



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Ciencias de la Salud*

Trabajo Fin de Grado

# **PAPEL DE LA ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

**Alumno/a: Muñoz Zamora, Ana**

Tutor/a: Prof<sup>a</sup>. D<sup>a</sup>. María Luisa Grande Gascón  
Dpto: Enfermería

**Mayo, 2016**



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Ciencias de la Salud*

Trabajo Fin de Grado

# **PAPEL DE LA ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

**Alumno/a: Muñoz Zamora, Ana**

Tutor/a: Prof<sup>a</sup>. D<sup>a</sup>. María Luisa Grande Gascón  
Dpto: Enfermería

**Mayo, 2016**

## **RESUMEN**

La violencia contra la mujer es el conjunto de todos los actos de violencia física, mental o social producidos sobre las mujeres por el hecho de serlo. Es un problema de salud mundial reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las altas cifras de mortalidad y morbilidad hacen que tenga gran impacto en la salud pública, debido a su cronicidad, por lo que la actuación de los profesionales de la salud es fundamental, ya que está demostrado que las víctimas de violencia acuden más a los servicios de salud, ya sea para tratar su problema de forma directa o indirecta. El objetivo general de este trabajo es conocer cuál es el papel de la enfermería ante la violencia de género como profesional de salud. Para el cual realizo una revisión sistemática narrativa fundamentada en una búsqueda en bases de datos nacionales: CSIC y CUIDEN e internacionales: CINAHL, Sciencedirect y Pubmed. Para profundizar y crear un orden sobre el tema, los resultados obtenidos se han clasificado en el origen de la violencia de género (VG), que se cree que está en las relaciones desiguales entre géneros y los factores causales basados en el modelo ecológico de Heise; en las consecuencias en la salud de las mujeres que abarcan la dimensión física, mental, sexual - reproductiva y social. Los resultados obtenidos sobre la actuación enfermera se han ordenado en primer lugar en las actitudes y la formación de los profesionales sanitarios, después la detección del problema incluyendo los signos de violencia, las barreras en la atención puestas por las víctimas y por los propios profesionales y por último la prevención del problema. De la revisión de estos resultados la conclusión general es que está clara la actuación enfermera, evidenciándose que hace falta formación al personal de enfermería sobre este tema y la falta de investigaciones específicas de enfermería para dar evidencia científica a la actuación enfermera frente a la VG y clarificar las consecuencias de la prevención, ya que existe controversia respecto a este tema.

Palabras claves: Violencia de género, Enfermería, Violencia contra la Mujer, Profesionales de salud.

## **ABSTRACT**

Violence against women is the set of all acts of physical, mental or social violence produced on women by the fact of being a woman. It is a global health problem recognized by World Health Organization (WHO). The mortality and morbidity rates do have great impact on public health due to its chronicity, so the actions of the health professionals is critical because it is proved that the victims of violence attended more in the services of health, either to treat their problem directly or indirectly. The general aim of this study is to determine what the role of nursing against gender violence as a health professional. In order which, I make a narrative systematic review based on a search in national databases: CSIC and CUIDEN and international databases: CINAHL, Sciencedirect and Pubmed. In order to deepen and create an order on the subject, the results obtained were classified into the origin of the gender violence (GV), which is believed to be in the unequal gender relations and causal factors based on the ecological model of Heise; the consequences on the health of women encompassing physical, mental, sexual dimension - reproductive and social. The obtained results about the nurse action were ordered first in the attitudes and training of healthcare professionals, after the detection of the problem including signs of violence, barriers to care put by victims by professionals and by last preventing the problem. From the review of these results, the general conclusion is that it is clear nurse action, showing that is necessary training of nurses on this topic and the lack of specific nursing research to provide scientific evidence to nurse performance against the GV and clarify the impact of prevention, as there is controversy on this topic.

Keywords: Gender Violence, Nursing, Violence against women, Health professionals.

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS**

AP: Atención Primaria

CCAA: Comunidades Autónomas

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud, en inglés World Health Organization

SNS: Sistema Nacional de Salud

VG: Violencia de Género en inglés Gender Violence: GV

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN-JUSTIFICACIÓN</b> -----	<b>Págs.7-8</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO : DEFINICIÓN Y TIPOS DE VIOLENCIA</b> -----	<b>Págs. 8-10</b>
<b>3. SITUACIÓN LEGAL EN ESPAÑA</b> -----	<b>Pág. 10</b>
<b>4. EPIDEMIOLOGIA</b> -----	<b>Págs.11-14</b>
<b>5. OBJETIVOS</b> -----	<b>Pág.14</b>
<b>5.1 Objetivo general</b> .....	<b>Pág.14</b>
<b>5.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>Pág.14</b>
<b>6. METODOLOGÍA</b> -----	<b>Págs. 14-16</b>
<b>6.1 Diseño y estrategia de la búsqueda</b> .....	<b>Págs-14-15</b>
<b>6.2 Resultado final de la búsqueda</b> .....	<b>Págs.15-16</b>
<b>7. RESULTADOS</b> -----	<b>Págs. 17-28</b>
<b>7.1 Violencia de género: origen y factores</b> .....	<b>Págs. 17-20</b>
<b>7.2 Consecuencias en la salud de las víctimas</b> .....	<b>Págs. 20-22</b>
<b>7.3 Abordaje enfermero</b> .....	<b>Págs. 22-28</b>
7.3.1 <i>Actitudes y conocimientos de los profesionales de la salud</i> ----	
<i>Págs. 22-23</i>	
7.3.2 <i>Detección: signos de violencia de género</i> -----	
<i>Págs. 23-25</i>	
7.3.3 <i>Barreras en la atención</i> -----	
<i>Pág. 26</i>	
7.3.4 <i>Prevención y promoción de la salud</i> -----	
<i>Págs.27-28</i>	
<b>8 CONCLUSIONES</b> -----	<b>Págs.28-30</b>
<b>9 BIBLIOGRAFÍA</b> -----	<b>Págs.30-33</b>

## 1. INTRODUCCIÓN- JUSTIFICACIÓN

La Violencia de Género (VG) es un problema global de la sociedad actual, ya que está presente en todos los países del mundo y en las diferentes culturas, sin importar el nivel socioeconómico, ni las clases sociales. <sup>1</sup>

La violencia contra la mujer tiene su origen en las desigualdades entre el hombre y la mujer y en la cultura que existe de utilizar la violencia como fuente para resolver problemas. <sup>2</sup>

En 1996, fue reconocido como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido a las graves consecuencias que ocasiona tanto en la salud de la mujer como en el sistema de salud. <sup>1,3</sup>

Las elevadas cifras de incidencia y mortalidad en todo el mundo, hace que se pueda afirmar que un tercio de todas las mujeres del mundo son víctimas o supervivientes de dicha violencia, con las secuelas y problemas de salud física y psíquica que desencadena, disminuyendo así la esperanza de vida de estas. <sup>1,4</sup>

La VG que más se da es aquella ejercida por la pareja o compañero sentimental de la mujer es la considerada violencia doméstica. <sup>4</sup>

La violencia contra las mujeres genera un gran impacto en salud, tanto en la salud social como en la personal, debido a las consecuencias que se generan que influyen y engloban todos los ámbitos y etapas de su vida, además no es un problema puntual, suele volverse un problema crónico, instaurándose en la vida de dichas mujeres por lo que detectarlo rápidamente hace que se prevengan consecuencias fatales. Por lo que los recursos sanitarios cumplen un papel fundamental en el reconocimiento y prevención de la violencia, ya que a lo largo de la vida de la mujer, tanto médicos/as, como enfermeros/as y auxiliares de enfermería, estamos en contacto en todas las etapas de la mujer, ya sea una relación directa o indirecta. <sup>1,4</sup>

Una identificación temprana de la víctima hace que las consecuencias disminuyan en gravedad y en número. <sup>5</sup>

Está demostrado que hacen un mayor uso de los servicios de salud que las mujeres que no sufren violencia y en los que mejor se puede detectar la violencia y a los que más acuden las víctimas, son el Servicio de Urgencias, Centros de Atención Primaria, Servicio de Obstetricia-Ginecología y Salud Mental. <sup>5,6</sup>

El abordaje de este problema es multidisciplinar, por lo que, por ejemplo, en el servicio de urgencias, dispositivo sanitario de fácil acceso, el personal, en este caso los/as profesionales de enfermería tenemos que abordarlo, valorando y garantizando la coordinación con otros servicios y generando continuidad en las actuaciones con el objetivo de que tengan calidad y los cuidados proporcionados sean coherentes a la situación de la mujer.<sup>3</sup>

La elección de esta temática para realizar mi trabajo ha sido debido a que en nuestra sociedad actual, la violencia contra la mujer sigue siendo uno de los problemas de salud más difíciles de tratar, ya que juegan diferentes factores, el primero de ellos la complejidad de conocer qué mujer sufre violencia, también el silencio, ya que todavía seguimos negando lo evidente, que la violencia de género existe como las elevadas cifras de morbilidad y mortalidad en la mujer demuestran, por lo que, bajo mi punto de vista, los/as enfermeros/as tenemos que conocer y saber reconocer los indicios de esta violencia, debido a que mantenemos un contacto directo o indirecto con las víctimas y familiares.

Además como mujer y futura enfermera creo que es fundamental conocer el tema en mayor profundidad, para poder luchar contra este problema de salud, por lo que he decidido que este trabajo se va a centrar en conocer cuál es el papel de la enfermería ante la violencia de género.

## **2. MARCO TEÓRICO : DEFINICIÓN Y TIPOS DE VIOLENCIA**

Para definir el concepto de VG, primero hay que conocer cuál es el significado de género, es el concepto sociocultural que engloba las costumbres y atribuciones que se dan a las mujeres y hombres en una sociedad y puede cambiar según sociedades, hay que diferenciarlo de sexo, ya que este concepto es biológico.<sup>5,7</sup>

Hay diferentes definiciones sobre violencia de género, como definición global se utiliza la que está reconocida en el Artículo 1 de la “Declaración sobre la eliminación de la violencia de la mujer” aprobada en la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993:

*«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 producen en la vida pública como en la vida privada»<sup>8</sup>*

En dicha declaración, se define en que ámbitos se abarca la violencia contra la mujer, y estos son en la familia y la comunidad, en la violación relacionada con la dote, en la violencia de



pareja, en las tradiciones culturales tradicionales que dañen a la mujer, como la mutilación genital femenina, en el trabajo y en el tráfico de mujeres y la prostitución forzada. <sup>4</sup>

La VG puede clasificarse en tipos según la forma de violencia en la que se presentan, en el Protocolo Común de actuación sanitaria ante la Violencia de Género se reconocen las siguientes formas de violencia contra las mujeres: <sup>8</sup>

- **Violencia física:**

Toda acción que implique el uso no accidental de la fuerza, que pueda ocasionar dolor, lesión o daño en el cuerpo de la mujer. Como por ejemplo, dar bofetadas, palizas, empujones, realizar quemaduras. Cualquier forma de este tipo de violencia es considerada también violencia psicológica

- **Violencia psicológica**

Se refiere a las conductas intencionadas que atentan contra la dignidad de la mujer y su integridad emocional/psicológica. Se manifiesta con amenazas, insultos, aislamiento social, humillaciones, control económico o con chantaje emocional.

Este tipo de violencia es menos visible que otros tipos, ya que en ocasiones la víctima identifica estas conductas como manifestaciones del propio carácter del agresor.

- **Violencia sexual**

Se denomina como tal a aquella imposición de comportamiento sexual a la mujer en contra de su voluntad, ya sea su pareja o no. Puede ser realizada de dos formas, la primera no implica contacto corporal, como puede ser comunicaciones obscenas mediante mensajes o gestos, insultos de corte machista, acoso sexual; el segundo cuando sí lo implica, como son los tocamientos, practicar relaciones sexuales no deseadas, violación.

En esta forma de expresión de violencia, también entra aquella producida contra el derecho reproductivo y sexual de la mujer, donde se abarca cualquier acto que prive a la mujer de su libertad para ejercer dichos derechos.

Dentro de este tipo de violencia, es necesario definir los términos de agresión sexual, violación, abuso sexual y acoso sexual.

La agresión sexual es aquella privación de la libertad sexual de la mujer realizada con violencia o intimidación. Dentro de la agresión sexual, la violación es aquella que consiste en la relación sexual forzada sin consentimiento de la mujer, y puede ser vaginal, anal u oral y puede implicar parte del cuerpo o de un objeto.

El abuso sexual es aquella privación de la libertad sexual sin el consentimiento de la mujer, pero sin violencia ni intimidación.

El acoso sexual comprende de todos aquellos comportamientos verbales, no verbales o físicos, cuyo objetivo sea vulnerar la dignidad y el entorno de la mujer, creando un espacio humillante y hostil. Este acoso puede darse en el trabajo, en la casa, en la familia, en los amigos.

### **3. SITUACIÓN LEGAL EN ESPAÑA**

En España en el año 2004, se publicó la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

En su artículo 15, se establece que las Administraciones Sanitarias, deben promover las actuaciones de los profesionales sanitarios para detectar precozmente la violencia de género y deben proponer medidas para la lucha contra esta violencia por medio de programas de sensibilización y formación continuada a dichos profesionales.<sup>8</sup>

En su artículo 16, se establece la creación de una Comisión contra la Violencia de Género en el Consejo Interterritorial del SNS compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas (CCAA) con conocimientos sobre este tema, entre sus funciones está apoyar y orientar la planificación de las medidas contra dicha violencia, evaluando y proponiendo aquellas que sean necesarias para la aplicación del protocolo de sanidad, con el fin de terminar con ella.<sup>8</sup>

En el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre de 2006, se incluye el diagnóstico y la atención a la este tipo de violencia en atención primaria y especializada en la cartera de servicios del SNS.<sup>8</sup>

En 2007, se editó en abril un Protocolo Común para el sistema sanitario español contra la violencia de género con el fin de homogenizar la prevención, diagnóstico, actuación y seguimiento; cuya revisión y actualización fue en el año 2012.<sup>8</sup>

Las CCAA realizaron protocolos de actuación, como por ejemplo en Andalucía, existe un plan de actuación en el Servicio de Urgencias, se creó el Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género, basado en el Protocolo Común de 2012.<sup>3</sup>

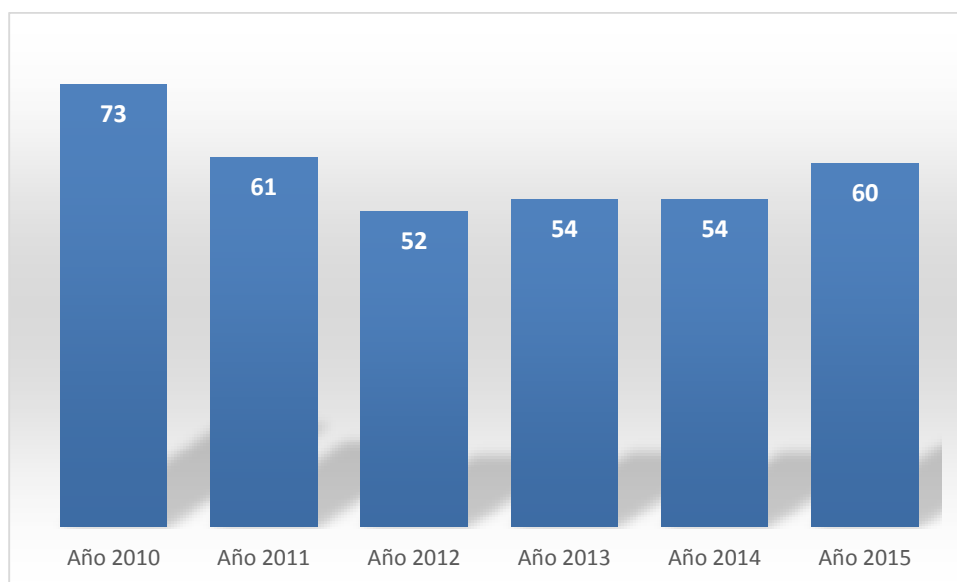
#### 4. EPIDEMIOLOGIA

Para ver el impacto que tiene este problema de salud pública en España, es necesario conocer datos exactos para conocer hasta donde alcanza la gravedad del problema, pero esto es complicado, debido a que los casos de violencia de género son difícil de cuantificar, ya que la mayoría no están identificados porque no han sido detectados, por lo que es difícil conseguir unos valores totalmente reales, ya que la violencia está “*infradiagnosticada, infradeclarada e infradocumentada*”.<sup>5</sup>

Como punto de partida, la mortalidad es un dato muy significativo de la importancia y el impacto de la violencia contra la mujer en nuestro país, es el dato que más impacto tiene en los medios de comunicación y más llega a la sociedad.

Según datos epidemiológicos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, basados en datos estadísticos del INE, en la Grafico 1, se puede observar las muertes por violencia de género en España de los años 2010 a 2015, en el 2012 se produjo un descenso de muertes y en el 2015 se ha volvió a incrementar el número a 60 víctimas mortales.<sup>8</sup>

Gráfico 1: Total de víctimas mortales por violencia de género en España (Años 2010-2015).



*Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia*

Las denuncias que se han producido por violencia de género desde 2010 a 2015 (Tabla 1), han descendido en el año 2015, último año registrado, con un número de 96.021.

En estos cinco años el mayor número de denuncias procede de atestados policiales en los que la víctima decide poner la denuncia, pero el número de estas presentadas directamente por las víctimas es mínimo respecto a los otros orígenes de denuncias, como podemos ver en el 2015 de las 96.021 denuncias totales, 3.935 han sido presentadas directamente por estas, lo que hace ver que hay muchos casos que no son revelados hasta que ocurre algún altercado mayor.

En cuanto a la implicación de la familia en las denuncias contra violencia de género se ve un incremento en el 2015, dato que puede significar la implicación del círculo familiar en ayudar a la víctima y no echar la vista atrás.

Tabla 1. Número de denuncias por Violencia de Género según origen .Años 2010-2015.

Origen de la denuncia	Número de denuncias por violencia de género					
	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Presentada directamente por víctima	11.158	12.082	10.750	12.269	9.769	3.935
Presentada directamente por familiares	487	450	435	625	651	1.310
Atestados policiales - con denuncia víctima	86.760	83.693	81.836	75.767	78.758	61.958
Atestados policiales - con denuncia familiar	1.697	1.092	1.189	1.247	1.421	1.239
Atestados policiales - por intervención directa policial	18.137	19.633	17.358	18.222	18.984	15.025
Parte de lesiones	14.640	15.290	14.727	14.363	15.029	10.998
Servicios asistencia- Terceros en general	1.226	1.762	2.182	2.400	2.130	1.556
<b>Total de denuncias</b>	<b>134.105</b>	<b>134.002</b>	<b>128.477</b>	<b>124.893</b>	<b>126.742</b>	<b>96.021</b>

*Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia*

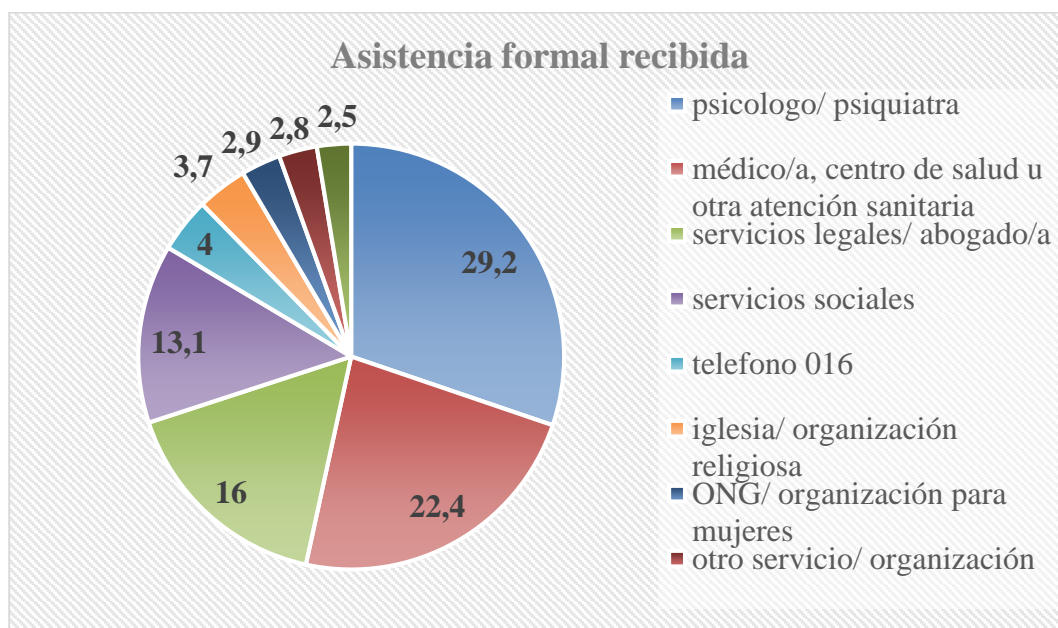
Para conocer la relevancia de este problema en España es necesario conocer más datos para ello, los datos que a continuación están expuestos, están obtenidos de la Macroencuesta de

Violencia contra la Mujer de 2015, que desde 1999 se realiza cada cuatro años y cuyo objetivo es conocer el porcentaje de mujeres que sufre violencia de género, cuya elaboración es realizada por la Delegación del Gobierno para la Violencia de género. <sup>10</sup>

Esta encuesta se pasó a mujeres residentes en España a partir de 16 años y la muestra fue de 10.171, en ella se engloban diferentes resultados organizados por capítulos.

Es fundamental saber a quién recurren formalmente las mujeres en primera instancia cuando sufren violencia por parte de sus parejas, los profesionales de enfermería estamos incluidos en esta asistencia formal, en los datos obtenidos sobre la asistencia formal recibida (Gráfico 2), el primer profesional al que recurren es al psicólogo/ psiquiatra ( 29,2%) y el segundo a médicos, centro de atención primaria y otras asistencias sanitarias ( 22,4 %), por lo que somos claves en el proceso de atención a la mujer víctima de violencia.

Gráfico 2. Asistencia formal recibida en mujeres que han sufrido violencia física, psíquica o han sufrido miedo por parte de su pareja.



*Fuente: Macroencuesta 2015. Elaboración propia*

En cuanto a las consecuencias en la salud, en la encuesta se define un concepto muy interesante, qué es cómo perciben las mujeres su estado de salud según el tipo de violencia que han recibido, según las variables: malo o muy malo, regular, muy bueno o bueno.

Los porcentajes más altos de mujeres entrevistadas que perciben su estado de salud como malo o muy malo son las que han sufrido violencia económica, sexual y física, los porcentajes por orden son 16,6 %, 14,4 % y 12,3 %. (Tabla 2).

Tabla 2. Estado de salud percibido por las mujeres en los últimos 12 meses.

TIPO DE VIOLENCIA	ESTADO DE SALUD PERCIBIDO POR LAS MUJERES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ( % mujeres )		
	Malo o muy malo	Regular	Muy bueno o bueno
<b>FÍSICA</b>	12,3	36,4	51,3
<b>SEXUAL</b>	14,4	35,6	50
<b>ECONÓMICA</b>	16,6	32,4	50,6
<b>DE CONTROL</b>	10,7	29,1	60,7
<b>EMOCIONAL</b>	11,8	33,8	54,2

*Fuente: Macroencuesta 2015. Elaboración propia*

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 Objetivo general

El objetivo de este trabajo consiste en conocer cuál es el papel de la enfermería en la atención de la violencia de género.

### 5.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos que nos hemos marcado en el trabajo son:

- Conocer el origen de la violencia de género y reconocer factores de riesgo.
- Identificar las consecuencias en la salud de la mujer de la violencia contra la mujer.
- Analizar el papel de la enfermería en la detección de la VG y en la identificación de signos y síntomas de VG.

## 6. METODOLOGÍA

### 6.1 Diseño y estrategia de la búsqueda

El diseño que hemos elegido para hacer el trabajo es una revisión sistemática narrativa. La estrategia de búsqueda se ha centrado en bases de datos nacionales y en bases de datos internacionales para la obtención de revisiones y estudios para conocer el papel de la enfermería ante la violencia de género.

Las bases de datos nacionales son CSIC y CUIDEN; las bases de datos internacionales son: CINAHL, ScienceDirect y PubMed. El acceso gratuito a estas bases ha sido posible mediante la página de la Biblioteca de la Universidad de Jaén.

También se han usado otros documentos utilizando otros recursos: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Junta de Andalucía, Instituto Nacional de la Mujer.

La búsqueda bibliográfica ha comprendido el periodo de enero a abril de 2016.

Las palabras clave usadas: Violencia de Género, Enfermería, Violencia contra la mujer, Urgencias, Maltrato. Estas palabras sirvieron para crear cadenas de búsqueda individuales para cada base de datos.

Para seleccionar los documentos correctos para mi trabajo en la búsqueda en las bases de datos he utilizado los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos de relevancia para el tema del trabajo.
- Acceso gratuito a texto completo.
- Idiomas: Español e Inglés.
- Tipo de estudio: sin restricción
- Población del estudio: sin restricción
- Tiempo: sin restricción

Las limitaciones que he encontrado en realizar la búsqueda han sido:

- La dificultad que he encontrado ha sido que hay muchos documentos, pero son muy generales, no abordan un tema en concreto.
- Además la mayoría no tratan solo de la enfermería, si no que hablan del resto de profesionales de salud, mencionando a ella.
- Documentos repetidos en distintas bases de datos

## **6.2 Resultado final de la búsqueda**

La búsqueda en las bases de datos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y la creación de cadenas de búsqueda para cada base ha dado como resultado los documentos para realizar el trabajo. La descripción del resultado viene detallada en forma de tabla. (Tabla 3)

Tabla 3: Resultados finales de la búsqueda

Cadenas de búsqueda	Base de Datos	Resultado (n° documentos)	Documentos revisados	Documentos seleccionados por título y resumen	Documentos descartados por título y resumen
Violencia generosa*	CSIC-IME	22	22	11	11
Violencia generosa*	CSIC-ISOC	170	170	8	162
Violencia contra la mujer	CSIC-IME	17	17	5	12
Violencia contra la mujer	CSIC-ISOC	191	191	5	186
Maltrato contra la mujer	CUIDEN	118	118	4	114
Violence against women and nurs*	CINAHL	48	48	8	40
Domestic violence AND nurs* AND emergenc*	CINAHL	52	52	16	36
Domestic violence and screen* and nurs*	Scencedire ct	50	50	6	44
Gender violence and detect	Scencedire ct	209	209	6	203
Gender violence and nursing	Scencedire ct	229	229	6	223
Violence against women prevention	Pubmed	201	201	10	191



## **7. RESULTADOS**

Los documentos seleccionados para realizar esta revisión han sido en total 85 tras leerlos he decidido quedarme con 34 documentos para analizar y redactar los resultados, por estar más en concordancia con los objetivos marcados en mi trabajo. En cuanto a los tipos de estudios seleccionados hay revisiones, estudios e investigaciones.

Para crear un orden de resultados hemos creído conveniente ordenarlos mediante temática común mediante apartados debido a la gran diversidad de información.

### **7.1 Violencia de género: origen y factores**

Para abordar la VG hay que conocer el origen y los factores que hacen ocurran este problema de salud.

Establecer un origen es complicado, se cree que está establecido en las relaciones desigualdades de poder entre el sexo masculino y el femenino, basado en las ideas de que la mujer es propiedad del hombre.<sup>1, 6</sup> Es un instrumento para los hombres para ejercer dominio y control ante las mujeres, ya que los hombres maltratadores han aprendido que la violencia es el mejor método para subordinar a la mujer.<sup>11</sup>

La sociedad se ha encargado de hacer invisible y natural la violencia dentro del ámbito privado de la pareja, con creencias sexistas para justificar las agresiones, en Cirici Amell et al, se describen algunos de los valores que nos inculca la sociedad a las mujeres desde la infancia como son: “al amor verdadero se le perdona todo”, “la mujer sola está incompleta”, “los abusos sexuales dentro del matrimonio no son letales”.<sup>6</sup>

Para intentar explicar como ocurre la VG en el tiempo en 1979, Leonore E. Walker estableció un modelo cíclico de violencia en el que el maltrato empeora de forma gradual hasta alcanzar un clímax y a continuación una “fase de luna de miel” que consiste en pedir perdón a la afectada y prometer que no se va a repetir la agresión, esto se puede considerar herramienta de manipulación emocional. La frecuencia y agresividad del maltrato empeora con el tiempo.<sup>6</sup>

En varios documentos se nombra el modelo de Heisse para enmarcar las causas de la VG, es un “marco ecológico integrado” en el que se encuentran 4 factores que se interrelacionan entre ellos y dan como fin un factor protector contra la violencia o factor de riesgo para que ocurra.<sup>4</sup>

Estos factores son:<sup>4, 6</sup>

- Individuales

En este factor se engloban hechos como:

- Haber sido padecido u observado VG en la familia.
- Padre ausente o que rechaza.
- Alcoholismo: el consumo de alcohol por parte del agresor está relacionado con una mayor frecuencia y gravedad de los episodios de violencia.
- Tener interiorizados los valores tradicionales de superioridad del hombre frente la mujer.

- Familiares/ relacionales

Este factor se refiere a las disputas que ocurren dentro de la pareja, como por el control del dinero y de la toma de decisiones por parte del hombre que pueden ocasionar situaciones de violencia.

- Comunitarios

La pobreza y el bajo estatus socioeconómico está relacionado con sufrir VG, también estar aislada socialmente.

En cuanto al apoyo social en el estudio Plazaola- Castaño, se estudia la relación entre tener apoyo y sufrir maltrato, los resultados que se obtuvieron fueron: las mujeres con apoyo social tenían un 89% menos probabilidad de sufrir maltrato por parte de su pareja; el 31% de mujeres con apoyo social refirió maltrato en algún momento de su vida, en cambio el 80% de las que no tenían apoyo lo refirió. <sup>12</sup>

- Socioculturales

La VG es considerada un instrumento de dominación y control, basada en las normas sociales que creen en la desigualdad entre hombres y mujeres, siendo los hombres los que tienen el poder sobre la mujer. Además de la creencia de usar la violencia para la resolución de conflictos.

El mayor factor de riesgo que existe es el hecho de ser mujer. <sup>11</sup>

Posterior a este modelo está el de creado por Corsi en 1994, que plantea 3 sistemas que son las dimensiones sociales y creencias en las que un individuo se desarrolla y están en continua interrelación. El primero es el Macrosistema: conjunto de creencias sobre la concepción de género que se mantiene en un orden establecido en la sociedad; el siguiente es el Exosistema, las creencias sexistas nacen en la comunidad (grupos en los que se relaciona) en la que el individuo nace y crece; el último es el Microsistema: las estructuras y patrones de interacción familiares. <sup>13</sup>

Es interesante ver como las mujeres definen el estado de violencia, en una investigación realizada en Málaga a mujeres víctimas de la VG describieron su estado de violencia con la metáfora del “torbellino”, cuyas características son: “ceguera” (no ven lo que les ocurre), “aislamiento” ( están aisladas de lo que las rodea como prisioneras ), “indefensión” ( se sienten incapaces de salir de la situación), “sufrimiento” ( dolor y desesperación), “destino” ( creen que es fruto de la suerte que tengan), “dependencia” ( se aferran al agresor), “fantasías de amor, protección y cambio” ( piensan que los agresores las quieren y que la situación cambiara), “anulación” ( se quedan dentro del torbellino diciendo que esa es su vida aunque sabe que las anula) y “circulo vicioso” ( las situaciones adversas no cesan).<sup>14</sup>

El tiempo de inicio de la VG de pareja suele comenzar en los primeros años de relación, pero las victimas tardan una media de 8 años en comentárselo a los profesionales de la salud, y en poner denuncia unos 5- 10 años y las causas que se proponen en la tardanza de denunciar son los factores que se relacionan con el aguante. Las mujeres que sufren VG son conscientes del aguante, los factores que relacionan con este aguante son: <sup>6, 14</sup>

- Incertidumbre por no saber qué hacer ni dónde acudir.
- Falta de decisión para actuar.
- Sensación de fracaso si se sale de la situación.
- Amor hacia el agresor.
- Habitación a las agresiones.
- Falta de apoyo social.
- Cargas y responsabilidades, como la protección los hijos.
- Imagen de sí misma y pública.
- Miedo.
- Dependencia psicológica y económica.

El factor que actúa como eje central para modular las decisiones de las mujeres es el miedo. Este miedo es por el agresor, sienten peligro por su vida; por los hijos, sienten que los pueden perder o que les ocurra algo malo; a pedir ayuda y a denunciar; a la soledad, tienen dependencia emocional con el agresor y no conciben la vida sin esta persona; y a recibir ayuda, temen que se pueda enterar el agresor y que las consecuencias sean fatales.<sup>15</sup>

En la actualidad además de la dificultad que estos factores suponen en la mujer víctima para denunciar se adjunta la utilización del Síndrome de Alientacion Parental (SAP) por el sistema judicial, que consiste en culpabilizar al progenitor que tiene la custodia de los hijos, en este

caso nos referimos al que concierne a la mujer, en ponerlos en contra del otro progenitor mediante la manipulación.<sup>6</sup>

En Trias Capella et al, se reflejaron las motivaciones y situaciones que acompañaron a sucesos de VG, en el 39% estuvo presente el alcohol, en el 29% los celos fue el desencadenante, en un 12% los problemas familiares, en un 23% los problemas de pareja y sin motivo aparente un 7%.<sup>16</sup>

## **7.2 Consecuencias en la salud de las víctimas**

La VG puede considerarse factor de riesgo para la salud de las mujeres por todas las consecuencias negativas que tiene en todos los aspectos de la salud. Los efectos de la violencia abarcan consecuencias negativas en la salud física, mental y sexual y reproductiva y social.<sup>6</sup>

En Ruiz Peña et al (2009), estudio descriptivo transversal realizado a mujeres de Algeciras, el 32,4% ha sufrido algún tipo de maltrato por su pareja, el 88,57% ha sufrido violencia psicológica, el 57,14% física y el 22,86% sexual.<sup>2</sup>

En un estudio realizado en Málaga, el 60% de mujeres maltratadas respondió que el maltrato les había causado problemas de salud, el 32% problemas psicológicos (ansiedad y depresión) y el 19% físicos, un porcentaje alto sufrió problemas ginecológicos (24%), además el 25% recibió asistencia médica por las lesiones. En cuanto a las consecuencias en aspectos sociales la que se vio más afectada era la inadaptación de la vida cotidiana, seguida de la relación de pareja, el tiempo libre y la vida social.<sup>13</sup>

En Raya Ortega et al, se relaciona los indicadores de salud física, psíquica y autopercebida, donde se asocia a la mujer maltratada a pasar más de 7 días encamada, a presentar mayores enfermedades psíquicas y peor salud percibida con valores estadísticamente significativos.<sup>17</sup>

### **- Consecuencias en la salud física:**

Las consecuencias en la salud física que se recogen en los estudios que más sufren las mujeres son: dolores crónicos que suelen ser inespecíficos como dolor de cabeza, de espalda, cansancio y trastornos relacionados con el sueño, capacidad física reducida, síndrome de colon irritable, fibromialgia, problemas gastrointestinales, lesiones en los órganos genitales, rotura de tímpano, fracturas de miembros, contusiones, heridas y hematomas sobre todo en zonas no visibles.<sup>1,6</sup>

En un estudio descriptivo de las denuncias por violencia de género en 404 casos, se registraron como mecanismos de lesión que el 94,7% eran contusiones, el resto por arma blanca, agente químico, arma de fuego. Las zonas corporales donde se realizó la agresión fueron: en mayor frecuencia 56% extremidades superiores, el 38% en la cara, el 38% en el cuello y tronco, el 20% en extremidades inferiores y el 13% en el cráneo. Del total de las lesiones el 94% requirieron asistencia médica y las restantes asistencia quirúrgica. <sup>16</sup>

- Consecuencias en la salud mental:

Depresión y ansiedad, baja autoestima, pensamientos de culpa, trastornos psicosomáticos, crisis de pánico y fobias, trastornos de alimentación como anorexia y bulimia, trastorno de estrés postraumático. <sup>1</sup>

El estrés postraumático se sufre en el 31 y 85% de los casos de mujeres maltratadas, y consiste en la experimentación repetida e involuntaria del suceso traumático en pensamientos y pesadillas recurrentes, evitación de estímulos asociados al trauma (evitación de personas o lugares que le recuerden al hecho) y niveles altos de activación: insomnio, irritabilidad, dificultades de concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto. <sup>6</sup>

En Ulla-Diez et al, se analiza la relación de la VG con las consecuencias en salud mental y los resultados estadísticos significativos fueron que las sufridoras de esta violencia tenían 5 veces más de riesgo de consumir alcohol, más del doble para consumir antidepresivos y casi el doble de pérdida de energía frente a las que no sufrieron maltrato. <sup>18</sup>

- Consecuencias en la salud sexual y reproductiva:

Embarazos no deseados, relaciones sexuales forzadas y sin protección, embarazos de alto riesgo, enfermedades de transmisión sexual (VIH), abortos, administración repetida de la píldora postcoital, infecciones urinarias de repetición <sup>1,6</sup>

Según datos de la OMS, la mujer que ha sufrido violencia tiene un 16% de más probabilidad de dar a luz a niños con insuficiencia ponderal, más del doble de probabilidades de sufrir un aborto y 1,5 veces más propensas a contraer el VIH. <sup>19</sup>

- Consecuencias en la salud social:

La consecuencia más notoria sería el aislamiento social progresivo, se produce un distanciamiento en sus redes de apoyo, actividades de diversión, absentismo en el lugar de trabajo hasta en muchas ocasiones perderlo. <sup>6</sup>

### 7.3 Abordaje enfermero

El Consejo General de Enfermería español destaca los dos ámbitos en los que debe actuar el personal de enfermería, son el ámbito educativo y sanitario. La prevención, detección y rehabilitación de las víctimas de violencia contra la mujer. <sup>11</sup>

Al afrontar el problema como una vista integral la posibilidad de que se prevenga se convierte en realidad, además de crearse grupos de apoyo para que la víctima sea atendida con seguridad y protección suficiente. <sup>20</sup>

Las mujeres que sufren esta violencia acuden más al sistema sanitario y tienen peor estado de salud. <sup>19</sup>

Según datos de la American Medical Association, se estima que un 25-35% que las mujeres que acuden al servicio de urgencias lo hacen por ser víctimas de un suceso de VG, un 14% de las mujeres que acuden a centros de AP recibe malos tratos y el 28% los padecían en el pasado. También se recoge que el 25% de mujeres que se han intentado suicidar ha sido por esta causa y el mismo porcentaje acude a servicios psiquiátricos por la misma razón. <sup>21</sup>

#### 7.3.1 Actitudes y conocimientos de los profesionales de la salud

Hay varias investigaciones sobre las actitudes que tienen los profesionales de salud para afrontar la VG y los conocimientos que tienen sobre el tema, fundamental saber cómo afrontamos el problema.

En el estudio de Coll-Vinet et al, realizado a médicos/as y enfermeros/as de un Hospital de Barcelona, en el que la proporción de enfermeros/as era del 49,5% de la muestra total, se obtuvieron los siguientes resultados: el 87,1% del total dejó constancia de que la VG era un problema bastante o muy importante, el 92% y 62% indicó que se trataba de un problema social y judicial, por orden. El 60,1% considero que tenía un papel bastante o muy importante en la detección y el 18% creyó tener bastante o muchos conocimientos para atender a estas pacientes. El 16% asistió a cursos sobre el tema. <sup>22</sup>

En otro estudio Matud et al realizado en Canarias, se evalúan a 58,6% de enfermeros/as de la muestra total de personal sanitario, para ver entre otras cuestiones la formación que tienen sobre este problema de salud, un 68,7% no recibió ninguna formación por el Hospital donde trabajan, el 18,2% recibió formación por iniciativa propia, del personal que tenía formación el 55,7 % eran profesionales de enfermería. En cuanto a las intervenciones ante VG, la mayoría fue el tratamiento de las lesiones físicas (35,9%) y respecto al seguimiento prevaleció el no

seguimiento al sí (48,8% a 33,3%).<sup>23</sup> En este estudio se analizaron que causas creían los profesionales de la salud por las que se producía la VG, se establecieron 10 categorías de respuesta, además de que un 3% contestó que no sabía cuál era la causa:<sup>23</sup>

1. Machismo y sociedad patriarcal. El 42% respondió que esta era la causa.
2. Enfermedad y problemas psiquiátricos del agresor. El 25,8% del total.
3. Problemas en la pareja. El 6,1% del total.
4. Multicausal. El 5,6% del total.
5. Problemas del agresor con el alcohol y/o drogas. El 4,5% del total.
6. Culpa de la mujer. Otro 4,5% del total.
7. Por la naturaleza masculina. El 4% del total.
8. Por aprendizaje y por la cultura. El 3,5% del total.
9. Por problema individual de la persona. El 2,5 % del total.
10. Sociedad violenta actual. El 1% del total.

En otro estudio realizado al personal de enfermería de centros de AP de Oviedo y Asturias para evaluar el conocimiento sobre VG, el 53,3% presenta un conocimiento medio, el 13,2% bajo y el 33,3% alto. Creen que el tipo violencia más frecuente es el físico seguido del psicológico, un 66,7% y un 33,3%, aunque creen que el que más pasa por desapercibido en la detección es el psicológico (un 82,9%).<sup>24</sup>

En Tower et al, se entrevista a varias enfermeras cuyo trato con la VG se resume en que es algo del ámbito privado, no hablan con un concepto claro de violencia de género rehúyen a nombrar el problema como es y tienden a alejarse de la paciente en la mayoría de entrevistas realizadas.<sup>25</sup>

### *7.3.2 Detección: signos de violencia de género*

Para detectar a las víctimas hay que crear un clima de empatía, confidencialidad y privacidad en el espacio sanitario, para así dar pie a que las pacientes nos cuenten su estado; es necesario saber escuchar, detectar, evaluar cualquier signo que nos dé indicio de violencia. Se recomienda un cribado de rutina en los servicios de: Urgencias, Obstetricia, Atención Primaria y Salud Mental, ya que son los espacios donde más acuden las víctimas.<sup>6</sup>

Como comienzo hay que diferenciar los dos perfiles que acuden a los servicios sanitarios en mujeres jóvenes y mujeres de edad adulta. En el primer caso, las lesiones son agudas y acuden a los servicios de urgencias, son un poco más fáciles de detectar como sufridoras de VG, en el

segundo caso, las mujeres de mayor edad presentan malos tratos de larga duración en el tiempo, es más difícil de detectar y la detección se produce cuando se crea un clima de confianza y continuidad asistencial en sus profesionales sanitarios de referencia.<sup>26</sup>

. Las enfermeras del servicio de urgencias tienen que estar muy alerta, ya que asisten más a este servicio y conocer de estos signos, ya que de nuestra valoración depende el futuro de la paciente.<sup>27, 28</sup>

Los signos de salud:<sup>6, 27, 29</sup>

- Disparidad entre el incidente que explica y la lesión que presenta.
- Retraso entre la lesión y el momento en el que reclama la asistencia sanitaria.
- Presencia de diferentes hematomas de distinto grado y marcas de lesiones anteriores.
- Presencia de lesiones bilaterales: cabeza, cuello, tórax y abdomen.
- Presencia de lesiones que indican postura de defensa.
- Presencia de signos de estrangulación.
- Fracturas de huesos nasales, dientes y mandíbula.
- Desgarros en los lóbulos de la oreja (pendiente arrancado) o rotura timpánica.
- Presencia de síntomas inespecíficos como cefaleas, lumbalgias, dolor abdominal, insomnio, apatía...
- Afecciones genitourinarias ( dispareuria, dolor pélvico)
- Interrupciones voluntarias del embarazo, uso de la píldora post-coital, embarazos repetidos, lesiones durante la gestación, abortos “espontáneos” tras caídas.
- Actitudes sobresaltadas o temerosas ante preguntas o ante exploración.
- Presencia de la pareja en todo momento.

Si se observa algunos de estos signos hay que conseguir un espacio tranquilo y como anteriormente he citado, para poder entrevistarnos con la mujer en mayor profundidad.<sup>27</sup>

En cuanto a los instrumentos que están disponibles para usar en la detección, en el estudio Plazaola-Castaño et al (2008), se realizó la validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST), instrumento para identificar en Atención Primaria( AP) si existe abuso sexual o físico en la mujer por su pareja, las conclusiones que se sacaron de este estudio fue que se puede usar este instrumento pero con cautela y que de los dos criterios que hay para evaluar las respuestas el segundo criterio tiene mayor sensibilidad 91,4% para detectar el maltrato.<sup>30</sup>



Hay varios estudios que se han centrado en la detección de mujeres víctimas de VG en un área de AP, uno de ellos refleja que del total de mujeres encuestadas en el centro de salud el 32% sufrió algún tipo de maltrato alguna vez en su vida, en el momento que se realizó el estudio las que sufrían VG era un 17,8%, el 30,8% de mujeres sufrió maltrato psicológico alguna vez en su vida y el 38,4 % de mujeres que han sido maltratadas reconoció haberlo sido durante más de 5 años. <sup>31</sup>

Se han propuesto cribados rutinarios para detección precoz de la VG como anteriormente he citado, en un estudio realizado alrededor de tres cuartas partes de las mujeres preguntadas directamente se encontraron cómodas con la pregunta, las proporción de mujeres que se sintieron incómodas fue mayor en las que sufrían VG. <sup>32</sup>

Una vez detectado el problema hay que coordinarse con el resto de profesionales, ya que es un problema multidisciplinar, y hay que evitar que la mujer sufra una victimización secundaria por el trato que le demos en nuestro espacio. <sup>6</sup>

En las recomendaciones de la OMS se engloba lo anteriormente citado: <sup>11</sup>

- Realizar preguntas sobre la existencia VG como rutina.
- Estar alerta a los signos de violencia.
- Dar una atención sanitaria integral y registrar los resultados obtenidos en el historial de la paciente.
- Ayudar a entender que lo que le ocurre es desencadenante de la situación que sufre y el miedo.
- Informar sobre los recursos disponibles en la comunidad.
- Privacidad y confidencialidad cuando se vaya a tratar el tema.
- Evitar actitudes de victimización y culpabilidad de la paciente y crear un apoyo durante todo el proceso.
- Establecer coordinación con el resto del equipo

### *7.3.3 Barreras en la atención*

La valoración que realizan las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida es necesaria para saber que sensaciones son las que tienen sobre los profesionales de la salud, en Sánchez Castro et al, se recogen las conclusiones de las víctimas respecto a este tema. Las mujeres dicen que hay que convencer al personal sanitario cuando se trata de malos tratos psíquicos, relacionan la asistencia sanitaria a lesiones físicas solo, acuden a la sanidad para

buscar ayuda, pero no en primera instancia, de una manera indirecta esperando que los profesionales sanitarios detecten el problema; acuden muchas veces a centros de atención primaria y ven la atención sanitaria como cuestión del azar y la suerte “si te toca alguien malo”. Una vez detectado el problema reconocen no haber tenido un seguimiento por parte de los profesionales de salud que las han tratado y reclaman una actitud más empática por parte de estos. <sup>33</sup>

En otro estudio realizado para ver el trato recibido en víctimas por VG en los servicios de urgencias, las 3 barreras más significativas que se encontraron fueron la falta de privacidad, tiempo reducido que no permitía indagar y dificultad para saber cómo preguntar sobre la VG. Las sensaciones que más repitieron las mujeres fueron la sensación de ser culpables del abuso, humillación por como las trataron y la no identificación de su problema. <sup>29</sup>

En otro estudio además de los anteriores citados se añade, la falta de formación en el tema, la resistencia de los pacientes a recibir ayuda, incapacidad en cubrir las necesidades de los pacientes por no saber dar el apoyo que necesitan. <sup>34</sup>

#### 7.3.4 *Prevención y promoción de la salud*

Es complicado prevenir este problema de salud, ya que hay que para prevenir lo primero que hay que hacer es formar a los profesionales de la salud, cuya formación en este aspecto es baja, lo que dificulta la sensibilización a los demás.<sup>6</sup>

Se han creado guías en las que se incluye los siguientes aspectos y en los que las enfermeras podemos formar parte de ello, ya que estamos en contacto con personas y podemos ponerlas en marcha.<sup>35</sup>

En la Ley española del 2004(Ley orgánica de las medidas de protección integral contra la violencia de género) se reconoce la prevención de la VG, para lo que hay que conocer los niveles de prevención que la OMS recomienda son:<sup>36</sup>

- Prevención primaria: conjunto de intervenciones cuyo fin es prevenir la violencia antes de que ocurra.

Dentro de este nivel se podrían englobar las siguientes intervenciones:<sup>35</sup>

- Reducir la disponibilidad y consumo excesivo de alcohol.
- Promocionar la igualdad de sexos.
- Modificar las normas sociales y culturales que favorecen la violencia.

Para ello se puede participar en la educación de la sociedad mediante trípticos, poster, video y participar en las campañas para información a las mujeres sobre VG.<sup>37</sup>

- Prevención secundaria: conjunto de intervenciones dirigidas a la respuesta inmediata para frenar la violencia.

Aquí entrarían las intervenciones de:

- La anterior citada detección temprana de la VG.

En cuanto este tema existe controversia ya que no hay suficiente estudios para recomendar a favor o en contra del “screening” rutinario de VG.<sup>38</sup> Aunque en los estudios en los que se ha obtenido como resultado una valoración positiva de este “screening” se obtienen las siguientes conclusiones:<sup>37</sup>

- \* Se incrementa la conciencia del problema entre los profesionales de salud y la comunidad.
- \* Se ejerce mayor presión para el incremento de recursos y calidad de formación del personal sanitario.

- \* Se generan habilidades y actitudes más sensibles en el personal de salud respecto a este tema.
  - \* Se ejerce una mayor presión para que se aumenten los recursos de las víctimas tras haberse reconocido su situación.
  - \* Al detectar precozmente la VG, se disminuyen las consecuencias en la salud de las mujeres víctimas.
- Formación del personal sanitario, debe incluir: el conocimiento de los factores de riesgo, indicadores de VG, la prevalencia del problema y las consecuencias en salud.<sup>37</sup>
- Prevención terciaria: conjunto de intervenciones centradas en la atención después del reconocimiento de VG.

En este nivel las intervenciones estarían relacionadas con:

- La rehabilitación y reintegración de la mujer víctima de VG.
- La atención para reducir impacto del trauma y la discapacidad de larga duración que este problema integra.

## **8. CONCLUSIONES**

Como primera conclusión que hago tras analizar los documentos es que falta investigación y realización de estudios por parte de la enfermería sobre este tema, ya que hay muchos documentos pero la mayoría no se centran en el profesional de enfermería, ni en la VG en general, si no que se centran en grupos de mujeres específicos lo que hace compleja la profundidad en el tema.

En cuanto al origen y los factores de la VG, hay diversas corrientes, las más repetidas son el origen basado en las desigualdades entre hombre y mujer desde tiempos inmemorables hasta la actualidad, y los factores relacionados se basan en el modelo creado ecológico por Heise, en el que he encontrado documentos que sustentan que el factor social es: o un factor protector si se tiene o un factor de riesgo si no se tiene, aunque también se describen otros modelos como el de Corsi.

La valoración que hacen las mujeres y los factores que relacionan para no salir del problema son diversos, pero el que más les cohibe es el miedo, es el eje central por el que se rigen sus actuaciones.

La VG es considerada un factor de riesgo para la salud de las mujeres, las consecuencias que se producen en la mujer por presenciar violencia abarcan la salud física, mental, reproductiva y sexual y social.

En la salud física las consecuencias son muy diferentes e inespecíficas, como cefaleas, problemas crónicos y lesiones, la mayoría de estas son muy características de producirse en cabeza, cuello y cara, además de las lesiones que indican defensa y las fracturas de huesos, de nariz y la rotura timpánica.

En la salud mental, los diferentes problemas que se ocasionan son: depresión, ansiedad y un trastorno que es muy significativo de la VG es el estrés postraumático.

En la salud reproductiva y sexual, las mayores consecuencias son embarazos no deseados, abortos, enfermedades de transmisión sexual y pérdida del derecho de libertad sexual.

En la salud social se produce un distanciamiento de la víctima a realizar sus actividades lúdicas y a relacionarse con los demás, se crea soledad de la mujer.

Las conclusiones que saco en cuanto al abordaje enfermero de este problema son:

- Las actitudes de los profesionales son buenas, pero los conocimientos sobre el tema son bajos y los que se tienen están equivocados, resultan insuficientes los documentos que hay para evaluar si la formación es correcta.
- El personal de enfermería tiene un papel muy importante ante la detección del problema, reconociendo los signos, que en varios artículos se han reconocido, y lo fundamental para reconocerlos es poner empatía, confidencialidad y crear un espacio en el que la mujer pueda hablarnos ampliamente del tema guardando su privacidad y no victimizando a la mujer sufridora de violencia.
- Existen barreras en la atención, las puestas por los propios profesionales y por las mujeres víctimas, como puede ser la falta de tiempo, la conciencia de privacidad por los profesionales y la resistencia por parte de las víctimas.
- La prevención es un tema con controversia, ya que aunque existe evidencia científica que puede ser buena para reconocer y disminuir la VG en cuanto al cribado de detección precoz se refiere, hay datos buenos y malos, por lo que hace que en este tema haya que investigar más. En España la legislación existente incluye la prevención basándose en las recomendaciones de la OMS.

Como conclusión final, la enfermería tiene un papel muy importante en el abordaje de la violencia contra la mujer, debido al lugar que tiene en los servicios sanitarios, queda un largo camino por recorrer en cuanto a investigación enfermera para crear evidencia científica en las actuaciones para luchar contra este tipo de violencia, además de necesitar mejorar la formación del personal de enfermería para así poder detectar, prevenir y dar luz en la sociedad

este problema de salud que tantas consecuencias de salud tiene en la mujer, siempre conociendo la coordinación con los otros profesionales de la salud y conociendo los recursos disponibles para crear una atención integral y evitar que la mujer quede en el olvido una vez detectado el problema.

## **9. BIBLIOGRAFÍA**

(1) Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García dV, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004; (18):182-188.

(2) Ruiz P M, et al. Violencia de género en un área de salud. *Semergen.* 2010; 36 (4): 202-207.

(3) Agüera C, Llamas C, de Torres F, Aranda M, Fernández JC, Távora A. Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género. 2012.

(4) Ruiz I, Blanco P, Vives C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit.* 2004; 18:4-12.

(5) Rohlfs I, Valls-Llobet C. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gac Sanit.* 2003; 17(4): 263-265.

(6) Cirici R, Querol N, Ripoll A. La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género?. *FMC.* 2010; 17 (8): 550-559.

(7) Espinar E, Mateo MÁ. Violencia de género: reflexiones conceptuales, derivaciones prácticas. *Pap Rev Sociol.* 2007; (86):189-201.

(8) Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Comisión contra la Violencia de Género. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2007.

(9) Portal Estadístico Delegación del Gobierno para la Violencia de Género [Página de Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; c2016 [citado 2016 Abril 17]. Disponible en:

<http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>

- (10) Delegación Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones ed.; 2015.
- (11) Pérez C, Manzano M. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. *Cul Cui*. 2014; 18 (40):107-115.
- (12) Izquierdo M. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Enferm Clínica*. 2010; 20(2):134-135.
- (13) Domínguez JM, García P, Cuberos I. Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anal psicología*. 2008; 24(1):115-120.
- (14) Muñoz F, Burgos M, Carrasco A, Martín M, Río J, Ortega I, et al. El torbellino de la violencia. *Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. Aten Primaria*. 2009; 41(9):493-500.
- (15) Martín JR, de la Fuente D, Castro ABS, Castro SS. Los factores que modulan las decisiones de las mujeres maltratadas. *Nure Inv*. 2008; 5(32).
- (16) Trias Capella ME, Martín Fumadó C, Taranilla Castro AM, Trías Capella R, Bernal Martí X, Rebollo Soria M, del Carmen. Estudio descriptivo de la violencia de género: análisis de 404 casos. *Rev. Medica Chile*. 2013; 39(1):7-11.
- (17) Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García dV, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*. 2004; 34(3):117-117.
- (18) Ulla S, Velázquez C, Notario B, Solera M, Valero N, Olivares A. Prevalencia de violencia contra la pareja y sus relaciones para indicadores de salud física y psicológica. *INT J CLIN HLTH PSYC*. 2009; 9(3):411-427.
- (19) Calvo G, Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Global*. 2014; 13(33):424-439.
- (20) Peixoto JM, Gessolo KM. Violencia de género nuevas realidades y nuevos retos. *Saúde Soc*. 2008; 17(3): 161-170

- (21) Alonso M, Bedoya J, Cayuela A, Dorado M, Gómez M, Hidalgo D. Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Prog Obstet Ginecol*. 2004; 47(11):511-520.
- (22) Coll B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santià M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008; 22(1):7-10.
- (23) Aznar MPM, Matud MT, Delgado R, Marichal DF, Manjón-Cabeza RA. El personal sanitario ante la violencia de género. *Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista*. 2009(8):139-156.
- (24) Valdés CA, García C, Sierra Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten Primaria*. 2016.
- (25) Muñoz F, Burgos M, Carrasco A, Martín M, Río J, Villalobos M, et al. Investigación cualitativa en mujeres víctimas de violencia de género. *Aten Primaria*. 2006; 37(7):407-407.
- (26) Tower M, Rowe J, Wallis M. Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemp Nurse*. 2012; 42(2):216-225.
- (27) Gibbons L. Dealing with the Effects of Domestic Violence. *Emerg Nurse*. 2011; 19(4):12-17.
- (28) Malecha A. Screening for and treating intimate partner violence in the workplace. *AAOHN J*. 2003; 51(7):310-318.
- (29) Ellis JM. Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Crit Care Nurs Q*. 1999; 22(1):27-41.
- (30) Plazaola J, Ruiz I, Hernández E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit*. 2008; 22(5):415-420.
- (31) Ruiz I, Plazaola J, Blanco P, González J, Ayuso P, Montero M. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit*. 2006;20(3):202-202.



- (32) Sethi D, Watts S, Zwi A, Watson J, McCarthy C. Experience of domestic violence by women attending an inner city accident and emergency department. *Emerg Med J.* 2004; 03:180-184.
- (33) Castro SS, de la Fuente D, Castro ABS, Martín JR. Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida. *Nure Invest.*2010;7(48).
- (34) Allard C. Caring for People Who Experience Domestic Abuse. *Emerg Nurse.* 2013; 21(2):12-16.
- (35) Suelves JM, Jané M, Plasència A. Violencia del compañero íntimo contra la mujer: una mirada desde la Salud Pública. *Rev Esp Med Legal.* 2010; 36(3):98-103.
- (36) Ortiz-Barreda G, Vives-Cases C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gac Sanit.* 2012; 26(5):483-489.
- (37) Gracia E, Lila M. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Rev Medica Chile.* 2008; 136(3):394-400.
- (38) Wathen CN, MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ.*2003; 169(6):582-584.