



Facultad de Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2022/2023

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA
DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autora:

Uxía Blanco Fernández

Tutora:

Mónica Antelo Martelo

Convocatoria:

Junio 2023



FACULTADE DE ENFERMARÍA

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Grao en Enfermaría

O Proxecto de Fin de Grao titulado: “Actuación de enfermería en Atención Primaria para la detección e intervención precoz de la violencia de género” foi realizado por o/a abaixo asinante.

Santiago de Compostela, 07 de Xuño de 2023

A alumna,

Fdo.: Uxía Blanco Fernández

A titora,

Fdo.: Mónica Antelo Martelo

ÍNDICE DE CONTENIDO

1	Introducción	1
2	Justificación	3
3	Objetivos	5
3.1	Objetivo principal	5
3.2	Objetivos secundarios	5
4	Metodología	5
4.1	Estrategia de búsqueda	5
4.2	Selección de los artículos	7
5	Resultados	9
6	Discusión por objetivos.....	14
6.1	Analizar las intervenciones y actividades llevadas a cabo por el personal de enfermería de Atención Primaria para prevenir e intervenir de manera precoz ante un caso de VG	14
6.2	Conocer los factores de riesgo asociados a la violencia de género para poder prevenirla	18
6.3	Analizar los facilitadores y obstáculos de los centros de Atención Primaria para poder prevenir y tratar precozmente la violencia de género.....	19
7	Conclusiones	20
8	Bibliografía	21

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda.	5
Tabla 2: estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos, filtros aplicados y resultados obtenidos.	7
Tabla 3: número de artículos descartados y seleccionados en cada una de las bases de datos, una vez eliminados los artículos duplicados, para realizar su lectura completa.	8

Tabla 4: resultados obtenidos de los artículos seleccionados para su análisis 13

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: diagrama de flujo de los artículos incluidos basado en la metodología PRISMA..... 8

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS

- APS: atención primaria de salud
- PHC: primary health care
- VG: violencia de género
- VX: violencia de xénero
- IPV: intimate partner violence
- OMS: organización mundial de la salud
- WHO: world health organization
- ONU: organización de las Naciones Unidas
- INE: instituto nacional de estadística
- Cuestionario PREMIS: Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey
- TEPT: trastorno de estrés postraumático
- TCA: trastorno de la conducta alimentaria

RESUMEN

Introducción: la violencia de género se define como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos. Se estima que entre el 23,2% y 37,7% de las mujeres que han tenido pareja alguna vez, han sido víctimas de violencia de género. La OMS promueve la detección de estos casos desde el ámbito sanitario, especialmente desde los centros de Atención Primaria, situándolos como el medio idóneo para ello.

Objetivos: analizar las intervenciones y actividades llevadas a cabo por el personal de enfermería de APS para prevenir e intervenir precozmente ante un caso de violencia de género. Conocer los factores de riesgo asociados a la violencia de género para poder prevenirla y analizar los facilitadores y obstáculos de los centros de Atención Primaria para realizar esta intervención.

Metodología: revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Dialnet Plus y Scopus. Se incluyen estudios publicados desde el año 2013, en inglés o español.

Resultados: se identifican diferentes líneas temáticas: datos centrados en las intervenciones y conocimientos sobre la VG de los profesionales sanitarios; identificación de las estrategias y limitaciones en las intervenciones realizadas tras la detección de un caso; y diferencias en las características y modelos de trabajo de diversos centros de APS en función de su grado de implicación en dicha tarea.

Conclusión: La APS es el eslabón sanitario idóneo para prevenir, detectar y tratar la VG. Para ello es necesario incrementar la formación de los profesionales sanitarios en dicho abordaje, reforzar el sistema sanitario, crear redes de derivación coordinadas y efectivas y potenciar una asistencia sanitaria holística, centrada en las pacientes.

Palabras clave: “violencia de género”, “violencia del compañero íntimo”, “enfermería”, “detección”, “actitudes”, “intervención”, “atención primaria de salud”.

RESUMO

Introdución: a violencia de xénero defínese coma todo acto de violencia baseado na pertenza ao sexo feminino que teña coma resultado un dano físico, sexual ou psicolóxico para a muller, así coma as ameazas de ditos actos. Estímase que entre o 23,2% e o 37,7% das muller que tiveron parella algunha vez, foron vítimas da violencia de xénero. A OMS promove a detección destes casos dende o ámbito sanitario, especialmente desde os centros de Atención Primaria, situándoos coma o medio idóneo para elo.

Obxectivos: analizar as intervencións e actividades levadas a cabo polo persoal de enfermaría de APS para previr e intervir precozmente ante un caso de violencia de xénero. Coñecer os factores de risco asociados á violencia de xénero para poder previla e analizar os facilitadores e obstáculos dos centros de Atención Primaria para poder realizar esta intervención.

Metodoloxía: revisión bibliográfica nas bases de datos Pubmed, Dialnet Plus e Scopus. Incluíronse estudos publicados dende o ano 2013, en inglés ou español.

Resultados: identificáronse diferentes líneas temáticas: datos centrados nas intervencións e coñecementos sobre a VX dos profesionais sanitarios; identificación das estratexias e limitacións nas intervencións realizadas tras a detección dun caso; e diferenzas nas características e modelos de traballo de diversos centros de APS en función do seu grao de implicación nesta tarefa.

Conclusión: A APS é o eslabón sanitario idóneo para previr, detectar e tratar a VX. Para elo é preciso incrementar a formación dos profesionais sanitarios centrada en dita abordaxe, reforzar o sistema sanitario, crear redes de derivación coordinadas e efectivas e potenciar unha asistencia sanitaria holística, centrada nas pacientes.

Palabras chave: “violencia de xénero”, “violencia do compañeiro íntimo”, “enfermaría”, “detección”, “actitudes”, “intervención”, “atención primaria de saúde”.

ABSTRACT

Introduction: gender-based violence is defined as any act of violence based on female gender that results in physical, sexual or psychological harm to women, as well as threats of such acts. It is estimated that between 23.2% and 37.7% of women who have ever had a partner have been victims of gender-based violence. The WHO promotes the detection of these cases in the health care setting, especially in Primary Health Care centers, which are the ideal place to do so.

Objectives: to analyze the interventions and activities carried out by PHC nurses to prevent and intervene early in cases of gender-based violence. To know the risk factors associated with gender-based violence in order to prevent it and to analyze the facilitators and obstacles of Primary Health Care centers to carry out this intervention.

Methodology: bibliographic review in the Pubmed, Dialnet Plus and Scopus databases. Studies published since 2013, in English or Spanish, are included.

Results: different thematic lines are identified: data focused on the interventions and knowledge of health professionals about IPV; identification of the strategies and limitations in the interventions carried out after the detection of a case; and differences in the characteristics and work models of different PHC centers according to their degree of involvement in this task.

Conclusion: PHC is the ideal healthcare link to prevent, detect and treat IPV. To this end, it is necessary to increase the training of healthcare professionals in this approach, strengthen the healthcare system, create coordinated and effective referral networks and promote holistic, patient-centered healthcare.

Key words: “gender-based violence”, “intimate partner violence”, “nursing”, “detection”, “attitudes”, “intervention”, “primary health care”

1 INTRODUCCIÓN

La violencia física y sexual que las mujeres padecen a manos de sus parejas o exparejas supone un grave problema de salud pública, la cual afecta a todos los grupos demográficos, étnicos, culturales y económicos. En el año 2013, la OMS estimó una prevalencia de violencia de género en el mundo que oscilaba entre el 23,2% y 37,7% de las mujeres que han tenido pareja alguna vez en la vida, y según la encuesta de la la European Union Agency for Fundamental Rights publicada en 2014, se calculó que en la Unión Europea el 33% de las mujeres mayores de 15 años fueron víctimas de violencia de género. (1,2)

Según la Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (1993) de la ONU en sus artículos 1 y 2 se define a la violencia de género o violencia contra la mujer como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*. (3)

Desde un punto de vista legal, según la Ley Orgánica 1/2004 Artículo 1, de Protección Integral contra la Violencia de Género, esta se define como *“Todo acto de violencia (...) que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia. (...) 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”*. (4)

Para poder entender dichas definiciones, resulta imprescindible aclarar previamente ciertos conceptos clave: el sexo y el género. Según la OMS, cuando hablamos de sexo, nos referimos al sexo biológico de la persona, es decir, a las características biológicas y fisiológicas que definen a una persona como hombre o mujer. Sin embargo, el género, es una construcción social basada en una serie de roles, comportamientos, actividades, pensamientos... que una

cultura establece como apropiados en función de ser hombre o mujer. De esta forma, al referirnos al género utilizamos los términos masculino y femenino, mientras que cuando lo hacemos al sexo, empleamos hombre y mujer. (5)

Se puede afirmar entonces que la violencia de género nace de una ideología basada en unos estereotipos centrados en la superioridad, el abuso de poder y el dominio del hombre frente a la mujer. Estas relaciones sociales centradas en el dominio-sumisión se encuentran presentes en la cultura de nuestras relaciones afectivas, la cual se ha ido propagando a lo largo de la historia gracias a la normalización y justificación social, favoreciendo su perpetuación. Esta situación es lo que se conoce como patriarcado o sistema patriarcal, y por desgracia representa la realidad de una sociedad androcentrista como la nuestra.

Esta realidad se intenta combatir desde diferentes ámbitos como el sanitario, la educación o la justicia. El sector sanitario se caracteriza por ser la puerta de entrada en la detección, atención y derivación de las víctimas, en especial los centros de Atención Primaria. El clima de confianza y cercanía que se establece entre la paciente y el profesional sanitario, unida a la amplia cobertura que caracteriza a estos centros, los convierte en el medio idóneo para llevar a cabo esta tarea. No obstante, la detección de la violencia de género realizada en este eslabón sanitario es escasa, en gran parte debido a la ausencia de profesionales sanitarios formados adecuadamente para brindar una asistencia integral y resolutive a las víctimas. Según la OMS, esta asistencia debe incluir la búsqueda activa y la notificación de nuevos casos, la formación continua de los profesionales sanitarios, la coordinación integral con todos los servicios disponibles y la orientación de las víctimas. (1,2)

En España, estas recomendaciones de la OMS se encuentran reguladas por la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género del año 2004, a partir de la cual se han desarrollado intervenciones como el Protocolo Común de Atención a la Violencia de Género en el sistema nacional de salud. (2)

Atendiendo a la esfera que la VG daña, podemos diferenciar distintos tipos de esta. Reconocer las innumerables formas en las que se puede manifestar requiere de formación y conciencia profesional, motivo por el que se recalca su importancia, con el fin de detectar precozmente cualquier indicio de esta. (6)

Según la ONU se definen de la siguiente forma:

- Violencia física: daño causado intencionadamente a la mujer utilizando para ello la fuerza física, mediante golpes, patadas, bofetadas, empujones, quemaduras; obligando a la víctima al consumo de drogas o alcohol, denegándole el acceso a la atención médica.
- Violencia psicológica: provocación de miedo a través de la intimidación, amenazas, aislamiento de la víctima de su familia y amigos, humillación, desvalorización, desprecio y disminución de su autonomía y autoestima.
- Violencia sexual: privación de la libertad sexual de las mujeres, obligándolas a mantener relaciones sexuales bajo coacción, intimidación o amenazas.
- Violencia económica: dependencia financiera de la víctima, controlando sus recursos económicos e impidiéndole a esta acceder al ámbito escolar y laboral. (7)

En la realidad, resulta muy complicado separar los diferentes tipos de violencia de género existentes, ya que generalmente todas ellas se combinan entre si con un único fin, someter y denigrar a la víctima, haciendo que se cumpla la máxima “el machismo atonta, empobrece y mata; en ese orden”.

2 JUSTIFICACIÓN

En el año 2022, según el Ministerio de Igualdad, el número de víctimas mortales de violencia de género en España ascendió a 49, siendo el total desde el año 2003, año desde el que se tienen registros, 1182. (8)

Según el INE, el número de mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia de género en España en el año 2021 aumentó un 3,2%, situándose en los 30.141 casos, con una tasa del 1,4 víctimas por cada 1000 mujeres mayores de 14 años. (9)

En España un estudio transversal realizado con 10.815 mujeres que acudieron a los centros de Atención Primaria evidenció que el 32,7% de las encuestadas indicaban haber sufrido violencia de género. (2)

Según la macroencuesta de Violencia contra la Mujer del 2019, se concluye que una de cada dos mujeres mayores de 16 años, el 57,3%, ha sufrido algún tipo de violencia de género alguna vez en su vida. (10)

Todos estos datos afirman que la violencia de género es un grave problema social con gran repercusión sobre la salud pública, ya que esta incrementa directamente la morbimortalidad

tanto de las víctimas que la padecen como de las personas más cercanas a estas, especialmente sus hijos, ocasionando graves consecuencias para la salud física y mental de ambos. (1,6)

Un estudio afirma que, de 150 mujeres con antecedentes de violencia de género, los síntomas de depresión y dolor crónico estaban presentes en el 74% y 42% de las víctimas respectivamente.

Unido a ello, numerosas aflicciones asociadas al estrés, como hipertensión arterial, trastornos del sueño, dolores neuromusculares o compromiso del sistema inmunológico, se encuentran presentes en la mayoría de estas pacientes. (1,6)

También se ven afectados sus hijos, los cuales tienen mayor probabilidad de sufrir problemas psicológicos, emocionales y de comportamiento, además de un riesgo mayor de convertirse en víctimas de abuso infantil, de violencia de género o perpetradores de esta. (6)

Por ello, desde el año 2004 con la Ley orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medida de Protección Integral Contra la Violencia de Género, existe en España una normativa específica que incluye medidas integrales multisectoriales centradas en la protección y atención de las víctimas y sus hijos. Centrándonos en la labor llevada a cabo desde el ámbito sanitario, cabe destacar la actuación en los servicios de urgencias, lugar donde se trata a la víctimas en el primer momento tras la agresión, y especialmente en la Atención Primaria, nivel sanitario donde se debe realizar un trabajo de prevención, detección precoz y acompañamiento de las víctimas. Dichas actividades se encuentran reguladas por el Real Decreto 1030/2006 como parte de la responsabilidad de los profesionales sanitarios (BOE 2006). (6)

La cercanía y el trato con el paciente desde este eslabón sanitario, unido al hecho de que las víctimas de VG tienden a utilizar más los servicios sanitarios en comparación con el resto de las mujeres, lo convierten en el idóneo para desarrollar dicha tarea. (6)

Ante esta realidad la legislación española refleja la necesidad de formar a los profesionales sanitarios y por ello, desde el año 2007, se ha establecido un protocolo común que ofrece una guía de actuación estandarizada. No obstante, la realidad es que la formación que los profesionales sanitarios poseen en materia de VG no siempre es la más completa o adecuada y numerosas mujeres que revelan en el ámbito sanitario ser víctimas de violencia de género, todavía reciben una atención deficiente. (6,11)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

- Analizar las intervenciones y actividades llevadas a cabo por el personal de enfermería de Atención Primaria para prevenir e intervenir de manera precoz ante un caso de violencia de género.

3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Conocer los factores de riesgo asociados a la violencia de género para poder prevenirla.
- Analizar los facilitadores y obstáculos de los centros de Atención Primaria para poder prevenir y tratar precozmente la violencia de género.

4 METODOLOGÍA

4.1 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Con el fin de resolver los objetivos planteados, se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica relacionada con el tema del presente trabajo, utilizando para ello las bases de datos: Dialnet Plus, Pubmed y Scopus. Los criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda se muestran en la *tabla 1*.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Publicaciones que analizan: <ul style="list-style-type: none">- Intervenciones de enfermería en APS centradas en la detección de la VG.- Influencia de las características de la APS en estas intervenciones.- Conocimientos y percepciones de las enfermeras de APS en relación a su preparación y abordaje de la VG.- Experiencias de las víctimas tratadas en la APS y los argumentos que las motivaron o no, a revelar en ese ámbito sanitario, la VG.	Revisiones bibliográficas. <ul style="list-style-type: none">Publicaciones con más de 10 años de antigüedad.Publicaciones que relacionan la VG con un ámbito sanitario distinto a las APS.Publicaciones que relacionan la violencia sin ser de género con la APS.Publicaciones centradas exclusivamente en los factores de riesgo o prevalencia de la VG sin incluir intervenciones.Publicaciones centradas en intervenciones realizadas sobre víctimas de prostitución o trata, pero no de VG.

Tabla 1: criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda.

Fuente: elaboración propia.

También se han consultado páginas webs oficiales, entre las que se incluyen: Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas (ONU), Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Igualdad del Gobierno de España.

Para desarrollar la búsqueda se han utilizado los Medical Subject Headings (Mesh), así como términos libres, combinándolos entre sí utilizando el operador booleano “AND”.

En la siguiente tabla, *tabla 2*, se detalla la estrategia de búsqueda realizada.

BASES DE DATOS	FECHA DE BÚSQUEDA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	FILTROS UTILIZADOS	RESULTADOS TOTALES	RESULTADOS TRAS APLICAR LOS FILTROS
Dialnet Plus	06/01/2023	Violencia de género y enfermería y detección y atención primaria	Artículo de revista. Texto completo	12	1
	06/01/2023	Violencia de género y enfermería y actitudes y atención primaria	Materias Dialnet: Ciencias de la Salud.	10	2
	07/01/2023	Violencia de género y enfermería y intervención y atención primaria	Submateria Dialnet: Enfermería	11	3
	08/01/2023	Violencia de género y cuidados de enfermería en atención primaria	Rango de años: 2013-2023 Idiomas: español e inglés	11	2
Pubmed	08/01/2023	"Gender-Based Violence"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh]	Text	12	8
	10/01/2023	"Gender-Based Violence"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh]	Availability: Free full text	3	1
	10/01/2023	"Intimate Partner Violence"[Mesh]) AND "Primary Health	Años: 2013-2023	7	3

		Care"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]			
	11/01/2023	"Intimate Partner Violence"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh]	Idioma: inglés y español	173	5
	11/01/2023	"Intimate Partner Violence"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]		263	65
Scopus	24/01/2023	"Gender-Based Violence"[Mesh] AND "Primary Health Care"[Mesh]		Range of years: 2013-2023 Subject area: Nursing Document type: article Language: English and Spanish	222
	24/01/2023	"Gender-Based Violence"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh]	56		9
	24/01/2023	"Intimate Partner Violence"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]	80		8
	25/01/2023	"Gender-Based Violence"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]	15		1
	25/01/2023	"Intimate Partner Violence"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]	812		28

Tabla 2: estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos, filtros aplicados y resultados obtenidos.

Fuente: elaboración propia.

4.2 SELECCIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Tras ejecutar la búsqueda se seleccionaron los artículos que se incluyeron en la revisión, utilizando para ello la metodología PRISMA. (12)

En la *tabla 3*, se muestra el número de artículos descartados y seleccionados, una vez eliminados los artículos duplicados, para realizar su lectura completa. En la *figura 1*, se representa el diagrama de flujo explicando los pasos seguidos para la inclusión de los artículos.

Bases de datos	Descartados tras leer el título	Descartados tras leer título y resumen	Seleccionados para lectura de texto completo	Descartados tras lectura de texto completo	Seleccionados para analizar tras lectura de texto completo
Dialnet Plus	2	2	2	0	2
Pubmed	29	31	15	7	8
Scopus	27	4	6	3	3
TOTAL	58	37	23	10	13

Tabla 3: número de artículos descartados y seleccionados en cada una de las bases de datos, una vez eliminados los artículos duplicados, para realizar su lectura completa.

Fuente: elaboración propia.

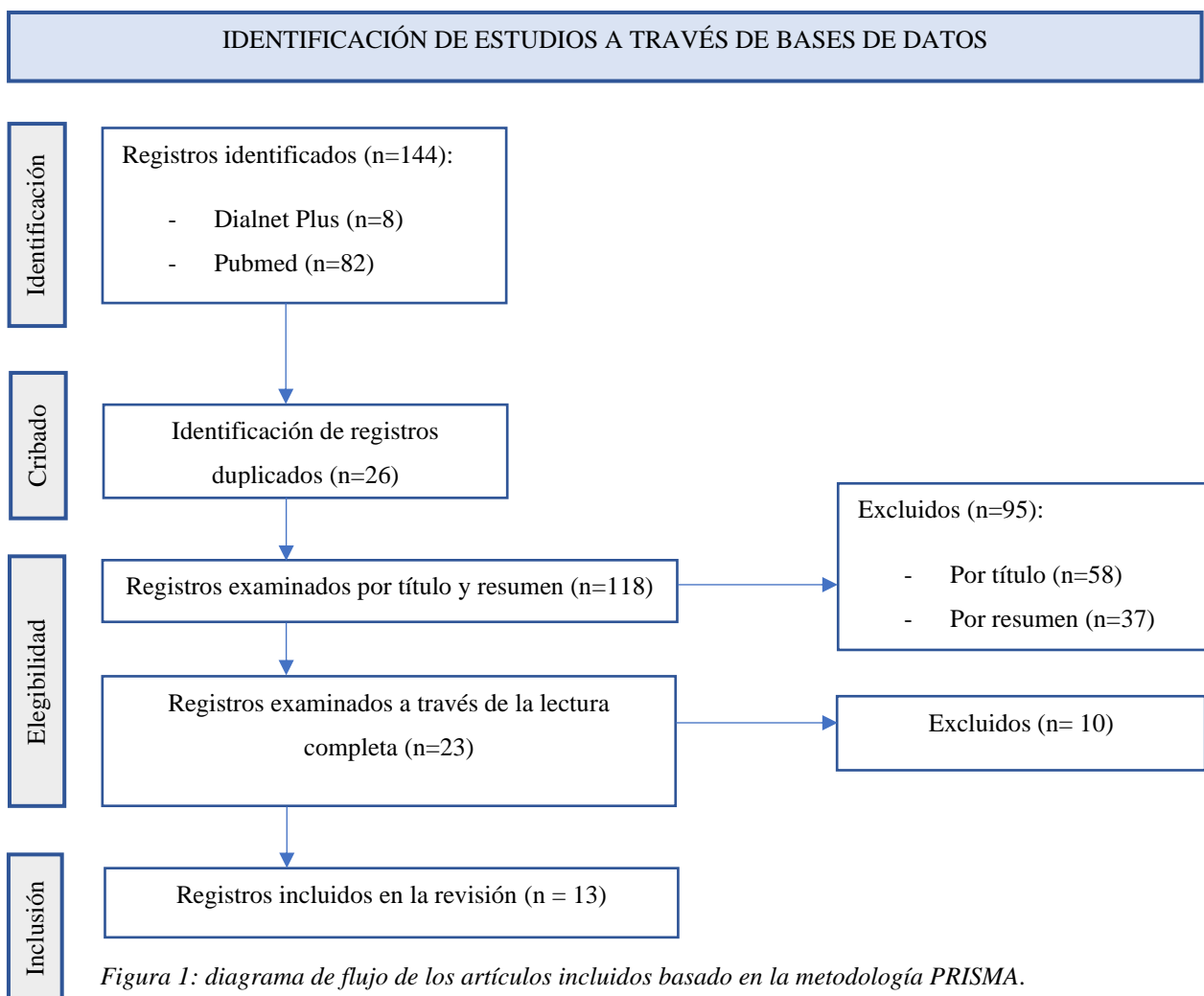


Figura 1: diagrama de flujo de los artículos incluidos basado en la metodología PRISMA.

Fuente: elaboración propia a partir de la metodología PRISMA. (12)

5 RESULTADOS

AUTOR Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Díaz Vigón N et al, 2017 (13)	Estudio descriptivo transversal	Evaluar la percepción de los profesionales de APS ⁽¹⁾ del Principado de Asturias en relación a sus conocimientos y barreras en la actuación ante casos de VG ⁽²⁾ .	El 78% de los participantes tiene alguna formación (media de 11 horas, mediana de 3). El 28% identificó al menos un caso en los últimos 6 meses. El 60% preguntó alguna vez por VG ⁽²⁾ (el 76% solo ante indicadores de abuso). El 65% conoce que existe un protocolo en su unidad, considerando el 72% que no se utiliza lo suficiente. Ante un caso, el 86,8% no oferta la línea telefónica nacional, aunque el 71% deriva a la trabajadora social.	Los profesionales sanitarios están poco preparados, sintiéndose inseguros. La formación parece importante para identificar nuevos casos, pero no para preguntar, influyendo en ello los aspectos sociodemográficos del profesional. La mayoría no realiza screening rutinario, actuando en base a indicios, y el recurso más empleado es el del trabajador social.
Visentín F et al, 2015 (1)	Estudio explorativo-descriptivo con enfoque cualitativo	Identificar las acciones realizadas por enfermeras de centros de APS ⁽¹⁾ en mujeres en situación de VG ⁽²⁾ .	Favorecen la detección e intervención de la VG ⁽²⁾ : empatía, diálogo, escucha activa y creación de un vínculo de confianza entre profesional y paciente. Dificultan esta tarea: baja formación del personal, sobrecarga de trabajo y falta de tiempo, complejidad de la situación y red de derivación poco eficaz.	Las participantes no están adecuadamente preparadas para atender a mujeres en situación de VG ⁽²⁾ . Por ello, es necesario que este tema sea abordado en la formación universitaria de los profesionales de enfermería.
Briones-Vozmediano E et al, 2021 (6)	Análisis de contenido cualitativo	Explorar las percepciones de las enfermeras sobre los factores que influyen en su preparación para gestionar la VG ⁽²⁾ en España.	Las principales percepciones de las enfermeras son: <ul style="list-style-type: none"> - Evolución del reconocimiento de la VG ⁽²⁾ como un problema de salud pública. - Limitaciones de la APS ⁽¹⁾ española para abordar la VG ⁽²⁾. - Importancia de las intervenciones. enfermeras en el abordaje de la VG ⁽²⁾ .	Las enfermeras perciben la actuación frente a la VG ⁽²⁾ como una elección personal, a pesar del mandato institucional de abordar dicha violencia como un problema de salud. Es necesario incrementar su formación y la difusión de los protocolos existentes, y mejorar la coordinación entre los

			- Factores que influyen en la autonomía de las intervenciones enfermeras en VG ⁽²⁾ .	profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales y con otras instituciones.
Bradbury-Jones C et al, 2016 (14)	Estudio cualitativo con diseño de estudio de caso	Analizar los hallazgos obtenidos de un estudio previo sobre las experiencias de víctimas de VG ⁽²⁾ , y discutir las implicaciones de estos en las actividades desarrolladas por las enfermeras de APS ⁽¹⁾ .	Participaron diez mujeres. Ocho habían salido de la relación de maltrato, pero dos permanecían en ella. En todos los casos, las participantes calificaron como muy positivas las intervenciones desarrolladas en el programa realizado por las enfermeras de APS ⁽¹⁾ . Independientemente de si estas habían permanecido o no en la relación, todas las mujeres reportaron percibir mayor seguridad y nivel de salud.	Las enfermeras desarrollan un importante papel en la identificación de la VG ⁽²⁾ y en la derivación, planificación de los cuidados y seguridad de las víctimas. Como parte de una cartera de intervenciones contra la VG ⁽²⁾ , aquellas enfermeras que empoderan a las víctimas y les proporcionan las herramientas y la información necesarias para abordar esta situación, realizan una labor imprescindible.
Brock Carneiro J et al, 2022 (15)	Estudio con abordaje cualitativo	Desarrollar un modelo teórico-explicativo de la atención a mujeres en situación de VG ⁽²⁾ en el contexto de la APS ⁽¹⁾ .	Intervenciones realizadas por los profesionales de la APS ⁽¹⁾ ante un caso de VG ⁽²⁾ : creación de una relación de confianza entre profesional y paciente; búsqueda de signos físicos y psíquicos compatibles con VG ⁽²⁾ , incluso cuando el motivo de la consulta es una queja diferente; notificación exhaustiva ante la detección de un caso.	La atención a las víctimas de VG ⁽²⁾ , basado en la identificación e intervención, se ve limitado por las características de la organización de los servicios. Este estudio realza la importancia de ofrecer a la víctima los recursos necesarios para el enfrentamiento de la VG ⁽²⁾ .
Williams JR et al, 2020 (16)	Estudio de investigación descriptivo cualitativo	Comprender los motivos de las víctimas de VG ⁽²⁾ para revelar o no al personal sanitario la situación que padecen, así como los temas que les interesan tratar con ellos en la consulta.	Factores que condicionan la revelación o no revelación de la VG ⁽²⁾ por parte de las pacientes: relación paciente-profesional; apoyo social; bienestar de los hijos; ambigüedad de la APS ⁽¹⁾ en el abordaje de la VG ⁽²⁾ y factores sociales/culturales/étnicos. El último tema analizado se centró en los resultados que las víctimas esperaban lograr al analizar sus experiencias sanitarias.	Conocer los factores que influyen en el compromiso del paciente con el sistema de APS ⁽¹⁾ en relación con la VG ⁽²⁾ es imprescindible. Es necesario que las intervenciones estén impulsadas por los objetivos y necesidades del paciente, realizando una evaluación de su efectividad mediante una lente centrada en la víctima.

Murillo P et al, 2018 (2)	Estudio transversal con muestreo no probabilístico	Analizar la capacidad de respuesta a la VG ⁽²⁾ de profesionales sanitarios españoles en APS ⁽¹⁾ e identificar posibles determinantes que puedan favorecer una mejor respuesta.	El análisis de los cuestionarios mostró un efecto exposición-respuesta, en el que, a más horas de formación, mayor puntuación en las escalas. La edad, el tipo de profesión, los años de experiencia en APS ⁽¹⁾ , las horas de formación en VG ⁽²⁾ y la lectura de los protocolos, mostraron una asociación positiva en relación con los conocimientos, opiniones y prácticas del personal sanitario.	Leer el protocolo de actuación regional/nacional y recibir formación en actuación sanitaria frente a la VG ⁽²⁾ , fueron las intervenciones más importantes asociadas a una mejor capacidad de respuesta frente a la VG ⁽²⁾ de los profesionales sanitarios en APS ⁽¹⁾ .
Creech SK et al, 2021 (17)	Ensayo clínico aleatorizado	Analizar el impacto de una intervención informática realizada en APS ⁽¹⁾ , a víctimas de VG ⁽²⁾ , para reducir los riesgos de su salud y tratar su salud mental.	SHE no influyó en los riesgos para la salud de las mujeres víctimas de VG ⁽²⁾ , sin embargo, se vio que aquellas pertenecientes al grupo en el que se realizó la intervención con SHE, mostraron un aumento significativo en el inicio y cumplimiento del tratamiento de salud mental en comparación con las mujeres pertenecientes al grupo control.	SHE fue eficaz para mejorar el inicio y la continuidad del tratamiento de salud mental en comparación con un grupo control donde no se llevó a cabo esta actividad. El uso de aplicaciones informáticas para abordar la VG ⁽²⁾ y sus comorbilidades, resultan eficaces y efectivos.
Adjognon OL et al, 2021 (18)	Estudio cualitativo	Estudiar las estrategias de implementación y mantenimiento utilizadas para integrar los programas de detección de VG ⁽²⁾ dentro de la APS ⁽¹⁾ .	Estrategias comunes en los centros de APS ⁽¹⁾ : realizar cribados de VG ⁽²⁾ , reuniones educativas y visitas domiciliarias; distribuir material informativo. Estrategias exclusivas de los centros con intervención precoz: mejorar el acceso a los recursos y el registro en la historia clínica; crear grupos de trabajo, favorecer la formación y evaluar las intervenciones.	La implementación efectiva de la detección de VG ⁽²⁾ en la APS ⁽¹⁾ requiere un conjunto de estrategias bien definidas y cuidadosamente seleccionadas, las cuales utilizadas colectivamente pueden permitir la integración de los programas de detección de VG ⁽²⁾ en APS ⁽¹⁾ .
Rizkalla K et al, 2020	Estudio cualitativo	Identificar las barreras y los facilitadores para cuidar a las mujeres indígenas que	Los factores que influyen en el abordaje de la VG ⁽²⁾ por parte de los profesionales sanitarios son; falta de divulgación de la VG ⁽²⁾ por parte de los pacientes debido al miedo, estigma y vergüenza; falta	Recudir el estigma; crear vías de derivación efectivas; mejorar la seguridad cultural; involucrar a la comunidad en la prevención de la VG ⁽²⁾ y desarrollar políticas,

(19)		experimentan VG ⁽²⁾ desde la perspectiva de los profesionales de la APS ⁽¹⁾ y recomendar estrategias para mejorar su preparación.	de preparación formal del personal sanitario; inexistencia de una red de derivación de los casos de VG ⁽²⁾ debido a un sistema de salud fragmentado; desconocimiento de las actividades jurisdiccionales necesarias ante un caso de VG ⁽²⁾ ; y riesgo de poner en peligro la relación profesional-paciente.	protocolos y educación continua tanto a las víctimas de VG ⁽²⁾ como la comunidad, incrementará la confianza de los profesionales de APS ⁽¹⁾ en la actuación de los casos de VG ⁽²⁾ , mejorando la seguridad y salud de las víctimas.
Taskiran AC et al, 2019 (11)	Estudio transversal	Investigar las explicaciones de los profesionales sanitarios de APS ⁽¹⁾ sobre sus respuestas e intervenciones hacia las mujeres que revelan ser víctima de VG ⁽²⁾ .	La divulgación de VG ⁽²⁾ en APS ⁽¹⁾ es muy alta, pero más de un tercio de los médicos y la mitad de las enfermeras actúan de manera inapropiada. La mayoría prejuzgaban a las víctimas, creyendo que estas no abandonarían la relación. Otros, mostraban preocupación por su seguridad al tratar un tema de esta complejidad y algunos justificaban su actitud debido a la falta de formación.	Las agresiones al personal sanitario, la seguridad personal y de la víctima y la falta de conocimiento, son las principales barreras para responder adecuadamente a la VG ⁽²⁾ . Por ello, se deben promover medidas de protección para ambas partes, incrementar la formación de los profesionales y reducir el estigma y los juicios hacia las víctimas.
Goicolea I et al, 2017 (20)	Estudio de caso integrado múltiple	Analizar como las condiciones de trabajo en un equipo de profesionales sanitarios de un centro de APS ⁽¹⁾ influyen en la respuesta ante la VG ⁽²⁾ .	Los centros de APS ⁽¹⁾ que obtuvieron mayor puntuación en el cuestionario PREMIS presentaban: trabajo multidisciplinario, aprendizaje común, trabajadores sociales comprometidos, y una atención sanitaria personalizada y centrada en las víctimas. Los centros con una menor puntuación no presentaron ninguna de las estrategias citadas.	Se obtuvieron mejores respuestas en los equipos de APS ⁽¹⁾ que: tenían trabajadores sociales formados; realizaban reuniones donde se discutía el abordaje de la VG ⁽²⁾ ; se fomentaba el trabajo en equipo; y se implementaban acciones personalizadas y centradas en las víctimas.
Goicolea I et al, 2017	Estudio cualitativo	Analizar las percepciones de los profesionales sanitarios de APS ⁽¹⁾ sobre como las características de la	La atención centrada en el paciente y otras características que definen el trabajo realizado en APS ⁽¹⁾ facilitan la detección y respuesta ante este problema. Sin embargo, la gestión de los servicios sanitarios (sobrecarga de trabajo, supervisión	Existe una importante brecha entre las características teóricas de la APS ⁽¹⁾ y la realidad de cómo se gestiona el trabajo en estos centros sanitarios. Esta situación influye significativamente en la atención a la

(21)		APS ⁽¹⁾ en España pueden influir en las respuestas ante la VG ⁽²⁾ .	ineficaz, mala distribución de los recursos humanos y materiales, etc.) dificultan la sostenibilidad de este enfoque de la APS ⁽¹⁾ .	VG ⁽²⁾ en la APS ⁽¹⁾ , ya que las intervenciones que se plasman de manera teórica no se llegan a realizar en la realidad.
------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 4: resultados obtenidos de los artículos seleccionados para su análisis. APS ⁽¹⁾: Atención Primaria de salud; VG ⁽²⁾: violencia de género.

Fuente: elaboración propia.

En la tabla anterior, *tabla 4*, se exponen los resultados obtenidos en los diferentes artículos seleccionados para su análisis. Se identifican varias líneas temáticas. A continuación, se exponen los resultados más relevantes de cada una de ellas:

Datos sobre las intervenciones y el conocimiento de los profesionales sanitarios en materia de VG, obtenidos a través del

cuestionario PREMIS: el 78% de los participantes tiene alguna formación en materia de VG; el 28% identificó al menos un caso nuevo en los últimos 6 meses; el 60% preguntó alguna por VG (el 76% de ellos solo ante indicadores de abuso); el 65% conoce que existe un protocolo en la unidad, considerando el 72% de ellos que no se utiliza lo suficiente; ante la detección de un caso el 86,8% no oferta la línea telefónica nacional, pero el 71% deriva a la paciente a la trabajadora social. En general, a pesar de la existencia de una alta divulgación de la VG desde la APS, más de un tercio de los médicos de cabecera y la mitad de las enfermeras actúan de manera inapropiada. (13,11)

Identificación de diversas estrategias y actitudes que favorecen la detección de la VG y de las limitaciones percibidas para ello:

- Favorecen la detección: empatía, aceptación, diálogo, escucha activa, vínculo de confianza entra la paciente y el profesional, apoyo social, búsqueda de signos físicos y psíquicos que puedan hacer sospechar de VG, fomentar la revelación por el bienestar de los hijos, brindar intervenciones teniendo en cuenta la cultura/etnia/nivel socioeconómico de la paciente y lo que esta quiere lograr tras esa intervención, incrementar la formación de los profesionales sanitarios en materia de VG, actualizar y fomentar el uso de los protocolos, incrementar los recursos materiales y humanos, y brindar intervenciones centradas en la salud mental de las víctimas y utilizar para ello intervenciones informáticas. (1,6,14,15,16,2,17,19,11,21)

- Limitan la detección: falta de tiempo en las consultas debido a la sobrecarga de trabajo, formación insuficiente, red de derivación poco eficiente, miedo/estigma/vergüenza de las pacientes a verbalizar la situación, fragmentación del sistema sanitario, mala distribución de los recursos y duda sobre si dicha intervención es responsabilidad del personal de enfermería. (1,6,14,15,16,2,17,19,11,21)

Características y modelos de trabajo de los centros de APS comprometidos con la detección e intervención de la VG y de aquellos que no muestran una actitud tan activa:

- Intervenciones comunes en todos los centros de APS: realización de cribados de VG periódicamente, reuniones educativas, visitas domiciliarias y creación y distribución de material informativo entre las pacientes y la comunidad. (18)
- Intervenciones exclusivas de los centros con mayor grado de compromiso en esta tarea: dotar a las víctimas de recursos, modificar el registro de los casos para mejorar su visualización, fomentar la formación mediante la creación de juntas de trabajo, incrementar la investigación, evaluar a través de los datos clínicos las intervenciones realizadas para mejorarlas, fomentar el trabajo en equipo, poseer trabajadores sociales comprometidos, y una atención sanitaria centrada en las pacientes. (18,20)

6 DISCUSIÓN POR OBJETIVOS

6.1 ANALIZAR LAS INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA PREVENIR E INTERVENIR DE MANERA PRECOZ ANTE UN CASO DE VG

En los **trece artículos** analizados se recogen diversas intervenciones centradas en este propósito, destacando las siguientes: entrega de información (folletos, carteles, teléfonos de ayuda...) (45% de los profesionales sanitarios); realización de una valoración del riesgo de la víctima (25-50% de los profesionales) y de los hijos (18.4% de los profesionales); creación de un plan de seguridad con la víctima (1-18,4% de los profesionales); derivación al trabajador social (71,70% intervención más realizada por los profesionales) o a la policía nacional, regional, local o guardia civil (entre el 42,10% y el 64,3% de los profesionales) u ofrecer recursos de apoyo económico, social, laboral y educativo (7,90% de los profesionales). (13,1,6,15,16,2,18,19,11)

De dichas intervenciones se destaca la utilización de folletos como medio informativo, ya que además de ser una actuación de bajo costo, la mayoría de las pacientes han expresado que estos les han ayudado a identificarse como víctimas de VG, a conocer los recursos de los que disponían y a buscar ayuda. (2)

Como punto negativo se destaca que solamente 1/10 de los profesionales recomienda el número de teléfono 016, siendo este conocido, gratuito, de uso fácil y gran ayuda para la víctima. (2)

Visentin F et al. ⁽¹⁾ defienden que las visitas domiciliarias resultan de gran ayuda en la detección de la VG, ya que analizar tanto las condiciones de la vivienda, como el aspecto, discurso, actitud y autoestima de la víctima en su hogar, hacen que se puedan observar indicios de maltrato. Unido a ello, revisar el tratamiento farmacológico de la paciente también puede ser de gran ayuda, pues el consumo de ansiolíticos o antidepresivos puede estar relacionado con la VG. Lo mismo ocurre cuando tratamos a una víctima de VG por motivos de salud diversos, ya que se pueden observar marcas físicas que supongan un indicio de esta. (1,6)

En **los artículos** ^(13,18,19) se plantea la duda sobre si incluir o no en la historia clínica de la paciente los indicios que hacen sospechar de un caso de VG. Aproximadamente el 79% de los profesionales sanitarios consideran que sí se debe incluir, aunque esta no lo haya revelado; el 9% dudan sobre cómo actuar y el 12% consideran que no se debería incluir. Dentro de los argumentos a favor de esta medida se encuentra la realización de futuras evaluaciones de estas pacientes, con el fin de proporcionarles una mayor seguridad y protección. Los argumentos en contra exponen la duda sobre si dicha intervención es responsabilidad del profesional sanitario, pues al no encontrarse recogida en ningún protocolo, queda a decisión de ellos como intervenir, haciendo que pueda primar el interés personal a la seguridad de las pacientes. (13,18,19)

Dentro de los artículos analizados, se han encontrado diversas intervenciones informáticas, entre las que destacan las siguientes.

Bradbury Jones C et al. ⁽¹⁴⁾ proponen el programa IRIS, centrado en incrementar el número de detecciones de casos de VG. Consiste en una base de datos confidencial, donde se incluyen los números de teléfono de las víctimas o allegados, generalmente sus hijos, con el fin de que el Servicio 112 pueda detectar rápidamente una llamada desde uno de estos números.

Las víctimas que participaron en este programa fueron informadas de los recursos disponibles y derivadas a los servicios de apoyo existentes, incrementando de esta forma su seguridad,

información y empoderamiento. Por ello, se concluyó que se trata de una intervención eficaz, ya que las mujeres que formaron parte de este programa han tenido seis veces más probabilidades de ser derivadas a los servicios de defensa, y tres veces más probabilidades de tener registrado en su historia clínica este suceso, que las que no han participado. Unido a ello, estas declararon sentirse más seguras, incluso aquellas que no abandonaron la relación. (14)

Creech SK et al. ⁽¹⁷⁾ proponen el programa informático, “SHE” (safe and healthy experiences), basado en entrevistas motivacionales breves y psicoeducación. Se trata de una aplicación móvil con módulos centrados en cada uno de los riesgos de salud más comunes en este tipo de pacientes (consumo excesivo de alcohol y sustancias, TEPT, prostitución...). Presentan una duración corta, 20 minutos, incluyendo una presentación audiovisual, folletos, relatos de otras víctimas, recursos psicoeducativos y una lista de referentes y recursos de salud mental disponibles.

Las mujeres que participaron en la utilización de este programa mostraron un incremento significativamente mayor en el inicio de tratamientos y seguimientos de salud mental que las que no lo hicieron y tuvieron mayor adhesión al tratamiento y a la terapia, derivando en una reducción significativa en el consumo de alcohol y abuso de sustancias. (17)

En **los artículos** ^(20, 21) se defiende la importancia de intervenir más allá del ámbito clínico, por ejemplo, mediante la creación de grupos de apoyo terapéuticos de mujeres víctimas de VG. Dichos grupos, constituyen un respaldo a los profesionales sanitarios al permitirles intervenir en un medio diferente a sus consultas y facilitan la detección precoz de futuros casos, tanto a las pacientes como a los profesionales, pues compartir en un mismo espacio diversos relatos de VG, ayuda a ser consciente de la heterogeneidad en la que esta se puede manifestar. (20,21)

En **los artículos** ^(17, 20) se recalca la importancia que tiene fomentar y divulgar las intervenciones en materia de salud mental centradas en estas pacientes. La mayoría de las víctimas de VG presentan problemas de salud mental entre los que destacan: cuadros adaptativos, de ansiedad, de depresión, TCA, TEPT, etc. Fomentar y tratar su salud mental no siempre resulta tarea fácil, sin embargo, el programa SHE, anteriormente explicado y los grupos de apoyo terapéuticos, representan dos buenas medidas para llevar a la práctica este objetivo. (17,20)

En **los artículos** ^(6,14,15) se destaca la importancia de ofrecer continuidad y seguimiento una vez identificados y derivados los casos de VG. La mayoría de las pacientes refleja el deseo de recibir apoyo y preocupación por su bienestar y seguridad tras su derivación. Destacan la figura de la enfermera de Atención Primaria para llevar a cabo la citada tarea, programando citas de control cada cierto tiempo, con el fin de poder identificar precozmente un empeoramiento en la situación, ofreciendo mayor seguridad a la víctima. En **el artículo** ⁽¹¹⁾ se defiende que la gran mayoría de los profesionales sanitarios (80%) no realizan estas actividades. (6,14,15,11)

En **los artículos** ^(16, 20, 21) se defiende la importancia de brindar intervenciones centradas en las pacientes, teniendo en cuenta sus gustos, objetivos, y experiencias. Esto resulta imprescindible, ya que, para lograr la efectividad de las intervenciones, es indispensable contar con la iniciativa y compromiso de las víctimas. Se hace hincapié en sus experiencias previas en relación con el sistema sanitario, ya que una mala experiencia previa en este ámbito, puede ser el detonante de una mala adhesión terapéutica o falta de colaboración en el proceso. Por todo ello, ofrecer prácticas clínicas personalizadas resulta clave en el éxito de la terapia. (16,20,21)

Unido al punto anterior, en **los artículos** ^(6,14,15,19,20,21) se defiende la importancia de ejercer una atención holística, entendiendo que las pacientes son seres biopsicosociales, donde cada uno de estos elementos ocupa un lugar importante en su salud, por lo que es necesario desmarcar la visión biologicista actual, por una atención holística de calidad. (6,14,15,19,20,21)

En **la mayoría de los artículos** analizados se refleja una problemática común a todas las víctimas de VG, una gran dificultad para verbalizar la situación que están viviendo, motivada por múltiples factores, dentro de los que la vergüenza, el estigma y el miedo a ser juzgadas ocupan el papel principal. La actitud que el profesional sanitario muestre en esa situación resulta clave en la decisión que la mujer tome al respecto de revelar o no la situación de opresión. Es imprescindible mostrarse empáticos, escuchando sin juzgar, abandonando los prejuicios y creando un ambiente en el que la paciente se sienta cómoda, con privacidad y confianza. No obstante, existen otros factores claves en la decisión de actuar de la víctima, entre los que la cultura, el nivel socioeconómico y las creencias religiosas ejercen una influencia innegable. Se defiende que aquellas mujeres víctimas de VG que pertenecen a una clase social tradicional o a un nivel socioeconómico bajo, presentan mayor dificultad para verbalizar su realidad, ya que la mayoría no son conscientes de ser víctimas de VG, pues al ser lo habitual en su ámbito social, normalizan estas actitudes, haciendo que se propaguen generación tras generación. (6,16,17,11)

Williams JR et al. ⁽¹⁶⁾ defienden que todas las víctimas de VG presentan un elemento común que influye en su decisión sobre revelar o no la situación que padecen; los hijos. Para una parte de ellas la principal motivación es asegurar la seguridad de sus hijos. Sin embargo, otras utilizan este argumento a la inversa, asegurando que, si admiten ser víctimas de VG, los servicios sociales las alejaran de estos. Por ello, resulta imprescindible aumentar la información sobre los servicios de apoyo social con el fin de promover la denuncia por parte de las víctimas, haciéndoles ver que la red de servicios existentes es un lugar seguro para ellas y sus hijos. (16)

Para poder llevar a la práctica las intervenciones anteriormente explicadas, en **los artículos** ^(1,6,15,16,18,19,20,21) se defiende la importancia de crear un equipo de trabajo multidisciplinario. Los autores de estos artículos explican el enriquecimiento que se produce en la atención sanitaria cuando se cuenta con un equipo cualificado en el que la figura de la enfermera especialista en salud mental y la trabajadora social se involucran tanto en la atención al paciente como lo hacen las demás enfermeras, médicas de cabecera y pediatras. (1,6,15,16,18,19,20,21)

6.2 CONOCER LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO PARA PODER PREVENIRLA

Rizkalla K et al. ⁽¹⁹⁾ clasifican los factores de riesgo de la VG en función de la naturaleza de estos. Atendiendo a los factores individuales destacan ser testigo de abuso marital durante la infancia y tener una figura paterna ausente; en los factores familiares sobresalen el abuso de alcohol paterno y el dominio masculino en la familia; en los factores comunitarios el bajo nivel socioeconómico y el aislamiento social se posicionan en el primer lugar; y por último los factores sociales incluyen roles de género rígidos y la aceptación de la violencia interpersonal. (19)

Brock Carneiro J et al. ⁽¹⁵⁾ y **Goicolea I et al.** ⁽²¹⁾ defienden la influencia que las crisis económicas y sociales ejercen en la detección y prevención de la VG. Muestra de ello, se encuentran las situaciones derivadas de la crisis económica y social del 2008 en España, o la actual crisis derivada de la pandemia del COVID-19, donde el sistema sanitario público español se ha visto debilitado, a raíz de la promoción de medidas de austeridad que defienden la reducción en el gasto de la sanidad pública, o como consecuencia de la saturación del sistema sanitario derivada de un problema de salud pública a escala mundial. (15, 21)

Por lo tanto, se ha visto que ante una situación de crisis predomina un modelo de atención biologicista, desmarcando la visión holística y personalizada anteriormente defendida, pues para ejercer esta última se necesitan mayores recursos económicos y logísticos. Por ello, ante una situación de empobrecimiento del sistema sanitario, aquellas cuestiones con un importante componente social y psicológico como es la VG, serán las primeras en verse perjudicadas. (15,21)

6.3 ANALIZAR LOS FACILITADORES Y OBSTÁCULOS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA PODER PREVENIR Y TRATAR PRECOZMENTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Las víctimas de VG acuden a los servicios sanitarios, en especial a los centros de Atención Primaria, con mayor frecuencia que el resto de las pacientes, debido al deterioro que la VG ejerce sobre su salud física y psicológica. El contacto frecuente con estas pacientes hace que este eslabón sanitario se convierta en el espacio idóneo para realizar su detección. No obstante, al preguntarle a los profesionales sanitarios por su actuación ante la sospecha de un caso de VG, el 4,7% manifiesta sentirse bien preparado, el 6,5% preparado, el 21,3% moderadamente preparado, el 33,1% algo preparado, el 26,6% mínimamente preparado y el 7,7% nada preparado. Todos ellos opinan que la formación sanitaria en materia de VG es muy escasa, llegando a ser inexistente en la mayoría de los grados universitarios sanitarios. (13,18,19)

Unido a la falta de formación, la ausencia de protocolos relacionados con el abordaje de la VG desde el ámbito sanitario, o el desconocimiento de estos por parte de sus profesionales, ocupa el segundo motivo de la dubitativa actitud de estos ante la VG. Actualmente no existe un cribado universal y algunos profesionales solamente utilizan las recomendaciones establecidas una vez que se establece una relación de confianza entre este y la víctima, haciendo que la detección se reduzca considerablemente. (19)

A todo ello se le suma la gran carga de trabajo y falta de tiempo que impregnan la asistencia sanitaria; una red de derivación deficiente e intervenciones personalizadas que en muchas ocasiones se ven interrumpidas consecuencia de la precaria situación laboral de las enfermeras, caracterizada por contratos de corta duración. (19,11,20,21)

Se ha observado que el grado de implicación de los profesionales sanitarios varía de unos centros de APS a otros, haciendo que sus intervenciones también lo hagan. Aquellos centros con

mayor compromiso en esta actividad se caracterizan por crear grupos de trabajo con profesionales formados, evaluar las intervenciones realizadas con el fin de mejorar sus intervenciones y ofrecer una atención holística y personalizada. En cambio, aquellos con un compromiso menor, brindan intervenciones genéricas como ofrecer folletos, realizar partes de lesiones cuando estas son fácilmente visibles o derivar a las víctimas. (18,20)

7 CONCLUSIONES

- Los centros de Atención Primaria, debido a las características que los definen, suponen un medio idóneo para identificar e intervenir contra la VG.
- Incrementar la formación de los profesionales sanitarios en materia de violencia de género resulta imprescindible para brindar intervenciones efectivas ante esta.
- Crear protocolos actualizados centrados en el abordaje de la VG y promover su utilización, incrementan la seguridad de los profesionales al abordar esta situación.
- Brindar intervenciones sanitarias personalizadas, holísticas y teniendo en cuenta la cultura/religión/etnia/nivel socioeconómico de las pacientes, incrementa la probabilidad de éxito de las mismas.
- Entregar información a las víctimas, dotarlas de los recursos necesarios para abordar la VG, valorar su riesgo y el sus hijos, derivarlas a la trabajadora social o a la policía nacional/local/regional y crear un plan de seguridad con ellas, representan las intervenciones más habituales.
- Tener una figura paterna ausente o que esta abuse del alcohol, presenciar VG durante la infancia, poseer un nivel socioeconómico bajo, aislarse socialmente y poseer roles de género rígidos, suponen factores de riesgo de la VG.
- Las crisis socioeconómicas disminuyen la probabilidad de detección de un caso de VG, desde el ámbito sanitario.
- Prejuizar a las víctimas, sobrecargar de trabajo a los profesionales sanitarios haciendo que el tiempo de las consultas disminuya, limitar los recursos, fragmentar el sistema sanitario, poseer una red de derivación poco coordinada y unos profesionales sanitarios con baja formación en materia de VG, suponen las principales dificultades al intervenir contra la VG.

8 BIBLIOGRAFÍA

1. Visentin F, Becker Vieira L, Trevisan I et al. Women´s primary care nursing in situations of gender violence. Investigación y educación en enfermería [Internet]. 2015 [Consultado 6 enero 2023]; 33 (3): 556-564. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5257444>
2. Murillo P, San Sebastián M, Vives-Cases C et al. Factors associated with primary care professionals´ readiness to respond to intimate partner violence in Spain. Gac Sanit. [Internet]. 2018 [Consultado 10 enero 2023]; 32 (5): 433-438. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28545740/>
3. Organización de las naciones unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Internet]. Asamblea General de las Naciones Unidas; 1993 [Consultado 12 enero 2023]. Disponible el: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Definición de Violencia de Género [Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2016. [Consultado 11 enero 2023]. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_violencia_de_genero.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística. Glosario de Conceptos: Sexo [Internet]. Madrid: INE. [Consultado 11 enero 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4484&op=30081&p=1&n=20#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20OMS%2C%20el%20%22sexo,apropiados%20para%20hombres%20y%20mujeres.>
6. Briones Vozmediano E, Otero García L, Gea Sánchez M et al. A qualitative content analysis of nurses´ perceptions about readiness to manage intimate partner violence. J Adv Nurs. [Internet]. 2022 [Consultado 24 enero 2023]; 78 (5): 1448-1460. Disponible en: <https://www-scopus-com.ezbusc.usc.gal/record/display.uri?eid=2-s2.0-85120460896&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=f7c47c2d064f9c18e2270ec2cc6ab4d8&sot=b&sdt=b&s=%28TITLE-ABS-KEY%28Intimate+Partner+Violence%29+AND+TITLE-ABS-KEY%28Primary+Health+Care%29+AND+TITLE-ABS->

[KEY%28Nurses%29%29&sl=107&sessionSearchId=f7c47c2d064f9c18e2270ec2cc6ab4d8](https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence)

7. Organización de las Naciones Unidas. Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas [Internet]. ONU Mujeres [Consultado: 12 enero 2023]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>
8. Ministerio de Igualdad. Delegación del gobierno contra la violencia de género [Internet]. Madrid: Gobierno de España; c2003-2023 [Consultado:18 enero 2023]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>
9. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de violencia doméstica y violencia de género, últimos datos [Internet]. Madrid: INE; 2021 [Consultado: 18 enero 2023] Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206#:~:text=%C3%9Altima%20Nota%20de%20prensa&text=El%20n%C3%BAmero%20de%20mujeres%20v%C3%ADctimas,disminuy%C3%B3%20un%200%2C5%25.
10. Borràs Cuevas B, Andreu Mondon J, Monroy-Parada DX et al. Gender-based violence detection in young women attending a primary healthcare center. Aten Primaria [Internet]. 2023 [Consultado: 11 enero 2023]; 55 (1): 102524. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36473429/>
11. Taskiran AC, Ozsahin A, Edirne T. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. Prim Health Care Res Dev. [Internet]. 2019 [Consultado 11 enero 2023]; 20 (96): 1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32799995/>
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLoS Medicine [Internet]. 2009 [Consultado: 27 enero 2023]; 6 (7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707599/pdf/pmed.1000097.pdf>
13. Díaz Vigón N, Fernández Gutiérrez L, Fernández Raigada RI et al. Conocimientos, opiniones y creencias de los profesionales de Atención Primaria en relación a la violencia

de género. RqR Enfermería Comunitaria [Internet]. 2017 [Consultado 6 enero 2023]; 5 (2): 35-49. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079278>

14. Bradbury Jones C, Clark M, Julio T. Abused women's experiences of a primary care identification and referral intervention: a case study analysis. J Adv Nurs. [Internet]. 2017 [Consultado 24 enero 2023]; 73 (12): 3189-3199. Disponible en: <https://www-scopus-com.ezbusc.usc.gal/record/display.uri?eid=2-s2.0-85013421920&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=f7c47c2d064f9c18e2270ec2cc6ab4d8&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2C%22NURS%22%2Ct%2Bscosubtype%2C%22ar%22%2Ct%2Bscolang%2C%22English%22%2Ct%2Bscofreetoread%2C%22all%22%2Ct&s=%28TITLE-ABS-KEY%28Intimate+Partner+Violence%29+AND+TITLE-ABS-KEY%28Primary+Health+Care%29+AND+TITLE-ABS-KEY%28Nurses%29%29+AND+PUBYEAR+%3E+2012+AND+PUBYEAR+%3C+2023&sl=145&sessionSearchId=f7c47c2d064f9c18e2270ec2cc6ab4d8>
15. Brock Carneiro J, Pereira Gomes N, Moura Campos L et al. Theoretical-explanatory model of the care provided to women in situations of violence in primary health care. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2022 [Consultado 24 enero 2023]; 31. Disponible en: <https://www-scopus-com.ezbusc.usc.gal/record/display.uri?eid=2-s2.0-85125101942&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&sid=57a75f5106def81384e702ff261a70b2&sot=b&sdt=cl&cluster=scosubjabbr%2C%22NURS%22%2Ct%2Bscosubtype%2C%22ar%22%2Ct%2Bscolang%2C%22English%22%2Ct%2C%22Spanish%22%2Ct%2Bscofreetoread%2C%22all%22%2Ct&s=%28TITLE-ABS-KEY%28Intimate+Partner+Violence%29+AND+TITLE-ABS-KEY%28Primary+Health+Care%29%29+AND+PUBYEAR+%3E+2012+AND+PUBYEAR+%3C+2024&sl=119&sessionSearchId=57a75f5106def81384e702ff261a70b2>
16. Williams JR, González Guarda RM, Halstead V et al. Disclosing gender-based violence during health care visits: a patient-centered approach. J Interpers Violence [Internet]. 2020 [Consultado 8 enero 2023]; 35 (23): 5552-5573. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29294854/>
17. Creech SK, Pulverman CS, Kahler CW et al. Computerized intervention in primary care for women veterans with sexual assault histories and psychosocial health risks: a

- randomized clinical trial. *J Gen Intern Med*. [Internet]. 2022 [Consultado 11 enero 2023]; 37 (5): 1097-1107. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34013470/>
18. Adjognon OL, Brady JE, Gerber MR et al. Getting routine intimate partner violence screening right: implementation strategies used in veterans health administration (VHA) primary care. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2021 [Consultado 11 enero 2023]; 34 (2): 346-356. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33833003/>
19. Rizkalla K, Maar M, Pilon R et al. Improving the response of primary care providers to rural First Nation women who experience intimate partner violence: a qualitative study. *BMC Womens Health* [Internet]. 2020 [Consultado 11 enero 2023]; 20 (1): 209. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32957935/>
20. Goicolea I, Marchal B, Hurtig AK et al. Why do certain primary health care teams respond better to intimate partner violence than others? A multiple case study. *Gac Sanit*. [Internet]. 2019 [Consultado 11 enero 2023]; 33 (2): 169-176. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29233579/>
21. Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E et al. Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit*. [Internet]. 2017 [Consultado 11 enero 2023]; 31 (3): 187-193. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28222974/>