

Evelyn Paola Estévez Macas¹¹ Universitat de Barcelona*Received: 9 February 2021 Accepted: 1 March 2021 Published: 15 March 2021*

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.

Index terms— nursing

1 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, Cuiden 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.

2 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 1979. 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 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 víctima 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.

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

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 víctimas 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.

4 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).

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 perturban. 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 víctimas 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.

5 Objetivos a) General

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

6 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.

7 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.

8 a) Descripción de las bases de datos seleccionadas

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

9 i. Pubmed Medline

Base de datos, de acceso libre y especializado en ciencias de la salud, con más de 19 millones de referencias bibliográficas. 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.

10 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.

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

12 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 unívoca 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.

13 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 término 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). 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.

14 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.

15 ? 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.

16 ? 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.

17 ? 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.

18 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.

19 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. Bugarín-González (15). Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género.

20 Revisión bibliográfica

Reflexionar sobre los principios éticos en situación de violencia de género. Se demuestra que utilizar preguntas directas o a través de preguntas clave, ayuda a la detectar casos de violencia doméstica.

Amy Bull (32) V.

21 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 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 (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 doméstica 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 víctimas hacen que vean 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. De los cuestionarios que se realizan a las mujeres para detectar la violencia intrafamiliar tan solo una pregunta evalúa el riesgo de suicidio.

Además de las consecuencias mencionadas, las víctimas ven afectada su vida social, sufren aislamiento, pérdida 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 percatamos 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 incómodos 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 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 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 se irá valorando a lo largo de vistas sucesivas. Sans M et al (26) , Cirici A et al (29) , Fernández M^a 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, transcribiendo 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 M^a et al (12) , pueden realizarse actividades educativas 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 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 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 consecuencias psicológicas. Todos estos instrumentos demostraron ser efectivos y tener concordancia entre 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 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) realizó un estudio en el que utilizó 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 diagnosticó 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.

22 VI.

23 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, específico 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.

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 abordaje, la eficacia de los protocolos de actuación y las repercusiones e intervenciones en las/los hijas/os espectadores o víctimas de la 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.

24 VII.

25 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.

2

Tabla 6: Base de datos

PubMed MEDLINE	10
Cuidatge	0
Cuidem	20
Science Direct	45
Total	75

Artículos asociados seleccionados
manualmente

5
3
5
10
23
PubMed MEDLINE
Intimate partner

Violencia Intimate partner

género partner género AND violence AND
violence enfermería nursing

10 9.458 0 459

Tabla 3: Resultados de la búsqueda en Cuidatge

Violencia Intimate partner
Cuidatge Intimate partner

género partner género AND violence AND
violence enfermería nursing

25 5 6 0

Tabla 4: Resultados de la búsqueda en Cuidem

Violencia Intimate partner
Cuidem Intimate partner

género partner AND enfermería violence AND
violence nursing

430 126 234 19

Tabla 5: Resultados de la búsqueda en ScienceDirect

Violencia Intimate partner
ScienceDirect Garder

género partner AND enfermería Violence AND
violence Nursing

922 980 81 85

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 p

Criterios de Inclusión:

[Estudios_Investigaciones and Avance_Macroencuesta_ ()] , / Estudios_Investigaciones ,
 Avance_Macroencuesta_. 2015. (ht)

[Rojas et al. ()] 'Actitudes hacia la violencia de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Catalunya y Costa Rica'. K Rojas , T Gutiérrez , R Alvarado , A Fernandez . *Aten. Primaria* 2014. 47 (8) p. .

[Carrilero et al. ()] 'Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género'. S Carrilero , J Martínez , M Flores . *Enfermería Global* 2012. 11 (3) p. .

[Bugarín and Bugarín ()] 'Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género'. R Bugarín , C Bugarín . *SEMERGEN* 2014. 40 (5) p. .

[Alonso ()] *Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género ¿hemos superado el reto? Atención Primaria*, Fernández Alonso , M . 2015. 47 p. .

[de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista Ley 5 ()] 'de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista'. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-9294 Ley 5, 2008. 2008. 131 p. . (Boletín oficial del Estado, 30 de mayo del)

[Orgánica ()] 'de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género'. Ley Orgánica . <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-21760> Boletín Oficial del Estado 1/2004. 29 (2004) p. .

[Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993 (48/104)] *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993 (48/104)*, <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf> (Organización de las Naciones Unidas. fecha de acceso 20 octubre de 2016)

[Sans and Sellarés ()] 'Detección de la violencia de género en atención primaria'. M Sans , J Sellarés . *Rev Esp Med Legal* 2010. 36 (3) p. .

[Galiano ()] *Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente*, Martínez Galiano , JM . 2011. 10 p. .

[Disponible en] <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/portada/home.htm> Disponible en,

[Estadística contra la violencia masculista 2015. Generalitat de Catalunya] *Estadística contra la violencia masculista 2015. Generalitat de Catalunya*, (Institut Català de les Dones. fecha de acceso 30 de octubre de 2016)

[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]. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHOHRHP13.06spa.pdf> OMS 2015. (fecha de acceso 22 de octubre de 2016)

[Martínez ()] 'Importancia del Sistema Sanitario en la Identificación de casos de Violencia de Género. ENE'. J Martínez . *Revista de Enfermería* 2010. 4 (2) p. .

[McLaughlin et al. ()] 'Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review'. J McLaughlin , R O'carroll , O' Connor , R . *Clinical Psychology Review* 2012. 32 p. .

[Cirici et al. ()] 'La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género'. R Cirici , N Querol , A Ripoll . *Form Med Contin Aten Prim* 2010. 17 (8) p. .

[Gonzales and Bejarano] 'La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje'. Calvo Gonzales , G , Camacho Bejarano , R . *Enferm.glob* 201 (33) p. .

[Menéndez 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'. S Menéndez , J Pérez , B Lorence . *Psychosocial Intervention* 2013. 22 (1) p. .

[Delegación De Gobierno Para La Violencia De Género ()] *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance de resultados*, Delegación De Gobierno Para La Violencia De Género . <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/> 2015. (Madrid: MSSSI)

[Velasco et al. ()] 'Martin-delas-Heras S. Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors'. C Velasco , J D Luna , A Martin , A Cano . *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014. 93 (10) p. .

[Alonso and Catellanos ()] 'Por un enfoque integral de la violencia familiar'. J Alonso , J Catellanos . *Psychosocial Intervention* 2006. 15 (3) p. .

[Ministerio De ()] *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*, Sanidad Ministerio De . <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf> 2012. Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones. (Madrid: MSSSI. fecha de acceso 5 noviembre de noviembre de 2016)

- [Dirección General De Planificación Y Evaluación ()] *Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña*, Dirección General De Planificación Y Evaluación . 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 2009. Barcelona. (fecha de acceso 10 noviembre de noviembre de 2016)
- [Howell ()] *Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. Aggression and Violent Behavior*, K Howell . 2011. 16 p. .
- [Deshpande et al. ()] 'Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy'. N A Deshpande , -O' Lewis , A Connor . *Rev Obstet Gynecol* 2013. 6 (3-4) p. .
- [Bull ()] 'Screening for Intimate Partner Violence: Offering the Tissue Box'. Amy Bull . *The Journal for Nurse Practitioners* 2009. 5 (8) p. .
- [McMahon et al. ()] 'The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum'. S McMahon , C Huang , P Boxer , J Postmus . *Children and Youth Services Review* 2011. 33 (11) p. .
- [Ll et al. ()] 'Valdés Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario'. Esteve Ll , Torres A A , P Navarro , C Ascaso , M Imaz , Z Herreras . *Med Clin* 2010. 137 (9) p. .
- [Sánchez et al. ()] 'Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida'. S Sánchez , D Fuente , A Salamanca , J Robledo . *Nure Investigación* 2010. 7 (48) p. .
- [Valdés et al. ()] 'Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria'. C Valdés , C García , A Sierra . *Atención Primaria* 2016. 48 (10) p. .
- [Sala et al. ()] 'Violencia doméstica: preguntar para detectar'. I Sala , A Hernández , Ros R Lorenz , G Parellada , N . *AtenPrimaria* 2010. 42 (2) p. .
- [Deboer et al. ()] 'What are barriers to nurses screening for intimate partner violence?'. M Deboer , R Kothari , C Kothari , A Koestber , T Roshs . *J Trauma Nurs* 2013. 20 (3) p. .
- [Visentin et al. ()] 'Women's primary care nursing in situations of gender violence'. F Visentin , L B Vieira , I Trevisan , E Lorenzini , E F Silva . *Invest Educ Enferm* 2015. 33 (3) p. .
- [Salcedo et al. ()] '¿Cómo los profesionales de la atención Primaria enfrentan la violencia contra las mujeres embarazadas?'. D Salcedo , P Orchiucci , V Dias , E Yoshikawa . *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014. 22 (3) p. .