



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2018-19)

Trabajo Fin de Grado

**¿Por qué las enfermeras no detectan la violencia
de género?**

Revisión bibliográfica

Alumno/a: Ana Isabel Martín Peralejo

Tutor/a: Dr. D. José Antonio Iglesias Guerra

Mayo, 2019

ÍNDICE:

1. GLOSARIO DE SIGLAS.....	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
3.1. Justificación.....	9
3.2. Objetivos.....	15
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
5. RESULTADOS.....	20
6. DISCUSIÓN.....	27
7. CONCLUSIONES.....	29
8. BIBLIOGRAFÍA.....	30
9. ANEXOS.....	34

1. GLOSARIO DE SIGLAS:

- **AP:** Atención Primaria
- **CCAA:** Comunidades Autónomas
- **DeCS:** Descriptores en Ciencias de la Salud
- **MeSH:** Medical Subject Headings
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud
- **VG:** Violencia de Género
- **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana

2. RESUMEN

Introducción: La violencia de género (VG) es cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada. Se trata de un suceso complejo que tiene múltiples consecuencias para la salud. Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

La finalidad de este trabajo es identificar las intervenciones de enfermería en la atención a la violencia de género en las consultas de atención primaria mediante el desarrollo de una revisión bibliográfica.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en cinco bases de datos: PubMed, DialNet, SciELO, Cuiden y Metas de Enfermería.

Se llevó a cabo la selección de los artículos que respondían a los objetivos del trabajo, recopilando finalmente nueve publicaciones.

Resultados: Existe una formación desfavorable del personal sanitario en cuanto al abordaje y detección de los casos de violencia de género. Asimismo, destacan la presión asistencial, limitaciones en el tiempo, miedo e inseguridad para afrontar estos casos como otras dificultades que influyen negativamente en la atención a las víctimas.

Discusión: La Enfermería de Atención Primaria (AP) posee un papel fundamental en la detección de las mujeres en situación de violencia debido a una mayor accesibilidad y contacto. Por ello, es necesario la existencia de personal cualificado con mayor interacción y conocimiento sobre el tema, de tal manera que haya una detección precoz.

Palabras clave: enfermería, violencia de género, atención primaria, detección.

ABSTRACT

Introduction: Gender-based violence is any act or intention that causes physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats, coercion or impairment of their freedom. It is a complex event that has multiple consequences for health. The needs of these women are multidimensional, so interventions that take into account the biological, psychological and social aspects are required.

The purpose of this work is to identify nursing interventions in the attention to gender violence in primary care consultations through the development of a literature review.

Material and methods: A systematic review with an explicit protocol was carried out in five databases: PubMed, DialNet, SciELO, Cuiden and Goals of Nursing.

After the compilation of the articles, nine publications were selected.

Results: There is a deficient formation of the health personnel regarding the approach and detection of cases of gender violence. The pressure of care, limitations in time, fear and insecurity are the sources of difficulty that negatively influence the screening of victims.

Discussion: Primary Care Nursing plays a fundamental role in the detection of female victims due to greater accessibility, but the existence of qualified personnel is necessary, with greater interaction and knowledge on the subject, in such a way that there is early detection.

Key words: nursing, gender violence, primary care, detection.

3. INTRODUCCIÓN:

Desde el punto de vista histórico el factor determinante de las diferencias observadas entre hombres y mujeres era el género, causante a su vez de las disimilitudes sociales existentes entre los sujetos sexuados en masculino o femenino. No obstante, desde hace unas décadas se reconoce que en la contextualización de la identidad masculina o femenina no sólo intervienen factores genéticos sino también estrategias de autoridad, elementos simbólicos, psicológicos, sociales, culturales etc., que son importantes condicionantes a la hora de la conformación de la identidad subjetiva.¹

Es evidente la evolución histórica de papel de las mujeres en la sociedad, sin embargo, la limitación en el desarrollo personal y social de las mismas, su deber de aceptar la autoridad del hombre, la exigencia de su dedicación y cuidado único y exclusivo a la familia, eran asimilados como algo común y natural hasta hace pocos años. De esta forma se toleraba socialmente el uso de la violencia por parte de los hombres para reforzar su poder sobre el sexo opuesto. Hoy por hoy, existe una menor tolerancia social hacia la violencia. Aun así, un gran número de mujeres todavía sufren un alto grado de violencia por el hecho de ser mujer, acontecimiento que sucede en todas las clases sociales, culturas y niveles educativos.²

Según la OMS el término “Violencia” se define como: *“El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.”*³

El maltrato (ya sea físico o psíquico) que algunos hombres realizan contra mujeres se ha convertido en las últimas décadas en un grave problema social. Aunque no siempre ha sido así, esta situación ha cobrado un gran interés social y político considerándolo como un problema de repercusión pública y un hecho que ha sufrido una transformación histórica en cuanto a su relevancia.⁴

La violencia de género (VG) es un suceso problemático que muestra la desigualdad entre hombres y mujeres, y que ocurre a nivel mundial sin distinciones de raza, edad o clase social, pasando inadvertido en muchos de los casos y siendo difícil de reconocer. Hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como mecanismo discriminativo y desigualitario que incluye la violencia física, sexual y psicológica y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.³

Se trata actualmente de uno de los dilemas de salud pública más importante por su prevalencia y mortalidad que conlleva a un deterioro físico y psicológico de la persona afectada, y que implica el requerimiento y la actuación de los servicios sociales y sanitarios para dar una respuesta eficaz que conduzca a su erradicación.^{5,6,7}

Es necesario analizar el problema desde la perspectiva de género para entender su inicio y así poder afrontarlo con intervenciones encaminadas a tratar no sólo sus consecuencias, sino también sus causas.

Uno de los principales factores para la aparición de violencia es la diferencia existente entre hombres y mujeres en la sociedad, que desde el nacimiento establece unos roles característicos según el género, dando más valor al sexo masculino sobre el femenino y coartando el desarrollo de las mujeres en derechos y oportunidades. Además, la existencia de una «cultura de la violencia» y su aceptación como método para resolver conflictos dificultan de esta manera su eliminación.⁸

Pese a que este trabajo se centra en un tipo de violencia concreto, la violencia de género, cabe destacar otros tipos de violencia como son:³

- **Violencia familiar:** definida como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales, ocasionadas por personas del entorno familiar y dirigido hacia los miembros más vulnerables como son los niños, las mujeres y los ancianos.
- **Violencia doméstica:** son aquellas agresiones en las que el maltratador, generalmente el hombre, tiene una relación conyugal con la víctima y ejerce los maltratos físicos en un medio privado.

Durante un largo periodo de tiempo la violencia de género se ha relacionado únicamente con la violencia física grave, sin embargo, la violencia comprende conductas violentas que incluyen los aspectos psicológico, sexual, de aislamiento y control social.⁶

La OMS utiliza un “modelo ecológico” en el que se expresa gráficamente la Pirámide de la Violencia de Género, representada en la siguiente imagen:



Figura 1. Pirámide de la violencia de género basada en el “Iceberg de Amnistía Internacional”.⁸

En la cima de la pirámide se pueden observar distintos modos de violencia explícitos que se pueden percibir más fácilmente como son las agresiones físicas, el abuso sexual, las amenazas y el asesinato en lo más alto.

Por el contrario, en la base de la pirámide se muestran formas sutiles de distinción asociadas al sexo que están socialmente normalizadas y por lo tanto son difíciles de cambiar si no se estudian con perspectiva de género: la educación sexista, la publicidad machista, el lenguaje sexista, la invisibilización y los micromachismos.⁸

Según el Artículo 3 de la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral Contra la Violencia de Género las distintas formas de violencia son:⁹

- **Violencia física:** se trata del tipo de violencia más visible e identificable, correspondiendo a todo acto ejercido por el cónyuge de la víctima o por quien esté o haya estado ligado a ella por semejante relación de afectividad, que inflige daño físico y que es producido intencionalmente con agresiones directas tales como golpes, heridas, arañazos, quemaduras, agresiones con armas, etc.
- **Violencia psicológica:** se trata de conductas tanto verbales como no verbales que encaminan a la mujer a un sentimiento de desvalorización y sufrimiento y que incluyen actos tales como la intimidación, el desprecio, críticas, insultos,

amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero y decisiones y la humillación en público o privado.

- **Violencia sexual:** tipo de situaciones en las que la mujer es forzada para llevar a cabo actos de carácter sexual en contra de su voluntad, siendo innecesario que exista penetración ni que se produzca el acto sexual: relaciones sexuales forzadas, abuso, violación, prostitución forzada, mutilaciones genitales, acoso sexual o tocamientos no consentidos por la víctima.
- **Violencia económica:** basada en la reducción, control y/o privación intencionada hacia la pareja de los recursos económicos como medida de coacción, manipulación o con la intención de dañar su integridad. Se considera también el hecho de obligar a depender económicamente del agresor, impidiendo el acceso de la víctima al mercado laboral mediante amenazas o restricciones físicas.

A nivel mundial cerca de un tercio de mujeres son víctimas de violaciones, maltratos y/o asesinatos generalmente por parte de su pareja sentimental o conocido cercano de similar índole. Según un estudio realizado por el Instituto de la Mujer en 2006, tomando una muestra de más de 32 mil mujeres, cerca de un 3,6% de mujeres mayores de edad han sido maltratadas por su pareja.¹⁰

Diferentes estudios realizados señalan que normalmente coexisten la violencia física, la psíquica y la sexual. En un estudio realizado en un centro de atención primaria de Granada, muestra que la forma más frecuente era el maltrato emocional (22,3%), a continuación del físico (9,8%) y el sexual (5,1%), y que los diferentes tipos coexisten en una proporción elevada de mujeres.⁶

En España, según la macroencuesta realizada en 2015, un 12,5% de las mujeres residentes en España de 16 y más años han sufrido violencia física o sexual por parte de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.

En Castilla y León, los datos de estas macroencuestas superaron los de la media nacional, con un 12,7% en el año 1999 y un 10,27 % en 2006.⁸

Este problema es considerado como una violación de los Derechos Humanos identificado así según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y reflejado en la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer en el año 1993, en

la que se afirma en el artículo 1 que la violencia de género es cualquier acto o intención que produce daño o sufrimiento de carácter físico, sexual o psicológico a las mujeres, ya sea en la vida pública o privada.^{5,10} Dicha declaración manifiesta en el artículo 2 en relación con el primero que la agresión contra la mujer incluye cualquier tipo de violencia de índole física, sexual y psicológica que se produce en el seno familiar y en la comunidad en general, incluidas las palizas, el abuso sexual de niñas, la violación marital, la mutilación genital femenina, la violencia no conyugal, la violencia relacionada con la explotación, el acoso sexual y la intimidación en el trabajo, en las instituciones educativas y en cualquier otro lugar, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada y la violencia perpetrada o tolerada por el Estado”.⁷

En España, el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se define legalmente violencia de género como *“la manifestación de la discriminación de la situación de la 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 cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.”*

Según dicho artículo *“existe ya incluso una definición técnica del síndrome de la mujer maltratada que consiste en «las agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: maltrato en el seno de las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida social y acoso en el medio laboral».”*¹²

Dicha ley alega a una demanda del movimiento feminista español que se movilizó desde finales de la década de los noventa para que la lucha contra la violencia de género entrara como objetivo político preferente. Es una ley precursora en Europa por su diagnóstico de la violencia como un problema estructural de desigualdad de género. Comprende medidas en una diversidad de medios, dirigidas a la prevención, protección y asistencia a las víctimas.¹³

La OMS identifica la violencia de género como un factor clave del deterioro de la salud de las mujeres que la sufren cuyas consecuencias continúan en muchas ocasiones incluso después de que la situación haya terminado, con secuelas en todas sus dimensiones (física, psicológica, sexual y social) a veces irreparables para ellas y sus

hijos. Además de estas importantes consecuencias para la salud, este problema supone unos costes sociales y económicos a nivel global, debidos principalmente al absentismo laboral y las bajas médicas a consecuencia de este proceso, sin olvidar los recursos sociales de las mujeres que lo necesitan, costes judiciales y policiales, y los penitenciarios del agresor.⁸

3.1 JUSTIFICACIÓN

Se ha elegido el tema de la violencia de género para la realización de este Trabajo de Fin de Grado porque constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial, así como una violación de los derechos humanos, siendo el principal factor de riesgo el hecho de ser mujer. Se trata de un grave problema social, difícil de identificar ya que no va ligado a clases sociales, niveles económicos o educativos, sino que se presenta en cualquier contexto social, dejando al descubierto la gran desigualdad existente actualmente en nuestra sociedad y mostrando la subordinación y las relaciones de poder de hombres sobre mujeres.

Hoy en día la violencia de género presenta gran incidencia y mortalidad, por lo que es de gran importancia tanto la detección como la prevención de la misma. Para ello, es de gran ayuda conocer las causas así como las consecuencias tanto físicas como psicológicas que produce el maltrato.

Entre las fechas comprendidas desde el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2017, un total de 928 mujeres perdieron la vida a manos de sus parejas o exparejas. Desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre del mismo año se registraron 51 mujeres víctimas mortales por violencia de género, 8 de las cuales eran menores de edad.¹⁴

El año que presentó mayor número de víctimas mortales (76) por violencia de género fue el año 2008. Al contrario que en el año 2016, año con menor número de víctimas mortales con un total de 44.¹⁵

Las víctimas representadas en el gráfico 1 son las confirmadas hasta la fecha del 31 de diciembre de 2016, pudiendo hallarse además otros casos que en dicha fecha todavía se estaban investigando.¹⁵

- **Gráfico 1:** Víctimas mortales por violencia de género (de 1 de enero de 2003 a 31 de diciembre de 2016).

Total: 872

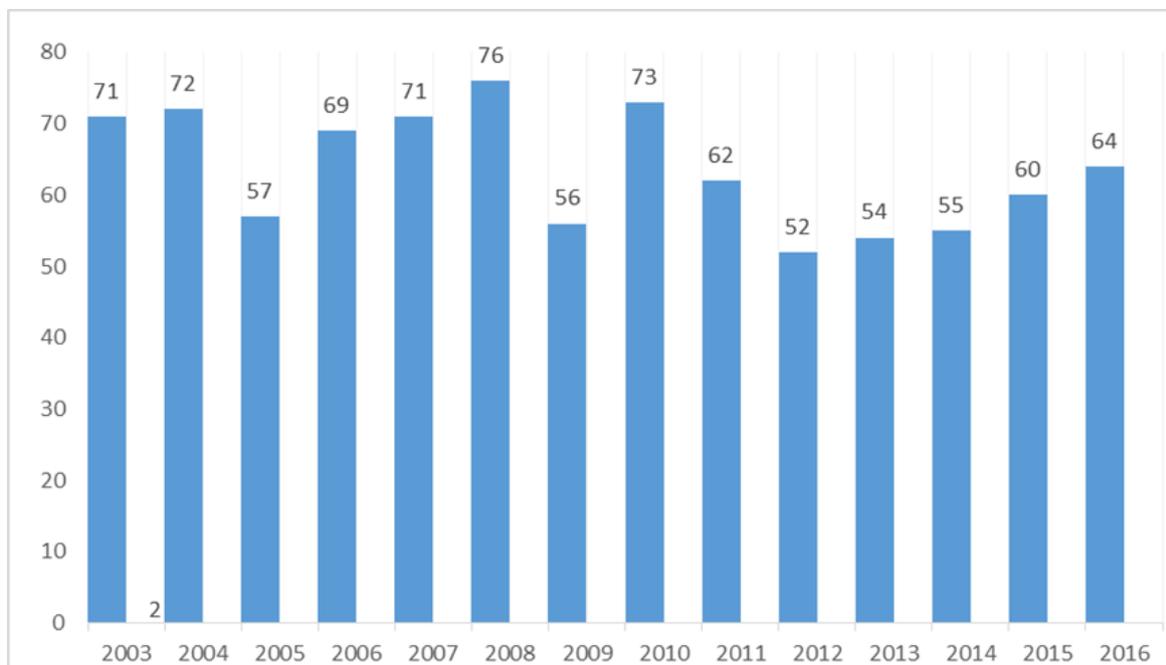


Figura 2: Gráfica de elaboración propia referenciada en el Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad (Ministerio de España).¹⁵

En el gráfico 2 se representa el número de víctimas mortales por violencia de género por cada comunidad autónoma entre el año 2003 y 2016, siendo las comunidades de Andalucía (173), Cataluña (136), Comunidad Valenciana (114) y Comunidad de Madrid (88) las que presentan mayor número de víctimas agrupando en total el 60% de las víctimas mortales.

No obstante, la mayor tasa media anual de víctimas mortales y agresores por millón de mujeres y hombres de 15 y más años corresponde a Melilla, a continuación de Islas Baleares, Ceuta y Canarias. ¹⁴

- **Gráfico 2:** Víctimas mortales por violencia de género por comunidad autónoma. De 1 de enero de 2003 a 31 de diciembre de 2016.

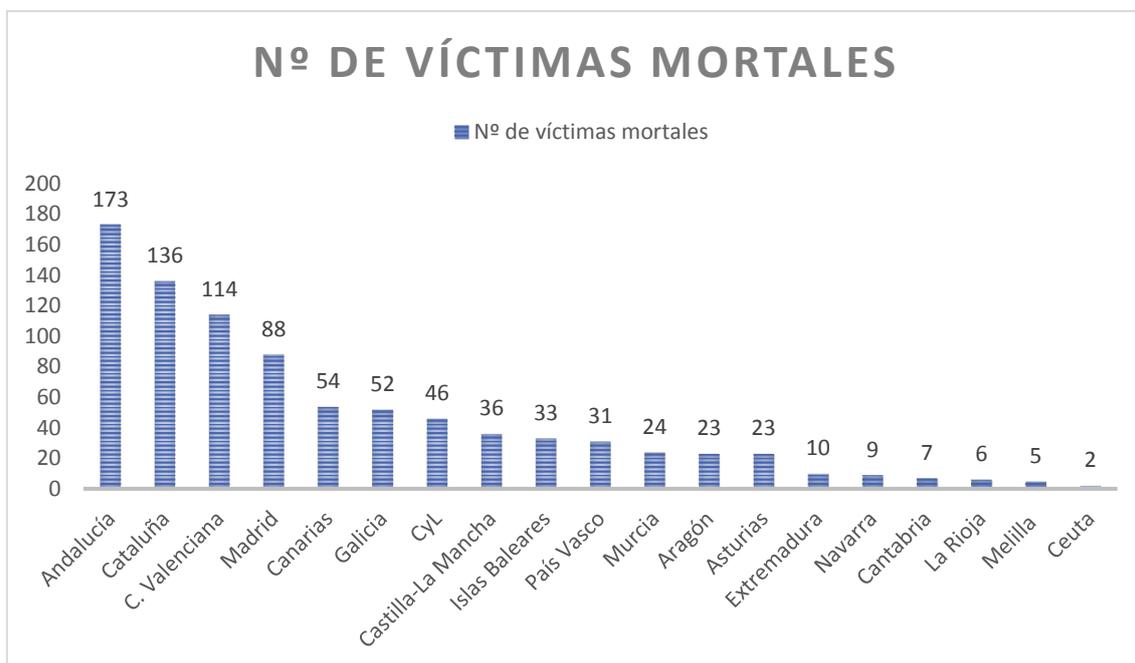


Figura 3: Gráfica de elaboración propia referenciada en el Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad (Ministerio de España).¹⁵

Los agentes sanitarios tienen un papel primordial en la prevención de la violencia de género, que se pronuncia a través de acciones en el ámbito de la sensibilización y formación de profesionales y de atención a la salud integral de las mujeres, incluyendo actuaciones de salud comunitaria y educación para la salud.¹⁶

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel decisivo para ayudar a las mujeres que sufren este tipo de maltrato. Existen una serie de signos y síntomas que pueden hacer sospechar que una mujer sufre violencia de género. Es importante que el personal sanitario los conozca y mantenga una actitud de alerta para identificar los casos.¹⁶

Las necesidades específicas que muestran estas mujeres son multidimensionales, por lo que se demandan intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello es necesaria la participación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un Modelo de Atención Integral de Salud.¹⁶

La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario mediante una escucha activa y empática predispondrá a la confesión de la víctima, lo que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema.¹⁶

Es necesario tener siempre en cuenta a las mujeres en situación de especial vulnerabilidad como son: las mujeres inmigrantes, las mujeres de edad avanzada, mujeres que viven en el medio rural, mujeres con Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y mujeres que sufren algún tipo de discapacidad física o intelectual.¹⁶

La OMS, en su informe Violencia contra las mujeres recomienda al personal sanitario que: *«No tenga 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»*.¹⁶

Define además, las funciones mínimas a desarrollar en este tema desde el sistema sanitario¹⁶:

- Cuando sea posible y dentro de las actividades preventivas, preguntar con regularidad a todas las mujeres sobre la existencia de violencia.
- Vigilancia ante posibles signos y síntomas de maltrato y realizar su seguimiento.
- Ofrecer atención sanitaria integral.
- Informar a las pacientes de los recursos disponibles de la comunidad.
- Ayudar a entender que el malestar y sus problemas de salud son una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la paciente.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes de culpabilidad, ya que pueden fortalecer el aislamiento.
- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones para ofrecer una atención integral.

Hay una evidente preocupación por la baja detección y el retraso en el diagnóstico de la violencia de género. En España, desde la edición del Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 2007, todos los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) han creado

guías de actuación y protocolos, así como programas de formación para la detección precoz y seguimiento de casos.¹⁶

Existen diversas dificultades, en especial por factores psicosociales, para reconocer la violencia de género, tanto por las mujeres que la sufren, como por parte de profesionales del sistema sanitario. Las dificultades son todavía mayores en el caso de mujeres con discapacidades, mujeres migrantes en situación de dificultad económica y/o idiomática, o en caso de vivir en el medio rural, donde el acceso a los recursos y a la protección puede estar más limitado; también en las mujeres mayores de 65 años, en mujeres con enfermedad mental, en mujeres que ejercen la prostitución, mujeres drogodependientes y cualquier otra situación que las ubique en una situación de exclusión social.¹⁶

La coordinación entre profesionales de los equipos de Atención Primaria (AP) con los hospitales, con los servicios sociales y los cuerpos de seguridad o justicia, es necesaria en el abordaje de cualquier caso de Violencia de Género.¹⁶

Una vez que la mujer reconoce estar en una situación de maltrato y/o presenta indicadores de sospecha, debe realizarse una valoración integral explorando las lesiones, el estado emocional que presenta la víctima y su situación social, valorando si se encuentra en un entorno de peligro extremo.¹⁶

Ante cualquier actuación sanitaria en casos de VG es importante registrar en la historia clínica la sospecha y las actuaciones cumplidas, así como comunicar a la mujer del plan de actuación y de las posibles consecuencias de las medidas que se van a tomar e informarle acerca de sus derechos y de los recursos con los que puede contar. Siempre que se emita un parte de lesiones, deberá ser leído por la mujer con anterioridad, y previamente valorar la seguridad de la víctima y tomar medidas de protección para minimizar el riesgo.¹⁶

En España, el personal sanitario tiene la obligación legal de dar a conocer a la autoridad judicial la viable existencia de un hecho delictivo. La Ley de Enjuiciamiento Criminal puntúa en su artículo 262: *“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieran noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante”*. El artículo 355 de esta Ley menciona explícitamente el deber

de los profesionales del ámbito médico: *“Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado”*.¹⁶

El informe del suceso a las autoridades judiciales permite aplicar las medidas dirigidas a la protección de la mujer y evitar que dicho delito quede impune. En la Ley Orgánica estatal se articula un conjunto de medidas para proporcionar una respuesta global a la violencia de género abarcando aspectos de sensibilización e intervención en el ámbito educativo, sanitario, social, asistencial y de atención, así como normas procesales, penales y civiles.¹⁶

Existen situaciones de dilema y conflicto ético a las que se enfrentan los profesionales de la salud derivadas de las que son las obligaciones legales y los principios éticos que rigen las actuaciones del personal sanitario. Esto ocurre principalmente cuando las víctimas manifiestan el deseo de no denunciar a su agresor. En dichas circunstancias los sanitarios se ven ante la complejidad de cumplir con su deber y lo que la ley obliga y el respeto a la autonomía y el derecho a la confidencialidad de las mujeres. Emitir un parte médico de lesiones sin el consentimiento de la mujer sitúa a los profesionales ante un conflicto ético, ya que consideran estar violando el secreto profesional. Ante la sospecha de un delito la ley establece y especifica que el mantenimiento de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico, y en caso necesario serán llamados a declarar judicialmente. Existe deber general de denuncia anunciado en el párrafo 1 del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, el cual se puede poner en práctica conforme al artículo 544 de dicha Ley: *«Sin perjuicio del deber general de denuncia previsto en el artículo 262 de esta Ley las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados, que tuvieran conocimiento de los hechos mencionados en el apartado anterior (delitos contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad de alguna de las personas mencionadas en el artículo 173.2, del Código Penal) deberán ponerlos inmediatamente en conocimiento del Juez de Guardia, o del Ministerio Fiscal con el fin de que se pueda incoar o instar el procedimiento para la adopción de la Orden de Protección.»*¹⁶

3. 2 OBJETIVOS

- **General:**

- Analizar las causas/factores relacionadas con que las enfermeras no denuncien los casos de VG.

- **Específico:**

- Estudiar cuáles son las fuentes de dificultad que esgrimen las enfermeras que dificultan la detección precoz de la VG.

4. MATERIAL Y MÉTODOS:

El tipo de estudio realizado en este trabajo es una revisión bibliográfica sistemática realizada entre los meses de enero a mayo de 2019. Para su elaboración, se estableció una pregunta de investigación que será respondida mediante evidencia científica, buscando alcanzar los objetivos planteados anteriormente. La pregunta se diseñó de forma estructurada utilizando el formato PICO correspondiente a la tabla 1:

Pregunta PICO		
P	P acient / P acientes	Enfermeras
I	I ntervention / I ntervención	Factores/causas relacionados
C	C omparison / C omparación	No procede
O	O utcomes / R esultados	Nivel de detección precoz de casos de VG

Tabla 1 - – Componentes pregunta PICO de Sackett. Fuente: Elaboración propia.

La pregunta planteada es: ¿Por qué las enfermeras no denuncian los casos de violencia de género?

Para la búsqueda se hizo uso de las diferentes herramientas bibliográficas, tales como PubMed, Dialnet, Cuiden, Scielo y Metas de Enfermería (Anexo 1), empleando los términos DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings) que figuran en la tabla 2.

DeCS	MeSH
Violencia de género	Gender violence
Enfermería	Nursing
Mujeres	Women
Violencia	Violence
Detección	Detection
Prevención	Prevention

Tabla 2- Descriptores DeCS y MeSH. Fuente: Elaboración propia

Para dirigir la búsqueda todos los términos se combinaron con el operador booleano de inclusión “AND” y el operador booleano de unión “OR”.

Antes de realizar la búsqueda de los artículos seleccionados para la elaboración de este estudio, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión para delimitar las características que aparecen en dichos artículos. Se muestran a continuación en la tabla 3.

Criterios de inclusión
Artículos en español, inglés y portugués
Artículos de acceso gratuito y texto completo
Artículos publicados en los últimos 10 años
Estudios realizados en humanos
Criterios de exclusión
Artículos cuya puntuación está por debajo del corte de las listas de comprobación
Duplicidad de los artículos

Tabla 3 – Criterios de inclusión y exclusión de artículos. Fuente: elaboración propia

Para la inicial recopilación de los documentos se llevó a cabo una lectura de los títulos y resúmenes de los artículos encontrados, con la finalidad de comprobar su relación con el tema, teniendo en cuenta a su vez, los criterios de inclusión citados anteriormente.

Tras este paso, de los 659 artículos potencialmente útiles encontrados con las diversas estrategias de búsqueda, se seleccionaron 45 documentos.

A continuación, se eliminaron aquellos artículos duplicados y se llevó a cabo una lectura completa de los restantes, tras la cual se descartaron los que no respondían de forma adecuada a la pregunta PICO planteada, siendo 18 los estudios incluidos para la lectura crítica.

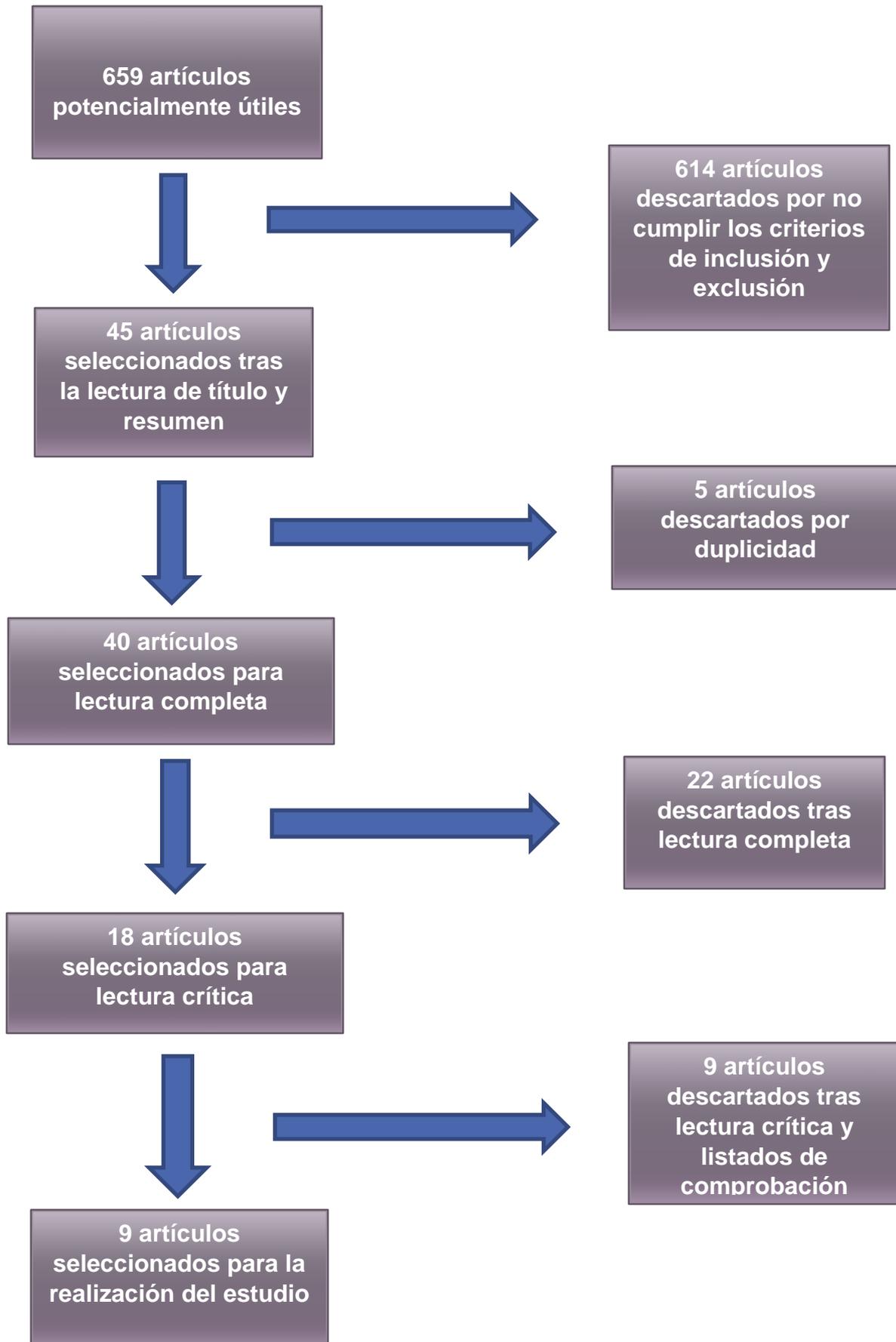
Posteriormente se procedió a la lectura crítica con el fin de evaluar la calidad de la evidencia científica de los artículos, estableciendo una puntuación mínima para cada lista de comprobación (Anexo 2).

Tras esto, fueron eliminados otros 9 artículos, siendo 9 los definitivos para la elaboración del estudio.

Proceso de selección de los artículos específico de cada base de datos.

Base de datos	Resultados obtenidos con estrategias de búsqueda	Artículos restantes tras aplicación de criterios de inclusión	Artículos restantes tras eliminar duplicados	Artículos tras lectura completa	Artículos definitivos tras lectura crítica con listas de comprobación
PubMed	271	19	18	7	3
DialNet Plus	54	11	10	6	3
SciELO	24	8	6	1	1
Cuiden	292	5	4	3	2
Metas de Enfermería	18	2	2	1	0
	659	45	40	18	9

Proceso general de selección de artículos:



5. RESULTADOS

Tras la lectura y el análisis de los 9 artículos seleccionados se ha procedido a la realización de las tablas referenciadas en el Anexo 3, compuestas por determinadas secciones:

- Autor y año.
- Tipo y calidad del estudio.
- Tamaño de la muestra.
- Resultados.
- Conclusiones

A continuación, se analizan los principales resultados separando las publicaciones según los distintos motivos de infradetección de casos de violencia de género.

I. Falta de formación y conocimientos de los profesionales sanitarios:

De los 9 estudios seleccionados, 8 destacan el escaso personal cualificado y la falta de formación más especializada para la detección del maltrato, siendo tan solo un estudio el que afirma el buen conocimiento por parte de los profesionales sobre la VG.

Un estudio cualitativo descriptivo¹⁷ publicado recientemente (2017) destaca la VG como un problema social silenciado e invisibilizado, indicando la dificultad por parte del personal sanitario para identificar a las mujeres en situación de violencia y cuyo principal motivo es la falta de formación de dichos profesionales. A ello se suma la falta de interés por la investigación sobre el tema, el desconocimiento de la legislación, el sentimiento de incapacidad para la atención de casos y el miedo a las represalias.

Otro estudio llevado a cabo en el mismo año¹⁸ señala según varios autores la existencia barreras personales relacionadas con la falta de formación más especializada y el escaso personal cualificado, coincidiendo con el artículo anterior. No obstante, destaca como principales motivos para la infradetección de casos diferentes causas como la falta de privacidad en la consulta, saturaciones de los servicios de salud, falta de tiempo, falta de registros o variabilidad entre ellos y la poca accesibilidad interinstitucional. Describen a su vez la incomodidad ante la

identificación de casos, el miedo a perder el control u ofender a la paciente y el temor a invadir la intimidad de la mujer.

El siguiente estudio se trata de una revisión bibliográfica¹³ publicado en España en 2017. Al analizar los datos determina que la prevención secundaria, detección y abordaje precoz de los casos de maltrato es una tarea fundamental de los equipos de atención primaria, siendo los centros de salud lugares con privilegio para ello por la mayor frecuencia de mujeres que acuden a sus consultas y el contacto más cercano con las mismas. Sin embargo, indica que tan solo se diagnostica un pequeño porcentaje de casos con un retraso de entre 6 y 10 años desde el inicio de las agresiones.

Esta baja detección se ha relacionado con diferentes factores que la obstaculizan, destacando como primordial la falta de formación y de conocimientos por parte de los sanitarios.

Una tesis doctoral de formación en género¹⁹ publicada en 2012 destaca que cuanto más nivel de formación en protocolos existe, hay un mayor nivel de éxito en cuanto a la capacidad para identificar acciones protectoras contra el maltrato.

Así mismo declara que en cuanto a la detección se refiere, la intervención educativa influye de manera positiva mejorando las capacidades profesionales para reconocer indicadores de sospecha.

Refiere que los sujetos con adecuada formación en protocolos pueden llegar a ser más sensibles a los problemas de violencia, llevando a cabo de tal manera acciones protectoras contra el maltrato.

Dichos aprendizajes permiten realizar una detección precoz y adecuar al profesional al momento del proceso en que se encuentren las mujeres, suponiendo una ayuda notable para poder dimensionar y reducir el problema.

Por el contrario, afirma que aquellos que presentan creencias más sexistas, adoptan una actitud más fatalista acerca del origen del problema.

La siguiente publicación²⁰ tuvo como objetivo la evaluación del personal sanitario frente al fenómeno de la violencia. Se trata de un estudio descriptivo de prevalencia publicado en 2008 en el que se utilizó un cuestionario diseñado con preguntas específicas sobre el tema. Se preguntó a 321 profesionales sanitarios de los cuales

respondieron 287 (49,5% corresponde a personal de enfermería). Casi la totalidad de los encuestados consideró la violencia como un problema importante, sin llegar a concebirlo como un problema de salud.

En el presente estudio se preguntó indirectamente por la tasa de detección, obteniendo como respuesta un resultado bajo, de tal manera que se mostró un gran desconocimiento sobre el tema por parte de los profesionales de la salud.

El próximo estudio²¹, publicado en 2016, corresponde a un estudio descriptivo transversal en el que se propuso evaluar el nivel de conocimientos y actitudes de las enfermeras sobre la violencia de género y su relación con las variables sociodemográficas y la detección de casos.

Participaron en él un total de 167 enfermeras de atención primaria de los centros urbanos de salud, utilizando un cuestionario que incluía preguntas relativas a conocimientos, percepciones y actitudes ante casos de violencia. El 67,5% de los encuestados consideró no tener los conocimientos necesarios para atender a una víctima de VG. A nivel sociodemográfico, según este estudio, se considera que los profesionales casados o que viven en pareja tienen mayor nivel de conocimiento, siendo este un motivo influyente en el diagnóstico diferencial ante lesiones físicas y en una mayor aplicación del protocolo. Se observó a su vez que las personas con autopercepción baja de conocimiento aplican menos el protocolo y tiene una probabilidad 11,4 veces mayor de considerar la falta de formación como principal problema a la hora del diagnóstico.

Por consecuente, en lo que respecta a las barreras en la consulta para la detección, el 63,2% consideraron la escasa formación como principal problema para el diagnóstico.

Otro estudio²³ publicado en el año 2014 cuyo objetivo fue relacionar la actitud hacia la VG de profesionales de Atención Primaria con la satisfacción laboral, carga laboral, conocimientos, formación y uso de recursos sanitarios, obtuvo un total de 235 participantes profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, representado nuestro sector un total del 34,8% de enfermeras de procedencia catalana.

El 62,2% de las enfermeras demostró un nivel de conocimientos medio, siendo superior en enfermeras casadas o con pareja. En general, los factores que influyeron en la actitud hacia la detección fueron: formación, uso de recursos sanitarios, conocimientos y satisfacción del personal.

Se describió en este estudio el Modelo de Regresión Lineal, el cual sugiere que al aumentar la formación y la satisfacción profesional, la actitud hacia la violencia de género se verá aumentada positivamente.

Otro estudio²⁴ del año 2014 afirma al igual que los anteriores que uno de los mayores problemas de la violencia de género es la infradetección, siendo también la falta de formación profesional la causa más frecuente. Los obstáculos que el personal sanitario identifica para la detección precoz y la asistencia a víctimas coinciden con los encontrados en los trabajos anteriores, tales como la falta de protocolos de detección y asistencia y la falta de personal cualificado.

El 97,7% de los profesionales valoraba la violencia contra la mujer como un problema importante y que habitualmente pasa desapercibido, a diferencia de otros profesionales que no lo planteaban como diagnóstico diferencial a pesar de tener un nivel de conocimientos medio sobre el tema.

Este estudio destaca la existencia de más del 70% de casos que siguen siendo invisibles a ojos de profesionales. Señala además, las diferencias existentes en la percepción global del fenómeno entre mujeres y hombres, siendo estos últimos quienes demuestran una actitud más sexista, creencia que disminuye tanto en hombres como en mujeres a medida que aumenta su formación sobre el tema.

Finalmente, explica que el nivel de conocimientos en trabajadores de AP puede valorarse en medio-alto. Esto es debido al esfuerzo realizado en los últimos años y la toma de conciencia sobre el problema, aunque se siguen explicitando barreras organizativas importantes.

Por último, en un estudio cualitativo²² del año 2017, en el que 12 profesionales de la educación, salud y servicios sociales municipales fueron entrevistados, se identificaron los siguientes tres temas: "Un falso sentido de equidad de género", "Violencia de género entre los jóvenes: sutil, diario y normalizado", y "Las campañas de los medios de comunicación no se ajustan a las necesidades de los jóvenes". Dichas características mostraron la afectación de la visibilidad del problema.

Las estrategias de prevención identificadas por los participantes en este estudio se pueden dividir en dos grupos: campañas de medios masivos a nivel nacional y proyectos escolares implementados localmente.

El efecto positivo de estas campañas fue llevar la VG a la esfera pública y crear conciencia sobre el problema.

Por otra parte, los programas de prevención de VG en las escuelas pueden tener un impacto positivo en el cambio de actitudes que apoyan la violencia, aumentando el conocimiento y reduciendo su prevalencia.

A diferencia de los anteriores, en este artículo los participantes del estudio mostraron un buen conocimiento de las características de la VG entre los jóvenes, identificando el abuso psicológico como el tipo más común de VG a la que están expuestas las mujeres jóvenes, aunque también eran conscientes de la exposición a otros tipos de VG. Esta violencia fue descrita como algo sutil, cotidiano y normalizado.

II. Sentimiento de incapacidad para la atención de casos:

De los 9 artículos seleccionados para la realización de este estudio, 3 señalan presentar la incompetencia por parte de los sanitarios para afrontar los casos de violencia de género, mostrando cada uno de ellos una perspectiva similar en cuanto a los motivos de este sentimiento de incapacidad.

El primer artículo¹⁷ del año 2017 tomó una muestra de 10 enfermeras de atención primaria. El análisis de dicho estudio plantea que la VG aún causa un extrañamiento para los profesionales cuando se trata de un problema de salud pública. Por dicho motivo se cuestionó a los sanitarios la consideración de dicho problema, a la pregunta “¿Ustedes consideran la VG como un problema de salud pública?” todos afirmaron sin manifestar ningún deseo de investigar más acerca del tema.

Por otra parte, los resultados de este estudio mostraron un encaminamiento de los enfermeros hacia un intento de solución del problema o transferencia de responsabilidad. Cuando se buscó saber la conducta adoptada por los profesionales en los casos de violencia, las palabras de estos mostraron miedo, inseguridad y desconocimiento, lo que lleva a un sentimiento de incapacidad para prestar atención a las víctimas. A ello se le suma la falta de preparación profesional, optando por no

investigar más sobre el problema y el miedo a las represalias que puedan caer sobre ellos.

Estos resultados muestran que la obligatoriedad de los profesionales sanitarios en denunciar un caso de VG no garantiza un aumento de las notificaciones, lo que puede considerarse como un acto negligente.

El segundo estudio¹⁸ publicado en el año 2017 se muestra la opinión de varios autores, entre ellos Rosendo Bugarín, quien indica que *“el hecho de no ser proactivo en la búsqueda de casos de violencia de género y no acompañar a la mujer hace que estemos actuando en contra del principio de no maleficencia y el de justicia, ya que la mujer y sus hijos están en una situación de vulnerabilidad que requiere una actuación efectiva”*.

Por otro lado, se expresa la opinión de los autores Kattia Rojas y Juan Martínez-Galiano, quienes afirman la existencia de barreras institucionales que impiden la adecuada detección de los casos, como la falta de privacidad en la consulta.

La autora Fernanda Visentín mencionada en este estudio, explica la necesidad de crear un ambiente agradable en el que la víctima se sienta cómoda y segura. Los enfermeros deben presentar una actitud empática en la que esté presente la escucha activa y la confidencialidad, ayudando así a crear un vínculo de confianza entre el profesional y la víctima. A su vez, Amy Bull añade que los profesionales deben conocer sus propios sentimientos acerca de la VG: *“Si nos sentimos incómodos, es mejor delegar a un colega”*. Este último autor añade que los sanitarios deben contribuir a la reducción de los sentimientos negativos y conocer los recursos de los que se dispone para afrontar el problema.

En el último artículo²⁴ señala la infradetección como uno de los problemas primordiales de la violencia de género, siendo una de las causas más frecuentes de los profesionales sanitarios el no saber cómo solventar la situación: cómo preguntar a la mujer, temor a invadir su intimidad, miedo a perder el control de la situación, miedo a ofender a la paciente, no saber cómo abordar el problema una vez detectado, etc. A estas dificultades hay que añadir la existencia de un notable desconocimiento y desmotivación por parte de algunos profesionales sanitarios que dificultan la detección de algunos casos, siendo según este estudio, el 66% de la muestra de profesionales

lo que no suelen plantearse la violencia doméstica como un diagnóstico diferencial y un 50% que no plantean soluciones a dicho problema.

Es por tanto tarea fundamental del personal sanitario proporcionar consejo y asesoramiento, escucha y apoyo a las víctimas hasta la derivación y coordinación con otros servicios de atención a la mujer.

III. Infradetección de casos como consecuencia de la falta de tiempo:

Se incluyeron en este grupo de resultados 3 estudios de los 9 seleccionados, existiendo una concordancia con respecto al tema, a la vez que se encontró un desacuerdo entre los distintos artículos.

El primer artículo¹⁸ afirma que el trabajo multidisciplinar y coordinado es el mejor abordaje frente a la violencia de género, contando con la colaboración de la policía, servicios sociales, servicios especializados en salud mental, servicios jurídicos o asociaciones de mujeres. No obstante, señala según los autores Kattia Rojas y Juan Martínez, que una de las causas de la baja detección de casos es la falta de tiempo, siendo dicha afirmación contrarrestada por el autor Mican Deboer, en cuyo estudio señala que las enfermeras encuestadas expusieron que tienen tiempo para afrontar una situación de violencia de género en la consulta. Dicha discordancia de opiniones pudo determinarse por el contexto social en el que se desarrollan los casos, señalando que las enfermeras españolas tienen mayor ratio de carga asistencial que las enfermeras americanas.

Otro de los artículos seleccionados²⁴, además de señalar la falta de profesionales cualificados y protocolos de detección y asistencia, afirma que sí existe una creciente presión asistencial que limita el tiempo de asistencia y la ausencia de personal experto. Sin embargo, un último estudio²¹, según una muestra de 167 enfermeras de atención primaria, afirma que no existe relación entre la no detección de casos y la falta de tiempo en consulta, por lo que la falta de tiempo no parece ser un problema insalvable.

6. DISCUSIÓN

Tras la realización de esta búsqueda, se analizan los resultados encontrados según los diferentes aspectos abordados.

- **Cualificación del personal sanitario**

La mayoría de los estudios encontrados coinciden en que la falta de preparación y conocimientos de los profesionales sanitarios reduce significativamente la detección de las víctimas. Estas reducciones las podemos observar en 8 de los 9 estudios seleccionados. El estudio realizado en Barcelona²⁰, con una muestra representativa de 287 profesionales, un 60% consideró que la VG era un problema importante y que ellos podían tener un papel relevante en la detección de esta situación. No obstante, señala que existe una infradetección de casos y que esto es debido principalmente con el desconocimiento sobre el tema.

Otro de los estudios que afirma dicha información¹³ indica que los centros de salud son lugares privilegiados para el abordaje de este problema, sin embargo, solo se diagnostica un pequeño porcentaje de casos con un retraso de entre 6 y 10 años desde el inicio de las agresiones debido, principalmente, a la preparación desfavorable de los sanitarios.

En contraposición a los 8 artículos que afirman este problema de formación profesional, otro estudio²² con una muestra de 12 profesionales de la educación, salud y servicios sociales, indica la existencia de un buen conocimiento sobre la VG por parte de los profesionales, sin embargo, el tamaño de la muestra de dicho estudio no es significativamente representativa.

- **Incapacidad para el abordaje**

No existen contraposiciones entre los estudios encontrados con respecto a este tema, sin embargo, tan solo 3 hablan sobre la incapacidad de los sanitarios a la hora de atender a las mujeres. Todos afirman que está presente la inseguridad, desconocimiento, miedo a preguntar e invadir la intimidad a la hora de afrontar estos casos y miedo a las represalias, lo que conlleva a una incapacidad para prestar atención a las víctimas.

- **Falta de tiempo**

De los 9 artículos seleccionados para el estudio, 3 mencionan la falta de tiempo en sus resultados, si bien, existen contradicciones entre dichos estudios.

En un artículo del año 2017¹⁸ se indica que una de las causas de la infradetección de casos es la falta de tiempo por parte del personal sanitario, afirmación que es contrapuesta en ese mismo artículo por diferente autor, quien indica que las enfermeras sí disponen de tiempo necesario para abordar a las mujeres víctimas de violencia de género que se presentan en las consultas de atención primaria.

Otro estudio²⁴ también afirma la existencia de la falta de tiempo debido a una creciente presión asistencial.

Por último, el estudio descriptivo transversal realizado²¹ en el año 2016 con una muestra representativa de 167 enfermeras de atención primaria, indica que hay una limitación en cuanto al tiempo se refiere, y esto interfiere, como afirman otros estudios, en la facilidad a la hora de localizar a las víctimas.

Por lo tanto, entre los factores relacionados con la infradetección de la VG por parte de los profesionales de Enfermería se pueden dividir en dos áreas. La primera es en el área competencial, en el sentido en que las enfermas declaran falta de formación sobre cómo abordar el tema, que se reflejan en no saber cómo preguntar a la mujer, miedo a perder el control de la situación y no saber cómo abordar el tema una vez detectado.

La segunda pertenece al área organizativa, y se refiere a la alta presión asistencial que implica falta de tiempo para dedicar a las pacientes, así como a la falta de profesionales cualificados.

7. CONCLUSIONES

La violencia de género es un problema de salud pública importante por su prevalencia y morbimortalidad. La Enfermería de Atención Primaria, por su accesibilidad con las mujeres a lo largo de sus vidas, constituye un colectivo fundamental para llevar a cabo la detección precoz de la violencia de género, lo que resulta esencial para evitar consecuencias graves en la salud.

A día de hoy existen herramientas de actuación para llevar a cabo un correcto abordaje y atención a las víctimas, como el protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género y cuestionarios de cribado que se deben aplicar siempre que haya sospecha de un caso, y mecanismos de coordinación con los servicios sociales, jurídicos y policiales.

Tras analizar y contrastar los diferentes estudios se llega a la conclusión la baja detección en el número de casos de VG debido principalmente a una falta de conocimientos y personal sanitario cualificado. Hay que añadir la incapacidad de los profesionales de realizar entrevistas a las mujeres que acuden a consulta, afirmando en la mayoría de los casos la existencia de miedo a perder el control de la situación, temor a invadir la privacidad y la presión asistencial que conlleva a una falta de tiempo para reconocer dicha situación.

Por todo ello, parece necesario implantar planes específicos de formación, sobre todo, que capaciten a las enfermeras en cómo actuar e interactuar con la paciente con sospecha de VG, mediante la formación práctica en forma de talleres para la detección, seguimiento y apoyo.

Asimismo, es importante contemplar la creación de un referente, es decir, de una figura en cada centro sanitario, ya sea hospital o centro de salud, a la que una enfermera pueda solicitar asesoramiento en estos casos, de manera análoga al llamado “mediador de conflictos” creado en el Sistema de Salud de Castilla y León.

8. BIBLIOGRAFÍA:

1. Lombardo E, et al. Políticas de igualdad de género y sociales en España: origen, desarrollo y desmantelamiento en un contexto de crisis económica. Investigaciones Feministas. . [Internet] 2014; 5:13-35 [acceso 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Revistas/ANALITICAS/DEA0285.pdf>
2. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad y Consumo, [Internet] Diciembre de 2006 [acceso 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <file:///C:/Users/ana/Downloads/PROTOCOLO%20SANITARIO%20COMUN%20VVG%20SNS.%202007.pdf>
3. Violencia Doméstica. Ministerio de Sanidad y Consumo, [Internet] 2003 [acceso 11 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
4. García FJ, Casado E. Violencia en la pareja: género y vínculo. Política y Sociedad, [Internet] 2012, 49 (2): 377-4 [acceso 11 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/viewFile/37015/38944>
5. Alvarado M. y Guerra N. La violencia de género. Un problema de salud pública. Revista de Trabajo Social. 2012 [acceso 11 de marzo de 2019]; 2(2):117-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5154889>
6. Rodríguez-Bolaños R de los A, Márquez-Serrano M, Kageyama-Escobar M de la L. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. Salud Pública México [Internet]. abril de 2005 [acceso 11 de marzo de 2019]; 47(2). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Ruiz I, Blanco P, Vives C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. [Internet] 2003; 3:4-12 [acceso 19 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2004.v18suppl2/4-12/es>

8. Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género. Junta de Castilla y León. [Internet] 2017 [fecha de acceso 19 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero>
9. Miranda- Novoa M. Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género. [Internet] 2012; 2(21):0120-8942 [acceso 19 de marzo de 2019]. Disponible en: <file:///C:/Users/ana/Downloads/DialnetDiferenciaEntreLaPerspectivaDeGeneroYLaIdeologiaDe-4507923.pdf>
10. Garrido MJ. Validación del procedimiento de valoración del riesgo de los casos de violencia de género del ministerio de interior de España [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología; [Internet] 2012 [acceso 19 de marzo de 2018]. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11170/55792_garrido_anton_maria_jose.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Aretio A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. [Internet] 2007; 21(4):273-7. [acceso 19 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0213-91112007000400001&script=sci_arttext&tlng=es
12. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, 313, [Internet] Diciembre 2004 [acceso 19 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
13. Baides R. Violencia de Género: Papel de enfermería en la prevención secundaria desde Atención Primaria. Revista electrónica trimestral de Enfermería. [Internet] 2018; 51:1641-5 [acceso 10 de abril de 2019]. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/59941/2/307241-1141151-1-PB.pdf>
14. Principales datos sobre violencia de género. Año 2017. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las cortes e Igualdad. [Internet] 2017 [acceso 19 de marzo de 2019]. Disponible en:

http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinAnual/docs/PrincipalesDatos_2017.pdf

15. Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. Informe Anual 2016. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. [acceso 19 de marzo de 2019]. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/cap_X/Cap1_2016.pdf
16. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet] 2012 [acceso 19 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
17. Ferreira NN, Cezar SM, Trentin D, et al. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. *Emferm. Foco* [Internet] 2017; 8 (3): 70-4 [acceso 10 de abril de 2019]. Disponible en: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1290>
18. Estévez EP. Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género en las consultas de atención primaria. *Musas*. [Internet] 2017; 2(2):75 - 101 [acceso 10 de abril de 2019]. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num2.5/21985>
19. Macías Seda J. Formación en género en los estudios de enfermería: actitud y capacitación para el abordaje de la violencia de género [tesis doctoral]. Sevilla. Universidad de Sevilla. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología; [Internet] 2012 [acceso 10 de abril de 2019]. Disponible en: file:///C:/Users/ana/Desktop/DialNet%20Plus/1.%20Violencia%20de%20Género%20AND%20enfermeria%20AND%20prevencion/3/Formación%20en%20género%20en%20los%20estudios%20de%20enfermería_%20actitud%20y%20capacitación%20para%20el%20abordaje%20de%20la%20violencia%20de%20Género%20-%20Dialnet.html
20. Coll-Vinent B, Echevarría T, Farrás U, et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. [Internet] 2008; 22(1): 7-10 [acceso 10 de abril de 2019]. Disponible en: <file:///C:/Users/ana/Desktop/DialNet%20Plus/2.%20Violencia%20de%20género>

[o%20AND%20enfermeria%20AND%20deteccion/3/El%20personal%20sanitario%20no%20percibe%20la%20violencia%20doméstica%20como%20un%20problema%20de%20salud%20_%20Gaceta%20Sanitaria.html](#)

21. Valdés CA, García C, Sierra A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Aten Primaria. [Internet] 2016; 48(10):623-31 [acceso 12 de abril de 2019]. Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/39531/1/violencia.pdf>
22. Maquibar A, Vives-Cases C, et al. Professionals' perception of intimate partner violence in young people: a qualitative study in northern Spain. Reproductive Health. [Internet] (2017)14:86 [acceso 12 de abril de 2019]. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0348-8>
23. Rojas K, Gutiérrez T, Alvarado R, et al. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. Aten Primaria. [Internet] 2015; 47(8):490-7 [acceso 12 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714003953>
24. [Calvo G, Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Revista electrónica trimestral de Enfermería. \[Internet\] 2014; 33:1695-6141 \[acceso 12 de abril de 2019\]. Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.1.181941/157351](#)

9. ANEXOS:

- ANEXO 1: Búsquedas realizadas en las bases de datos.

Bases de datos	Búsqueda	Filtros seleccionados	Escogidos/ Resultados
PubMed	“Violencia de género” AND “Enfermería”	Free full text Last 5 years Humans	1/1
	“Violencia de género” AND “Enfermería” AND “Detección”	-	0/0
	“Violencia de género” AND “Enfermería” AND “Prevención”	-	0/0
	“Gender violence” AND “nursing”	Free full text Last 5 years Humans	15/177
	“Gender violence” AND “nursing” AND “prevention”	Free full text Last 5 years Humans	1/65
	“Women” AND “violence” AND “detection”	Free full text Last 5 years Humans	2/28
Número total de artículos seleccionados en PubMed inicialmente: 19			
DialNet Plus	“Violencia de género” AND “enfermería” AND “detección”	-	3/17
	“violencia de género” OR “mujeres” OR “violencia” AND “enfermería” AND “prevención”	-	8/37
Número total de artículos encontrados en DialNet Plus: 11			
	“violencia de género” AND “enfermería” AND “prevención”	-	5/9

¿Por qué las enfermeras no detectan la violencia de género?

SciELO	“Violencia de género” OR “violencia” AND “mujeres” AND “enfermería” AND “prevención”	-	3/15
Número total de artículos escogidos en SciELO inicialmente: 8			
Cuiden	“violencia de género” AND “enfermería”	-	5/292
Metas de Enfermería	“violencia de género”	-	2/18
Números total de artículos encontrados en las Bases de Datos utilizadas: 45			

- **ANEXO 2: Proceso de selección tras utilización de las listas de comprobación.**

Artículo	Parrilla lectura crítica	Puntuación	Observaciones
CUIDEN			
1. “Asimilación teórica y práctica sobre la violencia doméstica: profesionales de la enfermería atendiendo a víctimas en la atención primaria”.		No procede ya que no es útil para los objetivos.	Estudio cualitativo: no responde a los objetivos del TFG.
2. “Actuación de los enfermeros de la atención básica ante mujeres en situación de violencia”.	CASPe	7/10	Estudio cualitativo de utilidad para mis objetivos.

3. "Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en las consultas de atención primaria de salud".	CASPe	7/10	Se trata de un TFG (revisión bibliográfica) de interés para los objetivos de mi estudio.
DIALNET			
4. "Atención enfermera a la sexualidad de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual".		No procede porque no es útil para mis objetivos.	No aporta nada a mis objetivos.
5. "Violencia de Género: Papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria".	CASPe	8/10	Rev. Bibliográfica: interesante y con calidad aceptable.
6. "Salud Comunitaria y...." Es una revista: hay que ir al artículo: La prevención como herramienta en la violencia de género		No procede porque no es útil para mis objetivos.	No abarca mis objetivos. No trata el tema de la detección.
7. "Formación en género en los estudios de Enfermería: actitud y capacitación para el abordaje de la violencia de género"	CASPe	8/10	Tesis doctoral: útil para mis objetivos.

8. "El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud"	STROBE	Adecuado. Calidad moderada: 50% puntos	Estudio descriptivo de prevalencia, casi 50% muestra enfermera. Útil para mis objetivos.
9. "Formación en género y detección precoz de la violencia contra las mujeres a partir de las creencias sobre el amor romántico..."		No procede	Tesis doctoral. No es útil para mi trabajo.
PubMed			
10. "Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria."	STROBE	Adecuado Calidad moderada: 65% puntos	Estudio descriptivo transversal útil para mi trabajo.
11. "Adaptación del instrumento WAST..."		No procede	Validación de escala, no es útil para mis objetivos.
12. "Towards a more integrated and gender sensitive care delivery for victims of sexual assault: key findings and recommendations from the Belgian sexual assault care centre feasibility study".		No procede	No trata detección por lo que no es útil para mis objetivos.
13. "Professional's perception of			

intimate partner violence in young people: a qualitative study in northern Spain”.	CASPe	8/10	Estudio cualitativo útil.
14. “Actitud ante la violencia de género de los profesionales de atención primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica”.	STROBE	Adecuado Calidad moderada: 60% puntos.	Estudio útil.
15. “Prevalence of....”		No procede	Estudio de prevalencia. No es útil para mis objetivos.
16. “Applying the WHO recommendations on health-sector response to violence against women to assess the Spanish health system. A mixed methods approach”.		No procede	Nota metodológica sobre protocolos y guías.
Metas de Enfermería			
17. “Enfermeras imprescindibles en...”		No procede	Artículo de opinión.
SCielo			
18. “La violencia de género, evolución, impacto y claves	CASPe	7/10	Revisión bibliográfica, interesante y con calidad aceptable.

para su abordaje”.			
--------------------	--	--	--

- **Anexo 3: Tablas resumen de los artículos seleccionados.**

1. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência (CUIDEN)	
Autor y año	Neuzileny Nery Ferreira Silva, Sandra Maria Cezar Leal, Daiane Trentin, Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Caroline Porcelis Vargas, Letícia Becker Vieira. Año 2017
Tipo y calidad del estudio	Estudio con abordaje cualitativo descriptivo. Puntuación CASPe: 7/10
Tamaño de la muestra	10 enfermeras de la especialidad de Enfermería Comunitaria.
Resultados	El análisis de contenido está diferenciados en 4 categorías: 1. <u>“Violencia silenciada e invisibilizada”</u> : El análisis de esta categoría revela la invisibilidad de las mujeres en situación de violencia, indicando la dificultad por parte de los profesionales sanitarios para reconocer dicha situación. 2. <u>“El Sí de la violencia como cuestión de Salud Pública”</u> : Apunta que la VG todavía causa extrañamiento para los profesionales cuando se trata de un problema de salud pública. Todos los sujetos del estudio consideran que la VG es un problema de Salud Pública pero no manifestaron deseo de descubrir o investigar sobre el tema. 3. <u>“El desconocimiento de la notificación”</u> : Ausencia de notificación de los casos que involucran violencia, revelando el desconocimiento de la legislación por parte de los sanitarios. 4. <u>“Saliendo de escena”</u> : Sentimiento de incapacidad para la atención de los casos de VG y miedo a la represalia. Falta de preparación de los profesionales (optan por no profundizar la investigación de violencia).
Conclusiones	Los resultados de este estudio revelan que las enfermeras son conscientes de la existencia del problema, no obstante, las atenciones a mujeres en situación de violencia siguen siendo difíciles de abordar. Es necesario la ampliación de prácticas educativas para profundizar el conocimiento en promoción de la calificación del equipo sanitario.
2. Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género en las consultas de atención primaria. (CUIDEN)	
Autor y año	Evelyn Paola Estévez Macas Año 2017
Tipo y calidad del estudio	Revisión bibliográfica Puntuación CASPe: 7/10

Tamaño de la muestra	No procede.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Según Bugarín, el hecho de no ser proactivo en la búsqueda de casos de violencia de género y no acompañar a la mujer hace que actuemos en perjuicio del principio de no maleficencia y el de justicia, ya que la mujer está en una situación de vulnerabilidad que requiere una actuación efectiva. • Visentin explica la necesidad de crear un ambiente confortable en el que la víctima se sienta segura. La empatía, la escucha activa y asegurar la confidencialidad ayudan a crear un vínculo de confianza entre el profesional y la víctima. • Los profesionales tienen como soporte un protocolo común diseñado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que guía al profesional para abordar la violencia de género. Por otra parte, existen escalas y cuestionarios de cribado que ayudan en la detección de casos de violencia. Esteve estudió la efectividad de cuatro instrumentos: Index of Spouse Abuse (ISA), que evalúa la magnitud de la violencia; Women Abuse Screening Tool (WAST), útil en la detección de maltrato en la Atención Primaria; Partner Violence Screen (PVS), diseñado para detectar casos de violencia doméstica en urgencias; y el Psychological Maltreatment of Women Inventory-Short Versión (PMWI-SF), herramienta que evalúa la magnitud de las consecuencias psicológicas. • Según los autores Martínez, Rojas y Martínez, existen barreras institucionales como la falta de privacidad en la consulta, saturaciones de los servicios de salud, falta de tiempo, escaso personal cualificado, falta de registros o variabilidad entre ellos y la poca accesibilidad interinstitucional. También describen barreras personales relacionadas con la falta de formación más especializada, con no sentirse cómodo identificando casos, miedo a perder el control u ofender a la paciente y temor a invadir la intimidad de la mujer o prejuicios.
Conclusiones	Las intervenciones de enfermería son necesarias para prevenir, detectar y tratar la violencia de género. Es necesaria una formación más específica y estudiar más a fondo cuáles son las claves para el abordaje, la eficacia de los protocolos y las intervenciones que se realiza en los hijos y la relación entre suicidio y maltrato.
3. Violencia de Género: Papel de enfermería en la prevención secundaria desde Atención Primaria (DialNet)	
Autor y año	Raquel Baides Noriega Año 2017
Tipo y calidad del estudio	Revisión bibliográfica. Puntuación CASPe: 8/10
Tamaño de la muestra	No procede.
Resultados	La prevención secundaria, detección y abordaje precoz de la violencia de género es una tarea fundamental desde los equipos de atención primaria. Los Centros de Salud de Atención Primaria son lugares privilegiados para ello debido al contacto cercano con la víctima. Sin embargo, solo se diagnostica un pequeño porcentaje de VG con un retraso de entre 6 y 10 años desde la aparición de las agresiones. Esta infradetección se ha relacionado con diferentes factores, destacando la falta de formación y de conocimientos por parte de los sanitarios como principal motivo.
Conclusiones	La violencia de género es un grave problema que afecta a la salud de las mujeres que la sufren. Enfermería de Atención Primaria juega un importante papel por su gran accesibilidad y contacto frecuente con la mujer a lo largo del ciclo vital, pudiendo detectar precozmente violencia de género. Para potenciar la prevención secundaria, se hace preciso mejorar la formación entre los profesionales sanitarios.

4. Formación en género en los estudios de enfermería: actitud y capacitación para el abordaje de la violencia de género (DialNet)	
Autor y año	Juana Macías Seda Año 2012
Tipo y calidad del estudio	Tesis Doctoral Puntuación CASPe: 8/10
Tamaño de la muestra	No procede.
Resultados	Para medir la influencia de la intervención en la capacitación de enfermería ante la violencia de género se señaló a los autores Ferrez y Coll, quienes indican que el hecho de que tener amigos y familiares víctimas de violencia promueve una actitud favorable para detectar situaciones de maltrato. Por el contrario, las creencias sexistas o la indiferencia en referir casos de VG se asocia con una actitud desfavorable para la detección. La intervención educativa y la adecuada formación en protocolos influyen mejorando la capacitación para reconocer indicadores de sospecha.
Conclusiones	Una mayor capacitación en protocolos y una adecuada formación en género aumentan en capacidad para detectar la violencia de género. Esto permite una detección precoz y adecuar la actuación profesional al momento del proceso en el que se encuentran las mujeres. Su uso mejora los circuitos de derivación y la coordinación entre los agentes sociosanitarios, por lo que suponen una ayuda notable para dimensionar y reducir el problema.
5. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud (DialNet)	
Autor y año	Blanca Coll-Vinent, Teresa Echeverría, Úrsula Farràs, Dolores Rodríguez, José Millá, Manel Santiñ. Año 2008
Tipo y calidad del estudio	Estudio descriptivo de prevalencia. Puntuación STROBE: 50%
Tamaño de la muestra	N= 321
Resultados	Respondieron 287 profesionales, de los cuales un 49,5% correspondió a personal de enfermería. La mayoría de encuestados (87,1%) consideró que era un problema importante de carácter social y judicial. El 60% consideró que podía tener un papel relevante en la detección de esta situación, sin embargo, la valoración del propio grado de preparación para asistir a este tipo de pacientes fue muy baja. Tras la encuesta, se obtuvo que el personal de enfermería era más sensible al problema y se consideraba más preparado que el personal médico.
Conclusiones	Los profesionales de la salud están sensibilizados frente al problema de la violencia de género, pero no lo consideran un problema de salud. Los resultados muestran un gran desconocimiento del tema por parte de los profesionales de la salud.
6. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. (PubMed)	

¿Por qué las enfermeras no detectan la violencia de género?

Autor y año	Carmen Ana Valdés Sánchez, Clara García Fernández, Ángela Sierra Díaz. Año 2016
Tipo y calidad del estudio	Estudio descriptivo transversal. Puntuación STROBE: 60%
Tamaño de la muestra	N= 167 enfermeras de atención primaria.
Resultados	El 62,2% de las enfermeras demuestra un nivel de conocimientos medio, el conocimiento es superior en enfermeras casadas o con pareja. El 71% no detectó ningún caso en los últimos tres meses. La detección de casos se relaciona con estar casado o vivir en pareja, un bajo nivel de conocimientos, autopercepción, falta de formación y no aplicar el protocolo.
Conclusiones	La baja detección y el diagnóstico están relacionado con el nivel de autopercepción de conocimientos y no con el nivel real. Como principal obstáculo para dar una respuesta efectiva, señalan la falta de formación y la no aplicación del protocolo.
7. Professionals' perception of intimate partner violence in young people: a qualitative study in northern Spain. (PubMed)	
Autor y año	Amaia Maquibar , Carmen Vives-Cases, Anna-Karin Hurtig and Isabel Goicolea. Año 2017
Tipo y calidad del estudio	Estudio cualitativo. Puntuacion CASPe: 8/10
Tamaño de la muestra	12 profesionales de la salud, educación y servicios sociales municipales.
Resultados	Se encontró que para los participantes, el abuso psicológico en la forma de controlar el comportamiento era el tipo más común de violencia de pareja entre los jóvenes, describiendo la violencia como algo sutil, cotidiano y normalizado. Investigaciones recientes han encontrado que la inequidad de género a nivel nacional y los roles normativos de género están relacionados con la prevalencia de la violencia de género. Según los participantes en este estudio, la inequidad de género fue la base de este maltrato. Las estrategias de prevención identificadas por los participantes en este estudio se pueden dividir en dos grupos: campañas de medios masivos a nivel nacional y proyectos escolares implementados localmente.
Conclusiones	Este estudio identificó tres temas que describen cómo los participantes caracterizaron la violencia de género entre los jóvenes y, a su vez, cómo estas características, junto con el contexto más amplio, afectan la visibilidad del problema y las características de los programas existentes, así como la forma en que se enfocaron las campañas en los medios de comunicación sobre este tema abordado.
8. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. (PubMed)	

¿Por qué las enfermeras no detectan la violencia de género?

Autor y año	Kattia Rojas Loría, Teresa Gutiérrez Rosado, Ricardo Alvarado y Anna Fernández Sánchez. Año 2014
Tipo y calidad del estudio	Exploratorio transversal y comparativo. Puntuación STROBE: 60%
Tamaño de la muestra	N=235 profesionales de Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo Social.
Resultados	La actitud del profesional hacia la detección y abordaje de la violencia doméstica fue favorable. Los factores que influyen en la actitud hacia la detección fueron: formación, uso de recursos sanitarios, conocimientos, satisfacción del personal. El Modelo de Regresión Lineal descrito en este estudio sugiere que al aumentar la formación y la satisfacción profesional, la actitud hacia la violencia de género se verá aumentada positivamente.
Conclusiones	Una formación actualizada y sensibilizadora y el uso de los recursos sociosanitarios repercuten en una actitud favorable para detectar casos de violencia de género en la atención primaria.
9. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. (SciELO)	
Autor y año	Calvo G, Camacho R. Año 2014
Tipo y calidad del estudio	Revisión bibliográfica. Puntuación CASPe: 7/10
Tamaño de la muestra	No procede.
Resultados	La violencia de género es un problema sanitario creciente en todo el mundo. Las causas de la infradetección son la falta de formación de los profesionales: no saber cómo preguntar a la mujer, temor a invadir la privacidad, miedo a perder el control de la situación, limitaciones de tiempo, etc. Entre los problemas organizativos señalados destacaban la presión asistencial, la falta de formación, información y de un protocolo de actuación. Enfermería demanda mayor capacitación, aumentar los recursos disponibles y reforzar la coordinación interdisciplinaria.
Conclusiones	Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la atención a las mujeres maltratadas, siendo una responsabilidad ética y profesional diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a sus necesidades.