestran signos de ser testigos de VCI
- ☐ Mujeres de niños/as con sospecha o casos confirmados de abuso o abandono Infantil
- ☐ Otras. Favor especificar: _____

3. ¿Con que frecuencia durante los últimos seis meses ha indagado sobre la posibilidad de VCI cuando ha visto pacientes con los siguientes problemas?:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	N/A
a. Lesiones (heridas, hematomas, quemaduras, etc.)	1	2	3	4	5	6
b. Dolor pélvico crónico	1	2	3	4	5	6
c. Síndrome de color irritable	1	2	3	4	5	6
d. Dolores de cabeza	1	2	3	4	5	6
e. Depresión/Ansiedad	1	2	3	4	5	6
f. Hipertensión	1	2	3	4	5	6
g. Trastornos alimentarios	1	2	3	4	5	6

4. En los últimos seis meses, ¿Cuál de las siguientes acciones ha realizado cuando ha identificado un caso de VCI? (marque todos los ítems que considere pertinentes)

- ☐ No he identificado VCI en los últimos seis meses
- ☐ Entregué información (números de teléfono, folletos, otra información) a la paciente
- ☐ Aconsejé a la paciente sobre las opciones que podría tener
- ☐ Hice una valoración de riesgo de la víctima
- ☐ Hice una valoración de riesgo de los hijos/as de la víctima
- ☐ Ayudé a que la paciente hiciera un plan de seguridad
- ☐ Referí a la paciente a:
 - ☐ Terapia individual
 - ☐ Terapia de pareja
 - ☐ Terapia para los/as niños/as / grupos de apoyo
 - ☐ Trabajador/a social en el centro de atención primaria
 - ☐ Programa para mujeres víctimas de VCI-casas de acogida
 - ☐ Conserjería sobre abuso de alcohol/sustancias
 - ☐ Línea telefónica local de ayuda a VCI
 - ☐ Servicios de protección infantil
 - ☐ Apoyo legal, abogados
 - ☐ Programa para maltratadores
 - ☐ Organización religiosa, iglesia
 - ☐ Grupo de apoyo para mujeres víctimas de VCI
 - ☐ Línea telefónica nacional para VCI
 - ☐ Grupo de apoyo para lesbianas/gay/transexual/bisexuales
 - ☐ Policía nacional, regional o local, guardia civil
 - ☐ Recursos de apoyo para vivienda, educación, trabajo o apoyo económico
 - ☐ Otros lugares de referencia (describir): _____
 - ☐ Otras acciones (describir): _____

5. ¿Hay un protocolo de manejo de casos de VCI en su servicio? (marque una opción)

- ☐ Sí, y es ampliamente usado
- ☐ Sí, y se usa hasta cierto punto
- ☐ Sí, pero no se usa
- ☐ No
- ☐ No estoy segura
- ☐ No aplica a mi grupo de pacientes
- ☐ No estoy haciendo práctica clínica

6. ¿Está familiarizado/a con la políticas y programa con respecto a la detección y manejo de víctimas de VCI de su institución?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No aplicable

7. ¿Hay una cámara de fotos disponible para fotografiar las lesiones de víctimas de VCI?
☐ Sí Tipo: ☐ Instantánea
☐ Digital
☐ Otra: _____
- ☐ No
☐ No estoy segura
☐ No aplica a mi grupo de pacientes
☐ No estoy haciendo práctica clínica
8. ¿Trabaja en una comunidad autónoma donde es legalmente obligatorio notificar los casos de VCI de adultos?
☐ Sí
☐ No
☐ No estoy segura
☐ No aplicable (no en práctica clínica)
9. Para cada víctima de VCI que ha identificado en los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha realizado las siguientes acciones?:

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre	N/A
a. Documentado el testimonio de la paciente en la historia clínica	1	2	3	4	5	6
b. Utilizado un gráfico del cuerpo para documentar las lesiones de la paciente	1	2	3	4	5	6
c. Fotografiado las lesiones de la víctima para incluirlas en la historia clínica	1	2	3	4	5	6
d. Notificado a las autoridades apropiadas cuando es obligatorio	1	2	3	4	5	6
e. Realizado una evaluación del riesgo de la víctima	1	2	3	4	5	6
f. Realizado una evaluación del riesgo de los/as hijos/as de la víctima	1	2	3	4	5	6
g. Ayudar a una víctima de VCI a hacer un plan de seguridad	1	2	3	4	5	6
h. Contactado un proveedor de servicios para víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6
i. Ofrecido una actitud y palabras que validen y apoyen a la víctima	1	2	3	4	5	6
j. Provisto de información básica sobre VCI	1	2	3	4	5	6
k. Provisto de referencia e información sobre otros recursos	1	2	3	4	5	6

10. En su servicio, ¿se dispone de materiales educativos y sobre recursos de VCI (posters, folletos)? (marque una opción)
- ☐) Sí, bien visible y a los que las personas usuarias del centro pueden acceder
 - ☐) Sí, bien visible, pero a los que las personas usuarias del centro no pueden acceder
 - ☐) Sí, pero no bien visibles
 - ☐) No
 - ☐) No estoy segura
 - ☐) No aplica a mi grupo de pacientes
 - ☐) No estoy haciendo práctica clínica
11. ¿Brinda usted a sus pacientes víctimas de violencia materiales educativos y sobre recursos? (marque una opción)
- ☐) Sí, casi siempre
 - ☐) Sí, cuando es seguro para la paciente
 - ☐) Sí, pero solo cuando la paciente lo pide
 - ☐) No, ya que no hay recursos adecuados para referencia en la comunidad
 - ☐) No, porque creo que estos materiales no son útiles en general
 - ☐) No, otra razón (especificar) _____
 - ☐) No aplica a mi grupo de pacientes
 - ☐) No estoy haciendo práctica clínica

12. Siente que tiene recursos apropiados de referencia de casos de VCI dentro de su centro de atención primaria?
- ☐) Sí
- ☐) No
- ☐) No estoy segura
- ☐) No estoy haciendo práctica clínica
- ☐) No aplica a mi grupo de pacientes
13. ¿Siente que tiene conocimiento adecuado sobre recursos para referencia de pacientes con VCI en su comunidad (casa de acogida, grupos de apoyo)?
- ☐) Sí
- ☐) No
- ☐) No estoy segura
- ☐) No estoy haciendo práctica clínica
- ☐) No aplica a mi grupo de pacientes
14. En los últimos seis meses, ¿cuántos/as pacientes que previamente usted había diagnosticado con VCI ha visto en su consulta?
- ☐) 1-5
- ☐) 6-10
- ☐) 11-20
- ☐) 21 o más
- ☐) No aplicable-no trabajo en clínica
15. ¿Con cuántas de estas pacientes ha hecho seguimiento de la VCI?
- ☐) Ninguna
- ☐) 1-5
- ☐) 6-10
- ☐) 11-20
- ☐) 21 o más
- ☐) No aplicable-no trabajo en clínica
16. ¿Qué acciones realizó con estas pacientes? (describa abajo)
-
-
-
-

Sección III. Conocimientos de VCI. Marque una respuesta por pregunta, a no ser que haya otra indicación

1. ¿Cuál es el factor de riesgo más importante para ser víctima de VCI?
- ☐) Edad (menor de 30 años)
- ☐) Pareja abusa de alcohol/drogas
- ☐) Género-ser mujer
- ☐) Historia familiar de violencia
- ☐) No sabe/No contesta
2. ¿Cuál de las siguientes es generalmente cierta sobre los abusadores?
- ☐) Tienes problemas controlando su ira
- ☐) Utilizan la violencia para controlar a sus parejas
- ☐) Son violentos porque beben o usan drogas
- ☐) Se pelean con cualquiera
3. ¿Cuáles de los siguientes son signos de que una paciente puede haber sufrido violencia por su pareja? (marque todos los ítems que considere pertinentes)
- ☐) Dolor crónico sin causa aparente
- ☐) Ansiedad
- ☐) Abuso de sustancias
- ☐) Lesiones frecuentes
- ☐) Depresión
4. ¿Cuáles de las siguientes son razones por las que una víctima de VCI puede no ser capaz de dejar una relación violenta? (marque todos los ítems que considere pertinentes)
- ☐) Miedo a las represalias
- ☐) Depende económicamente del maltratador
- ☐) Creencias religiosas
- ☐) Creencias religiosas
- ☐) Necesidades de los/as hijos/as
- ☐) Amor hacia la pareja
- ☐) Aislamiento

5. ¿Cuál de las siguientes es la forma más apropiada de preguntar sobre VCI? (marque todos los ítems que considere pertinentes)
- ☐ ¿Es usted una víctima de violencia de pareja?
 - ☐ ¿Alguna vez su pareja le ha pegado o amenazado?
 - ☐ ¿Alguna vez ha sentido miedo de su pareja?
 - ☐ ¿Alguna vez su pareja le ha pegado o ha hecho daño?
6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es generalmente cierta? (marque todos los ítems que considere pertinentes)
- ☐ Muchas pacientes que sufren maltrato no presentan heridas
 - ☐ Hay patrones de conductas de pareja que pueden indicar VCI
 - ☐ Hay algunas áreas específicas del cuerpo que son más frecuentemente afectadas en casos de VCI
 - ☐ Hay patrones de lesiones que están comúnmente asociados con VCI
 - ☐ Lesiones en diferentes estadios de curación pueden indicar abuso
7. Por favor relacione las siguientes descripciones de conductas y sentimientos de pacientes con una historia de VCI con los estadios apropiados de cambio (1=Pre-contemplación, 2=Contemplación, 3=Preparación, 4=Acción, 5=Mantenimiento, 6=Terminación)
- ☐ Comienza a hacer planes para dejar al abusador
 - ☐ Niega que hay un problema
 - ☐ Comienza a pensar que el abuso no es su propia falta
 - ☐ Continúa cambiando conductas
 - ☐ Obtiene orden(es) de protección
8. Rodee con un círculo V para "Verdadero", F para "Falso" o NS para "No sé" para las respuestas de las siguientes preguntas:

a. El consumo de alcohol es el predictor más importante del riesgo de VCI	V	F	NS
b. No hay razones para no dejar una relación violenta	V	F	NS
c. Las razones de preocupación sobre VCI no deben incluirse en la historia clínica si la paciente no revela la VCI	V	F	NS
d. Al preguntar a la paciente sobre VCI se deben usar las palabras "abusada" o "maltratada"	V	F	NS
e. Ser comprensivo/a con la decisión de una paciente de permanecer en una relación violenta condona/significa aprobar, aceptar el abuso	V	F	NS
f. Las víctimas de VCI son capaces de tomar decisiones apropiadas sobre cómo manejar la situación	V	F	NS
g. El personal sanitario no debe presionar a las pacientes a reconocer que viven en una relación violenta	V	F	NS
h. Las víctimas de VCI sufren un riesgo elevado de lesiones cuando abandonan la relación	V	F	NS
i. Las heridas por estrangulamiento son raras en casos de VCI	V	F	NS
j. Dejar que las parejas o amigos estén presente durante la historia clínica o el examen físico de la paciente asegura la seguridad de la víctima de VCI	V	F	NS
k. Incluso si los niños no están en peligro inmediato, los sanitarios están obligados a reportar a los servicios de protección de la infancia que los niños/as están siendo testigos de VCI	V	F	NS

Gracias por completar este cuestionario