



Universitat d'Alacant  
Universidad de Alicante

Facultat de Ciències de la Salut  
Facultad de Ciencias de la Salud

**PERCEPCIÓN DE NECESIDADES  
POR PROFESIONALES DE  
ENFERMERÍA PARA EL MANEJO  
DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**AUTORA: ANDREA GARALUT MOLINA**

**TUTORA: CARMEN VIVES-CASES**

GRADO EN ENFERMERÍA  
CURSO ACADÉMICO 2018-2019

## ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. MÉTODOS.....	4
3.1. Muestra.....	4
3.2. Recopilación de datos.....	5
3.3. Análisis de datos.....	5
4. RESULTADOS.....	5
5. DISCUSIÓN.....	11
5.1. Limitaciones.....	15
6. CONCLUSIONES.....	15
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16

## **RESUMEN**

*Objetivo:* Explorar las principales necesidades percibidas por profesionales de la enfermería para el manejo de la violencia de género desde el sector sanitario.

*Métodos:* Estudio cualitativo basado en la realización de 5 entrevistas semiestructuradas a 2 enfermeras de atención primaria y a 3 de atención especializada de la ciudad de Alicante (2019). Con la información resultante, se realizó un análisis de contenido cualitativo.

*Resultados:* Las enfermeras se sienten inseguras en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género. Dicha inseguridad viene determinada por 4 factores claves: condiciones laborales referentes al tiempo asistencial y la privacidad, coordinación con otros profesionales, el uso del protocolo y formación pregrado y posgrado. De forma transversal a estas categorías surgió un tema latente: la necesidad de mayor formación y preparación en identificación y manejo de casos de violencia de género a nivel de pregrado y posgrado.

*Conclusiones:* Para mejorar la identificación y atención a las mujeres en situación de malos tratos, las enfermeras consideran primordial recibir una formación más exhaustiva, práctica y obligatoria, facilitando el acceso y la participación de las propias profesionales. Tener más tiempo asistencial en un entorno que favorezca la privacidad, mejorar la coordinación con otros profesionales y servicios e la existencia de un protocolo más corto y manejable también juegan un papel clave para conseguir una respuesta eficaz a los casos de violencia de género.

*Palabras clave:* Violencia de género; Enfermería; Barreras; Formación

## **ABSTRACT**

*Objective:* To explore the main needs perceived by nursing professionals for the management of gender-based violence from the health sector.

*Methods:* Qualitative study based on the performance of 5 semi-structured interviews with 2 primary care nurses and 3 specialized care nurses in the city of Alicante (2019). With the resulting information, a qualitative content analysis was carried out.

*Results:* Nurses feel insecure in the care of women victims of gender-based violence. This insecurity is determined by 4 key factors: working conditions related to healthcare time and privacy, coordination with other professionals, the use of a protocol and

undergraduate and postgraduate training. A latent theme arose transversally to these categories: the need for more training and preparation in the identification and handling of cases of gender violence at the undergraduate and graduate levels.

*Conclusions:* In order to improve the identification and care of women in situations of abuse, nurses consider it essential to receive more exhaustive, practical and mandatory training, facilitating access and participation of the professionals themselves. Having more healthcare time in an environment that favors privacy, improving coordination with other professionals and services and the existence of a shorter and more manageable protocol also play a key role in achieving an effective response to cases of gender-based violence.

*Keywords:* Gender-based violence; Nursing; Barriers; Training

## INTRODUCCIÓN

La violencia de género ha sido definida como un problema de salud pública, así como una violación de los derechos humanos que tiene lugar en todos los países, sociedades y culturas, llegando a ser un problema de proporciones epidémicas. Según datos de la OMS(1), el 35% de las mujeres del mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja. A nivel europeo, se ha estimado cifras de prevalencia que van de un 8% en Dinamarca hasta un 45% en Finlandia (2), y dentro de Estados Unidos de entre un 20% y un 25% las mujeres que han experimentado VG al menos una vez en su vida (3). En España, según datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se estima que más de ciento cincuenta mil mujeres fueron víctimas de violencia de género en 2017, lo que supone un 17,5% más que en 2016 (4).

La violencia de género acarrea un gran coste sanitario a nivel mundial y territorial. Se calcula que los costes anuales de la violencia contra la mujer ascendieron a 5.800 millones de dólares en los Estados Unidos y a casi 33 millones de dólares en Inglaterra y Gales (5). A nivel nacional, en concreto en la Comunidad Valenciana durante el año 2004, el coste total, tanto asistencial como farmacéutico, se elevó a casi veinticuatro millones de euros (6).

Se ha visto también que las mujeres víctimas de violencia de género sufren consecuencias físicas, mentales, sexuales y reproductivas terribles que en algunos casos pueden llevar a una discapacidad permanente y/o la muerte. Además, tienen mayor probabilidad de padecer problemas de salud y comportamientos de riesgo respecto a las mujeres que no han sufrido esta violencia (6). Y, debido a la abusiva relación que están viviendo, algunas mujeres optan por el suicidio como una manera de escapar de ella (2). Como resultado de estas consecuencias las mujeres víctimas de maltrato acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud en busca de asistencia médica, siendo este momento cuando más receptivas son al apoyo e intervención de los sanitarios, incluso si no informan de su situación de violencia de género (3,7,8). Por tanto, el rol de los profesionales de la salud en la identificación, manejo y prevención de la violencia contra la mujer se convierte en esencial. De entre ellos, las enfermeras son consideradas un elemento clave por ser, en muchos centros sanitarios, el primer contacto para las personas en busca de asistencia sanitaria (9)

El conocimiento y la perspectiva holística de las enfermeras hacia las pacientes les permite entender la compleja naturaleza de la salud y bienestar, así como el impacto de factores psicosociales y socioeconómicos como la pobreza, etnia y género, y de esta manera ayudar a identificar los abusos (10,11). El empoderamiento de las mujeres y los derechos humanos son una parte del compromiso de las profesionales de enfermería, las cuales, durante sus rutinas diarias en los servicios sanitarios y espacios sociales, luchan por reducir las desigualdades que obstaculizan el acceso a servicios sanitarios y cuidados de calidad (12). Las enfermeras deben ser capaces de distinguir entre lesiones causadas por violencia de género y aquellas con otras causas, y proveer cuidados sensibles, empáticos y centrados en la paciente (2). Para distinguir estas lesiones es importante la actitud con la que las enfermeras atienden a las mujeres ya que puede determinar el éxito o fracaso de intentar animarlas a que accedan a servicios de apoyo.

Si las causas no se detectaran o fueran ignoradas, las oportunidades para ayudar a pacientes vulnerables se malgastarían (7), fracasando así en nuestro rol como enfermeras. La formación es clave para mejorar la capacidad de respuesta de los profesionales sanitarios, en general, y de enfermería, en particular (3). Dicha formación puede aumentar tanto su conocimiento sobre el tema, como mejorar la autoeficacia y su capacidad de respuesta a las mujeres en situación de violencia de género (9).

Estudios consultados demuestran que son varios los factores que intervienen en la eficacia de la identificación de casos de violencia de género y en su adecuado manejo (13,14). Se plantea este estudio con el objetivo de explorar qué necesidades perciben las profesionales de enfermería de la provincia de Alicante para poder realizar un buen el manejo de la violencia de género.

## **MÉTODOS**

Estudio cualitativo de diseño exploratorio y descriptivo mediante 5 entrevistas personales semiestructuradas a 2 enfermeras de atención primaria y a 3 de atención especializada con un rango de edad de 40 a 65 años. Se escogió la técnica de la entrevista personal para obtener mayor cantidad de información de cada participante, así como profesionales de distintos servicios para obtener mayor variabilidad de puntos de vista que pudieran contribuir al objetivo del estudio.

El trabajo de campo se llevó a cabo en la ciudad de Alicante durante febrero-abril de 2019. La estrategia de captación consistió en el contacto directo con enfermeras que

coincidieran trabajando en el lugar de prácticas y mediante la técnica bola de nieve. Se solicitó el consentimiento oral a las profesionales que participaron en el estudio, garantizando la confidencialidad.

A partir de la revisión de la literatura se elaboró un guion de temas a tratar, sobre la opinión genérica sobre la violencia de género, experiencia en el trabajo con algún caso de violencia de género, dificultades, labor como enfermera, factores que ayudaron en su labor, factores que ayudarían en esa labor y reflexión de las mejoras propuestas. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 20 y 60 minutos, hasta alcanzar la saturación. Previa a la recogida de datos se explicó a las participantes el objetivo del estudio y el procedimiento de la entrevista y se aseguró la comprensión de éstos.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente. Se realizó un análisis de contenido cualitativo y tras varias lecturas se identificaron varios fragmentos de textos con el mismo significado. Tras agrupar los códigos se formaron categorías de las que emergió un tema transversal que refleja el contenido latente y estaba implícito en el contenido de las entrevistas.

## **RESULTADOS**

Se han identificado tres categorías durante el análisis de las entrevistas y un tema transversal a éstas: *la formación sobre violencia de género dirigida a las profesionales de la enfermería es insuficiente para poder realizar un buen manejo de los casos de mujeres en situación de malos tratos*. Este tema latente explica que el principal motivo por el que las enfermeras no saben cómo identificar y abordar un caso de violencia de género se debe a la falta de formación recibida ya sea a nivel de pregrado como de posgrado. Por otro lado, también existe la percepción de que hay suficiente formación posgrado, pero ésta es demasiado teórica y de difícil aplicación a los casos clínicos reales

Tema	La formación sobre violencia de género dirigida a las profesionales de la enfermería es insuficiente para poder realizar un buen manejo de los casos de mujeres en situación de malos tratos		
Categorías	Inseguridad en el manejo de casos de violencia de género	Otros problemas añadidos: falta de coordinación y de calidad en las condiciones de trabajo	Importancia del conocimiento sobre las herramientas y recursos de apoyo para el manejo de los casos de violencia de género
Códigos	Inseguridad Incomodidad Situación violenta Agobio Conversación difícil	Figura enfermera Apoyo de otros profesionales Estructura institucional Falta de tiempo Falta de privacidad	Protocolo difícil Desinformación Experiencia Sentido común Formación voluntaria Recursos comunitarios

Figura 1. Categorías, tema y códigos identificados en las entrevistas.

### ***Inseguridad en el manejo de casos de violencia de género***

Las enfermeras definen el momento de atender a estas mujeres como una situación violenta e incómoda en la que no saben cómo dirigirse a las pacientes, qué decirles o qué hacer. Algunas de ellas muestran inseguridad en las actuaciones debido a esta falta de formación en habilidades de comunicación, falta de manejo del protocolo existente y no sentirse apoyadas por un equipo terapéutico al que poder recurrir si les surgen dudas o con quien compartir la atención que precisan las mujeres.

*“Me resulta siempre súper difícil. Incluso solo el hecho de decir “te voy a hacer estas preguntas” e intentar leer la pregunta mirándole a la cara. No sé, me resulta incómodo.”*

E4

*“Es un poco violento, porque como es un tema muy duro para ellas pues no se puede tratar así tan libremente.”* E2

*“Asusta mucho al personal que te dé positivo y que tú tengas que acabar diciendo hay que ir a la policía, hay que ir al juzgado, hay que ir al...”* E5



Todas las entrevistadas tienen conocimiento acerca del perfil de las mujeres víctimas violencia de género, del motivo por el que no desean denunciar y de la importancia de no prejuzgar ni emitir juicios de valor. A pesar de esto, consideran difícil saber identificar por indicadores a estas mujeres si no son ellas quienes ponen de manifiesto haber sufrido algún tipo de agresión.

*“Yo creo que las mujeres con violencia de género tienen la autoestima baja, no luchan por lo que ellas quieren o tienen esa dificultad o que están muy al servicio de lo que se espera de ellas.” E4*

*“Vienen muy retraídas, cuentan lo que quieren.” [...] “No quieren denunciar porque tienen miedo, pero si no te lo dicen tú no puedes averiguarlo.” E3*

Por el contrario, algunas decían que haber recibido formación sobre la guía de actuación permite tener presente en qué momento se debe derivar a la usuaria y a qué tipo de profesional según protocolo de cada centro y/o necesidades percibidas o referidas de la usuaria, así como conocer los recursos disponibles en la comunidad para ofrecerlos a las mujeres o para hacer uso propio y resolver dudas que puedan surgir antes, durante o después de la atención, asegura una sensación de respaldo a nivel institucional que facilita la seguridad en la actuación de las enfermeras permitiendo un abordaje multidisciplinar.

*“ahora sabría que ya no estoy sola, que esto es un equipo que yo tengo y puedo derivar, que puedo pedir consejo, que puedo hablar con salud pública por si tengo algún problema.” E5*

*“El hablar con las chicas (trabajadoras del centro mujer 24h) también me tranquilizó un poco.” E4*

### ***Otros problemas añadidos: falta de coordinación y de calidad en las condiciones de trabajo***

Varias de las entrevistadas perciben la figura de la enfermera como la profesional con más facilidad para atender a las mujeres y transmitirles la confianza y seguridad necesarias para que se abran y decidan buscar ayuda. Esto es debido a la cercanía que las enfermeras tienen con las pacientes por la cantidad de tiempo que les dedican, a ser personas desconocidas que no les juzgarán y al hecho de ser, en su mayoría, mujeres. Sin embargo, a pesar de ser la figura con mayor oportunidad para poder abordar estos casos, todas consideran de suma importancia la intervención de otros profesionales sanitarios así como de otros servicios de la comunidad.

*“La enfermera es una figura más cercana al paciente y también al ser mujer yo creo que la mujer se abre más.” E2*

*“Somos como una figura que a lo mejor no les cuesta tanto, que es alguien que no conoces, alguien que no vas a ver mucho y no te va a juzgar y a lo mejor a quien puede decirle la mujer.” [...] “Pienso que como a lo mejor ellas vienen de haber asumido esa diferencia de roles masculino-femenino [...], el hecho de que seamos mujeres les facilitan el que puedan abrirse y contarnos con la dificultad de que seamos un profesional ahí enfrente con la bata.” E4*

### Coordinación

Algunas entrevistadas atribuyen la inseguridad que sienten en la atención prestada a la falta de coordinación con otros profesionales sanitarios o servicios de la comunidad que trabajen con mujeres víctimas violencia de género. La gran responsabilidad que perciben para con las mujeres les paraliza en la atención por miedo a no saber qué pasos se deben dar a continuación o por si cometen algún error que suponga malas consecuencias para las mujeres.

*“En este centro se lo tengo que comunicar al trabajador social, pero el trabajador social veo que no le pone interés, que no se la va a citar, que no le va a hacer ningún seguimiento, entonces le sigo haciendo el seguimiento yo, pero me quedo un poco insegura de decir: ¿se me escapará algo?” E4*

Las entrevistadas que sí se sentían arropadas por un equipo asistencial compuesto por otros profesionales médicos y/o trabajadores sociales, mostraban mayor seguridad en el manejo de estos casos y un menor nivel de ansiedad al recordar los casos que no supieron cómo abordar.

*“Yo pensaba que el proceso empezaba en mí y yo era responsable de él y no fui consciente en ese momento de que el proceso puede empezar en mí como puede empezar en cualquiera y que somos un equipo que va derivando. [...] La estructura está montada y yo ahora sí que lo hago con mucha más confianza y si me da positivo no me agobio.” E5*

### Condiciones laborales

Además de la coordinación, existen otras barreras percibidas por las enfermeras que dificultan el manejo de los casos de mujeres víctimas de violencia machista. Las condiciones laborales en las que llevan a cabo sus funciones muchas veces les impiden realizar todas las intervenciones que consideran necesarias sintiéndose insatisfechas con el trabajo realizado y preocupadas por el estado de salud de la paciente tras su atención.

De entre estas condiciones destaca la falta de tiempo y el alto nivel de carga asistencial, tanto en atención primaria como en especializada, impidiendo a las enfermeras dedicar el tiempo suficiente para detectar casos de violencia de género como de prestar una atención adecuada.

*“Son momentos de entrevista de 10 o 15 minutos, tú no tienes más rato para el paciente. En urgencias no se tiene trato con el paciente. [...] Hay un nivel de carga asistencial alto, entonces hay veces que se te pueden pasar, si no te lo dicen...” E3*

*“Yo en mi puesto de trabajo lo que veo es que no tengo tiempo, o sea, no tengo tiempo prácticamente ni de hacer el trabajo del embarazo. [...] Todas las consultas llenas y consultas forzadas, citas forzadas, gente que viene sin cita que la tienes que ver. Eso no te da pie a valorar nada.” E4*

Por otro lado, una de las entrevistadas del servicio de urgencias resaltaba la falta de privacidad en la sala de triaje debido a la infraestructura del propio hospital, lo que genera inseguridad y desconfianza entre las mujeres para denunciar haber sufrido agresiones por parte de su pareja o expareja sentimental.

*“Es un sitio donde no puedes tener las puertas cerradas y esa gente, lo que te he dicho, es muy retraída, muy cohibida, y vienen con vergüenza porque les han pegado y psicológicamente ellos piensan que han hecho algo mal. Entonces date cuenta de que la gente está constantemente saliendo y entrando en triaje [...], y la chica ahí sentada. No hay privacidad.” E3*

### ***Importancia del conocimiento sobre las herramientas y recursos de apoyo para el manejo de los casos de violencia de género***

Las herramientas de las que las entrevistadas expresan hacer más uso para detectar y abordar los casos de violencia de género son, en su mayoría, de su experiencia profesional o de usar el sentido común para saber qué decir o qué hacer durante la atención. Atribuyen el uso de estas herramientas personales a la falta de formación recibida a nivel de pregrado y posgrado.

*“A mí nadie me ha formado de qué puedo decir, qué no puedo decir... [...] Es un poco el sentido común” E2*

*“Ni nos han formado ni nos han dado ningún curso sobre todo de cómo funciona el programa y un poco el protocolo. [...] Me imagino que eso es pues haciendo y viendo mujeres y una y otra y enseguida que las ves a lo mejor por pequeñas cosas sabes en qué punto están.” E4*

## Formación

Las entrevistadas que afirman sí haber recibido formación, dicen haberlo hecho por voluntad propia, ya que no es una formación obligatoria, asistiendo a cursos y conferencias fuera de su horario laboral. Lo que supone que gran parte de las enfermeras no asistan a este tipo de formación debido a tener que dedicar parte de su tiempo personal.

*“Somos una profesión principalmente femenina y somos una profesión que tiene a cargo los hijos, los padres, la casa, la compra [...] y entonces eso hace que nosotros no tengamos tiempo de hacer cursos de 40 horas. [...] Sí que hay formación, pero a veces no accedemos a ella.” E5*

*“Yo voy porque a mí me gusta y me gusta aprender, pero hay gente que dice “buf, yo ya tengo mi plaza, no hago más cursos en mi vida”. [...] Conozco gente que no hace los cursos porque ya tienen su plaza y lo ven como una pérdida de tiempo.” E3*

Todas las entrevistadas coinciden en la necesidad de recibir más formación impartida de manera multidisciplinar, continua a lo largo de la carrera profesional, más práctica, dentro del horario laboral para facilitar la asistencia y más específica en los servicios donde se atiendan más casos de violencia de género como puede ser en la consulta de matrona o en el servicio de urgencias. Además, consideran que es una formación que debería ser obligatoria impartándose desde el grado para poder trabajar con unos conocimientos previos sobre la detección, atención, abordaje y protocolo, entre otros.

*“Primero a nosotras una formación específica de qué hacer en esos casos, qué decir, qué no decir, cómo ayudar [...] para por lo menos no meter la pata en ese momento, de no hacer más daño. [...] Tendría que haber una formación específica y que no sea por nuestra cuenta, [...] sino que fuese obligatorio desde nuestro centro.” E1*

*“Durante el grado se podría dar una pequeña formación, luego en los distintos servicios que más trata en estos casos que haya una formación más específica, cómo tratarlo y hasta qué punto tratarlo.” E2*

*“Es que hay cursos, el caso es que la gente quiera ir o vaya y los haga. [...] Es que para mí los cursos deberían ser obligatorios para todos los enfermeros. [...] Esto es formación continuada, te formas tú como persona y como enfermero, pero es que no son obligatorios.” E3*

*“Por un lado, formación ya desde el grado un poco en habilidades de detectar y de entender cómo funcionan psicológicamente. Por otro lado, el rotar, aunque no fuera por muchos días, pero el estar en contacto con profesionales que trabajan con casos de violencia de género diariamente [...] o que vinieran a dar alguna clase formativa o algo*

*y te explicaran algún caso. [...] Y luego formación un poco más periódica de las modificaciones que se van haciendo con el SIVIO, de los protocolos realmente cómo hay que hacer y cómo tienes que actuar.” E4*

*“Yo creo que tendríamos que estar más formados en lo que es la atención a la violencia de género, o sea, a cómo atender a las personas. [...] La formación requiere tiempo, a poder ser, y yo estoy convencida de que debería ser en horario laboral. [...] Yo creo que deberíamos hablar, o sea, que puntualmente viniera una persona que manejara el tema o yo prepararme parte del tema o un compañero motivado lo preparase e implicarnos en un caso.” E5*

### Protocolo

La otra herramienta que algunas de las entrevistadas usan para detectar y abordar casos de violencia de género es el protocolo de actuación ante casos de violencia de género existente a nivel regional y nacional. Solo 2 de ellas conocen el protocolo completo con las recomendaciones para la actuación y el momento de derivación o coordinación con otros profesionales o servicios y, aunque lo ven como una herramienta útil, lo consideran complejo y de difícil aplicabilidad a los casos reales.

*“El SIVIO (aplicación informática basada en el protocolo de actuación) es enrevesado, muy enrevesado y tampoco sabía cuándo se terminaba. Era la primera vez que me daba positivo, entonces yo seguía preguntando, pero eso que dices adónde va esto, adónde llego con esto.” E5*

*“El protocolo es que tampoco es que sea muy sencillo, ni es muy sencillo ni te sirve en el momento que te digo de decir “¿bueno la dejo que se vaya y a lo mejor está esperando la pareja fuera o la retengo y llamo a la policía o qué?”. Es como muy de rellenar, una encuesta muy farragosa con muchas preguntas.” E4*

## **DISCUSIÓN**

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la inseguridad de las profesionales de enfermería en el manejo de casos de víctimas de violencia de género y la importancia de promover estrategias para incrementar su capacidad en esta área. Refieren estrategias relacionadas con la coordinación con otros profesionales sanitarios y servicios; la mejora de las condiciones laborales referentes al tiempo asistencial y a la infraestructura del servicio; un protocolo de fácil aplicabilidad y formación, no sólo para el manejo de dicho

protocolo, sino también para adquirir habilidades en detección y atención a las mujeres en situación de violencia machista.

Las entrevistadas manifiestan una falta de confianza en sus capacidades y habilidades para dar una respuesta adecuada y eficaz a esta problemática, lo cual sigue en la línea de las declaraciones de las profesionales sanitarias de otros estudios nacionales e internacionales (14-16). La percepción de no saber cómo manejar los casos de violencia de género y la falta de control sobre la situación provoca en las enfermeras sentimientos negativos como agobio, incomodidad, inseguridad o insatisfacción con el trabajo realizado (17,18), lo que podría desembocar en una sensación de rechazo hacia las mujeres supervivientes de la violencia de género llegando a ver sus casos como obstáculos en el desempeño de su trabajo diario y no como oportunidades para identificar y ayudar a mujeres que están sufriendo agresiones físicas, verbales y/o sexuales. Esto influye directamente en la detección de casos de violencia de género, perpetuando así los hallazgos de tasas de infradetección de otros estudios (14,15,19).

La coordinación dentro del servicio es vista como otra barrera para conseguir un manejo fluido e integrado. Las enfermeras del servicio de urgencias de este estudio reconocen tener un protocolo de derivación en cascada que permite la atención inmediata de las mujeres con un abordaje multidisciplinar, sin embargo, las enfermeras de atención primaria sí que resaltan la desestructura en la coordinación del servicio y la falta de apoyo del resto de profesionales sanitarios, coincidiendo con lo expuesto en la literatura encontrada (13,15,20,21). Esta diferencia puede deberse a que en los servicios de urgencias existen varios protocolos para situaciones críticas que deben ponerse en práctica de manera organizada con el resto del equipo terapéutico y fluida, mientras que en atención primaria las consultas están dedicadas al seguimiento de las pacientes y no se requiere una actuación rápida por parte de todo el equipo, por lo que las intervenciones se dilatan en el tiempo, así como las derivaciones y las siguientes consultas. Además, las enfermeras de atención primaria al no confiar en que el resto de profesionales sanitarios desempeñen la siguiente parte del proceso sienten una gran responsabilidad sobre la paciente lo que incrementa su inseguridad en sus actuaciones por las repercusiones que podrían tener en la mujer y su situación. Por otro lado, reconocen que disponer de recursos comunitarios como *Mujer 24 horas* les genera tranquilidad por ser un apoyo donde consultar sus dudas, orientarles en su actuación y adonde derivar a estas mujeres teniendo la certeza de que recibirán la atención que necesitan.

En el contexto laboral, el tiempo y la privacidad son considerados dos factores esenciales para realizar cualquier cuidado enfermero. Las dificultades propias de las mujeres que han sufrido malos tratos para revelar su situación obstaculizan la detección (16,22,23) por lo que es habitual que las profesionales de enfermería deban dedicarles más tiempo de lo dispuesto por consulta para conseguir crear un clima de confianza donde la mujer se sienta segura y cómoda. Las entrevistadas se quejan del alto nivel de carga asistencial en el sistema sanitario, lo que dificulta la dedicación de ese tiempo a estas mujeres reduciendo la posibilidad de detectar los casos o de prestar una atención adecuada a las mujeres(18,24). Además, en el área de triaje de Urgencias, la detección de los casos de violencia de género tiene lugar en una sala donde la infraestructura dispuesta impide la privacidad y confidencialidad de la atención haciendo que las mujeres no se sientan seguras y sean reacias a contar el motivo real de su consulta. Por otro lado, es importante destacar que, al contrario que lo expuesto en otro estudio sobre la privacidad en el contexto de las urgencias (25), en el servicio de Urgencias de Alicante, una vez identificado el caso de violencia de género y activado el protocolo, la entrevista en profundidad que realiza el médico es en una sala privada así como la habitación que ocupará y donde la enfermera le prestará los cuidados que requiera.

En los resultados de este estudio se han encontrado discrepancias respecto a la aplicación de los protocolos de actuación entre la atención primaria y la atención especializada. Mientras que en Urgencias el protocolo es conocido por el personal sanitario y su puesta en marcha es rápida y eficaz, en el caso de la atención primaria, es menos manejado por las profesionales y su aplicación depende del grado de conocimiento de éste. Esto pone de manifiesto lo ya mencionado en otros estudios (14,26,27) acerca de la necesidad de formación y capacitación en los protocolos vigentes para incrementar la autoeficacia de las profesionales sanitarias y de mejorar dichos protocolos para que su aplicación sea más sencilla.

Las enfermeras de atención primaria, a pesar de que ven el protocolo como una herramienta útil para iniciar el proceso de detección de casos y donde consultar dudas (28), también perciben la encuesta *SIVIO* (programa usado como cribado para la detección de nuevos casos de violencia de género) como un programa farragoso y de difícil aplicabilidad a la práctica clínica debido al escaso tiempo que poseen para realizar todas las preguntas que se indican y a la forma en la que están planteadas dichas preguntas. Esto coincide con la opinión de estudiantes que conocían el protocolo, pero lo definían como vago y demasiado general (9). Las profesionales demandan una mejora de

este protocolo, adaptándolo a la práctica para poder ser realizado con mayor facilidad y rapidez, así como una mayor capacitación en su manejo (3,21,23,29).

Varios estudios demuestran que se necesita más que un protocolo para saber responder adecuadamente ante un caso de violencia de género debido a la gran implicación emocional que conlleva (3,18,21,29). Con este estudio, además, se puede concluir que esa formación en habilidades es necesaria dado que el protocolo difícilmente se adapta a la práctica y la atención a las mujeres en situación de violencia de género debe depender del profesional sanitario y sus competencias, y no del protocolo que haya vigente a pesar de lo efectivo que pueda resultar.

La barrera más mencionada por las entrevistadas ha sido la falta de formación en la identificación y manejo a nivel pregrado y posgrado. En múltiples estudios ha aparecido esta herramienta como la más demandada por parte de enfermeras graduadas y estudiantes de grado (9,13,14,18,20,25,26,30). Actualmente en España, la formación pregrado ofrecida por las universidades varía enormemente entre y dentro de las diferentes comunidades autónomas dependiendo del grado de implicación y sensibilización de los y las catedráticos y catedráticas (30). Las entrevistadas, aunque son conscientes de la gravedad de esta problemática sociosanitaria, presentan algunos de los prejuicios y estereotipos socioculturales sobre la violencia de género, como la alta incidencia de denuncias falsas o la violencia sobre los hombres ejercida por las mujeres, igual que algunas estudiantes de grado sin experiencia en el trato con mujeres en situación de violencia de género (9). Esto dificulta su habilidad para identificar nuevos casos y proporcionar una respuesta empática a las mujeres supervivientes de la violencia de género por lo que es necesario que reciban esta formación durante el grado para poder desmitificar creencias sobre la violencia de género, desarrollar habilidades que incrementen su autoeficacia y seguridad en el manejo de estos casos antes de poder encontrarse con situaciones reales donde la falta de conocimientos o conocimientos erróneos puede conllevar consecuencias negativas para la mujer en situación de violencia de género (9,14,31).

A nivel de posgrado las enfermeras manifiestan sentirse insatisfechas con la formación que se ofrece desde el sistema sanitario. Esta formación se imparte fuera del horario laboral y de manera voluntaria, por lo que la continuidad es difícil de sostener y hacer progresos depende del individuo (32). Debido a las dificultades encontradas para que la formación sea de manera obligatoria a nivel de posgrado, la manera de asegurarnos de que todas las enfermeras reciban una formación más completa sobre la violencia de



género sería introduciendo mayor contenido teórico y práctico en los programas educativos de las universidades. De esta manera las enfermeras entrarían en el mundo laboral con una mejor preparación y sensibilización, lo que les motivaría a querer seguir formándose en esta área a pesar del esfuerzo de invertir sus horas de descanso.

Las entrevistadas demandan recibir más formación práctica por parte de profesionales sanitarios y de otros sectores especializados en el tema de violencia de género pudiendo tener una visión holística del problema. Además de las recomendaciones que sugiere la literatura (9,33,34), sería interesante tener en cuenta las actividades propuestas por las entrevistadas como la visita a servicios especializados en violencia de género observando el trabajo que llevan a cabo los profesionales o recibir clases enfocadas a la explicación de casos clínicos y a su manejo multidisciplinar. También reclaman una formación periódica sobre los cambios en el protocolo de actuación para tener información actualizada igual que en los casos de protocolo ante una parada cardiopulmonar o un accidente de múltiples víctimas así como especializada para aquellos servicios donde hay más probabilidad de detectar y tratar casos de violencia de género como urgencias, la consulta de matrona o atención primaria en general.

## LIMITACIONES

Entre las limitaciones, debido al bajo número de entrevistas y el perfil parecido entre las participantes (todas mujeres con una edad media de experiencia parecida) puede no haberse llegado a la saturación. Sin embargo, las conclusiones de este estudio siguen en la línea de la literatura consultada. Como recomendación para futuros estudios, sería interesante realizar mayor número de entrevistas a un perfil de muestra más heterogéneo donde participen hombres con diferentes edades de experiencia laboral y que trabajen en servicios distintos a nivel de atención primaria y especializada.

## CONCLUSIONES

Una estructura de profesionales y servicios mejor coordinada, reducir la carga asistencial para tener más tiempo de atención, implantar infraestructuras que faciliten la privacidad en los servicios de urgencias y aumentar la formación obligatoria, continua, práctica y de calidad son las necesidades que perciben las enfermeras para tener un mejor manejo de los casos de violencia de género. La formación es la necesidad más mencionada por las entrevistadas y también la herramienta básica que todas las

profesionales sanitarias deberían tener para desarrollar su rol profesional de forma competente, adecuada, y eficaz. Esta falta de formación a nivel pregrado y posgrado demuestra que, aunque se haya progresado en las políticas para luchar contra la violencia de género, aún se deben seguir haciendo cambios no solo desde el sistema sanitario, sino desde la universidad y en lo referido a sus programas educativos donde el tema de la violencia de género es tan dispar entre las comunidades autónomas de España y los contenidos de la materia son insuficientes y superficiales.

## **BIBLIOGRAFÍA**

(1) Chaib F, Orton J, Steels K, Ratsela K. 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. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2013.

(2) Ali P, McGarry J, Dhingra K. Identifying signs of intimate partner violence. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association* 2016;23(9):25-29.

(3) Goicolea I, Briones-Vozmediano E, Öhman A, Edin K, Minvielle F, Vives-Cases C. Mapping and exploring health systems' response to intimate partner violence in Spain. *BMC Public Health* 2013;13(1):1162.

(4) Consejo General Poder Judicial. Evoluciones violencia de género año 2017. 2017.

(5) United Nations Development Fund for Women. Poner fin a la violencia contra mujeres y niñas: los hechos. UNIFEM .

(6) Galiano JMM. Importancia del Sistema Sanitario en la Identificación de casos de Violencia de Género. *ENE, Revista de Enfermería* 2012;4(2).

(7) Robson K. Identifying domestic abuse. *Emergency Nurse* (2014 ) 2016;24(7):16.

(8) World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. : World Health Organization; 2013.

- (9) Maquibar A, Hurtig AK, Vives-Cases C, Estalella I, Goicolea I. Nursing students' discourses on gender-based violence and their training for a comprehensive healthcare response: A qualitative study. *Nurse Educ Today* 2018 Sep;68:208-212.
- (10) Cortes LF, Padoin, Stela Maris de Mello, Vieira LB, Landerdahl MC, Arboit J. Care for women victims of violence: empowering nurses in the pursuit of gender equity. *Revista gaucha de enfermagem* 2015;36(SPE):77-84.
- (11) McDowall H. What causes domestic abuse and how can nurses effectively support abused women? *In depth* 2010;1.
- (12) Goldblatt H. Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *J Adv Nurs* 2009;65(8):1645-1654.
- (13) Colombini M, Mayhew SH, Ali SH, Shuib R, Watts C. An integrated health sector response to violence against women in Malaysia: lessons for supporting scale up. *BMC Public Health* 2012;12(1):548.
- (14) Valdes Sanchez CA, Garcia Fernandez C, Sierra Diaz A. Gender violence: Knowledge and attitudes of nurses in Primary Care. *Aten Primaria* 2016 Dec;48(10):623-631.
- (15) Natan MB, Rais I. Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of trauma nursing* 2010;17(2):112-117.
- (16) Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract* 2012 Sep;62(602):e647-55.
- (17) Colombini M, Mayhew S, Ali SH, Shuib R, Watts C. "I feel it is not enough..." Health providers' perspectives on services for victims of intimate partner violence in Malaysia. *BMC health services research* 2013;13(1):65.
- (18) Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health* 2012;12(1):473.

- (19) 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. *Revista Española de Salud Pública* 2012;86:85-99.
- (20) Arredondo-Provecho AB, del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica* 2008;18(4):175-182.
- (21) Goicolea I, Vives-Cases C, Hurtig A, Marchal B, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, et al. Mechanisms that trigger a good health-care response to intimate partner violence in Spain. Combining realist evaluation and qualitative comparative analysis approaches. *PLoS one* 2015;10(8):e0135167.
- (22) Sánchez LS. Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies* 2015(1).
- (23) Damra JK, Abujilban SK, Rock MP, Issra'a AT, Ghbari TA, Ghaith SM. Pregnant women's experiences of intimate partner violence and seeking help from health care professionals: a jordanian qualitative study. *J Fam Violence* 2015;30(6):807-816.
- (24) D'avolio DA. System issues: challenges to intimate partner violence screening and intervention. *Clin Nurs Res* 2011;20(1):64-80.
- (25) DeBoer MI, Kothari R, Kothari C, Koestner AL, Rohs Jr T. What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *Journal of trauma nursing* 2013;20(3):155-160.
- (26) Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria* 2017;31:410-415.
- (27) Murillo P, San Sebastián M, Vives-Cases C, Goicolea I. Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España. *Gaceta Sanitaria* 2018;32(5):433-438.

(28) Connor PD, Nouer SS, Speck PM, Mackey SN, Tipton NG. Nursing students and intimate partner violence education: improving and integrating knowledge into health care curricula. *Journal of Professional Nursing* 2013;29(4):233-239.

(29) Tower M, Rowe J, Wallis M. Normalizing Policies of Inaction—The Case of Health Care in Australia for Women Affected by Domestic Violence. *Health Care Women Int* 2011;32(9):855-868.

(30) Maquibar A, Estalella I, Vives-Cases C, Hurtig A, Goicolea I. Analysing training in gender-based violence for undergraduate nursing students in Spain: A mixed-methods study. *Nurse Educ Today* 2019.

(31) Bradbury-Jones C, Broadhurst K. Are we failing to prepare nursing and midwifery students to deal with domestic abuse? Findings from a qualitative study. *J Adv Nurs* 2015;71(9):2062-2072.

(32) Briones-Vozmediano E, Maquibar A, Vives-Cases C, Öhman A, Hurtig A, Goicolea I. Health-sector responses to intimate partner violence: fitting the response into the biomedical health system or adapting the system to meet the response? *J Interpers Violence* 2018;33(10):1653-1678.

(33) Pana A, Lesta S. A manual for empowering young people in preventing gender-based violence through peer education 2012.

(34) Gürkan ÖC, Kömürcü N. The effect of a peer education program on combating violence against women: A randomized controlled study. *Nurse Educ Today* 2017;57:47-53.