



Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2018/19

Universidad de Valladolid

La formación universitaria en Enfermería sobre violencia de género: un derecho y una obligación

Alumna: Henar Polo Esteban

Tutora: Dra. Mercedes Martínez León

“La educación no cambia al mundo: cambia a las personas que van a cambiar el mundo”.

Paulo Freire

Resumen

-Introducción: La violencia de género es un problema de salud y debe ser abordado en la práctica asistencial enfermera, siendo derecho y obligación de los estudiantes del Grado recibir formación curricular al respecto, según la legislación española.

-Objetivo: Analizar la percepción de los estudiantes de Enfermería sobre la formación académica recibida en este tema.

-Metodología: Estudio observacional, descriptivo y transversal mediante un cuestionario distribuido entre los estudiantes de Enfermería (n=500). Se calcularon medias, desviaciones estándar, frecuencias, porcentajes, intervalos de confianza al 95%, χ^2 de Pearson para el contraste de hipótesis y riesgo relativo para medir la fuerza de las asociaciones.

-Resultados: La participación fue del 24.4% (n=122). El 91% lo consideró un problema de salud y el 99.2% necesaria la formación curricular e importante el papel de las enfermeras/enfermeros en la atención a dichas pacientes. Destacó que el 67.2% no recibió formación curricular, y de los que consideraron recibirla, solo 7.4% la estimó suficiente (p=0.008 para las variables curso y formación curricular). Así mismo, el 67.2% se consideró incapaz de prestar una correcta atención sanitaria enfermera (p=0.001 para las variables curso y capacidad autopercebida), aunque el 63.1% acudió a actividades extracurriculares relacionadas.

-Discusión: Se revela una carencia formativa impidiendo una correcta asistencia sanitaria. Su inclusión explícita en la formación curricular del Grado, la mejor difusión de actividades extracurriculares y la promoción de programas de salud sobre dicha violencia, son propuestas para mejorar la atención sanitaria contribuyendo a su detección precoz y así, poder ayudar a las víctimas de violencia de género.

Palabras clave

Enfermería, violencia de género, formación universitaria, atención sanitaria.

Índice

Resumen	
Palabras clave	
Índice	I
Glosario	II
1 Introducción	3
1.1 La violencia de género desde la perspectiva social.....	4
1.2 La violencia de género desde la perspectiva sanitaria	6
1.3 La violencia de género desde la perspectiva legal	8
2 Justificación	11
3 Objetivos.....	14
3.1 Objetivo general.....	14
3.2 Objetivos secundarios.....	14
4 Material y métodos.....	15
4.1 Diseño	15
4.2 Población, muestra estudiada y tamaño muestral	15
4.3 Criterios de inclusión y exclusión	15
4.4 Duración	16
4.5 Procedimiento o método	16
4.6 Análisis estadístico	16
4.7 Consideraciones ético-legales	16
5 Resultados.....	17
5.1 Resultados del cuestionario	17
5.2 Análisis del papel de las enfermeras y enfermeros ante la violencia de género con casos clínicos prácticos reales	20
6 Discusión	23
6.1 Fortalezas y limitaciones.....	24
6.2 Implicaciones a la práctica clínica	25
6.3 Futuras líneas de investigación	25
7 Conclusiones	26
8 Bibliografía.....	27
9 Anexos.....	33
9.1 Anexo I: Cuestionario.....	33
9.2 Anexo II: Permiso de la Comisión de Ética e Investigación	35
9.3 Anexo III: Resultados del cuestionario	36

Glosario

-Género: *“grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde el punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico. Puede seguir el binomio hombre-mujer o no”⁽¹⁾.*

-Sexo:

“condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas”⁽¹⁾.

-Violencia sobre o contra la mujer: *“cualquier acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada”⁽²⁾.*

-Violencia doméstica: *violencia ejercida dentro del hogar⁽³⁾.*

-Violencia de género: *“todo acto de violencia física y/o psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad que se ejerce sobre las mujeres 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”⁽⁴⁾.*

-Violencia en la pareja: *“comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control”⁽²⁾.*

-Violencia familiar o intrafamiliar: *“aquella que tiene lugar entre los miembros de una familia como consecuencia de los actos infligidos por un familiar a otro”⁽³⁾.*

-Violencia masculina contra las mujeres: *aquella que tiene como agresor al varón y como víctima a la mujer⁽³⁾.*

1 | Introducción

Existen diversos términos que hacen referencia, de alguna forma, a la violencia contra las mujeres, pero no deben ser empleados como sinónimos, pues cada uno pone el foco de atención en un aspecto u otro, y es importante considerar tales matices para utilizar de forma correcta cada expresión. En el presente Trabajo Fin de Grado se va a usar el término violencia de género, ya que es el empleado en la legislación española, y además incluye, de manera tácita, la consideración de la mujer como ser inferior al hombre, y por tanto supeditada y subordinada al mismo, que es la cuestión a abordar⁽⁵⁾. Como indica Lorente Acosta⁽³⁾ se empleará este término en detrimento de:

- **Violencia doméstica**, pues solo hace referencia al espacio físico donde se producen tales actos y no especifica ni el agresor ni la víctima (pueden ser otros miembros del hogar). Además, en ocasiones la agresión no ocurre en el hogar.
- **Violencia familiar**, pues no se centra en el contexto de la pareja y/o ex-pareja, sino que incluye a otros miembros de la familia.
- **Violencia en la pareja**, ya que ocurre en el seno de la pareja o ex-pareja y no se refiere exclusivamente a la violencia ejercida por el hombre sobre la mujer, sino que también de la mujer hacia el hombre.
- **Violencia masculina contra las mujeres y violencia sobre o contra la mujer**: aunque la primera delimita el agresor, ambos conceptos se desarrollan fuera de la relación íntima de pareja o ex-pareja.

El Consejo de Europa⁽⁶⁾, el Instituto Europeo de la Igualdad de Género⁽⁷⁾ y la Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres⁽⁸⁾ señalan que bajo la violencia de género se engloban varias formas de violencia. La más visible es la física, pero Lorente Acosta⁽³⁾, la Fundación AVON⁽⁹⁾ y Calvo González et al.⁽¹⁰⁾ alertan de que hay que incluir otros tipos que pueden pasar más inadvertidos, como la psíquica, la sexual, la social (de aislamiento y control), y la económica, que pueden estar en concomitancia con la física o no.

El aspecto diferencial de este tipo de violencia radica en que la violencia de género no tiene como objetivo primordial lesionar a la víctima, sino más bien

el de aleccionarla para lograr el sometimiento de la mujer⁽¹¹⁾, y pese a los intentos de enumerar factores de riesgo que provoquen mayor vulnerabilidad a sufrir violencia de género (mujer adolescente, bajo nivel socio-económico, cultural...)⁽¹²⁻¹⁴⁾, el único factor de riesgo real que presentan es el simple hecho de ser mujer⁽¹⁵⁾. En esta línea, a principios del año 2019, el Tribunal Supremo señaló que, a efectos penales, la ausencia de lesión no exime al agresor de su procesamiento judicial pudiendo existir maltrato sin haber lesión⁽¹⁶⁾.

Por consiguiente, puesto que es un problema intersectorial que requiere un abordaje multidisciplinar⁽¹¹⁾, para reflejar el marco en el que se contextualiza actualmente, se abordará desde las perspectivas social, sanitaria y legal.

1.1 | La violencia de género desde la perspectiva social

Según sostiene Ferrer et al.⁽¹⁷⁾, a pesar de los notables avances que se han logrado en materia de paridad e igualdad, estas aún continúan siendo una realidad lejana, pues vivimos en una sociedad patriarcal en la que el hombre domina y la mujer se subordina a él. Esta es la estructura primaria de poder más antigua y poderosa, pues sus raíces están ancladas en lo más profundo de la organización social, la cultura y las creencias, y se mantiene deliberadamente⁽⁵⁾. Este es un problema educacional, ya que durante el proceso de socialización de los niños/as se les instruye para que adquieran determinados roles y/o comportamientos, en función del sexo, y se les trata de corregir cuando sus conductas no son las que, socialmente, se consideran propias de su género; aspectos recogidos por Saeed et al.⁽¹⁸⁾ y Helman et al.⁽¹⁹⁾. En la Tabla 1, se observan algunos estereotipos asociados al género.

Tabla 1. Estereotipos

Masculinidad	Feminidad
Rudo	Dulce
Inteligente	Afectiva
Dominante	Sumisa
Valiente y protector	Prudente y vulnerable
Controlador	Emocional e inestable
Racional y lógico	Irracional

Fuente: Elaboración propia a partir de Briñón⁽²⁰⁾ y Koenig⁽²¹⁾.

Los hombres que ejercen esta violencia tienen fuertemente arraigados en sus creencias estos estereotipos y la emplean como herramienta para el control de la mujer con el objetivo de perpetuar la dominación masculina, es decir, es un mecanismo para el mantenimiento de esta sociedad patriarcal. Así, la base de la violencia de género es una cuestión cultural y no biológica⁽²²⁾.

Al mismo tiempo, una parte importante del problema radica en que, en ciertos sectores de la sociedad, aún se considera un asunto privado, y abogan porque nadie debe entrometerse en la intimidad de la pareja, obviando el papel fundamental que tiene cada ciudadano en particular, y la sociedad en general en la erradicación de este problema. No se debe focalizar toda la responsabilidad en las víctimas, ya que estas, a menudo, están paralizadas por el miedo. El miedo al agresor, a denunciar, a pedir ayuda, a la agresión a los hijos y al futuro que a estos les esperaba si ella denuncia, y también a la soledad y a la vergüenza⁽²³⁾, por no mencionar la falsa esperanza de que la situación mejore y su pareja cambie, sobre todo en los periodos de remisión de la violencia, como ya se abordará con el *“Ciclo de la Violencia”* de Walker⁽²⁴⁾.

Por otra parte, a pesar de que la sociedad teóricamente condena tales actos, es importante continuar educando en igualdad a la población^(25,26) para evitar las ideas o falsos mitos de la violencia de género que no hacen más que minimizar y banalizar un grave problema (*“la mujer provoca al hombre”, “ella está exagerando, solo fue una discusión”, “los hechos no produjeron ningún hueso roto”, “la violencia de género se debe a los celos”, “solo ocurre en familias/personas con problemas”, “si las mujeres que la padecen no abandonan esa relación por algo será, quizá les gusta”,* entre otros^(27,28)). Esta ausencia de conocimientos de los que no están implicados de forma directa en el problema explica parte del mismo⁽²⁹⁾. Sin embargo, como sostiene Marugán Pintos⁽³⁰⁾, aun siendo la española una sociedad patriarcal y androcentrista, sí que se ha producido cierta transformación para la visibilización de la violencia de género exponiéndola al escrutinio público, pues, según datos de 2015 de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género⁽³¹⁾, el 93% de las mujeres y el 85% de los varones adolescentes y jóvenes son conscientes de que la violencia de género está bastante o muy extendida en la sociedad.

1.2 | La violencia de género desde la perspectiva sanitaria

De acuerdo con Calvo González⁽¹⁰⁾, Rodríguez Calvo⁽³²⁾ y Villavicencio Miranda⁽³³⁾ la violencia de género es un fenómeno universal, es decir, está en todos los territorios y culturas, y al mismo tiempo es transversal, pues no distingue entre edad, clase social, nivel educativo o estatus socio-económico.

Conocer el proceso de violencia, su génesis, evolución y efectos que provoca en las víctimas es imprescindible para que las enfermeras y enfermeros proporcionen una asistencia efectiva a las mujeres que lo soliciten, estando en alerta para detectar situaciones de violencia en las víctimas que aún no han decidido pedir ayuda⁽³⁴⁾. En este caso se ofrecerá apoyo e información sobre los recursos disponibles para que sean conscientes de que no se enfrentan solas. Es importante no juzgar su comportamiento ni culpabilizarlas si no quieren dar el paso de denunciar, pues no es que no quieran, sino que no pueden, y deben estar junto a ellas para que, cuando se encuentren con la capacidad y fuerza necesaria para ello, sirvan de apoyo⁽³⁴⁾.

Benito Ortiz⁽³⁵⁾, citando a Overmier et al.⁽³⁶⁾ refiere que ya se ha abordado esta actitud de la mujer de permanecer junto al agresor en la *“Teoría de la Indefensión Aprendida”*. La víctima tiende a adecuarse a sus exigencias siendo esta una resolución adaptativa que tiene como objetivo incrementar las probabilidades de supervivencia. Bajo esta perspectiva, cuando la víctima trata de buscar ayuda, se incrementa el riesgo de padecer un episodio violento, lo que reduce sus posibilidades de supervivencia, ya que puede precipitar una nueva agresión que puede desembocar incluso en la muerte. Así mismo, Montero Gómez⁽³⁷⁾ acuñó el término de *“Síndrome de Estocolmo Doméstico”* en el que la víctima establece una unión más compacta con el agresor, pues tiende a excusar y justificar sus actos. También Montero Gómez⁽³⁸⁾ desarrolló el concepto de *“Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica”*, que apoya las bases de la teoría de Overmier et al.⁽³⁶⁾. Por otra parte, para comprender y abordar las actuaciones de las víctimas resulta imprescindible hacer referencia a Walker⁽²⁴⁾, y su *“Teoría sobre el Ciclo de la Violencia”* según la cual, la violencia de género tiene tres fases, recogidas en la Figura 1.

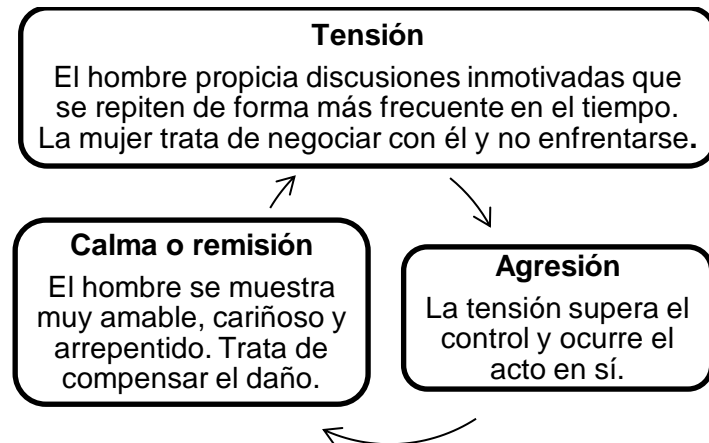


Figura 1. Esquema del “Ciclo de la Violencia”.
Fuente: Elaboración propia a partir de Walker⁽²⁴⁾.

En la fase de remisión las víctimas de violencia de género tienden a albergar esperanzas de que la actitud de su pareja cambie y suelen otorgar un voto de confianza a la luz de su conducta amable y arrepentida. Creen sus palabras y que no se volverá a repetir, por lo que es muy difícil que se decidan a denunciar durante este periodo, según Walker⁽²⁴⁾. Sin embargo, este ciclo de violencia se inicia de nuevo y la frecuencia de repetición y severidad se van incrementando según se avance en la escalera de la violencia, pudiendo ser el final, si nadie le pone solución antes, la muerte violenta de la víctima, tal y como señala Benito Ortiz⁽³⁵⁾. Continuando con Benito Ortiz⁽³⁵⁾, es frecuente que las víctimas de violencia de género acudan a los Servicios Sanitarios con cierta asiduidad, tornándose, en muchos casos, en pacientes hiperfrecuentadoras, convirtiendo a los Servicios Sanitarios en una excelente herramienta para detectar posibles situaciones de violencia de género. Tanto la Atención Primaria como los Servicios de Urgencias son los que mayor contacto suelen tener con tales pacientes. El primero por la confianza y posibilidad de seguimiento con consultas de atención continuada, y el segundo se enfrenta a las agresiones físicas agudas graves⁽¹¹⁾ (“el 11-30% de estas urgencias no son accidentes domésticos”⁽¹¹⁾). De esta forma, hasta el 90% de las mujeres víctimas de violencia de género acuden a Atención Primaria en el año posterior a la agresión por lo que es necesario que las enfermeras y enfermeros permanezcan en alerta y consideren detenidamente, mediante la anamnesis, las causas de esta hiperfrecuentación abordando en la entrevista clínica la situación familiar y de pareja utilizando preguntas facilitadoras^(11,39).

Benito Ortiz⁽³⁵⁾ también sostiene que, a menudo, es complejo empatizar con estas pacientes hiperfrecuentadoras, ya que suelen acudir con síntomas inespecíficos de poca relevancia clínica (cefalea, síntomas abdominales o torácicos de repetición en los que se ha descartado causa orgánica...) o patologías crónicas que no responden al tratamiento (ansiedad, depresión, insomnio...), y no se tiene en consideración un posible caso de violencia de género. Por ello es necesario que, ante estas pacientes y ante cualquier otra que, con signos o síntomas inespecíficos, o específicos (caídas frecuentes, hematomas...) se aborde esta situación. También es importante realizar esta entrevista a las pacientes que no tienen ningún síntoma, para hacer el cribado⁽¹¹⁾. Un ejemplo muy ilustrativo es el que recogió Lorente Acosta et al.⁽⁴⁰⁾ señalando las palabras del doctor Jones, que tras leer una breve publicación educativa sobre violencia de género, motivado más por curiosidad personal que por un interés profesional, le preguntó de forma abierta a una paciente en su consulta si su esposo le había pegado en alguna ocasión. A lo que la mujer respondió: *“Doctor Jones, no sabe cuánto tiempo he esperado esa pregunta”*.

Sin embargo, y a pesar de que Lorente Acosta et al.⁽⁴⁰⁾ refiere que cuando en la entrevista clínica se introducen alusiones a la violencia de género se detecta que el 50% de las mujeres revelan haberla sufrido, en ocasiones estas preguntas no se incluyen, lo que contribuye a que la tasa de detección en el medio sanitario se sitúe en el 20% del total de los casos. Entre los motivos destaca el temor a ofender a la mujer⁽³⁹⁾. A pesar de esta creencia, el 93% de las españolas aceptarían que se les preguntara sobre ello y el 60% confesaría su situación. Por otra parte, Rodríguez-Blanes et al.⁽⁴¹⁾ destaca que casi el 60% de los profesionales sanitarios reconocieron que no tenían los conocimientos suficientes para aplicar los protocolos de detección y actuación ante un caso.

1.3 | La violencia de género desde la perspectiva legal

Desde hace ya 40 años, con la aprobación de la Constitución Española en 1978⁽⁴²⁾, se establece, como quedó recogido en los artículos 14 y 15 que:

“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra

condición o circunstancia personal o social". "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes."⁽⁴²⁾

Sin embargo, no fue hasta el año 1989 cuando se introdujo en el Código Penal el delito de violencia en el ámbito familiar (artículo 425) gracias a la Ley Orgánica 3/1989⁽⁴³⁾, de 21 de junio. Tras varias modificaciones, en el año 1999 se promulgó la Ley Orgánica 14/1999⁽⁴⁴⁾, de 9 de junio de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, incluyendo por primera vez como víctimas a las ex-cónyuges o ex-parejas, al no requerir la convivencia de la pareja, como se muestra en su artículo 153:

"El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él de forma estable por análoga relación de afectividad [...]"⁽⁴⁴⁾.

Al inicio del siglo XXI fue cuando se llevaron a cabo las medidas legislativas más importantes relacionadas con la violencia de género. En el año 2003 se proclamó la Ley 27/2003⁽⁴⁵⁾, de 31 de julio, Reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de la violencia doméstica. Adicionó un nuevo artículo 544, y en su apartado 5 especificó que "[...] la orden de protección confiere a la víctima un estatuto integral de protección que comprenderá las medidas cautelares de orden civil y penal [...]"⁽⁴⁵⁾ otorgando así, una protección inmediata e integral a la víctima. Finalmente, en el año 2004, debido a que la inmensa mayoría de las víctimas de violencia, hasta entonces denominada doméstica, eran mujeres agredidas por su pareja o ex-pareja, se promulgó la vigente Ley Orgánica 1/2004⁽⁴⁾, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la Violencia de Género, introduciendo en la legislación este término (modificada por el Real Decreto-Ley 9/2018⁽⁴⁶⁾, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género). En la exposición de los motivos de la Ley 1/2004⁽⁴⁾ y en su modificación se recogió que:

"La violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión"⁽⁴⁾.

“Los poderes públicos no pueden ser ajenos a la violencia de género, que constituye uno de los ataques más flagrantes a derechos fundamentales como la libertad, la igualdad, la vida, la seguridad y la no discriminación proclamados en nuestra Constitución. Tienen obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos dichos derechos, removiendo los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud.”⁽⁴⁾.

Con esta ley ya se instó a los poderes públicos a formar a las promociones futuras de profesionales sanitarios. Concretamente en el artículo 15, sobre sensibilización y formación, se reflejó la importancia y necesidad de que los universitarios estén formados y capacitados en esta materia:

“Las Administraciones educativas competentes asegurarán que en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas, y en los programas de especialización de las profesiones sociosanitarias, se incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia”⁽⁴⁾.

A nivel nacional existen otras leyes en referencia a la violencia de género como son la Ley Orgánica 11/2003⁽⁴⁷⁾, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de Seguridad Ciudadana, Violencia doméstica e Integración de Extranjeros; la Ley Orgánica 3/2007⁽⁴⁸⁾, de Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres; y la Ley Orgánica 1/2015⁽⁴⁹⁾, de 30 de marzo, por la que se modificó la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que fortaleció la protección que este proporcionaba a las víctimas.

Por último, centrandó la atención en la legislación autonómica, cabe destacar que Castilla y León, para responder a sus necesidades específicas, basándose en la Ley 1/2004⁽⁴⁾, anteriormente citada, en el año 2010 promulgó la Ley 13/2010⁽⁵⁰⁾, de 9 de diciembre, contra la violencia de género en Castilla y León, y en su artículo 18 del capítulo II sobre prevención, reiteró la necesidad de formar a los futuros profesionales sanitarios, pues dejó constancia de que:

“La Administración de la Comunidad de Castilla y León, con pleno respeto a la autonomía universitaria, impulsará, promoverá e incorporará, en el marco de sus competencias, contenidos específicos sobre violencia de género en la correspondiente Programación Universitaria”⁽⁵⁰⁾.

“Se promoverá la existencia de contenidos sobre igualdad de mujeres y hombres y sobre violencia de género en los ámbitos académicos relacionados o que tengan que intervenir en la atención a las mujeres, y en los que formen a profesionales de la enseñanza y de los medios de comunicación”⁽⁵⁰⁾.

2 | Justificación

Los motivos por los que se debe formar a los estudiantes de Enfermería en violencia de género son múltiples. En primer lugar, tal y como señaló la OMS⁽⁵¹⁾, este es un problema de salud pública y como tal debe dársele la atención y relevancia que merece, ya que en España, según datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015⁽⁵²⁾, casi el 30% de las víctimas ha tomado contacto con el Servicio de Psiquiatría y el 22.4% lo ha hecho con el Centro de Salud u otra atención sanitaria. De acuerdo con Valdés Sánchez et al.⁽⁵³⁾, la estimación del número de víctimas es compleja puesto que parte de la singularidad de la violencia de género reside en su invisibilización, pero atendiendo a los resultados de la Macroencuesta⁽⁵²⁾ ya citada se puede hacer una aproximación al problema, como se recoge en la Tabla 2.

Tabla 2. Víctimas de violencia de género en España.

Formas de violencia	Agresión en algún momento de la vida	Agresiones en más de una ocasión
Violencia física	10.4%	85.2%
Violencia sexual	8.1%	94%
Violencia psicológica de control	25.4%	*
Violencia psicológica emocional	21.9%	95.4%
Violencia económica	10.8%	*

*No se dispone del dato.

Valores obtenidos sobre las mujeres residentes en España mayores de 16 años agredidas por alguna pareja o ex-pareja.

Fuente: Elaboración propia a partir de⁽⁵²⁾

Desde el año 2003, cuando se empezaron a contabilizar los datos de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad⁽⁵⁴⁾, hasta el año 2018, son 975 las víctimas de violencia de género (las mujeres adolescentes, sobre todo tras la ruptura, tienen mayor riesgo de ser asesinadas si ellos tienen armas de fuego⁽⁵⁵⁾). Estos asesinatos han arrebatado la vida a 27 menores, 3 de ellos en el año 2018. Desde el año 2013, al menos 230 menores se han quedado huérfanos porque sus madres han sido asesinadas por sus parejas o ex-parejas, (39 de ellos en 2018), según los datos de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género que los contabiliza desde hace 5. Los máximos

históricos, en cuanto víctimas mortales, se registraron en 2008, con 76 asesinatos, mientras que en 2010 fueron 73 (en 2018 fueron 47). Respecto a las denuncias, desde enero de 2007 hasta junio de 2018, se han presentado 1.572.186; de ellas, 81.663 se registraron en el primer semestre de 2018, un 1.84% menos que en el mismo periodo de 2017, año en que se alcanzó el récord con 166.260, un 16.4% más que en 2016⁽⁵⁴⁾. Sin embargo, a pesar del elevado porcentaje declarado, esto, tal y como se señala⁽⁵⁶⁾ solo es la punta del iceberg, ya que, como se muestra en la Figura 2, algunas formas de violencia aún no tienen visibilidad.

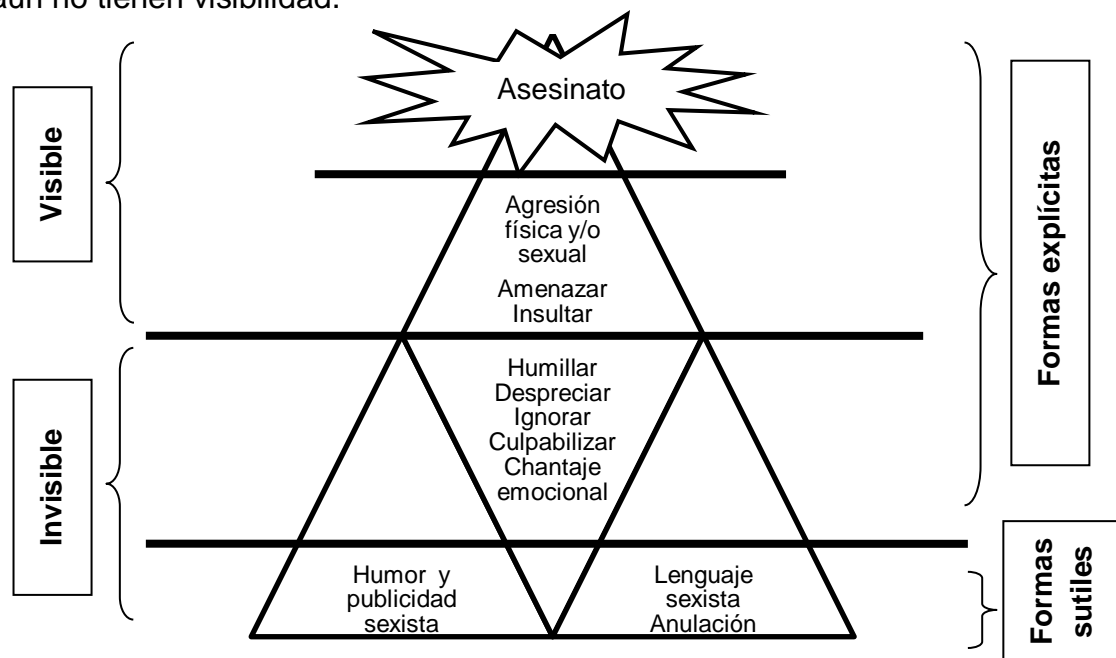


Figura 2. Pirámide sobre las diversas formas de violencia de género en función de su visibilidad y explicitud.

Fuente: Elaborada a partir de⁽⁵⁶⁾.

Así mismo, la violencia de género presenta graves repercusiones en la vida, estado de salud y percepción del mismo de las víctimas, en comparación con mujeres que no han sufrido tal violencia, ya que estas agresiones tienen consecuencias tanto físicas como psíquicas⁽³⁹⁾. Entre las físicas destacan dolor crónico, alteraciones gastrointestinales, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, afecciones urinarias... así como exacerbación de enfermedades crónicas que la paciente tenía de base (hipertensión arterial, asma...), como refieren Stugg⁽⁵⁷⁾ y Martín-Baena et al.⁽⁵⁸⁾. Por otra parte están las consecuencias psicológicas como ansiedad, depresión e incluso intentos autolíticos, señalados también por Stugg⁽⁵⁷⁾, por no mencionar el incremento del resigo de suicidio⁽⁵⁹⁾.

Todos estos factores conllevan una pérdida de calidad de vida. Sin embargo, en la violencia de género no se puede decir que solo hay una víctima⁽⁶⁰⁾ porque estas repercusiones negativas también incluyen a sus seres queridos, y con mayor frecuencia a los hijos menores, ya que suelen convivir también con el agresor. De esta forma, la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2015⁽⁵²⁾ indica que hasta el 63.6% de las víctimas afirma que los hijos e hijas presenciaron alguna de las situaciones de violencia, considerando estos hechos como una forma de maltrato psicológico del menor^(39,60), ocasionándole, en función de la edad y la exposición a la violencia, baja autoestima, ansiedad, depresión, dificultades en la conducta social, alteraciones psicopatológicas, adquisición de roles que no les corresponden^(39,61) etc. Todo esto ocasiona importantes costes sanitarios (asistencia sanitaria y farmacológica), pero también costes judiciales, sociales y policiales, recogidos por Hernández et al.⁽⁶²⁾ y Cadilhac et al.⁽⁶³⁾. Al mismo tiempo, según Macías Seda et al.⁽⁶⁴⁾, las creencias, actitudes y conocimientos de las y los profesionales de Enfermería tienen un papel destacado en el abordaje del problema, puesto que muchas de estas pacientes crónicas o hiperfrecuentadoras presentan una relación de mayor confianza con la enfermera que con el médico según Benito Ortiz⁽³⁵⁾.

Por todo lo anteriormente expuesto, la formación universitaria en materia de violencia de género, además de ser un imperativo legal, es también un derecho, tanto de las futuras y futuros profesionales de Enfermería, como de las víctimas, ya que con ello se está trabajando en prevención primaria, secundaria y terciaria^(39,65). Estos, a lo largo de su ejercicio profesional van a estar en contacto con tales víctimas y tienen el deber y la responsabilidad de saber abordar este grave problema de salud pública, siempre desde una perspectiva de trabajo en equipo para ser parte de la solución y no del problema⁽⁶⁶⁾, es decir, para servir de apoyo a las víctimas en lugar de mirar hacia otro lado, no por falta de interés, sino por ausencia de formación.

Así, debido a la falta de investigación en España sobre la formación universitaria enfermera en esta materia, es importante y preciso abordar la percepción que los estudiantes del Grado de Enfermería tienen sobre el nivel de formación académica que están recibiendo a lo largo de sus estudios.

3 | Objetivos

3.1 | Objetivo general

Analizar la percepción que tienen los estudiantes del Grado de Enfermería de la Facultad de Valladolid (Universidad de Valladolid) sobre la formación académica referente al papel de las enfermeras y enfermeros en la violencia de género.

3.2 | Objetivos secundarios

-Evaluar la posición de los estudiantes del Grado de Enfermería de la Facultad de Valladolid (Universidad de Valladolid) respecto a la importancia de la figura de las y los profesionales de Enfermería en la atención a las pacientes víctimas de violencia de género.

-Determinar si los estudiantes del Grado de Enfermería de la Facultad de Valladolid (Universidad de Valladolid) acuden a eventos extracurriculares en los que se vaya a abordar la violencia de género.

-Comparar la capacidad autopercebida de los estudiantes del Grado de Enfermería de la Facultad de Valladolid (Universidad de Valladolid), como futuros profesionales, para prestar una correcta atención sanitaria enfermera a las víctimas de violencia de género de igual forma que a pacientes con otras patológicas.

-Analizar con algún caso clínico real el papel de las y los profesionales de Enfermería en la detección precoz de las víctimas de violencia de género.

-Proponer que se mejore o promueva una mayor formación académica en Enfermería en relación con la violencia de género para poder ayudar a las víctimas.

4 | Material y métodos

4.1 | Diseño

Se ha llevado a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal, con paradigma naturalista abordando el fenómeno a través de la construcción subjetiva de la población seleccionada como muestra. Así, la recogida de datos se basó en experiencias y valoraciones personales. En el estudio se han obtenido variables cuantitativas mediante datos cuantitativos (edad) y datos cualitativos (sexo y variables de elección única/múltiple de preguntas cerradas).

4.2 | Población, muestra estudiada y tamaño muestral

La población a estudio ha sido los estudiantes matriculados en el Grado de Enfermería en la Facultad de Valladolid (n=500) (Figura 3). La participación fue del 24.4% (n=122). El 20.5% (n=25) eran de 1º curso, el 27.9% (n=34) de 2º, el 27% (n=33) de 3º y el 24.6% (n=30) de 4º (ver Tabla 3, página 20).

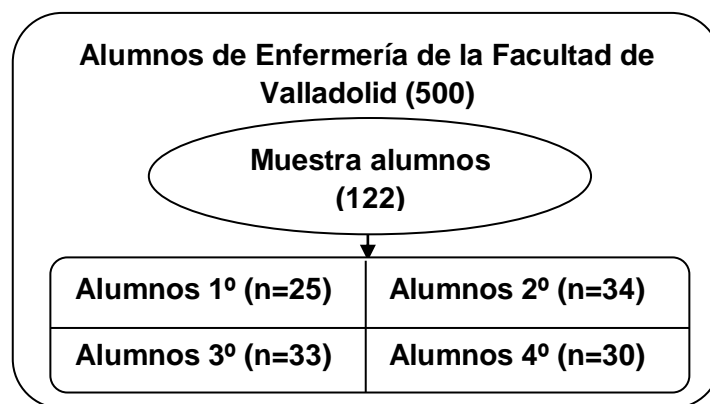


Figura 3. Distribución de la muestra

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Facultad de Enfermería y datos recogidos mediante el cuestionario.

4.3 | Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión**
 - Estudiantes matriculados en el Grado de Enfermería de la Facultad de Valladolid (Universidad de Valladolid).
- **Criterios de exclusión**
 - Sujetos menores de edad.

- Estudiantes del Grado de Enfermería que cursen sus estudios en una provincia distinta a Valladolid.

4.4 | Duración

La revisión bibliográfica para enmarcar el contexto actual se ha realizado a lo largo de todo el estudio, desde el mes de noviembre de 2018 hasta mayo del 2019, siendo más exhaustivo entre noviembre y febrero. Por otra parte, la recogida de datos se llevó a cabo durante los meses de diciembre de 2018 y enero de 2019 realizando el análisis de los mismos a partir de febrero de 2019.

4.5 | Procedimiento o método

Para la realización de este estudio se llevó a cabo una recogida de datos a través de un cuestionario autoadministrado de elaboración propia formado por 10 preguntas (Anexo I). Este se pilotó en primera instancia con una muestra de 10 sujetos para validarlo. Posteriormente, se difundió durante 4 semanas (del 15 de diciembre de 2018 al 15 de enero de 2019).

4.6 | Análisis estadístico

Las variables a estudio se analizaron mediante los programas estadísticos SPSS V.24 y Excel. Para ello, con los datos cuantitativos, como la edad, se calcularon medias y desviaciones estándar (DE), y a partir de los datos cualitativos se extrajeron frecuencias, porcentajes (sexo y preguntas cerradas) e intervalos de confianza al 95%. Se usó el test de independencia de X^2 de Pearson para el contraste de hipótesis entre datos cualitativos, y el test exacto de Fisher en caso de que el porcentaje de celdas en las tablas de contingencia con frecuencias inferiores a 5 fuera de 20% o superior. Por otra parte, para calcular la fuerza de dichas asociaciones se utilizó el riesgo relativo (RR). Se tomaron como estadísticamente significativos valores de $p < 0.05$.

4.7 | Consideraciones ético-legales

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de Valladolid (Anexo II). Además, se garantizó el anonimato y confidencialidad de los resultados del cuestionario.

5 | Resultados

5.1 | Resultados del cuestionario

El 85.2% fueron mujeres (n=104) y el 14.8% (n=18) hombres. El rango de edad fue de 18-49 años y la edad media 21 años \pm 5.5 DE (mediana = 20 años) (ver Tabla 3).

Tabla 3. Datos sociodemográficos

	Alumnos (n=122); n (%)
Curso académico	
- 1º Curso	25 (20.5)
- 2º Curso	34 (27.9)
- 3º Curso	33 (27.0)
- 4º Curso	30 (24.6)
Sexo	
- Mujer	104 (85.2)
- Hombre	18 (14.8)
Edad	
- Media y DE	21 años \pm 5.5
- Mediana	20 años

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos mediante el cuestionario.

En la Tabla 4 (Anexo III) se muestran algunos de los resultados más relevantes: el 99.2% (n=121; IC 95%: 97.58-100.78) de la muestra consideró necesaria la formación curricular de los estudiantes de Enfermería sobre la atención sanitaria a la paciente víctima de violencia de género, así como este mismo porcentaje opinó que el papel de las enfermeras y enfermeros en la atención sanitaria a dicha paciente era importante. Por otra parte, destacó que hasta el 67.2% (n=82; IC 95%: 58.88-75.54) refirió no haber recibido formación curricular al respecto, y de los que consideraron recibirla, solo el 7.4% (n=9; IC 95%: 2.74-12.02) estimó que esta había sido suficiente.

En la muestra se observó que la violencia de género era considerada como un problema de salud (91%, n=111; IC 95%: 85.90-96.07). La concepción de esta relevancia del problema se incrementó a medida que los estudiantes estaban en cursos superiores del Grado (el 84% de los estudiantes de 1º; IC 95%: 10.51-23.91, frente al 100% de los de 4º; IC 95%: 16.95-32.23) (ver Tabla

4, Anexo III y Tabla 5). Sin embargo, esta asociación no fue significativa ($p = 0.076$).

Tabla 5. Tabla de contingencia entre curso académico y consideración de la violencia de género como un problema de salud.

		Consideración como problema de salud; n (% - % sobre el total)		Total; n
		Sí	No	
Curso	1º	21 (84 - 17.2)	4 (16 - 3.3)	25
	2º	29 (85.3 - 23.8)	5 (14.7 - 4.1)	34
	3º	31 (93.9 - 25.4)	2 (6.1 - 1.6)	33
	4º	30 (100 - 24.6)	0 (0 - 0)	30
Total		111	11	122

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos mediante el cuestionario.

Analizando la situación por cursos, se observó que a partir de 2º curso tenían mayor percepción de haber recibido formación curricular (el 4%, $n=1$, de los estudiantes de 1º curso frente al 40%, $n=12$; IC 95%: 4.55-15.12, de los de 4º curso), demostrándose además esta asociación entre las variables ($p = 0.008$) (ver Tabla 6). Ésta fue fuerte, ya que los de último curso recibieron 10 veces más formación curricular que los de 1º curso (IC 95%: 3.33-13.06).

Tabla 6. Tabla de contingencia entre curso académico y percepción de haber recibido formación curricular sobre violencia de género.

		Haber recibido formación curricular; n (% - % sobre el total)		Total; n
		Sí	No	
Curso	1º	1 (4 - 0.8)	24 (96 - 19.7)	25
	2º	13 (38.2 - 10.7)	21 (61.8 - 17.2)	34
	3º	14 (42.4 - 11.5)	19 (57.6 - 15.6)	33
	4º	12 (40 - 9.8)	18 (60 - 14.7)	30
Total		40	82	122

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos mediante el cuestionario.

Así mismo, se observó un notable interés en la materia, ya que el 63.1% ($n=77$; IC 95%: 54.55-71.68) habían acudido a actividades extracurriculares relacionadas con la violencia de género (ver Tabla 4, Anexo III). Sin embargo, tan solo el 9% ($n=11$; IC 95%: 3,93-14.10) lo realizó través de la Facultad, frente al 54.1% ($n=66$; IC 95%: 45.26-62.94) que lo hizo por otras vías (ver Tabla 4, Anexo III). El 35.2% ($n=43$; IC 95%: 26.77-43.72) refirió no haber

acudido a ninguno de estos eventos porque desconocían su celebración. Tan solo el 1.6% (n=2) lo consideró como no prioritario, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre cursos ($p = 0.931$) (ver Tabla 7).

Tabla 7. Resultados del cuestionario en la pregunta nº 9

Haber recibido formación extracurricular; n (%)	
A través de la Facultad	11 (9)
Vías ajenas a la Facultad	66 (54.1)
No ha recibido información	43 (35.2)
No considerado prioritario	2 (1.6)
Total	122 (100)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos mediante el cuestionario.

Por último, el 67.2% (n=82; IC 95%: 58.88-75.54) consideró que no sería capaz de prestar una correcta atención sanitaria enfermera a tales pacientes de igual forma que a aquellos que sufren otra patología (ver Tabla 4, Anexo III), demostrándose esta asociación ($p = 0.001$), siendo los alumnos de último curso los que se consideraron menos capaces (6.7%, n=2) y los de 1º los que más capaces se encontraron para hacer frente a esta situación (56%, n=14; IC 95%: 5.82-17.13) (ver Tabla 8). Ésta fue fuerte, ya que los de 1º se consideraron hasta casi 8 veces más capaces de ello que los de 4º (IC 95%: 2.00-10.63).

Tabla 8. Tabla de contingencia entre curso académico y capacidad autopercebida de prestar una correcta atención sanitaria a pacientes víctimas de violencia de género

	Curso	Capacidad de prestar una correcta atención sanitaria enfermera; n (% - % sobre el total)		Total; n
		Sí	No	
	1º	14 (56 - 11.5)	11 (44 - 9)	25
	2º	13 (38.2 - 10.7)	21 (61.8 - 17.2)	34
	3º	11 (33.3 - 9)	22 (66.7 - 18)	33
	4º	2 (6.7 - 1.6)	28 (93.3 - 23)	30
	Total	40	82	122

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos mediante el cuestionario.

A continuación, en la Figura 4, se observa la distribución de las respuestas afirmativas a las preguntas siguientes por cursos:

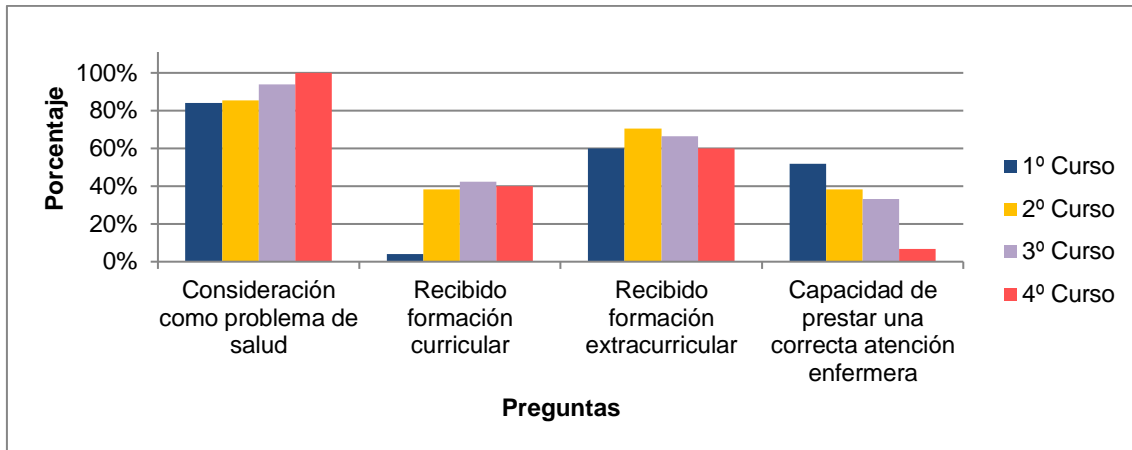


Figura 4. Distribución de las respuestas afirmativas

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos mediante el cuestionario.

5.2 | Análisis del papel de las enfermeras y enfermeros ante la violencia de género con casos clínicos prácticos reales

5.2.1 | Caso clínico práctico real nº 1⁽⁶⁷⁾

Mujer de 49 años que acudió un sábado por la mañana a Urgencias del Centro de Salud con un dolor torácico. El médico la exploró y solicitó un electrocardiograma (ECG). El marido le acompañaba muy solícito y atento. El ECG fue anodino y el médico le diagnosticó crisis de ansiedad y le prescribió Lexatín, recomendando que acudiera a su Médico de Familia el lunes. Cuando salieron de la consulta la enfermera vio a la pareja. Ella dijo estar peor y tenía ganas de vomitar. La enfermera le invitó a pasar a su consulta. Comenzó a hablar con ella y le preguntó por qué creía que le pasaba eso. El marido respondió que *“mi señora está nerviosa porque yo me he quedado en el paro”*. La mujer refirió que *“eso no me importa, para comer tenemos”*. El marido dijo: *“En el trabajo ya no puedo tolerar injusticias”*. Ella insistió en que no era eso. Así, la enfermera pidió al marido que les dejara a solas.

Cuando él hubo salido le preguntó *“¿Cómo van las cosas con él?”*. La mujer se encogió de hombros. Después de un silencio largo y entre sollozos dijo: *“No me deja trabajar; él deja los trabajos cuando quiere. Estoy todo el día con miedo de que venga y con qué vendrá. Mi hermana me dice que me vaya a vivir a su casa”*. La enfermera le comentó que hay profesionales que le podrían ayudar. Ella respondió: *“Pero no puedo salir de casa, no tengo dinero, no*

puedo ni ir a Madrid; él no me deja. Donde más segura estoy es en casa. Cuando sale una mujer muerta en la tele, él dice que se lo merecía, que algo habría hecho”. La enfermera preguntó si tenían hijos. La mujer refirió que 3 y que estaban de parte de ella. Se limpió la cara; no quería que él supiera que había estado llorando. La enfermera le dijo que podía venir cuando quisiera, que creía que necesitaba ayuda y que era posible ayudarla, aunque no en un solo paso. Cuando la enfermera abrió la puerta vio al marido de pie esperando y añadió: *“Hemos estado hablando de la menopasia”.*

-Reflexiones y comentarios al caso clínico práctico real nº 1: en una consulta ordinaria y/o de Urgencias en la que la paciente presenta ansiedad, el médico debe entrevistarle a solas e investigar el origen de la ansiedad, antes de hacer una prescripción sintomática, preguntando desde cuando ha comenzado a sentirse mal y a qué lo atribuye. Y es importante indagar por una posible situación de maltrato: *¿Cómo van las cosas en casa?* Acertadamente, la enfermera pide al marido que les deje a solas. No interviene ante el largo silencio de ella, sino que le da tiempo para que pueda expresarse. Sospechó y detectó una relación de malos tratos, y ofreció ayuda. Ante la posible pregunta del marido *“¿de qué habéis hablado?”,* anticipó una respuesta *“neutra”* que la protegiera. Es posible que la mujer no se atreviera a expresar su situación por miedo a que el marido, que estaba fuera, lo escuchara y tomara represalias. ¿Qué más podría haber hecho la enfermera?

- Investigar en profundidad a qué tipos de malos tratos está sometida la mujer y su gravedad; y darle algunas informaciones básicas.
- Evaluar la seguridad. Tiene miedo: *“¿Cree que puede volver a casa?”*
- Informarle y darle por escrito (dada la situación de intensa ansiedad de la mujer) su nombre, consulta, teléfono y los Servicios de Urgencias existentes, e incluso concretar una cita con ella. Es importante que los profesionales conozcan los recursos de su Zona y Área en referencia a la atención a mujeres e informar del teléfono 016 contra el maltrato.
- Registrar en la historia clínica la información que se intercambie durante la entrevista, ya que puede ser útil en el futuro, para la evaluación de sus síntomas o por si emprendiera acciones judiciales.

5.2.2 | Caso clínico práctico real nº 2⁽⁶⁷⁾

Una mujer joven llegó al Servicio de Urgencias del Hospital con su hijo de 8 meses un sábado a medianoche. Refirió que el bebé tenía fiebre y vómitos. La mujer estaba inquieta. La pediatra, después de explorarlo, decidió hospitalizarle para rehidratarlo. La enfermera se quedó preocupada por la actitud de la madre, que estaba muy nerviosa. Al día siguiente fue a verla y conversó con ella. La madre preguntó si los vómitos se podían deber a alguna contrariedad. La enfermera le preguntó si había habido alguna dificultad en casa y la mujer contó que en la víspera su marido y ella tuvieron una pelea muy fuerte y que su marido la golpeó. Desde entonces el niño empezó a vomitar y ella tenía miedo de que esa escena hubiera afectado al niño psicológicamente.

-Reflexiones y comentarios al caso clínico práctico real nº 2: debido a que con frecuencia acuden a los Servicios de Urgencias mujeres víctimas de violencia de género aunque no lo revelen, actualmente se recomienda indagar siempre si hay algún problema en la pareja. Determinados síntomas que los niños presentan pueden hacer sospechar de una situación de violencia, pues es evidente que estos perciben el estado de tensión que existe entre los adultos. La mujer presentó los golpes como un hecho puntual, pero, aunque es frecuente que lo justifiquen así, es probable que esta mujer esté sometida a una violencia continuada en el tiempo. Por ello, es necesario preguntar más sobre cuándo comenzó, qué formas de maltrato está sufriendo, cómo se siente ella, con qué apoyos cuenta y cómo es la relación del padre con el niño. Una vez descubierta la situación y, tras garantizar la confidencialidad, es apropiado:

- Informarla de que esos hechos son malos tratos, que ella no es culpable, que la violencia es un delito, que hay profesionales que pueden ayudarla y cuáles son sus derechos, dándole un teléfono para asesoría jurídica.
- Valorar con la mujer la gravedad de la situación: “¿alguna vez has tenido miedo?”, “¿crees que podéis volver a casa?”.
- Proponerle y derivarle, si ella está de acuerdo, a la trabajadora social.
- Recomendarle un centro específico o el teléfono 016 contra el maltrato.
- Transcribir a la historia clínica la información, tras su consentimiento.
- Dar a conocer a la pediatra la situación familiar.

6 | Discusión

La violencia de género es un problema de salud^(36,49), tal y como consideró el 91% (n=111; IC 95%: 85.90-96.07) de los participantes del presente estudio. Las mujeres que han sido asesinadas a causa de la violencia de género son una constante cada año en España. Solo en este medio año de 2019 (a fecha de 7 de junio) las mujeres fallecidas en estas circunstancias alcanzan ya la cifra de 23, más un caso que se encuentra en investigación⁽⁵⁴⁾.

La lucha contra la violencia de género es una tarea de todos y cada uno de los organismos públicos y privados, y de los ciudadanos en su conjunto. Esta lucha no solo puede sustentarse en las mujeres o el movimiento feminista, sino que los hombres deben implicarse en esta tarea y formar parte de la solución^(25,26,30). Es preciso trabajar en crear la conciencia de que, como señaló Katz⁽⁶⁸⁾ *“calificar la violencia de género como un asunto de mujeres es parte del problema. Da a una enorme cantidad de hombres la excusa perfecta para no prestar atención”* y en este punto las enfermeras y enfermeros, como agentes de salud, tienen un papel fundamental.

Continuando en esta línea, las y los profesionales de Enfermería representan un rol decisivo en la atención sanitaria integral y de calidad a las pacientes víctimas de violencia de género^(69,70) y así lo expresó el 99.2% (n=121; IC 95%: 97.58-100.78) de los participantes. Sin embargo, aunque este mismo porcentaje de alumnos de Enfermería consideró necesaria la formación curricular universitaria en el Grado en materia de violencia de género, tan solo el 7.4% (n=9; IC 95%: 2.74-12.02) de ellos creía que la recibida era suficiente, consideraciones ya abordadas en la presente bibliografía^(10,23,26,32,53,58,64-66,69). Este imperativo formativo está recogido en la legislación nacional⁽⁴⁾ y autonómica⁽⁵⁰⁾ como un derecho de los estudiantes universitarios para garantizar una óptima prestación de los cuidados en todas y cada una de las fases que atreviese la víctima, pues como recoge Benito Ortiz⁽³⁵⁾, *“poco se puede hacer frente a lo que ni siquiera se sospecha”*.

Por otra parte, se ha evidenciado una relación entre el curso académico y la formación curricular recibida sobre esta materia (p = 0.008), siendo mayor

a medida que los alumnos estaban en cursos superiores; y también se ha demostrado otra asociación entre el curso académico y la capacidad autopercebida de los estudiantes para prestar una correcta atención sanitaria enfermera a las pacientes víctimas de violencia de género ($p=0.001$), siendo los estudiantes de 1º curso los que más preparados se consideraron, a pesar de referir no haber recibido formación suficiente, y los de 4º curso los que menos, aun cuando revelaron una mayor formación curricular. En ambos casos la fuerza de la asociación fue fuerte.

Sin embargo, no se pudo establecer una asociación entre el curso académico y la concepción de la violencia de género como un problema de salud ($p=0.076$); o el curso académico y la participación en eventos extracurriculares en los que se iba a abordar la violencia de género como tema central ($p=0.931$).

A pesar de esto último, un aspecto muy relevante de los resultados obtenidos radica en el interés de los estudiantes de Enfermería en formarse extracurricularmente en esta materia⁽⁶³⁾, ya que hasta el 63.1% ($n=77$; IC 95%: 54.55-71.68) había acudido a eventos en los que se iba a abordar la violencia de género y solo el 1.6% ($n=2$) no acudió porque no lo consideraba prioritario para su formación académica como futuro o futura profesional de la Enfermería. Para finalizar, es importante destacar que hasta el 35.2% ($n=43$; IC 95%: 26.77-43.72) de los participantes no acudió a tales eventos, no porque no estuvieran interesados, sino porque ni siquiera recibieron información de su celebración.

6.1 | Fortalezas y limitaciones

La violencia de género es un tema de plena actualidad que en los últimos años ha adquirido mayor visibilidad. Así mismo, el haber dispuesto de las opiniones y valoraciones de alumnos de los cuatro cursos del Grado de Enfermería ha supuesto una notable variedad tanto de edad, con la consiguiente diversidad en madurez, mentalidad y experiencia vital, como en formación académica.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio destaca el tiempo, pues sería relevante encuestar a los participantes de nuevo en junio de 2019 para abarcar todo el año académico. Sin embargo, debido a la falta de tiempo para encuestar y analizar los resultados de esta re-encuesta se prescindió de dicha parte para el estudio.

6.2 | Implicaciones a la práctica clínica

Tal y como se ha señalado, las y los profesionales de Enfermería son un pilar fundamental tanto para la visibilización de la violencia de género como para la prestación de la ayuda, apoyo y cuidados que las víctimas precisen. Sin embargo, se ha detectado una falta de formación de los estudiantes del Grado de Enfermería durante la realización de tales estudios por lo que, en pro de una asistencia integral y de calidad de estos futuros profesionales a dichas pacientes en cuestión, sería necesario y positivo trabajar en subsanar este déficit formativo a nivel de la Facultad de Enfermería y por ende de la Universidad de Valladolid.

6.3 | Futuras líneas de investigación

En pos de una mejora continua, sería interesante completar el estudio incluyendo una re-encuesta de los participantes al final del curso académico. Al mismo tiempo, sería pertinente, tras incluir de forma explícita la formación académica curricular en el Grado de Enfermería, analizar la efectividad de la misma tanto en la prestación de los cuidados ya como profesionales de hecho, como en la propia percepción personal de la capacidad de prestarlos de forma correcta. Al mismo tiempo, sería conveniente promocionar de forma más clara los actos extracurriculares relacionados con la violencia de género que se vayan a celebrar para así informar al mayor número posible de estudiantes. Por último, atendiendo ya al aspecto social de la violencia de género, sería interesante promover en la sociedad programas de salud referentes al tema, abordando los mitos sobre la violencia de género y las víctimas, ya que esto podría producir un notable progreso en cuanto a la erradicación de la culpabilización de las víctimas y la justificación de los agresores.

7 | Conclusiones

Las principales conclusiones que se extraen del estudio realizado pueden resumirse en las siguientes:

-La violencia de género es un problema de salud y la formación curricular sobre la atención sanitaria a las víctimas de violencia de género es necesaria.

-El papel de las enfermeras y enfermeros en la atención sanitaria a la paciente víctima de violencia de género es importante. Como se observa al analizar con algún caso clínico real, este papel es de gran relevancia tanto en la detección precoz como en la atención posterior de las víctimas de violencia de género.

-La formación en violencia de género es un tema que suscita interés, ya que los estudiantes acuden a eventos extracurriculares en los que se va a abordar la violencia de género como tema central.

-La capacidad autopercebida de los estudiantes, como futuros profesionales sanitarios, para prestar una correcta atención sanitaria enfermera a las víctimas estaba disminuida.

-Existen barreras en la asistencia sanitaria a personas víctimas de violencia de género como son la concepción social de que es un tema privado y la falta de formación curricular de los estudiantes para poder resolver casos clínicos reales, ya que no disponen de los conocimientos y/o habilidades necesarias para la prestación correcta de los cuidados.

-Sería muy conveniente impulsar la formación en violencia de género incluyéndola explícitamente en alguna asignatura del Grado.

8 | Bibliografía

1. Real Academia Española [Internet]. Madrid: Diccionario de la Lengua Española; 2018 [citado el 4 enero de 2019]. Disponible en: <http://dle.rae.es>
2. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas, 1993 [citado el 4 enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2Ks29jq>
3. Lorente Acosta M. La violencia de género como un problema de salud. En: San Segundo Manuel T. A vueltas con la violencia. Una aproximación multidisciplinar a la violencia de género. Madrid: Editorial Tecnos; 2015.
4. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (28-01-2005). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
5. Acuerdo 8/2019, de 21 de febrero, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan de prevención de la violencia en el ámbito familiar en Castilla y León 2019/2023. Boletín Oficial de Castilla y León, nº 37, (22-02-2019). Disponible en: <http://bocyl.jcyl.es/boletines/2019/02/22/pdf/BOCYL-D-22022019-16.pdf>
6. Council of Europe. European Commission. Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence: Istanbul convention. Istanbul: Council of Europe Treaty Series; 2011 [citado el 4 enero de 2019]. Disponible en: <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168008482e>
7. European institute for gender equality. Forms of gender-based violence; 2018. <https://eige.europa.eu/gender-based-violence/what-gender-based-violence/forms-gender-based-violence>
8. Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres. ¿Qué es la violencia? Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2018 [citado el 4 enero de 2019]. Disponible en: <http://malostratos.org/violencia-de-genero/tipos-de-violencia-de-genero/>
9. Fundación AVON para la mujer. Tipos de Violencia de género. Buenos Aires; 2018 [citado el 4 enero de 2019]. Disponible en: <https://www.fundacionavon.org.ar/tipos-de-violencia-domestica/>
10. Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enferm. Glob [Internet]. 2014 [citado el 4 enero de 2019]; 13(33):424-439. Disponible en: <https://bit.ly/2BLenkB>
11. Martínez León M. Antropología de la Violencia de Género en la Medicina Legal. Discurso ingreso como Académica de Número de la Real Academia de Medicina. Valladolid: Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid; 2017.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Intimate Partner Violence: Risk and Protective Factors for Perpetration. Atlanta; 2018 [citado el 4 enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2utqT38>

13. Puente-Martínez A, Ubillos-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Risk factors associated with the violence against women in couples: a review of meta-analyzes and recent studies. *Ann Psychol* [Internet]. 2016 [citado el 4 enero de 2019]; 32 (1): 295-306. Disponible en DOI: [10.6018/analesps.32.1.189161](https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161)
14. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse* [Internet]. 2012 [citado el 4 enero de 2019];3(2):231-280. Disponible en DOI: [10.1891/1946-6560.3.2.231](https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231)
15. Escuela del Espacio de Salud Entre Nosotras. La violencia de género: de un marco estructural a la violencia en el contexto de la pareja. [Internet]; Madrid; 2018 [citado el 4 enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2AiNoNu>
16. López C. Puede haber maltrato sin lesión, según el Supremo. *El País* (Madrid). 12 de Marzo de 2019 [citado el 21 marzo de 2019]. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2019/03/11/actualidad/1552328287_781583.html
17. Ferrer VA, Bosch E. Las Masculinidades y los Programas de Intervención para Maltratadores en casos de Violencia de Género en España. *Masculinities and Social Change* [Internet]. 2016 [consulta 4 enero de 2019]; 5 (1): 28-51. Disponible en DOI: [10.17583/MCS.2016.1827](https://doi.org/10.17583/MCS.2016.1827)
18. Saeed Ali T, Karmaliani R, Mcfarlane J, Khuwaja H, Somani Y, Chirwa ED, et al. Attitude towards gender roles and violence against women and girls (VAWG): baseline findings from an RCT of 1752 youths in Pakistan. *Glob Health Action* [Internet]. 2017 [consulta 4 enero de 2019]; 10 (1). Disponible en DOI: [10.1080/16549716.2017.1342454](https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1342454)
19. Helman R, Ratele K. What is there to learn about violence and masculinity from a genderqueer man?. *Glob Health Action* [Internet]. 2018 [citado 4 enero de 2019]; 11(1). Disponible en DOI: [10.1080/16549716.2018.1458937](https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1458937)
20. Briñón A. Caminando hacia la igualdad: un proyecto profesional, personal y político. *Post Estereotipos y roles* [Internet]. Blog Igualdad y conciliación. 2018 [citado 4 enero de 2018]. Disponible en: <https://brizas.wordpress.com/tag/estereotipos-y-roles/>
21. Koenig AM. Comparing Prescriptive and Descriptive Gender Stereotypes About Children, Adults, and the Elderly. *Front. Psychol* [Internet]. 2018 [consulta 4 enero de 2019]; 9 (1086). Disponible en DOI: [10.3389/fpsyg.2018.01086](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01086)
22. Maqueda ML. Violencia de género: entre el concepto jurídico y la realidad social. *RECPC* [Internet]. 2006 [citado 4 de enero 2019]; 02: 2. Disponible en: <http://criminet.ugr.es/recpc/08/recpc08-02.pdf>
23. Robledo-Martín J, De la Fuente Aparicio D, Salamanca Castro A, Sánchez Castro S. Qué es la violencia contra la mujer infligida por su pareja y cómo abordarla. *Guía para profesionales*: 2009. Disponible en: <https://bit.ly/2Q78l2R>
24. Walker L. *The Battered Women*. 4a ed. Nueva York: Harper and Row Publishers; 1979.
25. Díaz-Aguado MA. Prevenir la violencia de género desde la escuela. *Rev Estudios de Juventud* [Internet]. 2009 [citado 4 de enero 2019]; (86): 31-46. Disponible en: <https://bit.ly/2EW8u8e>

26. Servicio de Promoción de Salud y Servicios de Salud Pública de Áreas. STOP violencia hacia las mujeres: efectos sobre la salud, información para familias, profesionales y otros agentes sociales. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, coordinadora. Consejería de Sanidad. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. España: 2015. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017730.pdf>
27. Mitos sobre la violencia de género. Juventud Melilla. 2018. Disponible en: <http://www.juventudmelilla.es/node/116>
28. Bosch-Fiol E, Ferrer-Pérez VA. Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema* [Internet]. 2012 [citado 4 de enero 2019]; 24(4): 548-554. Disponible en: <http://www.psicothema.es/pdf/4052.pdf>
29. Fernández Puerta A, Navas Luque M. Creencias sexistas y percepción de abuso en mujeres adolescentes y adultas. *Raudem* [Internet]. 2016 [citado 4 de enero 2019]; 4. Disponible en: <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/RAUDEM/article/view/1736/2278>
30. Marugán Pintos B. Domesticar la violencia contra las mujeres, una forma de desactivar el conflicto intergéneros. *Investigaciones feministas* [Internet]. 2012 [citado 4 de enero 2019]; 3: 155-166. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/41143/39355>
31. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2015 [citado el 4 enero de 2019]. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Libro20_Percepcion_Social_VG_.pdf
32. Rodríguez Calvo MS, Vázquez-Portomeñe Seijas F. La violencia contra la mujer: abordaje asistencial, médico legal y jurídico. Valencia: Tirant lo Blanch; 2014.
33. Villavicencio Miranda L, Zúñiga Fajuri A. La violencia de género como opresión estructural. *Rev. chil. derecho* [Internet]. 2015 [citado 4 de enero 2018]; 42(2): 719-728. Disponible en DOI: [10.4067/S0718-34372015000200015](https://doi.org/10.4067/S0718-34372015000200015)
34. Fontiveros Corzo SM (dir). La violencia de género como problema de salud pública [Trabajo Fin de Grado en Internet]. [Jaén]: Universidad de Jaén: Facultad de Ciencias de la Salud; 2014. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10953.1/1342>
35. Benito Ortiz L. Situaciones Clínicas en malos tratos en mujeres. Barcelona: Grupo Ars; 2006.
36. Overmier JB, Seligman ME. Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *J Comp Physiol Psychol* [Internet]. 1967 [citado 4 enero 2019]; 63 (1):28-33. Disponible en DOI: [10.1037/h0024166](https://doi.org/10.1037/h0024166)
37. Montero Gómez A. El Síndrome de Estocolmo doméstico en mujeres maltratadas. *Soc Esp Psicol Violencia* [Internet]. 2000 [citado 4 enero 2019]. Disponible en: <https://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-am.html>
38. Montero Gómez A. El Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica. *Soc Esp Psicol Violencia* [Internet]. 2001 [citado 4 enero 2019]. Disponible en: <https://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-am-sindrome.html>

39. Fernández Alonso MC, Salvador Sánchez L, coord. Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género. Gerencia Regional de Castilla y León; 2017 [citado 25 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero>
40. Lorente Acosta M, Toquero de la Torre F. Pautas de detección del maltrato en la asistencia clínica. En: Lorente Acosta M, Toquero de la Torre F. Guía de buena práctica clínica en abordaje en situaciones de violencia de género [Internet]. Madrid: International Marketing & Communications, S.A. Ministerio de sanidad y Consumo: Gobierno de España; 2005: p. 109-121. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_violencia_genero.pdf
41. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2017 [citado 4 enero 2019]; 31 (5): 363-442. Disponible en DOI: 10.1016/j.gaceta.2016.11.008
42. Constitución Española de 1978. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29-12-1978). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>
43. Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 148, (22-06-1989). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1989/06/22/pdfs/A19351-19358.pdf>
44. Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Boletín Oficial del Estado, nº 138, (10-06-1999). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/06/10/pdfs/A22251-22253.pdf>
45. Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. Boletín Oficial del Estado, nº 183, (01-08-2003). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2003/08/01/pdfs/A29881-29883.pdf>
46. Real Decreto-Ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género. Boletín Oficial del Estado, nº 188, (04-08-2018). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-11135-consolidado.pdf>
47. Ley Orgánica 11/2003, de 29 de Septiembre, de medidas concretas en materia de Seguridad ciudadana, Violencia doméstica e Integración de extranjeros. Boletín Oficial del Estado, nº 234, (30-09-2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-18088>
48. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva entre mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, nº 71, (23-03-2007). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>
49. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 77, (31-03-2015). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-3439-consolidado.pdf>
50. Ley 13/2010, de 9 de diciembre, contra la violencia de género en Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, nº 242, (20-12-2010) y Boletín Oficial del Estado, nº 317, (30-12-

- 2010). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-20072-consolidado.pdf>
51. World Health Organization. Global status report on violence prevention. [Internet] Geneva. 2014. [Citado 4 enero de 2019]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
52. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España: 2015. [Citado 4 enero de 2019]. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf
53. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en Atención Primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2016 [Citado 4 enero de 2019];48 (10):623-631. Disponible en DOI: [10.1016/j.aprim.2016.01.003](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003)
54. Secretaria de Estado de Igualdad y Delegación del Gobierno para la violencia de género. Estadísticas, encuestas, estudios e investigaciones [Internet] Madrid: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Gobierno de España [citado 21 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm>
55. Adhia A, Kernic MA, Hemenway D, Vavilala MS, Rivara FP. Intimate Partner Homicide of Adolescents [Resumen] *JAMA Pediatr* [Internet]. 2019 [citado el 1 mayo de 2019]:15. Disponible en: doi:10.1001/jamapediatrics.2019.0621
56. Iceberg de la violencia de género. [Blog en Internet] Hasta nunca: un relato sobre el iceberg de la violencia. *Amnistía Internacional*: 2016 [citado 4 enero de 2019]. Disponible en: <https://blogs.20minutos.es/mas-de-la-mitad/2016/03/24/hasta-nunca-un-relato-sobre-el-iceberg-de-la-violencia/>
57. Sugg N. Intimate Partner Violence. *Med Clin N Am* [Internet]. 2015 [citado 4 enero 2019]; 99 (3): 629–649. Disponible en DOI: [10.1016/j.mcna.2015.01.012](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.01.012)
58. Martín-Baena D, Montero-Piñar I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences. *Family Practice* [Internet]. 2015 [citado 4 enero de 2019]; 32 (4): 381–386. Disponible en DOI: [10.1093/fampra/cmz017](https://doi.org/10.1093/fampra/cmz017)
59. Brown S, Seals J. Intimate partner problems and suicide: are we missing the violence? *J Inj Violence Res* [Internet]. 2019 [citado 1 mayo 2019]; 11(1): 53–64. Disponible en: doi: [10.5249 / jivr.v11i1.997](https://doi.org/10.5249/jivr.v11i1.997)
60. Save the Children. En la violencia de género no hay una sola víctima. [Internet] Madrid: Save the Children; 2011 [citado 4 enero de 2019]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_de_genero_victima.pdf

61. Suárez Ramos A, coord. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. 2º ed. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. [citado 4 enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2Q75s2c>
62. Hernández MJ, Sanmartín J, Martínez P, Molina A. Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja. [Internet] Comunitat Valenciana; Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia; 2007 [citado 4 enero 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2rY02wK>
63. Cadilhac DA, Sheppard L, Cumming TB, Thayabaranathan T, Pearce DC, Carter R, et al. The health and economic benefits of reducing intimate partner violence: an Australian example. BMC Public Health [Internet]. 2015 [citado 4 enero 2019]; 15. Disponible en DOI: 10.1186/s12889-015-1931-y
64. Macías Seda J, Gil García E, Rodríguez Gázquez MA, González López JR, González Rodríguez MM, Soler Castells AM. Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género. Index de Enfermería [Internet]. 2012 [citado 4 enero 2019]; 21 (1-2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100003
65. Baidés Noriega R. Violencia de Género: Papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. Enf. Glob [Internet]. 2018 [citado 4 enero 2019]; (51):484-496. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/1695-6141-eg-17-51-484.pdf>
66. Ruiz Navarro MG. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? Enf Integral [Internet]. 2011 [citado 4 enero 2019]; 8-14. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/93/ENF-INTEG-93.pdf>
67. Blanco Prieto P y Mendi Zuazo L ¿Cómo podemos apoyar a una mujer que nos dice que está siendo maltratada?. Abordaje del hombre violento. En: Ruiz-Jarabo Quemada C, Blanco Prieto P, directoras. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección Cómo promover desde los Servicios Sanitarios relaciones autónomas solidarias y gozosas. Madrid: editorial Díaz Santos; 2004; p. 121-144.
68. Katz J. Violence against women: it's a men's issue [vídeo en Internet]. [citado 21 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=KTvSfeCRxe8>
69. El papel de la Enfermería en la violencia de género. Dicen [Internet]. 12 de Octubre de 2017 [citado 21 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-violencia-de-genero-DDIMPORT-052994/>
70. Enfermería, un aliado "privilegiado" para detectar la violencia de género. Redacción médica [Internet]. 21 de Noviembre de 2018 [citado 21 marzo 2019]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/enfermeria-un-aliado-privilegiado-para-detectar-la-violencia-de-genero-7228>

9 | Anexos


9.1 | Anexo I: Cuestionario

CUESTIONARIO SOBRE FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL GRADO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

*Obligatorio

Estimados compañeros estudiantes de Enfermería, soy Henar Polo Esteban, alumna de 4º del Grado de Enfermería, estoy llevando a cabo una investigación para mi TFG cuyo **objetivo es analizar la formación enfermera universitaria en Valladolid en relación con la violencia de género.**

Agradeceré enormemente vuestra participación en esta encuesta **ANÓNIMA Y BREVE**, ya que es **muy difícil realizar trabajos de investigación sin un poco de ayuda y colaboración.**



Universidad de Valladolid
Facultad de Enfermería

1. Edad (años) *

Tu respuesta

2. Sexo *

Mujer

Hombre

3. Curso actual del Grado de Enfermería *

1º curso

2º curso

3º curso

4º curso

4. ¿Consideras la violencia de género como un problema de salud? *

Sí

No

5. A lo largo de la realización de tus estudios del Grado de Enfermería, ¿has recibido formación curricular (incluida en alguna asignatura del Grado) sobre el papel de Enfermería en relación con la violencia de género (detección, intervención, etc)? *

Sí

No

6. ¿Crees que es suficiente la formación curricular (incluida en alguna asignatura del Grado) impartida sobre este tema en la Facultad de Enfermería? *

Sí

No

No, porque no he recibido ninguna formación

7. En tu opinión, ¿es necesaria la formación curricular de los estudiantes de Enfermería sobre la atención sanitaria a la paciente víctima de violencia de género? *

Sí

No

8. ¿Consideras que es importante el papel de Enfermería en la atención sanitaria a la paciente víctima de violencia de género? *

Sí

No

9. ¿Has recibido formación extracurricular (no incluida en las asignaturas del Grado como pueden ser charlas, talleres, seminarios...) relacionada con la violencia de género? *

Sí, a través de actividades extracurriculares organizadas por la Facultad de Enfermería.

Sí, mediante vías ajenas a la Facultad de Enfermería.

No, porque no he recibido información sobre tales actividades.

No, porque no lo he considerado prioritario para mi formación académica.

10. ¿Crees que serías capaz de prestar una correcta atención sanitaria enfermera a pacientes víctimas de violencia de género de igual forma que a aquellos que sufren otra patología (ej: paciente con sobrepeso)? *

Sí

No

MUCHAS GRACIAS POR LA COLABORACIÓN

9.2 | Anexo II: Permiso de la Comisión de Ética e Investigación



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Facultad de Enfermería

Reunida la COMISIÓN DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN de la Facultad de Enfermería de Valladolid el día 28 de febrero de 2019 y vista la solicitud presentada por:

Doña HENAR POLO ESTEBAN, estudiante de Grado de la Facultad de Enfermería.

Acuerda emitir **INFORME FAVORABLE**, en relación con su propuesta de Trabajo de Fin Grado.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo el presente escrito.

Valladolid a 28 febrero de 2019.- La Presidenta de la Comisión, M^{ra} José Cao Torija



Facultad de Enfermería. Edificio de Ciencias de la Salud. Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid.
Tfno.: 983 423025. Fax: 983 423284. e-mail: decanato.enf.va@uva.es

Código Seguro De Verificación:	DHM8MiQedfnQUanQaWuE1A==	Estado	Fecha y hora	
Firmado Por	Maria Jose Cao Torija - Decano/a de la Facultad de Enfermeria de Valladolid	Firmado	11/06/2019 11:46:58	
Observaciones		Página	29/40	
Url De Verificación	https://sede.uva.es/Validacion_Documentos?code=DHM8MiQedfnQUanQaWuE1A==			

9.3 | Anexo III: Resultados del cuestionario

Tabla 4. Resultados del cuestionario

		Alumnos 1º Curso n = 25; n (%)	Alumnos 2º Curso n = 34; n (%)	Alumnos 3º Curso n = 33; n (%)	Alumnos 4º Curso n = 30; n (%)	Total n = 122; n (%)
4. ¿Consideras la VG como un problema de salud?	- Sí	21 (84)	29 (85.3)	31 (93.9)	30 (100)	111 (91)
	- No	4 (16)	5 (14.7)	2 (6.1)	0 (0)	11 (9)
5. A lo largo de la realización de tus estudios del Grado de Enfermería, ¿has recibido formación curricular sobre el papel de Enfermería en relación con la VG?	- Sí	1 (4)	13 (38.2)	14 (42.4)	12 (40)	40 (32.8)
	- No	24 (96)	21 (61.8)	19 (57.6)	18 (60)	82 (67.2)
6. ¿Crees que es suficiente la formación curricular impartida sobre este tema en la Facultad de Enfermería?	- Sí	1 (4)	3 (8.8)	4 (12.1)	1 (3.3)	9 (7.4)
	- *No	24 (96)	31 (91.2)	29 (87.9)	29 (96.7)	113 (92.6)
7. En tu opinión, ¿es necesaria la formación curricular de los estudiantes de Enfermería sobre la atención sanitaria a la paciente víctima de VG?	- Sí	25 (100)	34 (100)	32 (97)	30 (100)	121 (99.2)
	- No	0 (0)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	1 (0.8)
8. ¿Consideras importante el papel de Enfermería en la atención sanitaria a la paciente víctima de VG?	- Sí	25 (100)	34 (100)	32 (97)	30 (100)	121 (99.2)
	- No	0 (0)	0 (0)	1 (3)	0 (0)	1 (0.8)
9. ¿Has recibido formación extracurricular sobre VG?	- **Sí	15 (60)	22 (64.7)	22 (66.7)	18 (60)	77 (63.1)
	- *No	10 (40)	12 (35.3)	11 (33.3)	12 (40)	45 (36.9)
10. ¿Crees que serías capaz de prestar una correcta atención sanitaria enfermera a pacientes víctimas de VG de igual forma que a los que sufren otra patología?	- Sí	14 (56)	13 (38.2)	11 (33.3)	2 (6.7)	40 (32.8)
	- No	11 (44)	21 (61.8)	22 (66.7)	28 (93.3)	82 (67.2)

VG: violencia de género. *No: suma de las respuestas negativas a esa pregunta. **Sí: suma de las respuestas afirmativas a esa pregunta.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos mediante el cuestionario.