



ENFERMERÍA Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje

Gender violence: trends, impact and keys for approach

***Calvo González, Germán **Camacho Bejarano, Rafaela**

*Enfermero. Experto en Enfermería Legal y Forense. Unidad de Gestión Clínica Quirúrgica. Hospital de Riotinto (Huelva). E-mail: rafaela.camacho@denf.uhu.es **Enfermera. Bachelor of Nursing Science in Critical Care por la Universidad de Teesside (Reino Unido). Máster en Ciencias de la Enfermería. Experta en Cuidados Oncológicos y Paliativos. Doctoranda del Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva.

Palabras clave: Violencia contra la mujer; atención de Enfermería; prevención

Keywords: Violence against women; Nursing care; prevention.

RESUMEN

Introducción: El presente artículo realiza una revisión bibliográfica sobre los aspectos más relevantes de la violencia de género, analizando la situación actual y la normativa vigente así como las consecuencias que sufren las mujeres afectadas, las principales implicaciones a nivel social y sanitario y las dificultades existentes en su abordaje.

Método: Se ha realizado una búsqueda de la literatura y revisión de lo más relevante, incluyendo los documentos principales relacionados con la violencia contra mujeres en España durante los últimos diez años, acentuando estrategias nacionales y regionales para la asistencia médica.

Resultados: En los últimos años, la violencia de género se ha convertido en un creciente problema de salud pública que afecta a millones de mujeres en todo el mundo aunque se estima que las cifras irán disminuyendo gradualmente. El perfil de las mujeres afectadas se relaciona con un nivel socioeconómico bajo y bajos niveles educativos. Las consecuencias de la violencia de género en la salud de la mujer incluyen las manifestaciones físicas, problemas emocionales y una mayor utilización de los servicios sanitarios, siendo algunas veces inespecífico el motivo de consulta. Entre las principales dificultades encontradas en la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género cabe destacar la infradetección y la falta de coordinación entre los distintos organismos implicados.

Conclusión: Los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental en la prevención, detección y tratamiento, siendo necesario potenciar una formación específica en este campo y articular mecanismos y protocolos de coordinación entre los distintos servicios socio-sanitarios, que garanticen una atención integral e integrada a las mujeres afectadas.

ABSTRACT

Aims: To get a deeper knowledge about the most relevant aspects of gender violence, analysing the current situation and legislation, focusing on the consequences experienced by women affected, the main implications at social and health level and the existing difficulties to approach it.

Method: A literature search and review of the most relevant has been performed, including the main documents related to violence against women in Spain over the last ten years, emphasising national and regional strategies for health care.

Results: In recent years, domestic violence has become a growing public health problem that affects millions of women worldwide although a gradual decrease it is expected. Women profile is associated with a low social and economic status and low educational level. The consequences of domestic violence on women health include physical and psychological problems and a higher use of health services, with some non-specific symptoms as the main demand. Within the main difficulties found, it can be highlighted the number of under-diagnosis and the lack of coordination between the core services.

Conclusions: Healthcare professionals play a critical role in the prevention, detection and treatment, requiring specific training in this field and the development of mechanisms and protocols for coordination between health and social services that ensure a comprehensive and integrated care to affected women.

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad. Según la definición de la ONU, 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” ⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la violencia de género es un problema prioritario en salud pública, y requiere de intervenciones conjuntas desde todos los ámbitos educativos, sociales y sanitarios ⁽²⁾.

Cifras actuales

Se estima que a nivel mundial aproximadamente el 35% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual ⁽²⁾. El porcentaje de mujeres maltratadas que denuncian en España es relativamente bajo, estimándose entre un 2 y 10% de los casos totales. Según el Centro de Estudios Reina Sofía, las cifras han ido en aumento, en el año 2002 se produjeron 30.199 denuncias de mujeres por maltrato de su pareja, mientras que en 2008 las cifras ascendían a 142.125 denuncias, suponiendo un incremento del 12'5% respecto a 2007, y unas 400 denuncias diarias⁽³⁾.

Existen desigualdades territoriales, en las cifras de incidencia y de mortalidad, incluso entre provincias ⁽⁴⁾. Según un estudio realizado a 11475 mujeres entre el año 2006-2007 en centros de AP en toda España, y coincidiendo con las cifras del Ministerio, existen importantes desigualdades entre comunidades, siendo Ceuta, Melilla y las Islas Baleares las que mostraron una mayor prevalencia de violencia de género, mientras que Cantabria tuvo los valores más bajos ⁽⁵⁾.

Según datos del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género con sede en el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), el número de denuncias de violencia de género registradas en el primer trimestre de 2013 alcanzó los 29.487 casos, con una media de 327 denuncias diarias. Esta cifra implica una disminución del 5,1% respecto del cuarto trimestre de 2012, cuando el número de denuncias llegó a las 31.064 ⁽⁶⁾.

En términos de mortalidad, en el año 2008 en España fueron asesinadas 76 mujeres por sus parejas (o ex parejas), 73 en 2010 y 52 en 2012, según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La distribución por Comunidades se muestra en la tabla 1.

Tabla 1: Víctimas mortales por violencia de género por Comunidad Autónoma 2000-2012

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL	63	50	54	71	72	57	69	71	76	56	73	61	52
ANDALUCÍA	10	12	10	13	19	9	21	8	9	14	18	16	8
ARAGÓN	0	1	3	2	2	4	1	2	1	0	2	2	1
ASTURIAS	0	2	0	2	0	1	3	2	1	0	5	2	1
BALEARES	1	2	4	4	2	4	3	1	1	1	2	1	2
CANARIAS	5	5	7	6	2	6	4	6	5	5	7	3	2
CANTABRIA	0	0	0	1	2	0	0	2	0	0	0	0	0
CASTILLA LA MANCHA	3	2	0	2	4	2	4	5	3	1	3	1	4
CASTILLA Y LEÓN	3	1	4	4	2	4	3	3	6	1	4	2	2
CATALUÑA	8	7	7	12	11	8	10	12	10	10	11	9	13
C. VALENCIANA	7	9	9	7	9	6	8	10	10	9	8	8	6
EXTREMADURA	1	0	1	1	2	0	1	0	0	1	1	0	1
GALICIA	4	0	3	5	2	1	0	5	7	3	2	3	4
MADRID	17	6	4	5	5	4	5	9	11	5	7	9	6
MURCIA	1	2	0	3	4	2	3	2	4	2	1	2	0
NAVARRA	1	0	1	1	1	2	0	1	3	0	0	1	0
PAÍS VASCO	2	1	1	0	4	3	3	2	3	2	2	2	2
LA RIOJA	0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	0	0	0
CEUTA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
MELILLA	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0

Fuente: Observatorio contra la Violencia ⁽⁶⁾.

Las estimaciones preveen que, tanto la incidencia como las cifras de mortalidad por malos tratos, sigan disminuyendo, tal y como indica la tendencia de los últimos diez años ⁽⁷⁾.

Origen y factores de riesgo de la violencia de género

En la actualidad, la violencia contra las mujeres en España sigue siendo todavía un fenómeno “invisibilizado” e inmerso en el ámbito privado en la mayoría de las situaciones. La violencia contra las mujeres tiene hondas raíces sociales y culturales y

está vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a los indudables avances en las legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad de derechos. ^(8,9)

De acuerdo con los resultados de algunos estudios, las mujeres en situaciones de mayor riesgo son aquellas que han sido testigos o víctimas de violencia en su infancia, que sufren o han sufrido aislamiento social, que son dependientes económicamente y poseen un bajo nivel educativo ⁽¹⁰⁻¹³⁾. Especialmente mujeres con gran interiorización de valores tradicionalmente “femeninos” como son la sumisión y la obediencia; mujeres que no han desarrollado proyectos de vida propios y cuya vida está en función de los demás ⁽¹⁴⁾.

Tipos de maltrato

Tradicionalmente, la violencia contra las mujeres se ha relacionado exclusivamente con la violencia física grave, sin embargo, la violencia comprende también el maltrato psicológico, sexual, de aislamiento y control social, que suelen pasar mucho más desapercibidos.

Estas conductas violentas incluyen cuatro aspectos:

- a) El control de los movimientos de las mujeres o la restricción de su acceso a la información o la asistencia (impedirle estudiar o trabajar, control económico, etc.), así como el aislamiento de su familia y otras relaciones sociales.
- b) Las relaciones sexuales sin consentimiento o forzadas.
- c) El maltrato psicológico, que comprende la desvalorización, la intimidación, el desprecio y la humillación en público o privado.
- d) Los actos físicos de agresión.

Los estudios indican que suelen coexistir la violencia física, la psíquica y la sexual, aunque apenas hay trabajos sobre estas dos últimas. Un estudio realizado mediante encuesta en un centro de atención primaria de Granada, en el año 2002, muestra que la forma más frecuente era el maltrato emocional (22,3%), seguido del físico (9,8%) y el sexual (5,1%), y que los diferentes tipos coexisten en una proporción elevada de mujeres, datos similares a los obtenidos en otros estudios europeos ⁽⁸⁾.

Legislación vigente y líneas estratégicas

La atención a las mujeres víctimas de la violencia de género ha sido recogida a nivel internacional, nacional y regional, estableciendo las directrices básicas de regulación y actuación. Entre los principales textos normativos cabe destacar:

- *A nivel Internacional*

Dentro de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 la *Asamblea General de las Naciones Unidas* aprobó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” que constituye un hito a nivel internacional, ya que se aborda la violencia de género dentro del ámbito de los derechos humanos⁽¹⁾. La *Unidad de Salud de la Mujer de la OMS* (WHD) se estableció en 1980 para promover y coordinar las actividades de salud y desarrollo de la mujer en todos los programas de la OMS ⁽²⁾.

- *A nivel Nacional*

Las principales directrices se recogen en la *Ley Orgánica 1/ 2004* de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, y en el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS elaboradas con el propósito de erradicar progresivamente la violencia de género, incluyendo la elaboración de un Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género ^(15, 16).

El plan Nacional se plantea con dos objetivos prioritarios, por un lado mejorar la respuesta frente a la violencia de género, y por otro conseguir un cambio en el modelo de relación social. En líneas generales contempla dos parámetros de actuación:

- La prevención, distinguiendo los niveles de prevención primaria (cuando el conflicto no ha aparecido), secundaria (con la presencia de conflicto) y terciaria (arbitrando procesos de protección a la víctima declarada como tal a todos los efectos).
- La sensibilización, proporcionando los instrumentos necesarios para identificar los casos o las situaciones de riesgo para que se produzca, y el conocimiento de los recursos disponibles para su abordaje.

Los Ejes transversales, por su parte, son cinco: investigación y estudio, formación y especialización de profesionales, movilización de actores, coordinación de todos los sectores y un adecuado seguimiento y evaluación de las medidas establecidas.

Figura 1: Prioridades del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género.



Fuente: Ministerio de Igualdad ⁽¹⁵⁾.

- A nivel Autonómico

A partir de la transferencia de competencias en materia de salud y derivados de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), las distintas comunidades autónomas han elaborado sus propios Protocolos para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, definiendo las áreas prioritarias de actuación y el circuito a seguir por parte de los distintos profesionales.

A modo de ejemplo, el “Protocolo Andalúz para la actuación sanitaria ante la violencia de género” tiene como finalidad establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el Sistema Sanitario Público de Andalucía ⁽¹⁷⁾. El protocolo incluye una descripción de los conceptos básicos relacionados con la violencia doméstica, los factores determinantes y las fases del proceso, para así facilitar la identificación de los signos y síntomas más característicos de las mujeres afectadas por este problema y pone de manifiesto la importancia de ofrecer una atención socio-sanitaria adecuada y de que los profesionales reciban la formación reglamentaria para dar respuesta a las necesidades de las mujeres.

El diseño del programa describe las consideraciones básicas para fomentar la accesibilidad, el contacto directo y un abordaje integral desde los diferentes niveles de atención: Atención Primaria y Atención Especializada, haciendo especial énfasis en los servicios de urgencias, y facilitando la coordinación interdisciplinar.

El protocolo cuenta con un algoritmo de actuación estructurado en detección/valoración y la consiguiente intervención, siendo fundamental conocer los principales indicadores de sospecha.

En líneas generales, el protocolo de actuación ante una situación en un servicio de urgencia distingue 5 pasos:

Figura 2: Protocolo Andalúz de actuación ante la violencia doméstica



Fuente: Elaboración propia

OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo se centran en profundizar en los aspectos más relevantes sobre la violencia de género, analizando la situación actual, la normativa vigente y las líneas estratégicas de actuación así como las consecuencias que sufren las mujeres afectadas y las implicaciones a nivel social y sanitario.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica de los principales documentos relacionados con la violencia de género y su abordaje en España en los últimos diez años, haciendo especial énfasis en las estrategias nacionales y autonómicas para la actuación sanitaria.

Las bases de datos incluidas han sido Pubmed, CINAHL, Scopus, Cuiden y The Cochrane Database of Systematic Reviews. La búsqueda se restringió a los estudios realizados en España, desde el año 2000 al primer semestre de 2013, utilizando como descriptores en español: *violencia doméstica*, *violencia contra la mujer* y *violencia sexual*, y en inglés: *domestic violence* y *violence against women*.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 68 artículos, de los cuales se seleccionaron por la relevancia de sus contenidos y por su rigor metodológico un total de 43. Se excluyeron aquellos artículos que por su contenido se centraban en áreas concretas que no coincidían con los objetivos de este estudio tales como la violencia de género en la población inmigrante, mujeres embarazadas o en población infantil. Se priorizaron los estudios centrados en el análisis de las necesidades de las mujeres víctimas de violencia de género y en las consecuencias de las agresiones en su salud, los estudios que abordaban la perspectiva de los profesionales sanitarios y los que profundizaban en la calidad de los servicios, haciendo especial énfasis en las barreras y dificultades y en las propuestas de mejora. Los contenidos de la revisión bibliográfica se han completado con los informes más relevantes de los organismos nacionales y autonómicos sobre la violencia de género así como algunos protocolos de actuación.

Consecuencias de los malos tratos en la salud de las mujeres: impacto en la salud física y mental

Tal y como afirman algunos expertos, la violencia es un fenómeno difuso y complejo. Según el Banco Mundial, las violaciones y la violencia doméstica llevan la pérdida de 9 millones de años de vida saludable (AVISA) por año ⁽¹⁸⁾.

Está ampliamente demostrado que el hecho de estar sometida a una relación de violencia tiene graves consecuencias en la salud de la mujer, a corto y a largo plazo. La mujer maltratada presenta numerosos síntomas físicos y psicosomáticos, síntomas de sufrimiento psíquico (disminución de la autoestima, ansiedad y depresión, fundamentalmente), además de las lesiones físicas ⁽⁸⁾. Los síntomas físicos, que muchas veces son crónicos e inespecíficos (cefaleas, cansancio, dolores de espalda, etc.), aparecen entremezclados con los psíquicos. El estrés crónico que implica el maltrato favorece la aparición de diferentes enfermedades y empeora las existentes.

Numerosos estudios demuestran la correlación entre bajos niveles de autoestima y casos de violencia, correspondiendo en ocasiones a una mayor incidencia a mayor edad ⁽¹⁸⁾.

El informe realizado por el Ministerio de Sanidad en el año 2009 detalla el impacto de la violencia sobre la salud física y mental de mujeres y niñas. Este impacto puede ir desde traumatismos hasta complicaciones vinculadas a embarazos, problemas mentales y un deterioro en el funcionamiento social ⁽¹⁹⁾.

Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja tienen un 16% más de probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal, y más del doble de probabilidades de sufrir un aborto o casi el doble de probabilidades de padecer una depresión y, en algunas regiones, son 1,5 veces más propensas a contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de violencia conyugal según datos de la OMS ⁽²⁾.

Factores favorecedores

Las circunstancias personales, el apoyo social y el cese de la violencia se han identificado como factores favorecedores del bienestar físico de las mujeres víctimas de violencia de género, siendo una de las áreas claves a valorar para establecer los mecanismos de soporte adecuados ⁽²⁰⁻²²⁾.

Implicaciones de la violencia de género en los servicios sanitarios

Las mujeres víctimas de violencia acuden más a los servicios sanitarios que las demás y tiene peor estado de salud ⁽²³⁻²⁴⁾ con niveles elevados de estrés y problemas psicológicos, síntomas concomitantes y mayor uso de antidepresivos ^(23, 25, 26). Diversas investigaciones también muestran que las mujeres sometidas a violencia no sólo acuden más a los servicios sanitarios, sino que se someten más a cirugía, prolongan más su estancia hospitalaria y consumen más fármacos ⁽⁸⁾, además de desarrollar más problemas cardíacos y dolores musculoesqueléticos en el cuello y en la espalda y otras manifestaciones sistémicas ⁽²⁷⁻²⁹⁾.

El III Plan de Igualdad de Oportunidades elaborado en 1997 recogió varias áreas de actuación: sensibilización y prevención, educación, recursos sociales; sanidad, legislación y práctica jurídica. Dentro de los servicios de salud, se previeron 4 medidas básicas:

- La aprobación y la difusión de un protocolo sanitario, que fue elaborado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 1999, y la elaboración de protocolos específicos de actuación diferentes comunidades autónomas.
- La inclusión en la cartera de servicios de atención primaria de salud de actividades para la prevención de la violencia y promoción de la salud, considerando que los centros de salud son la puerta de entrada al sistema sanitario y es donde acuden habitualmente las mujeres en situación de maltrato.
- La puesta en marcha de cursos de formación y sensibilización a profesionales sanitarios y la elaboración de materiales divulgativos.

- Establecer la coordinación interinstitucional a través de procedimientos de coordinación y comisiones de seguimiento a los diferentes niveles, haciendo hincapié en el enfoque interinstitucional, multidisciplinario y coordinado de la formación. Numerosos ayuntamientos y asociaciones de mujeres han puesto en marcha servicios de atención a mujeres maltratadas ⁽³⁰⁾.

Dificultades y barreras

Infradetección

La violencia de género sigue pasando inadvertida por las propias mujeres, las cifras reales ascienden al número de casos en los que la mujer es consciente del problema⁽³¹⁾. Asimismo, los casos de violencia de género exclusivamente psicológica muestran peores índices de recuperación, a la vez que pueden pasar más desapercibidos ⁽³²⁾.

Como consecuencia, uno de los principales problemas identificados en la violencia de género es la infradetección: 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 ⁽³³⁾ siendo un motivo de preocupación por las consecuencias que tiene para la víctima y para los hijos una situación de violencia mantenida durante muchos años ⁽³⁴⁾.

Recientes estudios muestran datos sobre los factores de riesgo, la detección por parte de los profesionales sanitarios y el funcionamiento de los circuitos de atención en los servicios de urgencias. El estudio desarrollado por Echarte et al. en un servicio de urgencias muestra que la atención por VG representó el 0,76% de las asistencias totales y tan sólo el 10,4% de los casos fueron detectados por el personal sanitario⁽³⁵⁾.

El 29,6% fueron pacientes hiperfrecuentadoras y los motivos de consulta más habituales fueron trastornos inespecíficos: ginecológicos, traumatológicos, psiquiátricos, digestivos y neurológicos. El 52,6% presentaba factores de riesgo de VG, y los más frecuentes fueron gestación, abortos previos, relaciones sexuales no consentidas y aumento de la violencia. En otro estudio de similares características realizado en otro servicio de urgencias hospitalario, un 34% del personal se planteó el diagnóstico diferencial con una situación de VG ante agresiones físicas ⁽³⁶⁾.

Ambos estudios destacan la importancia de conocer no solo los síntomas más habituales sino los factores de riesgo, para poder realizar una detección precoz, y se demanda formación específica para el personal sanitario, siendo los servicios de urgencia una de las principales puertas de entrada de las mujeres que han sido víctimas de violencia.

En definitiva, es preciso tomar conciencia de que los casos de violencia aparecen frecuentemente enmascarados cuando las mujeres acuden a la consulta por síntomas inespecíficos, consultas reiteradas por motivos banales, somatizaciones o trastornos psicológicos poco específicos ⁽³⁷⁾.

Las causas más frecuentes de falta de detección de los malos tratos son la falta de formación de los profesionales: no saber cómo preguntar a la mujer, el temor a invadir la esfera privada de la mujer, el miedo a perder el control de la situación, las limitaciones de tiempo, el miedo a ofender a la paciente, no saber cómo abordarlo una

vez detectado, la ausencia de protocolos y las carencias formativas. Si la detección se produce con mucho retraso pueden pasar entre 5 y 10 años de media hasta que la mujer comunica el hecho ⁽³⁴⁾.

Barreras organizativas

Los obstáculos que el personal sanitario identifica para la detección precoz y la asistencia a las víctimas coincide con los encontrados en trabajos anteriores llevados a cabo en España y en otros países, haciendo referencia a barreras organizativas tales como la falta de protocolos de detección y asistencia, la alta presión asistencial, y la falta de profesionales cualificados. A estas dificultades hay que añadir la creciente presión asistencial que limita el tiempo de asistencia y la ausencia de personal experto durante las 24h ⁽³⁶⁾. La falta de registros o la variabilidad entre ellos y falta de accesibilidad interinstitucional es señalada como otra de las barreras encontradas en algunas regiones para una adecuada atención ⁽³⁸⁾.

En el campo investigador

Finalmente, la investigación sobre la violencia de género, englobando tanto la realización de estudios para avanzar en la comprensión de la violencia y su impacto en la vida, la salud y el bienestar de las mujeres, como estudios que evalúen las intervenciones realizadas, podría ser la piedra angular para mejorar el conocimiento de esta realidad y rediseñar la orientación de los servicios socio-sanitarios. Es preciso señalar que existen cuestiones éticas y metodológicas que a veces dificultan algunos tipos de investigaciones en este campo, por lo que, sin duda, será preciso explorar aquellas más beneficiosas que no pongan en peligro la integridad de las mujeres afectadas ⁽³⁹⁾.

Papel de los profesionales sanitarios: necesidades formativas

Diversos organismos nacionales e internacionales coinciden en la importancia otorgada a una formación adecuada de los profesionales implicados en la atención a las víctimas de violencia doméstica. En la mayoría de las ocasiones, los profesionales de salud no detectan que el origen de los síntomas o signos se debe a las barreras psicológicas y culturales existentes que dificultan que las mujeres hablen del tema, unido en muchos casos a la falta formación y tiempo en dichos profesionales.

En un estudio realizado en dos centros hospitalarios de Madrid, se encontró que el 97,7% de los profesionales valoraba la violencia contra la mujer como un problema importante y que habitualmente pasaba desapercibido, sin embargo el 66,7% no lo planteaba como diagnóstico diferencial ante una paciente con lesiones físicas a pesar de tener un nivel medio de conocimientos sobre el tema. Entre los problemas organizativos señalados destacaban la presión asistencial, la falta de formación, información y de un protocolo de actuación ⁽³³⁾.

Según los datos aportados por Siendones, existe un notable desconocimiento y desmotivación por parte de algunos profesionales sanitarios que dificultan la detección de algunos casos desde los distintos servicios de atención a las víctimas. El estudio señala que a pesar de las mejoras de coordinación entre los servicios de salud, más del 70% de los casos de violencia doméstica siguen siendo invisibles a ojos de los profesionales ⁽³⁶⁾. En muchos casos (66% de la muestra de este estudio), los profesionales no suelen plantearse la violencia doméstica como un diagnóstico

diferencial más en su actividad diaria y gran parte (50% en el estudio), no plantea soluciones al problema.

Otro estudio llevado a cabo en un grupo de 287 profesionales de la salud elegidos aleatoriamente dentro de un servicio de atención hospitalaria, coincide con el mencionado anteriormente en que la mayoría de los profesionales encuestados (87.1%) consideró que la violencia de género era un problema importante pero no la consideraban un problema de salud explícitamente y el 60% opinaba que podrían tener un papel relevante en la detección de esta situación pero no disponían de las herramientas/conocimiento adecuado ^(34, 40).

Las actitudes y creencias de los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental para el futuro abordaje del problema ⁽⁴¹⁾. Un estudio realizado en la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla analiza la autopercepción, socialización, formación académica en género y la capacitación de los estudiantes de Enfermería como futuros profesionales de la salud. Los participantes manifiestan haber recibido influencia en su formación en género principalmente de los medios de comunicación (97,7%) y de la familia (95,5%), seguidos en frecuencia por el instituto (88,3%), la universidad (87,5%) y la escuela (76,2%). Mayoritariamente (82,6%) reconocen haber trabajado contenidos de género en asignaturas de la universidad y afirmar que la formación para detectar los tipos de violencia es básica. Consideran que su capacitación para detectar la violencia, según los distintos tipos, es: física el 95,5%, psicológica 88,7%, abuso sexual 73,6% y otras formas el 28,3%. En este estudio, además, y coincidiendo con los resultados de trabajos anteriores, se destaca las diferencias existentes en la percepción global del fenómeno entre mujeres y hombres, siendo éstos últimos quienes muestran una actitud más sexista, respondiendo así a la presión social que marcan los estereotipos masculinos. Estas creencias disminuyen tanto en hombres como en mujeres a medida que aumenta su formación específica en el tema.

Por tanto, es evidente la importancia de la formación profesional para la detección, seguimiento y apoyo en la toma de decisiones. Esta necesidad continua de capacitación efectiva de los profesionales de la salud para abordar la violencia de pareja contra las mujeres se ha puesto de manifiesto en numerosas ocasiones por organismos internacionales, así como por las propias organizaciones profesionales ^(2,42).

El nivel de conocimientos puede valorarse como medio-alto en trabajadores de AP, lo que refleja el esfuerzo realizado en los últimos años y la toma de conciencia por parte de los profesionales aunque se siguen explicitando barreras organizativas importantes ⁽⁴³⁾.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Propuestas y alternativas

Las nuevas estrategias de la OMS tienen como objetivo abordar esta falta de conocimiento y formación de los profesionales sanitarios. Estas guías subrayan la importancia de la formación del personal de salud en todos los niveles para que puedan reconocer cuándo las mujeres están en riesgo de violencia en la pareja y para que puedan saber cómo ofrecer una respuesta adecuada ⁽²⁾.

El Consejo General de Enfermería español destaca que existen principalmente dos campos en el abordaje de la Violencia de Género: el educativo y el sanitario, sobre todo en el ámbito de la prevención, detección y rehabilitación de este problema ⁽⁴²⁾. La formación debería incluir el aprendizaje de la entrevista psicosocial y, fundamentalmente, la adquisición de ciertas habilidades, como la acogida, la escucha y la contención.

En el ámbito sanitario se están desarrollando programas formativos encaminados a potenciar las habilidades de las enfermeras en detectar, informar y evaluar los malos tratos. Estudios realizados con personal de Enfermería demuestran que la tasa autocomunicada de maltrato como causa de lesiones puede mejorar de un 7,5% hasta un 30% cuando la mujer es atendida por enfermeras formadas en la materia ⁽³⁷⁾.

Las enfermeras demandan una mayor formación que permita una mejor atención y capacitación, aumentar los recursos disponibles y reforzar la coordinación interdisciplinar e interinstitucional ⁽³⁷⁾. Asimismo, se reconoce que en los últimos años se ha producido un notable avance con la disponibilidad de instrumentos que garanticen una mayor protección de las víctimas y existe una mayor concienciación social que permite la identificación de las víctimas y la activación de los sistemas de atención necesarios. Entre las distintas herramientas validadas en España para medir las áreas de violencia doméstica en sus dimensiones física, psicológica y sexual destacan las siguientes: Index of Spouse Abuse (ISA), Psychological Maltreatment of Women Inventory short form (PMWI-SF), Woman Abuse Screening Tool (WAST) y el Partner Violence Screen (PVS), entre otras, y cuyo uso se está potenciando para reforzar la detección precoz ⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾.

Los profesionales sanitarios, y particularmente los profesionales de atención primaria, constituyen un elemento clave para la detección precoz y el abordaje integral de los malos tratos por estar en un lugar estratégico, por su accesibilidad, el conocimiento del paciente y su contexto, por las múltiples posibilidades de contacto y por la atención integral que prestan ^(37,47). La violencia puede evitarse y su prevención es una condición indispensable y fundamental, siendo la Enfermería clave en su detección y tratamiento, debido a su accesibilidad en su relación con el paciente

Resulta clave mostrar una actitud abierta y receptiva que facilite la verbalización del problema y permita establecer una relación de confianza. Una vez confirmadas las sospechas de violencia debe realizarse un abordaje interdisciplinar del caso y poner en marcha todos los dispositivos sociosanitarios disponibles.

Existen evidencias de la efectividad de intervenciones formativas dirigidas a los médicos y enfermeras de atención primaria orientada a mejorar la atención de la violencia doméstica demostrando su eficacia en la detección y el manejo de la misma ⁽³⁴⁾.

El establecimiento de una relación terapéutica satisfactoria con una mujer agredida debe de tener una preparación y unos conocimientos actualizados en materia de legislación, de perspectiva histórica y de recursos aplicables en materia de salud y género para hacer frente de la manera más eficiente posible al problema ⁽⁴⁸⁾.

La tarea fundamental del personal sanitario incluye desde proporcionar consejo y asesoramiento, escucha y apoyo a mujeres hasta la derivación y coordinación con otros servicios de atención a la mujer. Los profesionales sanitarios, especialmente las

enfermeras, constituyen un grupo fundamental, no sólo en la atención, sino en la prevención, detección precoz e identificación de la violencia de género. Los profesionales de Enfermería intervienen en la detección de signos y en la recepción y acogida de las víctimas, siendo una pieza clave en el seguimiento del proceso, en el asesoramiento y apoyo psicológico, en la garantía de la continuidad de cuidados y como persona referente, cercana y accesible a la mujer durante todo el proceso^(14, 49, 50). La formación de los profesionales enfermeros en el conocimiento de las medidas de protección instauradas así como el trabajo en equipo es fundamental para hacer frente a este problema. Es importante reconocer la labor enfermera también en la elaboración de un plan de cuidados integrado e individualizado y de la educación de la sociedad.

Como conclusión, es evidente que la violencia de género constituye un grave problema de salud pública que requiere de un abordaje integral e integrado desde una perspectiva interdisciplinar. Los profesionales de Enfermería tienen un papel fundamental en la atención a las mujeres víctimas de este problema, siendo una responsabilidad ética y profesional diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a las necesidades específicas de este colectivo. Los centros de salud, los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser servicios diana para la prevención, la detección precoz y la atención de la mujer maltratada.

La formación y una adecuada gestión de los recursos existentes son dos de los elementos claves en este proceso. Además, sería importante contemplar la coordinación con los sectores educativos, los servicios sociales y los servicios jurídicos y policiales, así como la participación de las asociaciones de mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993 (48/ 104). Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf> [Acceso 2/03/2010]
2. 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; 2013. [Consultado el 14.07.2012]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf
3. Instituto de la Mujer. Estadísticas de la Violencia de género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Consultado el 11.05.2013]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/portada/home.htm>
4. Vives-Cases C, Carrasco-Portiño M, Alvarez-Dardet C. [La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas](#). Gac Sanit. 2007; 21(4):298-305.
5. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C, Montero-Piñar MI, Escribà-Agüir V, Jiménez-Gutiérrez E, Martín-Baena D. [Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España](#). Gac Sanit. 2010; 24(2):128-35.
6. Observatorio contra la Violencia. Estadísticas sobre la violencia de género. Fundación Mujeres. [Consultado el 20.07.2013]. Disponible en: <http://www.observatoriovioencia.org/documentos.php?id=316>
7. Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Carrasco-Portiño M, Torrubiano-Domínguez J. [El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España](#). Gac Sanit. 2007; 21(3):242-6.

8. Blanco P, Ruíz Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín García M. La violencia de pareja y salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (1): 182-188.
9. Rangel da Silva L, Domingues Bernardes Silva M, Mota Xavier de Meneses T, Rodríguez Borrego MA, Meneses dos Santos IM, Lemos A El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de Enfermería. *Rev. Enfermería Global* 2011; 22:1-11
10. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Alvarez-Kindelán M, Palomo-Pinto M, Arnalte-Barrera M, Bonet-Pla A, De Santiago-Hernando ML, Herranz-Torrubiano A, Garraón-Ruiz LM. Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Ann Epidemiol.* 2006;16(5):357-63.
11. Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Gil-González D, Torrubiano-Domínguez J, Rohlf s I, Escribà-Agüir V. [Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España](#). *Gac Sanit.* 2009;23(5):410-4.
12. Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sanchez LM, Galán I, Aguirre R, Ramírez R, Durbán M. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *Eur J Public Health.* 2010; 20(2):169-75.
13. Montero I, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Talavera M, Martín-Baena D, Peiró R. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in primary care. *J. Epidemiol Community Health.* 2012; 66(4):352.
14. Mazarrasa Alvear L, Díaz Rodríguez DR. Violencia de género y cuidados de Enfermería. *Metas de Enfermería* 2001; 41: 52- 57.
15. Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género. Marco Conceptual y ejes de Intervención. Madrid: Ministerio de igualdad; 2006.
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión contra la Violencia de Género. Madrid: Consejo Interterritorial del S.N.S; 2007.
17. Torró Garía- Morato, C; Llamas Martín, C. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2008.
18. Casique Casique L, Furegato AR. Violencia perpetrada por compañeros íntimos en mujeres. *Index de Enfermería* 2007; 16 (56): 17-21.
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de Evaluación del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007-2008; 2009. Madrid: MSSSI; 2009.
20. Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Martín-Baena D. Partner violence and psychological well-being: buffer or indirect effect of social support. *Psychosom Med.* 2010; 72(4):383-9.
21. Montero I, Escriba V, Ruiz-Perez I, Vives-Cases C, Martín-Baena D, Talavera M, Plazaola J. Interpersonal violence and women's psychological well-being. *J Womens Health (Larchmt).* 2011; 20(2): 295-301.
22. Sanchez-Lorente S, Blasco-Ros C, Martínez M. Factors that contribute or impede the physical health recovery of women exposed to intimate partner violence: a longitudinal study. *Womens Health Issues.* 2012; 22(5):e491-500.
23. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Womens Health Issues.* 2011; 21(5):400-6.
24. Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *J Public Health.* 2011; 33(1):15-21.

25. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, González Barranco JM, Garralon Ruiz LM, Arnalte Barrera M, Lahoz Rallo B, Acemel Hidalgo MD, Carmona Molina MP. [La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica](#). Aten Primaria. 2004;34(3):117-24.
26. García Torrecillas JM, Torío Duránte J, Lea Pereira MC, García Tirado MC, Aguilera Tejero R. Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. Aten Primaria. 2008; 40(9):455-61.
27. Escribà-Agüir V, Barona-Vilar C, Calvo-Mas C, Carpio-Gesta ML, Fullana-Montoro A. [Lesiones por violencia doméstica en la Comunidad Valenciana](#). Gac Sanit. 2006; 20(6):510-2.
28. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. Eur J Public Health. 2007; 17(5):437-43.
29. Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez J, Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI, Gil-González D. Social determinants and health effects of low and high severity intimate partner violence. Ann Epidemiol. 2011; 21(12):907-13.
30. Instituto de la Mujer. Curso Sensibilización en igualdad de oportunidades. Unidad Didáctica 6: Violencia de Género. Escuela Virtual de igualdad. Instituto de la Mujer. Madrid: Secretaría General de Políticas e Igualdad. Ministerio del Interior; 2009.
31. Sonego M, Gandarillas A, Zorrilla B, Lasheras L, Pires M, Anes A, Ordobás M. [Violencia de pareja no percibida y salud de las mujeres](#). Gac Sanit. 2013; 27(5):440-6.
32. Blasco-Ros C, Sánchez-Lorente S, Martínez M. Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: a longitudinal study. BMC Psychiatry. 2010; 25:10-98.
33. Arredondo-Provecho AB, Del Pliego G, Nadal M, Roy R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. Enferm Clín. 2008; 18 (4): 175-182.
34. Fernández MC, Herrero S, Cordero JA, Maderuelo JA, González ML. Protocolo para la evaluación de la efectividad de una intervención sensibilizadora y formativa en profesionales de atención primaria para la mejora de la detección de la violencia doméstica (ISFVIDAP). Aten Primaria. 2006; 38 (3): 168-173.
35. Echarte JL, León N, Puente I, Laso De La Vega S, Díez E, Martínez MT. Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. Emergencias. 2010; 22 (3): 193-198.
36. Siendones Castillo R, Perea-Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo A, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. Emergencias 2002, 14: 224-232.
37. De la Fuente Aparicio D, Salamanca Castro AB, Sánchez Castro S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? Nure Investigación 2005;15:1-10.
38. Muslera-Canclini E, Natal C, García V, Fernández-Muñoz P. [Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias](#). Gac Sanit. 2009; 23(6):558-61.
39. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Cases C. Methodological issues in the study of violence against women J Epidemiol Community Health. 2007;61 Suppl 2:26-31.

40. Coll- Vinent, B, Echeverría T, Farrás U, Rodríguez D, Milla J, Santiña M. El personal sanitario no percibe la violencia de género como un problema de salud. Gaceta Sanitaria 2008; 22 (1): 7- 10.
41. Macías Seda J, Eugenia Gil García, M^a de los Ángeles Rodríguez Gázquez, José Rafael González López, M^a del Mar González Rodríguez, Soler Castells AM (2012) Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género. Index de Enfermería; 21 (1-2): 1-12.
42. Consejo General de Enfermería. Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la Violencia de Género. [Acceso 07/11/2012] Disponible en: http://www.ecs.enfermundi.com/fileadmin/Documentos_de_la_profesion/posicionamiento_Violencia_genero.pdf
43. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. Rev Esp Salud Publica. 2012;86(1):85-99.
44. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. [Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España](#). Gac Sanit. 2008; 22(5):415-20.
45. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Montero-Piñar I, Vives-Cases C. The assessment of intimate partner violence in Spanish women: the index of spouse abuse. J Interpers Violence. 2011;26(16):3267-88.
46. García-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, Valdés M. [Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario](#). Med Clin. 2011; 137(9):390-7.
47. Liqueur Briffel TM, Moyano Mora P, Martínez Laguna I, Fajardo Trujillo M, Domínguez Martínez A. Violencia doméstica, abordaje enfermero. Metas de Enfermería 2005; 8(7):10-16.
48. Carrilero López S, Martínez Díaz JM, Flores Bienert MD. Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. Enfermería Global 2012; 27: 1-16
49. Vargas Matute A, Dorado MI, Alonso MJ, Díaz M, Blasco EJ. Importancia del papel de la Enfermería de urgencias en la detección de violencia de género. Rev. Presencia. 2006; 2 (3).
50. Crespo M, Arinero M. Assessment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. Span J Psychol. 2010; 13(2):849-63.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia