Volume 21 Issue 44
Originally issued as H7

Global Journal of human-social science: H Interdisciplinary
Volume 21 Issue 7 Version 1.0 Year 2021
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal
Publisher: Global Journals
Online ISSN: 2249-460x & Print ISSN: 0975-587X

Intervención de Enfermería en la Violencia de Género

By Evelyn Paola Estévez Macas

Universitat de Barcelona

Abstract- *Introduction:* Gender violence is “any act or intense that origins a hurt or physical, sexual or psychological suffer against women, including threats of these acts, 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.

Goal: To identify the nursing interventions for the attention of gender violence.

Methodology: To carry out a bibliographic research in the scientific databases: PubMed, Cuidatge, Cuiden and ScienceDirect. Analysis of the results obtained on the research and the comparison of them in order to answer the expressed questions.

Results: The final results of the bibliographic research are 23 articles.

Discussion: The nursing interventions involve embracing the victims. To ask open ended questions. Trying to understand and reinterpret the symptoms. To give a biopsychosocial assessment.

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

GJHSS-H Classification: *FOR Code: 160899*

INTERVENCINDEENFERMERAENLAVIOLENCIADEGNERO

Strictly as per the compliance and regulations of:

© 2021. Evelyn Paola Estévez Macas. This research/review article is distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). You must give appropriate credit to authors and reference this article if parts of the article are reproduced in any manner. Applicable licensing terms are at https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

Intervención de Enfermería en la Violencia de Género

Evelyn Paola Estévez Macas

Resumen- Introducción: La violencia de género (VG) es "cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas 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.

Metodología: Realizar una 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: Los resultados finales de la búsqueda bibliográfica constan de 23 artículos.

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.

Conclusión: Las intervenciones de enfermeras 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-maltrato.

Palabras claves: "enfermería", "violencia de género", "atención primaria", "cribado".

Abstract- Introduction: Gender violence is "any act or intense that origins a hurt or physical, sexual or psychological suffer against women, including threats of these acts, 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.

Goal: To identify the nursing interventions for the attention of gender violence.

Methodology: To carry out a bibliographic research in the scientific databases: PubMed, Cuidatge, Cuiden and ScienceDirect. Analysis of the results obtained on the research and the comparison of them in order to answer the expressed questions.

Results: The final results of the bibliographic research are 23 articles.

Discussion: The nursing interventions involve embracing the victims. To ask open ended questions. Trying to understand and reinterpret the symptoms. To give a biopsychosocial assessment. To inform and advise about the available resources. To record all the interventions in the victim's medical record. To write an injury report. To arrange for following-up visits. To develop an individualized care plan and developing educational campaigns.

Conclusion: The nursing interventions are necessary prevent, detect and address the gender violence. A more specific formation is necessary, also to study deeper which are the keys to the approach, the protocols effectiveness, the interventions on the children, and the relationship between suicide and gender violence.

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

I. Introducción

El uso de la expresión "violencia de género" es tan reciente como el propio reconocimiento de la realidad del maltrato a las mujeres. Es significativo que hasta muy avanzado el siglo pasado no se encontrase ninguna referencia precisa a esa forma específica de violencia en los textos internacionales, salvo acaso como expresión indeterminada de una de las formas de discriminación contra la mujer proscrita por la Convención de Naciones Unidas de 19791. Sólo a partir de los años noventa, comienza a consolidarse su empleo gracias a iniciativas importantes tales como la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, la Declaración de 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). [(1)]

Según La Organización de Naciones Unidas (ONU) [(2)] 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". La Organización Mundial de la Salud (OMS) añade que "La violencia contra las mujeres es un 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

Author: Grau D'infermeria, Escola Universitària d'Infermeria, Universitat de Barcelona, Spain. e-mail: evelyn.estevezm@gmail.com

© 2021 Global Journals

impide el desarrollo de la igualdad entre hombres y mujeres" [2,3].

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" [4].

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 la 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 psicológico, 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" [5].

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, estos términos incluirían la agresión entre cónyuges o parejas, pero también la agresión a menores, personas mayores o con discapacidad. [1].

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 tener una cultura patriarcal. El patriarcado es desde siglos el sistema de organización dominante, integrado en el contexto cultural en el que se desarrolle 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 éste necesita un mecanismo de sumisión, que sirve para tener control social y poder ejercer mayor dominio [6].

Actualmente se sabe que la violencia machista existe en todo el mundo haciendo vulnerable a cualquier mujer independientemente de su edad, raza, etnicidad, educación, identidad cultural, situación socioeconómica, ocupación, religión, orientación sexual o aptitud física o mental [1,2].

Los primeros signos del maltrato suelen comenzar al inicio de la relación de pareja con 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.

La psicóloga Leonore Walker en 1979[1,7], investigó las razones que imposibilitan a la mujer maltratada a 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 victima percibe cómo el agresor va volviéndose más violento, 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 cuando se inician las relaciones, o un mes o quizá menos cuando se lleva varios años de relación. Las consecuencias de convivir y sufrir maltrato afecta a la salud física y/o psicológica tanto de la mujer como de sus hijos a cargo.

© 2021 Global Journals

Una mujer que sufre malos tratos puede convivir con varias formas de maltrato. (Véase Tabla 1) [7].

Tabla 1: Tipos de violencia

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 al acceso de 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 controla 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, romper muebles, cartas o fotos, torturar o matar a los animales domésticos, etc.

a) Datos Epidemiológicos

i. *Datos a nivel mundial*

La Organización Mundial de la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas presentaron el primer informe sistemático y un resumen de la prevalencia de la violencia contra la mujer ejercida por la pareja.

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, en algunas regiones del mundo pueden llegar hasta el 38%.

A nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal; las mujeres víctimas de abusos físicos y/o sexuales por parte de su pareja, tienen mayor riesgo de padecer problemas de salud, así por ejemplo, el 16% de las víctimas 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[3].

ii. *Datos en España*

La Delegación del Gobierno para la Violencia de Género [8] ha realizado una macroencuesta sobre la violencia de género en el 2015, en la que se entrevistó a 10.171 mujeres con edades comprendidas desde los 16 años en adelante y residentes en España.

Algunos de los resultados fueron los siguientes: 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 de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida. El 25,4% había sufrido violencia psicológica de control de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida. El 21,9% había sufrido violencia psicológica emocional de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida. El 10,8% había sufrido violencia económica de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida. El 13% había sentido miedo de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida. El 63,35% de las victimas afirman que los hijos presenciaron o escucharon episodios de violencia, de estos hijos el 92,50% fueron menores de edad y un 7,5% mayores de edad .El 64,2% de los hijos también fueron víctimas de malos tratos.

iii. *Datos en Cataluña*

Según el informe de 1 de noviembre de 2015 del Institut Català de les Dones [9]: el 93,3% de las mujeres que han sufrido violencia han recibido maltrato por parte de su pareja; han sido víctimas de maltrato psicológico un 96,1% seguido por el maltrato físico con un 33,7%; ha sido la propia víctima la que denuncia las agresiones un 73,4% y en un 25,8% lo hizo un familiar; porcentaje por edad de 31-40 años fueron víctimas el 35,8%, seguido de la edad comprendida entre los 41 a 50 años.

Dado que la violencia de género produce gran discapacidad y es una de las principales causas de muerte en mujeres de todo el mundo (por delante de muertes provocadas por cáncer, guerras, 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, 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 [3].

© 2021 Global Journals

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[5].

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 que 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. [3].

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 [4].

En Cataluña existen protocolos que ayudan al personal sanitario a valorar situaciones de riesgo, de estos, destacaría el Protocolo para el abordaje de la violencia en el ámbito de salud en Cataluña; Guía para el abordaje del maltrato de género en la atención primaria; Plan de salud; Cuaderno núm. 14. Recomendaciones para la atención sanitaria a las mujeres maltratadas; Protocolo de detección del maltrato intrafamiliar en la mujer (MID).

A través del contenido en la introducción se deja evidencia que la violencia de género es un problema de salud pública, que requiere de intervenciones conjuntas desde todos los ámbitos educativos, sociales y sanitarios.

Teniendo en cuenta el Código Deontológico de Enfermería en el cual se nos indica las responsabilidades como enfermeras/ros, de prevenir las enfermedades, mantenimiento de la salud, atención, rehabilitación e integración social del enfermo y formación, administración e investigación en enfermería, estoy en la obligación de investigar y formarme en este tema de actualidad para dar respuestas efectivas e intervenciones acertadas a las victimas e hijos víctimas de la violencia de género, es por este motivo por el que decidí realizar una búsqueda bibliográfica sobre este tipo de violencia y poder dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las intervenciones de enfermería en la atención a la violencia de género? ¿Las enfermeras/ros tienen herramientas y una formación adecuada para prevenir, detectar y hacer el seguimiento a la víctima de malos tratos?

II. Objetivos

a) General

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

b) Secundarios

- Identificar las consecuencias en la salud de las mujeres e hijos víctimas de la violencia de género.
- Analizar los protocolos existentes en Cataluña sobre la atención a la violencia de género.
- Identificar las barreras que impiden la detección de la violencia de género en la consulta de enfermería.

III. Metodología

Para realizar este trabajo se revisan los estudios orientados a identificar el papel que tiene la o el enfermero/ra en la detección de la violencia de género o intrafamiliar, con el propósito de cumplir con los objetivos propuestos. Se consideraron como fuentes de información: base de datos, informes de la administración pública, estadísticas del Ministerio de Sanidad, Sociales e Igualdad y protocolos de actuación.

a) Descripción de las bases de datos seleccionadas

Para realizar la búsqueda bibliográfica se seleccionlas siguientes bases de datos: PubMed MEDLINE, Cuidatge, Cuiden y ScienceDirect.

i. *Pubmed Medline*

Base de datos, de acceso libre y especializado en ciencias de la salud, con más de 19 millones de referencias bibliografías. No solo permite ejecutar búsquedas sencillas sino también consultas más complejas mediante las funciones de búsqueda por campos, con términos de Encabezados de Términos, también conocidos como MeSH (acrónimo de Medical Subject Headings) o también con límites.

ii. *Cuidatge*

Base de datos, producida por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) del Campus Catalunya de la Universidad Rovira y Virgili. Nace en el año 1993 con el propósito de conocer la producción científica de enfermería. Actualmente dispone de 47.000 registros.

iii. *Cuiden*

Considerada una base de datos importante para la revisión bibliográfica debido a que incluye artículos científicos de enfermería española e iberoamericana tanto de contenido asistencial en todas sus especialidades como con enfoque metodológico, histórico, social o cultural. También contiene libros, monografías y material no publicado.

iv. *Science Direct*

Es una base de datos que forma parte de la editorial Elservier, contiene información científica,

© 2021 Global Journals

técnica y médica con la publicación de más de 2.500 revistas, 11.000 libros y tiene más de 11 millones de artículos.

b) Estrategia De Búsqueda

i. *Palabras clave*

Para la revisión bibliográfica se utilizaron palabras claves, entendiéndose como aquellas que son significativas del tema principal y que corresponden a descriptores que representan de forma univoca un concepto dentro de una base de datos.

Palabras claves: "enfermería", "violencia de género", "atención primaria", "cribado". Utilicé como palabras claves en inglés: "intimate partner violence", "primary care", "nursing", "screening", con el objetivo de ampliar la búsqueda y no limitarla solo a fuentes en castellano.

ii. *Operadores Booleanos*

Estos operadores nos permiten localizar aquellos documentos que contengan o excluyan palabras claves determinadas. En esta búsqueda se utilizó el operador booleano AND, siendo un operador restrictivo ya que localiza solo aquellos términos que contengan todos los términos de búsqueda especificados y el operador booleano NOT, operador que localiza registros que contengan el primer termino de búsqueda pero no el segundo.

iii. *Resultado de la Búsqueda En las bases de Datos*

A través de las bases de datos junto con los descriptores se han conseguido los siguientes números de resultados de publicaciones encontradas (véase Tablas 2, 3, 4, y 5: resumen de resultados totales).

Tabla 2: Resultados de la búsqueda en PubMed MEDLINE

PubMed MEDLINE					
Violencia género	Intimate partner violence	Violencia género AND enfermería	Intimate partner violence AND nursing	Violencia género AND (enfermería AND detección NOT hospital)	Intimate partner violence AND (nursing AND screening NOT hospital)
10	9.458	0	459	0	120

Tabla 3: Resultados de la búsqueda en Cuidatge

Cuidatge					
Violencia género	Intimate partner violence	Violencia género AND enfermería	Intimate partner violence AND nursing	Violencia género AND (enfermería AND detección NOT hospital)	Intimate partner violence AND (nursing AND screening NOT hospital)
25	5	6	0	0	0

Tabla 4: Resultados de la búsqueda en Cuiden

Cuiden					
Violencia género	Intimate partner violence	Violencia género AND enfermería	Intimate partner violence AND nursing	Violencia género AND (enfermería AND detección NOT hospital)	Intimate partner violence AND (nursing AND screening NOT hospital)
430	126	234	19	20	5

Tabla 5: Resultados de la búsqueda en ScienceDitect

ScienceDirect					
Violencia género	Intimate partner violence	Violencia género AND enfermería	Garder Violence AND Nursing	Violencia género AND (enfermería AND detección NOT hospital)	Intimate partner violence AND (nursing AND screening NOT hospital)
922	980	81	85	35	45

iv. *Criterios de Inclusión y Exclusión*

Los criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda son variables en función de lo que cada base de datos permitía filtrar. A continuación se muestra un resumen de los criterios generales deseados. (Véase la tabla 6)

Criterios de Inclusión:

- Publicaciones posteriores al 2006
- Idioma castellano, catalán, e inglés.
- Atención primaria
- Violencia ejercida por la pareja o ex pareja.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones anteriores al 2006
- Otros idiomas no mencionados.
- Atención hospitalaria.
- Otro tipo de violencia hacia la mujer.

© 2021 Global Journals

Tabla 6: 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**

Se localizaron publicaciones que no tenían interés con el contenido del tema a pesar de aplicar los filtros correspondientes. Así mismo, se seleccionó artículos manualmente de otros artículos por su contenido con los objetivos planteados.

v. *Selección Final de los Artículos Seleccionados*

La selección final de los artículos, tras aplicar los filtros de criterio de inclusión y exclusión en las bases de datos consultadas son las siguientes:

- PubMED MEDLINE
  - 120 artículos sin la aplicación de filtros, al aplicar los filtros se obtuvo 10 artículos.
  - 5 artículos seleccionados manualmente ya que esta base de datos nos da a conocer artículos que pueden estar relacionados con la búsqueda.
  - 12 artículos deseleccionados por no ser de interés para cumplir el objetivo de búsqueda.
  - 3 es el total de artículos seleccionados en esta base de datos.
- Cuidatge
  - 0 artículos encontrados en total.
  - 3 artículos seleccionados de forma manual.
  - 2 deseleccionados por no ser de interés para cumplir el objetivo de búsqueda.
  - 1 es el total de artículos seleccionados en esta base de datos.
- Cuiden
  - 25 artículos encontrados en total.
  - 5 artículos seleccionados de forma manual.
  - 20 deseleccionados por no ser de interés para cumplir el objetivo de búsqueda.
  - 5 es el total de artículos seleccionados en esta base de datos.
- ScienceDirect
  - 45 artículos encontrados en total.
  - 10 artículos seleccionados de forma manual.
  - 43 deseleccionados por no ser de interés para cumplir el objetivo de búsqueda.
  - 14 es el total de artículos seleccionados en esta base de datos.

c) *Gestión De La Documentación Seleccionada*

Los artículos seleccionados fueron grabados en su formato original con el título del archivo seguido del apellido del autor. Estos artículos se distribuyeron en un total de 4 carpetas, según la base de datos. De esta manera se ha podido identificar de manera sencilla los artículos. En cuanto a la clasificación del contenido se separó por artículos que traten sobre las intervenciones de enfermería, consecuencias físicas y psicológicas, formación de los profesionales y herramientas de detección.

Para esta revisión bibliografía, se utilizó el programa Mendeley para la gestión de referencias ya que se integra en ScienceDirect y con el resto de bases de datos el Catálogo del CRAI de la Universidad de Barcelona.

IV. Resultados

Los resultados obtenidos han sido 23 artículos, que se resumen en la tabla 7. Los artículos seleccionados analizan las intervenciones que realiza enfermería en la detección de casos de violencia de género, las dificultades que impiden a los profesionales tener una actitud activa, estudios que analizan la eficacia de los instrumentos que se utilizan para la detección y las consecuencias en la salud de la víctima y sus hijos.

© 2021 Global Journals

Tabla 7: Resumen de artículos

Año	Autores	Título	Metodología	Muestra	Objetivos	Resultados	Conclusiones
2016	Carmen Ana Valdés Sánchez[10].	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 demuestran un nivel de conocimientos medio, el conocimiento es superior en enfermeras casadas o con pareja. El 71% no detecto ningún caso en los últimos tres meses. La detección de casos se relaciona con estar casado o vivir en pareja, bajo nivel de conocimientos, autopercepción, falta de formación y no aplicar el protocolo.	La baja detección y el diagnostico están relacionado con el nivel de autopercepción de conocimientos y no con el nivel real. Como principal obstáculo para dar una respuesta efectiva señalan a la falta de formación.
2015	Fernanda Visentin [11].	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 victima son estrategias, que ayudan a detectar y actuar en casos de VG. La falta de tiempo por la sobrecarga de trabajo, la formación escasa, 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	M. del Carmen Fernández Alonso [12].	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, mejora la detección y ofrecer a las victimas una respuesta adecuada
Año	Autores	Título	Metodología	Muestra	Objetivos	Resultados	Conclusiones
2014	Kattia Rojas Loría[13].	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 Trabajado 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	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.

© 2021 Global Journals

						detección fueron: formación, uso de recursos sanitarios, conocimientos, satisfacción del personal.	
2014	Germán Calvo González [14].	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, la salud física y emocional de la víctima se ve afectada, es por ello que utilizan con frecuencia los servicios médicos. Las causas de la infradetección es 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. Las enfermeras son un grupo fundamental en la prevención, detección precoz, atención e identificación de la violencia de género así como en la elaboración de un plan de cuidados integrado e individualizado.	Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en la atención de mujeres maltratada, siendo una responsabilidad ética y profesional diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a sus necesidades.
2014	R. Bugarín-González [15].	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 permitirá 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	Dora Mariela Salcedo-Barrientos[16]	¿Cómo los profesionales de la atención Primaria enfrentan la violencia contra las mujeres embarazadas?	Cualitativo	N=14 profesionales sanitarios	Como reconocen y enfrentan la violencia doméstica en mujeres embarazadas los profesionales sanitarios.	Los profesionales sanitarios centrar 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 ven la integración de la familia y las visitas a la consulta prenatal como una buena oportunidad para	Los profesionales de la salud no tienen en cuenta aspectos biopsicosocial, 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 debido a los prejuicios, ya que son consideradas como personas inmaduras para asumir el papel de madre.

© 2021 Global Journals

						identificar cosos de violencia de género.	
2014	Casilda Velasco [17].	Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application off 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.	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, siento más efectiva ISA por permitir a la mujer realizarla en privacidad.
2013	Susana Menéndez Álvarez-Dardet[18].	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, prevalecía y desarrollo.	En el 2011 el 10,9% de las mujeres mayores de 18 años sufrieron malos tratos; como consecuencia estas mujeres están predispuestas a padecer problemas de salud tanto físico como psicológico. Los hijos de estas mujeres sufren indirectamente los malos tratos y presentan una sintomatología parecida a las 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 sus 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	Mican DeBoe[19].	What are barriers to nurses screening for intimate partnet violence?	Estudio transversal	N=156 enfermeras.	Identificar la actitud de las enfermeras 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% considero estar adecuadamente entrenadas. Un 92% considera que todos los pacientes necesitan ser explora dos indiferente de si presentan o no daño físico. El 95% estuvo de acuerdo en afirmar que es responsabili	Las enfermeras consideran que debe mejorar el entrenamiento, la formación así como tener unas adecuadas herramientas que permitan una correcta detección de casos de violencia doméstica.

© 2021 Global Journals

						dad de la enfermera detectar casos y un 37,4% se siente cómodo realzando preguntas de VG.	
2012	J. McLaughlin [20].	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 ideaciones suicidas.
2012	S. Carrilero López [21].	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 existe 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. Servició 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	Juan Miguel Martínez Gallardo [22].	Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente.	Estudio observacional descriptivo	N= 87 profesionales 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 [23].	Resilience and psychopatholog y in children exposed to family violence	Revisión bibliográfica		Investigar el impacto que tiene en el desarrollo de niños pre-escolares cuando está expuesto 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	La exposición a la violencia de género durante los primeros años de vida de un niño, cuando su capacidad para regular las emociones están

© 2021 Global Journals

						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 presente una actitud positiva, apoyen y quieran s sus hijos, así también si el niño se centra en realizar actividades que le motiven, hará que estos niños sean resilientes.	creciendo y el apego de los niños a los padres es más fuerte, los efectos negativos son más severos y duraderos.
2011	Sarah McMahon [24].	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 nacen con bajo peso, prematuros, presentar lesiones fetales incluso la muerte.	Las mujeres embarazadas tienen mayor riesgo de padecer violencia de género y alteraciones psicológicas.
Año	**Autores**	**Título**	**Metodología**	**Muestra**	**Objetivos**	**Resultados**	**Conclusiones**
2010	Miguel Juan Martínez Galian. [25].	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	Mireia Sans [26].	Detección de la violencia de género en atención primaria.	Revisión bibliográfica		Analizar consecuencia de la violencia de género, la detección, las intervenciones y seguimientos que se realiza 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 deber realizar seguimientos.	Las victimas de VG sufren graves consecuencia físicas, psicológicas o social por lo que el personal de enfermería debe tener una correcta formación y una actitud activa para detectar posibles casos.
2010	Sara Sánchez Castro [27].	Valoración de las mujeres maltratas 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	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.

© 2021 Global Journals

						conocimientos de los profesionales ya que no están especializados en este tema.	
Año	**Autores**	**Título**	**Metodología**	**Muestra**	**Objetivos**	**Resultados**	**Conclusiones**
2010	Lluïsa Garcia Esteve [28].	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 formaron dos grupos por un lado mujeres con casos de violencia de género (muestra de casos) y mujeres sin maltrato (muestra control) y se utilizó 4 instrumentos: Index of Spouse Abuse (ISA), Psychological Maltreatment of Women Inventory Short Forn (PMWI-SF), Women Abuse Screen (PVS). Obtuvieron un ABC (Approximate Bayesian computation) por encima de 0,90, lo que indica que tiene una excelente valides 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	Roser Cirici Arnell [29].	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 termite al profesional indagar sobre una posible situación de violencia, se puede preguntar, ¿discute con su pareja?, ¿tiene miedo a la reacción de su pareja? Una vez detectado un posible maltrato se debe explorar en qué consiste el maltrato, el tiempo que lo padece, soluciones que ha realizado la mujer y el apoyo con el que cuenta. El profesional debe evaluar la presencia de síntomas de las secuelas del maltrato, realizara una historia clínica, si hay sospecha de agresión física se debe explorar, si hay lesiones se hará parte médico y hacer foto grafías 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, será respetuoso y empático.

© 2021 Global Journals

Año	Autores	Título	Metodología	Muestra	Objetivos	Resultados	Conclusiones
2010	Neha A Deshpande [30].	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; Threatem, Scream) es un instrumento que evalúa la frecuencia de maltrato físico, si se siente amenazada o si la pareja le grita. Tiene una escala de 1al 5, si la puntuación es mayor de 10 es susceptible de maltrato. Abuse Assessment Screen, realiza 5 preguntas abiertas entre ellas ¿desde que estas embarazada, le han golpeada o hecho daño físico? ¿Tienes miedo de tu pareja o alguien más? Estas herramientas deben utilizarse longitudinalmente durante las visitas en cada trimestre y también en el postparto.	Las mujeres embarazadas son pacientes que deben ser rastreados 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	Inmaculada Sala Musach[31].	Violencia Doméstica: preguntar para detectar.	Asignación aleatoria.	N= 400 mujeres.	Evaluar si 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 detectan casos de violencia doméstica.
2009	Amy Bull [32].	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/e de be 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; nunca recomendar accesoria de pareja.	Las enfermeras deben tener una actitud activa en la detección de VG, ya que son profesionales que tienen más contacto con el paciente y pueden modificar conductas inadecuadas.

© 2021 Global Journals

V. Discusión

Cualquier mujer puede ser víctima de violencia de género ya que según los estudios realizados por Menéndez S et al [18], Calvo G et al [14] y Sala I et al [31], demuestran que no hay un perfil típico de mujer maltratada, se da en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos, por tanto cualquier mujer, y más si acude con frecuencia a consultas de atención primaria, puede ser víctima de violencia. Según el estudio de Sans M et al [26], la violencia de género en cualquiera de sus formas constituyen un factor de riesgo para la salud de la mujer, las consecuencias afectan a la salud física que van desde lesiones diversas, deterioro funcional y trastornos crónicos.

McMahon S et al [24] y Deshpande N et al [30], coinciden en describir las consecuencias 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, provoca enfermedades de trasmisión 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 [24]. Además, la mujer víctima de agresión intrafamiliar tiene probabilidad de adoptar conductas de riesgo como el tabaquismo, el abuso de alcohol y drogas que pueden traducirse en resultados fetales adversos, así también pueden tener dificultad para cumplir con las responsabilidades de atención prenatal como asistir a las vistas con el pediatra, mantener una nutrición y suplementos adecuados[30].

Las consecuencias psicológicas de las mujeres maltratadas, pasan desapercibidas para los profesionales sanitarios, así el estudio de Sánchez C et al [27], recoge que las mujeres víctimas de violencia domestica consideran que los sanitarios se centran en atender consecuencias físicas y que resulta muy difícil convencer a un profesional que es víctima de maltrato psicológico. Es importante conocer 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 J et al [20], recoge que debido a la tensión emocional y física que sufren las victimas hacen que vean en el suicido 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. De los cuestionarios que se realizan a las mujeres para detectar la violencia intrafamiliar tan solo una pregunta evalúa el riesgo de suicido.

Además de las consecuencias mencionadas, las victimas ven afectada su vida social, sufren aislamiento, perdida del trabajo, ausencia laboral, siendo más vulnerables debido a que les hace dependientes del agresor y no cuentan con una red social de apoyo, que es un factor fundamental para que la mujer salga adelante [26].

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 el estudio de Howell K et al [23], el maltrato a mujeres es más prevalente en parejas casadas y que cohabitan con hijos, entre un 55 y un 75 % de los niños y los adolescentes también son objeto de abuso, siendo más vulnerables los niños pequeños a una exposición directa. Esta investigación muestra que 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, problemas gastrointestinales, entre otras alteraciones.

Así pues, la violencia de género es un problema de salud pública, que requiere de un abordaje multidisciplinar. La enfermería tiene un papel fundamental para intervenir en la violencia de género, por su posición estratégica, y la percepción que tienen las víctimas de considerar a la enfermería cercana y asequible. Como enfermeros guiados por conocimientos legales, éticos y deontológico, junto con otros profesionales nos percataremos de defender los derechos humanos. Según Bugarín R et al [15], 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 I et al [31], 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 produzca una lesión significativa.

Visentin F et al[11] explica que crear un ambiente agradable en el que la víctima se sienta cómoda y segura , ser empático, escuchar de manera activa, asegurar la confidencialidad de la visita, ayudan a crear un vínculo de confianza entre el profesional y la víctima. La enfermera Bull A [32], añade que los profesionales debemos conocer nuestros propios sentimientos acerca de la violencia de género, si nos sentimos incomodos con la situación es mejor delegar a un colega, debemos ayudar a reducir sentimientos negativos y tener conocimientos sobre los recursos de los que se dispone. Conocer los dispositivos legales de los que dispone la mujer forma parte del cuidado

© 2021 Global Journals

integral, Carrilero S et al [21], 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, ayudas económicas entre otros recursos. La tarea del profesional sanitario ante una mujer que padezca maltrato es muy compleja ya que se persiguen diferentes objetivos en poco tiempo, es por este motivo que Calvo G et al [14], Fernández M et al [12], Martínez J [22], Cirici R et al [29] y Sans M [26], coinciden en indicar que las intervenciones de enfermería conlleva acoger a víctimas, realizar preguntas cortas comenzando por cuestiones abiertas: "¿Cómo están las cosas en casa? ¿Se siente seguro en su comunidad? ¿Se siente seguro en casa? a las mujeres cuando 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, exprese su preocupación por la inconsistencia. Así también debe detectar signos, intentar comprender y reinterpretar los síntomas. Asesorar, dar apoyo psicológico. Le ayudaremos a ordenar sus ideas. 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. Se realizará valoración física, psicológica, social y de seguridad. Debemos informar al pediatra si la mujer tiene hijos/as, así como derivar a la atención especializada si procede. No desvalorizar la sensación de peligro expresado por la mujer y no imponer criterios ni decisiones. Como señala Bugarín R et al [15], debemos respetar las decisiones que tome la mujer para no caer en el paternalismo que no es, ni más ni menos, una beneficencia mal entendida. Esta dramática situación no priva a la mujer de su autonomía moral por lo que, mientras no se demuestre lo contario es ella la que tiene que tomar las decisiones. A demás se realizara 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 informara 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 se irá valorando a lo largo de vistas sucesivas. Sans M et al [26], Cirici A et al [29], Fernández Mª et al [12], 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 y añaden que debemos anotar en la historia todas las intervenciones realizadas, trascribiendo los hechos, el lugar, el tipo de agresión y riesgo. Debemos realizar y garantizar unos cuidados individualizados e integrados [12]. Es importante conocer la situación familiar, las personas dependientes a su cargo y los recursos con los que cuenta [29].

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 [12, 14,15, 22, 29].

Otra de las intervenciones importantes que realiza enfermería es la prevención, ésta se debe centrar en diversas líneas, según Fernández Mª et al [12], pueden realizarse actividades educativa en los servicios de atención al joven, 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 la violencia de género [32].

Los profesionales tienen como soporte un protocolo común diseñado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que guía al profesional para abordad 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 Ll et al [28], estudio la efectividad de 4 instrumentos como Index of Spouse Abuse (ISA) que evalúa la magnitud de la violencia, el Women Abuse Screening Tool (WAST) útil en la detección de maltrato en la Atención Primaria, el 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 et al [30], 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, incluye realizar 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, se pregunta a la paciente si su pareja se le ha causado daño, si le insulta y le amenaza habitualmente. Así también se valoró Abuse Assessment Screen (AAS), siendo la herramienta más efectiva en mujeres embarazadas, ésta es una pantalla que incluye

© 2021 Global Journals

preguntas abiertas como: ¿Alguna vez ha sido abusada emocional o físicamente por su pareja o alguien importante para usted? ¿Desde qué le vi por última vez le han golpeado, abofeteado, pateado o hecho daño físico por alguien? En caso afirmativo, ¿Por quién? ¿Número de veces? ¿Naturaleza de la herida? Para que cualquiera de estas tres herramientas de detección sea más eficaz en el contexto clínico, deben utilizarse longitudinalmente durante las visitas en cada trimestre y también en el examen postparto. Velasco C et al [17] realizo un estudio en el que utilizo el instrumento AAS y el Index of Spouse Abuse, se demostró que las dos herramientas fueron efectivas para la detección y la valoración, pero este último demostró ser más efectivo, ya que podía ser autoadministrado por las mujeres.

Si las actuaciones de detección y atención a las víctimas están bien definidas y existe herramientas que nos guíen en el abordaje, ¿Por qué hay una infradetección? Según el estudio de Calvo G et al [14], sólo se diagnostica un pequeño porcentaje de éstos 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 J et al [22], Rojas K et al [13] y Martínez M [25], coinciden en señalar que existen barreras institucionales como la falta de privacidad en la consulta, saturaciones de los servicios de salud, falta de tiempo, escaso personal cualificado a los que pedir asesoramiento, falta de registros o variabilidad entre ellos y la poca accesibilidad interinstitucional. También describen barreras personales relacionado con falta de una formación más especializada, no conocer el protocolo, no sentirse cómodo identificando casos, miedo a perder el control u ofender la paciente, temor a invadir la intimidad de la mujer, prejuicios. En la investigación de Salcedo D [16], 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 Mican et al [19] discrepan 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, 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 lo que no ocurre con el personal de enfermería del trabajo realizado por Valdés C et al [10].

En el artículo de Valdés C et al [10], 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 M et al[19], en el que un 82,6% de las enfermeras identificaron dos o más casos en el último año. Según el estudio realizado por Salcedo D et al [16], 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 C et al 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.

Para realizar esta búsqueda bibliográfica se tuvieron como limitaciones los escasos estudios actuales de las consecuencias en la salud de los hijos de las víctimas de violencia de género, en español casi no existen artículos que analicen estas consecuencias y en la literatura inglesa se puede localizar más estudios pero tienen 10 años de antigüedad. Otra de las limitaciones es la inexistencia de artículos que hablen de las intervenciones que realiza enfermería en el seguimiento de los hijos de las víctimas de violencia de género. No se encontraron artículos que analicen los protocolos de actuación para afrontar la violencia de género.

VI. Conclusión

A través de la búsqueda realizada en este trabajo se puede concluir que el fenómeno de los malos tratos a mujeres por parte de sus parejas no afecta a un colectivo especial, especifico o diferenciado de mujeres en cuanto a indicadores sociodemográficos, individuales, familiares ni sociales y que lo único que tienen en común es que constituyen una violación a 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 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.

© 2021 Global Journals

Enfermería es clave para el abordaje de la VG, pero a pesar de esto existen pocos estudios que evalúen las intervenciones y las actividades preventivas que 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 bordaje, la eficacia de los protocolos de actuación y las repercusiones e intervenciones en las/los hijas/os espectadores o víctimas la de violencia. Si conocemos más y mejor la realidad de los malos tratos podremos contribuir de manera relevante a diseñar intervenciones más ajustadas a este fenómeno que permitan a su vez desencadenar actuaciones más eficaces.

La aplicabilidad de este trabajo puede ayudar a sensibilizar al personal sanitario y contribuir a la formación de éstos, ya que aporta temas poco tratados como son las consecuencias en la salud de los hijos de las víctimas, y da a conocer herramientas de detección o evaluación de casos de violencia doméstica en mujeres embarazadas. También aporta información sobre las intervenciones que realiza enfermería en las víctimas y aquellas barreras que condicionan la detección de casos de maltrato. Debemos formar a los profesionales desde la universidad, por este motivo sería necesario incrementar las horas de formación sobre el concepto de la violencia de género, las consecuencias en la salud de la mujer y sus hijos, signos y síntomas de sospechas, qué herramientas se posee para abordar estas situaciones, los recursos a los que puede acceder la víctima, entre otros temas.

VII. Plan de Difusión

Este trabajo de búsqueda bibliográfica puede ser un aporte para el crecimiento y consolidación de la disciplina de enfermería dentro de la violencia doméstica.

Se pretende dar la mayor cobertura posible, intentando llegar al máximo de profesionales y estudiantes de Enfermería, este plan de difusión se centra en revistas de atención primaria y enfermería, como por ejemplo:

- Revista “Atención primaria”, que es el Órgano de Expresión Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Revista “Rol de Enfermería”, en la que se tratan múltiples áreas de enfermería entre las que se encuentra atención primaria y comunitaria.
- Revista “Enfermería Clínica”, en la cual se recogen experiencias prácticas y los resultados de la aplicación de las intervenciones de enfermería recogidos a través de estudios de investigación.

Otra estrategia de difusión se hará en formato de póster en diferentes congresos:

- Congreso Nacional de FAECAP (Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria).
- Congreso para el Estudio de la Violencia contra las Mujeres.
- Jornadas Catalanas de Estudiantes de Enfermería.

Referencia Bibliográfica

1. Alonso J, Catellanos J. Por un enfoque integral de la violencia familiar. Psychosocial Intervention. 2006; 15 (3): 253-274.
2. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993 (48/104). [fecha de acceso 20 octubre de 2016]. Disponible en: http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286,pdf
3. OMS. 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 2015. [fecha de acceso 22 de octubre de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHORHRHRP13.O6spa.pdf
4. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 2004, nº 313, pp. 42166-42197. 33. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-21760
5. Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Boletín oficial del Estado, 30 de mayo del 2008, nº131, pp 25174-25194. 21. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-9294
6. Dirección General de Planificación y Evaluación. Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Barcelona 2009. [fecha de acceso 10 noviembre de noviembre de 2016]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematics/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/abordatge_de_la_violencia_masclista/documents/arxius/cast_femchist.pdf
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid: MSSSI; 2012. [fecha de acceso 5 noviembre de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf
8. Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance de resultados. Madrid: MSSSI; 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/

© 2021 Global Journals

Estudios_Investigaciones/Avance_Macroencuesta_2015.ht
9. Institut Català de les Dones. Estadística contra la violencia masclista 2015. Generalitat de Catalunya. [fecha de acceso 30 de octubre de 2016]. Disponible en http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/portada/home.htm
10. Valdés C, Garcia C, Sierra A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Atención Primaria. 2016; 48 (10): 623-63.
11. Visentin F, Vieira LB, Trevisan I, Lorenzini E, Silva EF. Women's primary care nursing in situations of gender violence. Invest Educ Enferm. 2015; 33(3): 556-564
12. Fernández Alonso M. Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género ¿hemos superado el reto? Atención Primaria.2015; 47 (3): 129-130.
13. Rojas K, Gutiérrez T, Alvarado R, Fernandez A. Actitudes hacia la violencia de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Catalunya y Costa Rica. Aten. Primaria. 2014; 47(8): 490-497.
14. Calvo Gonzales G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enferm.glob. 201; 13(33): 424-439.
15. Bugarín R, Bugarín C. Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género. SEMERGEN. 2014; 40 (5): 280-285.
16. Salcedo D, Orchiucci P, Dias V, Yoshikawa E. ¿Cómo los profesionales de la atención Primaria enfrentan la violencia contra las mujeres embarazadas? Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(3): 448-453.
17. Velasco C, Luna JD, Martin A, Cano A, Martin-de-las-Heras S. Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. Acta Obstet Gynecol Scand 2014; 93 (10): 1050–1058.
18. 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. Psychosocial Intervention. 2013; 22 (1): 41 -53.
19. DeBoer M, Kothari R, Kothari C, Koestber A, Roshs T. What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? J Trauma Nurs. 2013; 20 (3): 155-160.
20. McLaughlin J, O'Carroll R, O'Connor R. Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review. Clinical Psychology Review 2012; (32): 677- 689.
21. Carrilero S, Martínez J, Flores M. Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. Enfermería Global. 2012; 11 (3) 430-445.
22. Martínez J. Importancia del Sistema Sanitario en la Identificación de casos de Violencia de Género. ENE, Revista de Enfermería. 2010; 4(2): 19-23.
23. Howell K. Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. Aggression and Violent Behavior. 2011; 16 (6): 562- 569.
24. McMahon S, Huang C, Boxer P, Postmus J. The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. Children and Youth Services Review. 2011; 33 (11): 2103–2111.
25. Martínez Galiano JM. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente. 2011; 10 (4): 352- 357.
26. Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. Rev Esp Med Legal. 2010; 36 (3):104-109.
27. Sánchez S, Fuente D, Salamanca A, Robledo J. Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida. Nure Investigación. 2010; 7 (48): 1-15.
28. Esteve Ll, Torres Aª, Navarro P, Ascaso C, Imaz M, Herreras Z, Valdés Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. Med Clin. 2010; 137(9): 390–397.
29. Cirici R, Querol N, Ripoll A. La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género? Form Med Contin Aten Prim. 2010; 17(8): 550-559.
30. Deshpande NA, Lewis-O'Connor A. Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. Rev Obstet Gynecol. 2013; 6(3-4):141-148.
31. Sala I, Hernandez A, Ros R, Lorenz G, Parellada N. Violencia doméstica: preguntar para detectar. AtenPrimaria. 2010; 42 (2): 70-77.
32. Bull Amy. Screening for Intimate Partner Violence: Offering the Tissue Box. The Journal for Nurse Practitioners. 2009; 5 (8): 620-621.

© 2021 Global Journals