

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD¹

Evelyn Paola Estévez Macas

Correo electrónico: evelyn.estevezm@gmail.com

Graduada en Enfermería.

Hospital Germans Trias. Badalona (Barcelona)

Recepción: 10/06/2017 Aceptación: 01/07/2017



¹ Este artículo deriva del Trabajo fin de grado del grado de Enfermería (Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud) de la Universitat de Barcelona realizado por la autora y tutorizado por la Dra. Inmaculada Úbeda Bonet durante el curso académico 2016/2017.

RESUMEN

Introducción

La violencia de género (VG) es definida como «cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada». Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Objetivo

Identificar las intervenciones de enfermería en la atención a la violencia de género en las consultas de atención primaria.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en las bases científicas: PubMed, Cuidatge, Cuide y ScienceDirect. Análisis de los resultados obtenidos y comparación de estos para responder las cuestiones planteadas.

Resultados

23 artículos responden a los objetivos del estudio.

Discusión

Las intervenciones de enfermería conllevan acoger a las víctimas. Realizar preguntas abiertas. Intentar comprender y reinterpretar los síntomas. Realizar una valoración biopsicosocial. Informar y asesorar sobre los recursos disponibles. Registrar en la historia clínica todas las intervenciones realizadas. Realizar el parte de lesiones. Concertar visitas de seguimiento. Desarrollar un plan de cuidados individualizados y elaborar campañas educativas.

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 cuales 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.

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

ABSTRACT

Introduction

Gender violence can be defined as «any act or intention that causes physical, sexual or psychological suffering to women, including threats, coercion or arbitrary privation of freedom, in public or private life». The specific needs of these women are multidimensional, so it demands sanitary interventions that take into account biological, psychological and social aspects.

Objectives

To identify nursing interventions for the attention of gender violence.

Methodology

To carry out a bibliographic research in the following scientific databases: PubMed, Cuidatge, Cuiden and ScienceDirect. Analyze and compare the results obtained from the research in order to answer said questions.

Results

The final results of the bibliographic research are 23 articles.

Discussion

Nursing interventions might involve the following actions: embrace the victims; ask open-ended questions; try to understand and reinterpret the symptoms; give a biopsychosocial assessment; inform and advise about the available resources; record all the interventions in the victim's medical record; write an injury report; arrange for follow-up visits; develop an individualized care plan and educational campaigns.

Conclusions

Nursing interventions are necessary to prevent, detect and address gender violence. A more specific formation is necessary, as well as to study in depth the keys elements of our approach, the protocols' effectiveness, the interventions on children, and the relationship between suicide and gender violence.

Keywords: nursing, intimate partner violence, primary care, screening.

INTRODUCCIÓN

El uso de la expresión «violencia de género» es tan reciente como el propio reconocimiento de la realidad del maltrato a las mujeres. Solo a partir de los años noventa comienza a consolidarse su empleo gracias a iniciativas importantes como, por ejemplo, la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer del mismo año, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (1994) o la Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing (1995) (Alonso, 2006).

Según la Organización de Naciones Unidas, la violencia de género puede definirse como «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada» (ONU, 1993). La Organización Mundial de la Salud añade que «la violencia contra las mujeres es una de las violencias más graves de la derechos humanos, es un obstáculo para conseguir los objetivos de igualdad, desarrollo y paz. Viola las libertades fundamentales para la vida e impide el desarrollo de la igualdad entre hombres y mujeres» (OMS, 2015).

En España, en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se manifiesta 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» (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2004). El Parlament de Catalunya aprueba el Artículo 3 de la Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista en el que se define como «violencia que se ejerce contra las mujeres, como manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que, ejercida por medios físicos, económicos o psicológicos, incluidas las amenazas, intimidaciones o coacciones, tenga como resultado un daño físico, sexual o

psicológico, tanto si se produce en el ámbito público como en el privado» (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2008).

Existen otros términos muy utilizados como «violencia doméstica» o «violencia intrafamiliar», pero estas expresiones son menos adecuadas porque se limitan a informar sobre el lugar en el que se produce la violencia y no especifica aspectos tan esenciales de la misma como quién es la víctima, quién es el agresor o cuál es el objetivo y la causa de esta violencia. Si bien estos términos incluyen la agresión entre cónyuges o parejas, también hacen referencia a la agresión a menores, personas mayores o con discapacidad (Alonso, 2006).

La violencia contra la mujer es un fenómeno multifactorial y multidimensional, por lo que no existe una causa o factor que precipite la misma; se atribuye, en general, al hecho de vivir en el marco de una cultura patriarcal. El patriarcado es desde hace siglos el sistema de organización dominante, integrado en el contexto cultural en el que se desarrolla y aceptado como propio de las personas que lo integran. En esta sociedad estructural, se asignan diferentes atributos y roles en función del sexo, produciéndose un desequilibrio entre los derechos y las oportunidades de hombres y mujeres. La violencia machista es, además, instrumental, ya que necesita un mecanismo de sumisión que sirve para tener control social y poder ejercer mayor dominio (Departamento de Salud, 2009). Actualmente se sabe que la violencia machista existe en todo el mundo, volviendo vulnerable a cualquier mujer, independientemente de su edad, raza, etnicidad, educación, identidad cultural, situación socioeconómica, ocupación, religión, orientación sexual o aptitud física o mental (Alonso, 2006; ONU, 1993).

Los primeros signos del maltrato suelen comenzar al inicio de la relación de pareja mediante conductas de abuso psicológico. A su vez, aparecen conductas restrictivas y controladoras que minimizan la autonomía de la mujer y que van aumentando a medida que la relación se consolida, dificultando que la víctima rompa con la relación.

En 1979 la psicóloga Leonore Walker (Alonso, 2006; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), investigó las razones que imposibilitan a la mujer maltratada romper con la relación y a buscar alternativas para salir de la situación de maltrato. La autora concluyó que la violencia se produce de manera cíclica en tres fases y las explica en el denominado «Ciclo de la Violencia»: 1) Fase de *acumulación de tensión*. La víctima percibe cómo el agresor va volviéndose más violento y encuentra

motivos de conflicto en cada situación. 2) Fase de *explosión o agresión*, la violencia finalmente explota dando lugar a la agresión física, psicológica y/ o sexual. 3) Fase de *«Luna de miel» o Arrepentimiento*, el agresor pide disculpas a la víctima y trata de mostrar su arrepentimiento. Utiliza estrategias de manipulación afectiva para impedir que la relación se rompa. La mujer tiende a pensar que el agresor cambiará y le perdona, sin saber que refuerza la posición dominante de él. Cada vez que el ciclo da una nueva vuelta, la violencia se va consolidando, la calma tiende a desaparecer y la violencia se hace más frecuente y sus consecuencias más graves. Para que un ciclo se complete pueden pasar de uno a dos años desde que se inician las relaciones, o un mes o quizás menos, o incluso tras varios años de relación. Las consecuencias de convivir y sufrir maltrato afectan a la salud física y/o psicológica tanto de la mujer como de sus hijos.

Una mujer que sufre malos tratos puede convivir con varias formas de maltrato. (Véase **tabla 1**)

Tabla 1: Tipos de violencia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012)

Violencia	Definición y características
Física	Destinada a controlar a la víctima a través de la fuerza física utilizando objetos, armas o las manos. Pone en riesgo la vida de la mujer. Provoca lesiones, quemaduras, dolor crónico.
Psicológica	Destinadas a conseguir dominio y sometimiento de la mujer. Forman parte los insultos, desvalorizaciones, ataques a la autoestima, humillaciones y celos.
Sexual	Cualquier abuso sexual, incluyendo la coacción psicológica y/o física, que obliga a la mujer a tener relaciones de manera forzada, cuando ha estado enferma, embarazada o en el posparto. Trasmisión de enfermedades sexuales, abortos prematuros, disfunción sexual.
Económica	Somete a la mujer a través del control económico. Priva a la mujer del acceso a las cuentas, obstaculiza su desarrollo laboral, apropiación de sus bienes patrimoniales o incluso explota laboralmente a la mujer.
Social	Controlar las relaciones externas de la mujer, aislándola progresivamente para privarle de apoyo. No se respeta la privacidad de la mujer, se controlan llamadas, correspondencia, correo, etc.
Ambiental	Rompe o estropea objetos, espacios o animales de gran valor simbólico que pertenecen a la mujer. Destroza joyas, se apropia del coche, rompe muebles, cartas o fotos, tortura o mata a los animales domésticos, etc.

Las conclusiones de este informe son llamativas: el 35% de las mujeres del mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de sus parejas. Casi un 30% de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja, llegando en algunas regiones del mundo hasta el 38% (OMS, 2015).

A nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal; el 16% de las víctimas de violencia de género tienen más probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal y más del doble de probabilidad de sufrir un aborto o casi el doble de probabilidades de padecer una depresión; en algunas regiones, son 1,5 veces más propensas a contraer VIH; las mujeres víctimas de abuso sexuales son 2,3 veces más propensas al consumo de alcohol y 2,6 veces más propensas a sufrir depresiones o ansiedad (OMS, 2015).

La Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015) realizó una macroencuesta sobre la violencia de género en el 2015, en la que se entrevistó a 10.171 mujeres residentes en España: el 10,3% había sufrido violencia física de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida. El 8,1% había sufrido violencia sexual. El 25,4% había sufrido violencia psicológica. El 21,9% había sufrido violencia psicológica emocional. El 10,8% había sufrido violencia económica. El 13% había sentido miedo de alguna pareja o expareja. El 63,35% de las víctimas afirman que los hijos presenciaron o escucharon episodios de violencia; de estos hijos, el 92,50% eran menores de edad y un 7,5% mayores de edad. El 64,2% de los hijos también fueron víctimas de malos tratos.

Según el informe de 2015 del Institut Català de les Dones, el 93,3% de las mujeres que han sufrido violencia han recibido maltrato por parte de su pareja; un 96,1% han sido víctimas de maltrato psicológico, seguido por el maltrato físico con un 33,7%; en un 73,4% de los casos, ha sido la propia víctima quien denunció y en un 25,8% lo hizo un familiar; un 35,8% de las mujeres de entre 31-40 años fueron víctimas, seguido de la edad comprendida entre los 41 a 50 años. Dado que la violencia de género es una de las principales causas de muerte de mujeres en todo el mundo (por delante de muertes provocadas por cáncer, guerras o accidentes de tráfico), se han ido creando iniciativas y leyes para la protección de la mujer.

El primer organismo internacional que adopta una iniciativa al respecto es la ONU (1993), que aprueba la convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer en 1979 y la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres y niñas en 1993. En la misma línea, la Unión Europea ha desarrollado distintas iniciativas, entre ellas el Informe de julio de 1997 del Parlamento Europeo sobre la necesidad de realizar en toda la Unión Europea una campaña de tolerancia cero ante la violencia contra las mujeres (Menéndez, 2013). Por su parte, España tiene como principal iniciativa legislativa relativa a la violencia de género la Ley Orgánica 1/2004

de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que abarca aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las mujeres víctimas de la violencia machista. También cabe destacar la Ley Orgánica 3/2007, de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres que, al combatir la discriminación, previene la violencia hacia la mujer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). En Cataluña, a través de la Ley 5/2008 de 24 de abril, el derecho de la mujer a erradicar la violencia machista tiene como objetivo erradicar la violencia y remover las estructuras sociales y estereotipos culturales que la perturben. Prevenir, detectar y sensibilizar con el fin de erradicarla. Reconoce los derechos a la atención, asistencia, protección, recuperación y reparación integral de la mujer víctima de malos tratos (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, 2008). En Cataluña existen protocolos que ayudan al personal sanitario a valorar situaciones de riesgo. Entre estos, cabe destacar el Protocolo para el abordaje de la violencia en el ámbito de salud en Cataluña; la Guía para el abordaje del maltrato de género en la atención primaria; el Plan de salud; el Cuaderno núm. 14. Recomendaciones para la atención sanitaria a las mujeres maltratadas; el Protocolo de detección del maltrato intrafamiliar en la mujer (MID).

El Código Deontológico de Enfermería indica las responsabilidades de prevenir las enfermedades, mantenimiento de la salud, atención, rehabilitación e integración social del enfermo y formación, administración e investigación. Las enfermeras, por tanto, tenemos la obligación de investigar este tema para dar respuestas efectivas e intervenciones acertadas a las víctimas y a los hijos víctimas de la violencia de género,

El objetivo general de este estudio es, por un lado, identificar las intervenciones de enfermería en la atención a la violencia de género, así como detectar las consecuencias en la salud de las mujeres e hijos víctimas de la violencia de género. Por el otro, identificar las barreras que impiden la detección de la violencia de género en la consulta de enfermería de atención primaria.

METODOLOGÍA

Para realizar este trabajo se revisan los estudios orientados a identificar el papel que tiene la o el enfermera/o en la detección de la violencia de género o intrafamiliar. Se

consideraron como fuentes de información: base de datos, informes de la administración pública, estadísticas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y protocolos de actuación. Se consultaron las siguientes bases de datos: PubMed MEDLINE, Cuidatge, Cuidem y ScienceDirect.

Para la revisión bibliográfica se utilizaron las palabras clave: «enfermería», «violencia de género», «atención primaria», «cribado». Y las correspondientes en inglés: «intimate partner violence», «primary care», «nursing», «screening». En esta búsqueda se utilizó el operador booleano AND, y el operador booleano NOT. Se usaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de inclusión:** Publicaciones posteriores al 2006 redactadas en castellano, catalán, e inglés, que se refirieran a actuaciones en atención primaria y cuyo tema de estudio fuera la violencia contra la mujer ejercida por la pareja o expareja.
- **Criterios de exclusión:** Artículos o publicaciones anteriores a 2006, redactados en otros idiomas no mencionados, que se refirieran a la atención hospitalaria, o trataran sobre otros tipos de violencia hacia la mujer.

En la **tabla 2** se recogen los resultados obtenidos en la búsqueda y los artículos finalmente seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión

Tabla 2: Resumen numérico de resultados totales de las búsquedas

Base de datos	Total artículos tras aplicar filtros	Artículos asociados seleccionados manualmente	Artículos no incluidos por su contenido	Total de artículos seleccionados
PubMed MEDLINE	10	5	12	3
Cuidatge	0	3	2	1
Cuidem	20	5	20	5
Science Direct	45	10	43	14
Total	75	23	77	23

RESULTADOS

A continuación, en la **tabla 3** se exponen los resultados de cada uno de los 23 artículos seleccionados

Tabla 3: Resumen de los artículos seleccionados

Año	Autores	Título	Metodología	Muestra	Objetivos	Resultados	Conclusiones
2016	Valdés C, García C, Sierra A.	Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria.	Estudio descriptivo transversal.	N= 167 enfermeras	Evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes de las enfermeras sobre la violencia de género y su relación con las variables sociodemográficas y la detección de casos.	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.	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.
2015	Visentin F, Vieira L, Trevisan I, et al.	Women's primary care nursing in situation of gender violence.	Estudio exploratorio descriptivo	N= 17 enfermeras	Identificar las acciones que realizan las enfermeras de atención primaria en situaciones de violencia de género.	El personal de enfermería opina que la acogida, la empatía, el diálogo, la escucha activa y el establecer un vínculo de confianza con la víctima son estrategias, que ayudan a detectar y actuar en casos de VG. La falta de tiempo por la sobrecarga de trabajo, la formación escasa, y la falta de confianza son las limitaciones que impiden el reconocimiento de más casos.	El personal de enfermería no tiene una adecuada formación sobre la violencia de género por lo que no están preparados para cuidar a la víctima de maltrato.
2015	Fernández M.	Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género. ¿Hemos superado el reto?	Revisión bibliográfica		Comprobar que los profesionales de la atención primaria han mejorado la actuación frente a la violencia de género.	En España se ha implantado un protocolo común, la inclusión de la violencia de género en la cartera de servicios sanitarios y un plan de formación. Los profesionales de enfermería pueden realizar actividades educativas en el servicio de atención al joven, promocionar las relaciones de igualdad, y responsabilidades compartidas en la consulta de atención maternal, con el propósito de realizar una prevención primaria.	Las actuaciones de detección y atención a la violencia de género están bien definidas y sistematizadas en los protocolos, el reto es llevarlos a la práctica, mejorar la detección y ofrecer a las víctimas una respuesta adecuada

Año	Autores	Título	Metodología	Muestra	Objetivos	Resultados	Conclusiones
2014	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	Exploratorio-trasversal y comparativo	N=235 profesionales de Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo Social.	Relacionar la actitud ante VG de los profesionales de AP con satisfacción y carga laboral, orientación de la práctica, conocimientos, formación y uso de los recursos sociosanitarios.	El 63% de los profesionales de Costa Rica tiene más experiencia en la detección de VG frente a un 52,1% de Catalunya. La actitud del profesional hacia la violencia doméstica fue favorable en los dos contextos. Los factores que influyen en la actitud hacia la detección fueron: formación, uso de recursos sanitarios, conocimientos, satisfacción del personal.	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.
2014	Calvo G, Camacho R.	La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje.	Revisión bibliográfica		Profundizar en los aspectos relevantes de la violencia de género, situación actual, normativa vigente e implicación a nivel social y sanitario.	La violencia de género es un problema sanitario creciente en todo el mundo. Las causas de la infradetección son la falta de formación, de protocolos de detección y la presión asistencial. Enfermería demanda mayor capacitación, aumentar los recursos disponibles y reforzar la coordinación interdisciplinar.	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.
2014	Bugarín R, Bugarín C.	Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género.	Revisión bibliográfica		Reflexionar sobre los principios éticos en situación de violencia de género.	El profesional de la salud debe tener siempre presente los principios éticos: principio de no maleficencia, principio de justicia, principio de beneficencia, principio de autonomía, que le permitirán tomar la mejor decisión para ayudar a la mujer maltratada.	Facilita la toma de decisiones en el abordaje de la violencia de género.

Año	Autores	Título	Metodología	Muestra	Objetivos	Resultados	Conclusiones
2014	Salcedo D, Orchiucci P, Dias V, et al.	¿Cómo los profesionales de la atención Primaria enfrentan la violencia contra las mujeres embarazadas?	Cualitativo	N=14 profesionales sanitarios	Cómo reconocen y enfrentan la violencia doméstica en mujeres embarazadas los profesionales sanitarios.	Los profesionales sanitarios centran sus intervenciones en aspectos biológicos dejando a la mujer sin una atención integrada. La falta de formación, los prejuicios y la falta de coordinación con otros profesionales hacen que este problema sea invisible. Cuando se trata de identificar casos de maltrato se hace más complicado en mujeres embarazadas.	Los profesionales de la salud no tienen en cuenta aspectos biopsicosociales, lo que dificulta la detección y una atención integrada a la víctima de malos tratos. La dificultad de detección se acentúa si la mujer embarazada es adolescente
2014	Velasco C, Luna JD, Martín A, et al.	Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors.	Cualitativo.	N=779 mujeres	Investigar sobre la prevalencia del maltrato en mujeres embarazadas y los factores asociados utilizando dos instrumentos de detección.	Se utilizaron dos herramientas de detección de violencia de género: Abuse Assessment Screen (AAS) e Index of Spouse Abuse (ISA). En este estudio se encontraron diferencias, según AAS, la violencia de pareja durante el embarazo fue experimentada por el 7,7% de las mujeres y el abuso físico por el 1,7%. Según ISA el abuso durante el embarazo fue de 21,3% y al abuso físico fue del 3,6%. ISA es un instrumento más efectivo porque permite a las mujeres evaluar su experiencia con mayor privacidad.	Los dos instrumentos de detección son válidos para detectar la violencia de género, siendo más efectiva ISA por permitir a la mujer realizarla en privacidad.
2013	Menéndez S, Pérez J, Lorence B.	La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional.	Revisión bibliográfica.		Analizar los principales indicadores del fenómeno de los malos tratos en España en cuanto a su frecuencia, prevalencia y desarrollo.	En el 2011 el 10,9% de las mujeres mayores de 18 años sufrieron malos tratos; como consecuencia, estas mujeres son proclives a padecer problemas de salud tanto físicos como psicológicos. Los hijos de estas mujeres sufren indirectamente los malos tratos y presentan una sintomatología parecida a la de su madre. El perfil del agresor es heterogéneo, pero está relacionado con hombres celosos y posesivos, consumidores habituales de alcohol o drogas, sin problemas psicopatológicos. La familia y los amigos son el principal apoyo de las víctimas.	La violencia de género es un grave problema social y sanitario, que afecta a un colectivo importante en España. Los profesionales sanitarios son una fuente relevante para la detección y son clave en el proceso de asesoramiento y atención a las víctimas.

Año	Autores	Título	Metodología	Muestra	Objetivos	Resultados	Conclusiones
2013	DeBoer M, Kothari R, Kothari C, et al.	What are barriers to nurses screening for intimate partner violence?	Estudio transversal	N=156 enfermeras	Identificar la actitud de las enfermeras a la hora de percibir y detectar barreras durante la exploración de la violencia de género.	El 82,6% de las enfermeras identificaron dos o menos casos de violencia doméstica en el último año. Un 81% está de acuerdo que tiene tiempo para abordar el tema. El 56% considera estar adecuadamente entrenadas. Un 92% considera que todos los pacientes necesitan ser explorados independientemente de si presentan o no daño físico. El 95% estuvo de acuerdo en afirmar que es responsabilidad de la enfermera detectar casos y un 37,4% se siente cómodo realizando preguntas de VG.	Las enfermeras consideran que debe mejorar el entrenamiento y la formación, así como tener unas herramientas adecuadas que permitan una correcta detección de casos de violencia doméstica.
2012	McLaughlin J, O'Carroll R, O'Connor R.	Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review.	Revisión bibliográfica	N=37 artículos	Analizar la asociación entre la violencia de pareja y las tendencias suicidas.	Las mujeres que sufren malos tratos tienen riesgo de tener pensamientos y conductas suicidas y otras alteraciones psicológicas como la depresión y el estrés postraumático. En las mujeres que sufren violencia física y sexual, el riesgo de suicidio aumenta.	Existe un clara relación entre la violencia de género y las tendencias suicidas.
2012	Carrilero S, Martínez J, Flores M.	Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género.	Revisión bibliográfica		Dar a conocer los distintos sistemas de protección estatal para afrontar la violencia de género.	En el estado español existen los siguientes recursos: guía de derechos; web de recursos de apoyo y prevención; 016 servicio telefónico de información y asesoramiento jurídico; servicio de teleasistencia móvil para víctimas. Contratos bonificados y contratos de sustitución de víctimas; ayuda económica prevista en el artículo 27 de la Ley Integral que garantiza una ayuda social según el nivel de renta. Sistema de seguimiento por medios telemáticos de las medidas de alejamiento. Servicio telefónico y on-line de información y orientación sobre políticas de igualdad.	El personal de enfermería debe conocer los recursos para convertirse en un aliado destacado a la hora de garantizar la seguridad e integridad de la mujer.

Año	Autores	Título	Metodología	Muestra	Objetivos	Resultados	Conclusiones
2011	Martínez J.	Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente.	Estudio observacional descriptivo	N= 87 profesional es encargados del control de embarazo	Identificar la existencia de recursos de los que dispone este personal para abordar la violencia de género. Conocer la prioridad que este personal asigna a la violencia de género dentro del sistema sanitario.	El 82,76% de los profesionales creen que desde su labor profesional diaria pueden contribuir a la erradicación de la VG; el 91,96% atendió alguna vez a lo largo de su carrera alguna mujer en situación de maltrato; un 95,40% afirma que no tiene los recursos necesarios para abordar el tema; el 97,70% ve necesaria una formación más específica y el 94% cree que se deberían poner medidas para detectar casos de maltrato durante el control de embarazo.	El personal sanitario encargado del control de embarazo, parto y puerperio esta sensibilizado pero no están preparados y no disponen de los recursos necesarios para abordar el tema.
2011	Kathryn H. Howell	Resilience and psychopathology in children exposed to family violence	Revisión bibliográfica		Investigar el impacto que tiene en el desarrollo de niños preescolares cuando están expuestos a la violencia de género.	La exposición durante los primeros años de vida provoca en el niño agresividad, hiperactividad, conductas antisociales, ira, miedo, depresión, ansiedad; son poco empáticos, pueden presentar estrés postraumático. Para que el niño expuesto a la violencia de género presente una correcta adaptación en años posteriores, es importante que su familia tenga una actitud positiva, apoyen y quieran a sus hijos. Asimismo, si el niño se centra en realizar actividades que le motiven, hará que estos niños se vuelvan resilientes.	La exposición a la violencia de género durante los primeros años de vida de un niño, cuando su capacidad para regular las emociones están creciendo y el apego de los niños a los padres es más fuerte, los efectos negativos son más severos y duraderos.
2011	McMahon S, Huang C, Boxer P, et al.	The impact of emotional and physical violence during pregnancy or maternal and child health at one year post-partum.	Cuantitativa	N=3961 Familias.	Explorar la relación entre la violencia de género en el embarazo y la salud para la madre y el niño después del parto.	Las víctimas de malos tratos tienen más riesgo de padecer depresión postparto, abortos espontáneos, adoptar conductas perjudiciales para la salud como el abuso de drogas o alcohol. Sus hijos pueden nacer con bajo peso, prematuros, presentar lesiones fetales, o incluso morir.	Las mujeres embarazadas tienen mayor riesgo de padecer violencia de género y alteraciones psicológicas.

Año	Autores	Título	Metodología	Muestra	Objetivos	Resultados	Conclusiones
2010	Esteve Ll, Torres A, Navarro P, et al.	Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario.	Observacional	N=405 mujeres mayores de 18 años.	Comparación de la precisión diagnóstica y concordancia de cuatro instrumentos para la identificación de la violencia de pareja.	Para este estudio se utilizaron 4 instrumentos: Index of Spouse Abuse (ISA), Psychological Maltreatment of Women Inventory Short Form (PMWI-SF), Women Abuse Screen (PVS). Obtuvieron un ABC (Approximate Bayesian computation) por encima de 0,90, lo que indica que tiene una excelente validez para la detección de violencia familiar. ISA y PMWI-SF presentaron un mejor funcionamiento y una mayor concordancia con el diagnóstico clínico. PVS es el instrumento menos concordante.	La utilización de cualquier instrumento utilizado en este estudio es óptima para la detección de VG.
2010	Cirici R, Querol N, Ripoll A.	La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género?	Revisión bibliográfica			Las mujeres víctimas de violencia acuden frecuentemente a la consulta médica por síntomas banales. Existen preguntas cortas que permiten al profesional indagar sobre una posible situación de violencia. Una vez detectado un posible maltrato, se debe explorar en qué consiste el maltrato, el tiempo que lo padece, soluciones que ha implementado la mujer y el apoyo con el que cuenta. El profesional debe evaluar la presencia de síntomas del maltrato; realizar una historia clínica; si hay sospecha de agresión física se debe explorar; si hay lesiones se hará parte médico y se tomarán fotografías para posibles juicios; valorar el riesgo vital de la mujer y los menores, iniciar tratamiento médico o psicoterapéutico y valorar si se deriva a otros servicios de atención.	La consulta sanitaria es un espacio idóneo para la detección y el abordaje de la violencia de género. El profesional debe crear un clima de confianza, y ser respetuoso y empático.

Año	Autores	Título	Metodología	Muestra	Objetivos	Resultados	Conclusiones
2010	Martínez J.	Importancia del sistema sanitario en la identificación de casos de violencia de género.	Búsqueda bibliográfica			La violencia de género afecta a la salud física y psicológica de la víctima y la de sus hijos provocando en ellos dificultades de aprendizaje, enfermedades psicosomáticas, sensaciones de amenaza, tendencia a la agresividad, etc. Las mujeres en esta situación utilizan con frecuencia los servicios de urgencia y son frecuentes las hospitalizaciones.	La formación del personal sanitario, identificar indicadores de sospecha, la utilización de instrumentos para el cribado, saber cómo y cuándo preguntar y apoyar a la víctima puede ayudar y salvar la vida de las mujeres expuestas a la violencia de género.
2010	Sans M, Sellarés J.	Detección de la violencia de género en atención primaria.	Revisión bibliográfica		Analizar las consecuencias de la violencia de género, la detección, las intervenciones y seguimientos que se realizan en Atención Primaria.	La entrevista clínica es la herramienta principal para detectar posibles casos de VG. Se debe aplicar el protocolo y registrar en la historia clínica el tipo de agresión, el lugar, el riesgo y las intervenciones realizadas. La primera acción será proteger a la víctima y a sus hijos. Si la mujer no reconoce la situación y no presenta riesgo inminente, se deben realizar seguimientos.	Las víctimas de VG sufren graves consecuencia físicas, psicológicas o sociales por lo que el personal de enfermería debe tener una correcta formación y una actitud activa para detectar posibles casos.
2010	Sánchez S, Fuente D, Salamanca A, et al.	Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida.	Cualitativo	Mujeres mayores de edad que han sufrido maltrato en la comunidad de Madrid.	Conocer la percepción que tienen las mujeres maltratadas tras recibir asistencia sanitaria.	Las mujeres maltratadas manifiestan que es cuestión de suerte que un profesional detecte una situación de violencia doméstica, sobre todo cuando no hay lesiones visibles; lo asocian a la falta de conocimientos de los profesionales, ya que no están especializados en este tema.	El concepto biopsicosocial no está instaurado en la mentalidad de los profesionales de la salud, lo que impide una buena valoración y una correcta asistencia sanitaria.

Año	Autores	Título	Metodología	Muestra	Objetivos	Resultados	Conclusiones
2010	Deshpande N, Lewis-O'Connor A.	Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy.	Revisión bibliográfica		Proporcionar a los profesionales de atención a la salud herramientas para evaluar la violencia doméstica en mujeres embarazadas, incluye Routinely	La herramienta RADAR (Routinely, Ask, Document, Assess; Review) ayuda a resumir los pasos claves a seguir, incluye un examen de rutina, hacer preguntas directas, documentar hallazgos y evaluar la seguridad del paciente. HITS (Hurt, Insult; Threaten, Scream) es un instrumento que evalúa la frecuencia de maltrato físico, si la mujer se siente amenazada o si la pareja le grita. Abuse Assessment Screen, realiza 5 preguntas abiertas.	Las mujeres embarazadas deben ser rastreadas rutinariamente para detectar violencia de género y así asegurar una salud positiva para la madre y el feto. Las herramientas de detección pueden proporcionar una mejor detección que la entrevista estándar del paciente.
2010	Sala I, Hernández A, Ros R, et al.	Violencia Doméstica: preguntar para detectar.	Asignación aleatoria.	N= 400 mujeres.	Evaluar si ciertas preguntas clave permiten detectar VG y conocer prevalencia en AP y atención a la mujer.	Se hallaron 105 casos de VG. El maltrato psicológico tiene mayor prevalencia con 90 casos. Se observó una relación significativa entre el mayor número de abortos voluntarios y mayor prevalencia de enfermedad psiquiátrica en las mujeres maltratadas. Las preguntas claves demostraron mayor eficacia cuando era la primera vez que las mujeres acudían a la consulta.	Se demuestra que utilizar preguntas directas o a través de preguntas clave ayuda a la detección de casos de violencia doméstica.
2009	Bull A.	Screening for Intimate Partner Violence: Offering the Tissue Box	Estudio descriptivo		Describir el papel que tiene el personal de enfermería en la detección de la VG.	La/el enfermera/o debe conocer sus propios sentimientos sobre la VG; ser proactivo para reducir los sentimientos negativos; ser capaz de delegar a otro profesional si la situación se desborda; registrar en la historia clínica; adquirir habilidades clínicas; no presionar a la víctima para extraer información; ser específico y concreto en las explicaciones que se da a la víctima.	Las enfermeras deben tener una actitud activa en la detección de VG, ya que son los profesionales que tienen más contacto con el paciente y pueden modificar conductas inadecuadas.

DISCUSIÓN

Cualquier mujer puede ser víctima de violencia de género. Según Menéndez (2013), Calvo (2014) y Sala (2010), no existe un perfil típico de mujer maltratada; es un fenómeno que se da en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos. La violencia de género, en cualquiera de sus formas, constituye un factor de riesgo para la salud de la mujer (Sans, 2010).

McMahon (2011) y Deshpande (2013) coinciden en describir las consecuencias de la violencia de género en la salud sexual y reproductiva, que en muchos casos vienen causadas y agravadas por el temor hacia su pareja. Esto hace que las mujeres tengan embarazos no deseados y provoca enfermedades de transmisión sexual por no utilizar métodos anticonceptivos. Además, las mujeres embarazadas víctimas de la violencia de género suelen presentar hemorragias vaginales, abortos espontáneos, partos pretérmino, bajo peso del recién nacido y muerte fetal (McMahon, 2011). Además, la mujer víctima de agresión intrafamiliar tiene probabilidad de adoptar conductas de riesgo como el tabaquismo o el abuso de alcohol y drogas, que pueden traducirse en resultados fetales adversos. Del mismo modo, pueden tener dificultad para cumplir con las responsabilidades de atención prenatal como, por ejemplo, asistir a las visitas con el pediatra o mantener una nutrición y suplementos adecuados (Deshpande, 2013).

Las consecuencias psicológicas de las mujeres maltratadas suelen pasar desapercibidas para los profesionales sanitarios. En este sentido, el estudio de Sánchez (2010) recoge que las mujeres víctimas de violencia doméstica consideran que los sanitarios se centran en atender las consecuencias físicas y que resulta muy difícil convencer a un profesional que se es víctima de maltrato psicológico. Es importante tener en cuenta que estas mujeres tienen riesgo de padecer síndrome de estrés postraumático, depresión, baja autoestima, sentimiento de culpa. Además, tienen un 5% de posibilidades de suicidarse. McLaughlin (2012) recoge que, debido a la tensión emocional y física que sufren, las víctimas ven en el suicidio una idea de liberación para aliviar su sufrimiento. Las mujeres que están expuestas por un largo periodo de tiempo al maltrato y las mujeres embarazadas maltratadas presentan mayor riesgo de quitarse la vida. En los cuestionarios que se realizan a las mujeres para detectar la violencia intrafamiliar, tan solo una pregunta evalúa el riesgo de suicidio.

Además, las víctimas ven afectada su vida social, sufren aislamiento, pérdida del trabajo, ausencia laboral, siendo más vulnerables, ya que las hace dependientes del agresor y no cuentan con una red social de apoyo, que es un factor fundamental para que la mujer salga adelante (Sans, 2010).

La violencia de género también tiene consecuencias sobre los hijos e hijas de las mujeres maltratadas, tanto si son testigos como si son víctimas. Según Howell (2011), el maltrato a mujeres prevalece más en parejas casadas y que cohabitan con hijos; entre un 55 y un 75 % de los niños y adolescentes también son objeto de abuso, siendo los niños pequeños más vulnerables a una exposición directa. Una exposición durante los primeros años, cuando la capacidad para regular emociones está creciendo y el apego de los niños a los padres es más fuerte, tiene efectos negativos severos y duraderos: pueden desarrollar ansiedad, miedo, alteraciones del comportamiento, dificultades para concentrarse, fracaso escolar, hiperactividad, agresividad, suelen presentar problemas de adaptación y tienen más probabilidades de padecer asma o problemas gastrointestinales, entre otras alteraciones.

La enfermería tiene un papel fundamental por su posición estratégica y porque las víctimas consideran a la enfermeras como profesionales cercanos y asequibles. Según Bugarín (2014), 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. Sala (2010) expone que el estrés, el miedo y la vergüenza a menudo impiden que las mujeres expongan su situación hasta que no surgen problemas complejos o se produce una lesión significativa.

Visentin (2015) explica la necesidad de crear un ambiente agradable en el que la víctima se sienta cómoda y segura. Ser empático, escuchar de manera activa y asegurar la confidencialidad de la visita ayudan a crear un vínculo de confianza entre el profesional y la víctima. Bull (2009) añade que los profesionales debemos conocer nuestros propios sentimientos acerca de la violencia de género; si nos sentimos incómodos con la situación, es mejor delegar a un colega. Asimismo, debemos ayudar a reducir sentimientos negativos y tener conocimientos sobre los recursos de los que se dispone. Conocer los dispositivos legales al alcance de la mujer forma parte del cuidado integral. En este sentido, Carrilero (2012) nos acerca a los dispositivos de protección estatal. En España existen guías de derechos, servicios telefónicos de información, asesoramiento

jurídico, sistemas de seguridad por medios telemáticos o ayudas económicas, entre otros recursos. La tarea del profesional sanitario ante una mujer que padece maltrato es muy compleja, ya que se persiguen diferentes objetivos en poco tiempo. Es por este motivo que Calvo (2014), Fernández (2015), Martínez (2010), Cirici (2010) y Sans (2010) coinciden en indicar que las intervenciones de enfermería conllevan acoger a víctimas y realizar preguntas cortas, comenzando por cuestiones abiertas cuando las mujeres acuden por primera vez a la consulta y siempre que se sospeche de violencia de género. Si las respuestas dadas no parecen coincidir con el mecanismo de la lesión, el profesional de enfermería debe expresar su preocupación por la inconsistencia. Asimismo, debe detectar signos, intentar comprender y reinterpretar los síntomas, asesorar, dar apoyo psicológico y contribuir a ordenar sus ideas. Del mismo modo, debemos informar que el maltrato es un problema que afecta a otras mujeres para ayudarle a disminuir su ansiedad, así como el ciclo de violencia, el síndrome de Estocolmo, las características del estrés postraumático. En este sentido, se realizará una valoración física, psicológica, social y de seguridad y se informará al pediatra si la mujer tiene hijos/as, derivando a la atención especializada si procede. No se debe desvalorizar la sensación de peligro expresada por la mujer ni imponer criterios ni decisiones.

Como señala Bugarín (2014), debemos respetar las decisiones que tome la mujer para no caer en el paternalismo, que es, ni más ni menos, una suerte de beneficencia mal entendida. Esta dramática situación no priva a la mujer de su autonomía moral, por lo que, mientras no se demuestre lo contrario, es ella la que tiene que tomar las decisiones. Además, se realizará el parte de lesiones, que debe entenderse como una medida preventiva-terapéutica. Este documento debe emitirse junto con el informe médico al Juzgado de Guardia correspondiente, haciendo entrega a la mujer de una copia de ambos. También se informará sobre el derecho a presentar una denuncia o solicitar protección en el juzgado o comisaría de policía. La presentación de la denuncia no tiene por qué ser inmediata, sino que se irá valorando a lo largo de vistas sucesivas. Sans (2010), Cirici (2010) y Fernández (2015) coinciden en recomendar vistas concertadas para hacer el seguimiento oportuno, con el fin de favorecer la toma de decisiones si la mujer desea iniciar cambios en su situación, prevenir nuevos episodios de violencia o valorar la situación de peligro, añadiendo que debemos anotar en la historia todas las intervenciones realizadas. Debemos realizar y garantizar unos cuidados individualizados

e integrados (Fernández, 2015). Es importante conocer la situación familiar, las personas dependientes a su cargo y los recursos con los que cuenta (Cirici, 2010).

El trabajo multidisciplinar y coordinado es el mejor abordaje frente a la violencia de género. Se debe contar con la colaboración de la policía, los servicios sociales, los servicios especializados en salud mental, las unidades de ingreso hospitalario, servicios jurídicos o asociaciones de mujeres. Dentro del mismo equipo sanitario conviene garantizar un canal abierto de comunicación, con encuentros periódicos entre los diferentes dispositivos para evitar el peregrinaje penoso y descoordinado de la mujer (Fernández, 2015; Calvo., 2014; Bugarín, 2014; Martínez, 2010, Cirici,2010).

Otro de los aspectos importantes es la prevención, que se debe centrar en diversas líneas. Según Fernández (2015), pueden realizarse actividades educativas en los servicios de atención al joven y promocionar las relaciones de igualdad y responsabilidad compartidas en la consulta materno infantil. También es efectivo exponer, en las consultas de atención primaria y en hospitales, carteles informativos sobre violencia de género (Bull, 2009).

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. No se han encontrado estudios que evalúen o analicen dicho protocolo, pero si existen artículos que han estudiado escalas y cuestionarios de cribado que ayudan en la detección de casos de violencia. Esteve (2010) 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 consecuencia psicológicas. Todos estos instrumentos demostraron ser efectivos y tener concordancia ente ellos.

El embarazo puede presentar una oportunidad única para identificar y examinar a las pacientes que experimentan violencia de género. Deshpande N (2013) analizó tres instrumentos útiles para la detección de la violencia doméstica en mujeres embarazadas. Por una parte, analizó RADAR, una herramienta que permite reforzar la atención, el apoyo y la confianza, y que incluye la realización de un examen sistemático a pacientes

adultos, hacer preguntas directas, documentar sus hallazgos, evaluar la seguridad del paciente y revisar opciones y referencias. Otra de las herramientas evaluadas es HITS, en la cual se pregunta a la paciente si su pareja le ha causado daño, si la insulta y la amenaza habitualmente. Del mismo modo, se valoró el Abuse Assessment Screen (AAS), siendo la herramienta más efectiva en mujeres embarazadas. Para que cualquiera de estas tres herramientas de detección sea eficaz en el contexto clínico, deben utilizarse longitudinalmente durante las visitas en cada trimestre y también en el examen postparto. Velasco (2014) realizó un estudio en el que utilizó el instrumento AAS y el Index of Spouse Abuse, demostrando que ambas herramientas fueron efectivas para la detección y la valoración, aunque este último demostró ser más efectivo, ya que podía ser autoadministrado por las mujeres.

Según el estudio de Calvo (2014), solo se diagnostica un pequeño porcentaje de casos y con una demora de entre 6 y 10 años desde que se inician las primeras agresiones, siendo un motivo de preocupación por las consecuencias que tiene para la víctima y para los hijos. Según Martínez (2010), Rojas (2014) y Martínez (2011), existen barreras institucionales como la falta de privacidad en la consulta, saturaciones de los servicios de salud, falta de tiempo, escaso personal cualificado al que pedir asesoramiento, 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 conocer el protocolo, no sentirse cómodo identificando casos, miedo a perder el control u ofender a la paciente, temor a invadir la intimidad de la mujer o prejuicios. En la investigación de Salcedo (2014), se demuestra que existe una infradetección de casos de violencia de género por tabús sobre las mujeres adolescentes embarazadas.

Tan solo el estudio realizado por DeBoe (2013) discrepa con la falta de tiempo para asistir estos casos. Las enfermeras encuestadas expusieron que tienen tiempo para afrontar una situación de violencia de género en la consulta. Esta discordancia de opiniones puede venir determinada por el contexto social, ya que las enfermeras españolas tienen un ratio de asistencia alto, mientras que las enfermeras americanas pueden tener algo menos de carga asistencial. Otro punto en el que hay diferencia de opinión es en la seguridad a la hora de afrontar un caso de violencia doméstica: las enfermeras americanas demuestran tener mayor seguridad para afrontar una situación de

malos tratos, algo que no ocurre con el personal de enfermería del trabajo realizado por Valdés (2016).

En el artículo de Valdés (2016), se demuestra que las enfermeras tienen un nivel de conocimiento medio, conocen el protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género y las obligaciones que tienen como profesional, pero, a pesar de esto, tan solo el 30% de los/las enfermeros/ras detectaron casos de violencia de género, siendo una cifra un poco más elevada en el trabajo realizado por DeBoe (2013), en el que un 82,6% de las enfermeras identificaron dos o más casos en el último año. Según el estudio realizado por Salcedo (2014), el 66% de los profesionales no suelen plantearse la violencia doméstica como un diagnóstico diferencial en su actividad diaria, mientras que los profesionales de la investigación realizada por Valdés (2016) consideran que necesitan un diagnóstico diferencial. El 87% consideró que la violencia de género era un problema importante y el 60% opinaba que podrían tener un papel más relevante en la detección de esta situación. Estos estudios demuestran que los profesionales de salud están sensibilizados pero no están preparados para abordar la violencia de género.

Como limitaciones debemos citar los escasos estudios actuales de las consecuencias en la salud de los hijos de las víctimas de violencia de género. Por otro lado, no se encontraron artículos que analicen los protocolos de actuación para afrontar la violencia de género.

CONCLUSIONES

El fenómeno de los malos tratos a mujeres por parte de sus parejas no afecta a un colectivo especial, específico o diferenciado de mujeres en cuanto a indicadores sociodemográficos, individuales, familiares ni sociales. Lo único que tienen en común los distintos casos es que constituyen una violación de los derechos más elementales, produciendo graves consecuencias tanto en la víctima como en sus hijos. Al ser un problema de salud pública, requiere un abordaje integral e integrado desde una perspectiva interdisciplinar, en el cual enfermería debe tener un papel activo en la prevención, detección y seguimiento de las víctimas de maltrato, siendo una responsabilidad ética y profesional el diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a las necesidades específicas de este colectivo.

Como herramientas que favorecen nuestra actuación, contamos con un protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género y cuestionarios de cribaje con preguntas simples y directas, que se debe realizar siempre que una mujer acude por primera vez a la consulta y cada vez que se sospecha de abuso doméstico.

Existen pocos estudios que evalúen las intervenciones y las actividades preventivas que se realizan en la atención primaria, salud mental o salud sexual y reproductiva. Sería conveniente que se investigue y estudie más a fondo cuáles son las claves para el abordaje, la eficacia de los protocolos de actuación y las repercusiones e intervenciones en las/los hijas/os espectadores o víctimas de la violencia.

BIBLIOGRAFÍA

- AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista* [en línea]. BOE (Boletín oficial del Estado): 30 de mayo del 2008. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-9294
- AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* [en línea]. BOE (Boletín Oficial del Estado): 29 de diciembre de 2004. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-21760>
- ALONSO, José, et al. *Por un enfoque integral de la violencia familiar*. En: *Psychosocial Intervention*. 2006, vol. 15, núm. 3, p. 253-274.
- BUGARÍN, Rosendo, et al. *Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género*. En: *SEMERGEN*. 2014, vol. 40, núm. 5, p. 280-285.
- BULL, Amy. *Screening for Intimate Partner Violence: Offering the Tissue Box*. En: *The Journal for Nurse Practitioners*. 2009, vol. 5, núm. 8, p. 620-621.
- CALVO, German, et al. *La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje*. En: *Enfermería Global*. 2014, vol. 13, núm. 33, p. 424-439.
- CARRILERO, Susana, et al. *Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género*. En: *Enfermería Global*. 2012, vol. 11, núm. 3, p. 430-445.
- CIRICI, Roser, et al. *La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género?*. En: *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2010, vol. 17, núm. 8, p. 550-559.
- DEBOER, Mican, et al. *What are barriers to nurses screening for intimate partner violence?* En: *Journal of Trauma Nursing*. 2013, vol. 20, núm. 3, p.155-160.
- DELEGACIÓN DE GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015 - Avance de resultados* [en línea]. Madrid: 2015. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA_CONTRA_LA_MUJER_2015.pdf
- DEPARTAMENT DE SALUT. *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña* [en línea]. Barcelona: Diciembre de 2009. [Consulta: 10 de noviembre de 2016]. Disponible en:

http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/abordatge_de_la_violencia_masclista/documents/arxiu/cast_femchist.pdf

- DESHPANDE, Neha, et al. *Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy*. En: *Rev Obstetrics Gynecology*. 2013, vol. 6, núm. 3-4, p.141-148.
- FERNÁNDEZ, M^a del Carmen. *Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género ¿hemos superado el reto?* En: *Atención Primaria*. 2015, vol. 47, núm. 3, p. 129-130.
- GARCIA, Lluïsa, et al. *Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario*. En: *Medicina Clínica*. 2010, vol. 137, núm. 9, p. 390- 397.
- HOWELL, Kathryn. *Resilience and psychopathology in children exposed to family violence*. En: *Aggression and Violent Behavior*. 2011, vol. 16, núm. 6, p.562- 569.
- INSTITUT CATALA DE LES DONES. *Línia 900 900 120 d'atenció contra la violència masclista recull estadístic*. 2015. [Consulta: 30 de octubre de 2016]. Disponible en http://dones.gencat.cat/web/.content/03_ambits/docs/vm_1900_2015_resumdades.pdf
- MARTÍNEZ-GALIANO, Juan. *Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente*. En: *Enfermería Global*. 2011, vol. 10, núm. 4, p. 352- 357.
- . *Importancia del Sistema Sanitario en la Identificación de casos de Violencia de Género*. En: *ENE, Revista de Enfermería*. 2010, vol. 4, núm. 2, p. 19-23.
- MCLAUGHLIN, Jennifer, et al. *Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review*. En: *Clinical Psychology Review* 2012, vol. 32, núm. 8, p. 677- 689.
- MCMAHON, Sarah, et al. *The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum*. En: *Children and Youth Services Review*. 2011, vol. 33, núm. 11, 2103- 2111.
- MENÉNDEZ, Susana, et al. *La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional*. En: *Psychosocial Intervention*. 2013, vol. 22. núm. 1, p. 41- 53.
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Centro de Publicaciones. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género* [en línea]. Madrid: 2012. [Consulta: 5 noviembre de 2016]. Disponible en:

<http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>

- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Diciembre 1993. A/RES/48/104. [consulta: 20 octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer, prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*. [en línea]. 2013. WHO/RHR/HRP/13.06. [Consulta: 22 de octubre de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf
- ROJAS, Kattia, et al. *Actitudes hacia la violencia de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Catalunya y Costa Rica*. En: *Atención Primaria*. 2014, vol. 47, núm. 8, p. 490-497.
- SALA, Inmaculada, et al. *Violencia doméstica: preguntar para detectar*. En: *Atención Primaria*. 2010, vol. 42, núm. 2, p. 70-77.
- SALCEDO, Dora, et al. *¿Cómo los profesionales de la atención Primaria enfrentan la violencia contra las mujeres embarazadas?* En: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014, vol. 22, núm. 3, p. 448-453.
- SÁNCHEZ, Sara, et al. *Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida*. En: *Nure Investigación*. 2010, vol. 7, núm. 48, p. 1-15.
- SANS, Mireia, et al. *Detección de la violencia de género en atención primaria*. En: *Revista Española Medicina Legal*. 2010, vol. 36, núm. 3, p. 104-109.
- VALDÉS, Carmen et al. *Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria*. En: *Atención Primaria*. 2016, vol. 48, núm. 10, p. 623-631.
- VELASCO, Casilda, et al. *Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors*. En: *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014, vol. 93, núm. 10, p. 1050-1058.
- VISENTIN, Fernanda, et al. *Women's primary care nursing in situations of gender violence*. En: *Invest Educ Enferm*. 2015, vol. 33, núm. 3, p. 556-564.