

# PROGRAMA DE DOCTORADO INTERUNIVERSITARIO EN CIENCIAS DE LA SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SALUD

## **Estrategias y conflictos de las enfermeras en la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género**

**Tesis Doctoral**

**Inmaculada Lancharro Taverro**

**2020**





Escuela Andaluza de Salud Pública  
CONSEJERÍA DE SALUD

## **PROGRAMA DE DOCTORADO INTERUNIVERSITARIO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

# **Estrategias y conflictos de las enfermeras en la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género**

Tesis presentada para aspirar  
al grado de doctora por la  
Lda. Inmaculada Lancharro Taverro, dirigido por  
Dra. Eugenia Gil García y  
Dra. Juana Macías Seda

Fdo.: Dña. Inmaculada Lancharro Taverro





Dra. D<sup>ª</sup>. Eugenia Gil García y Dra. D<sup>ª</sup>. Juana Macías Seda, profesoras del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

CERTIFICAN:

Que la presente tesis titulada "Estrategias y conflictos de las enfermeras en la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género", ha sido elaborada por D<sup>ª</sup>. Inmaculada Lancharro Tavera bajo la dirección de las abajo firmantes, reuniendo todos los requisitos pertinentes para su presentación y lectura, a fin de optar al grado de doctora.

Y para que así conste, se firma en Sevilla a nueve de diciembre de 2020.

Dra. D<sup>ª</sup>. Eugenia Gil García

Dra. D<sup>ª</sup>. Juana Macías Seda



## AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar quiero agradecer a mi tutora la Dra. Eugenia Gil García y directora la Dra. Juana Macías Seda, quienes con sus conocimientos y apoyo me guiaron a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscaba. Sin duda, con sus aportaciones el trabajo ha crecido y con él, también yo. Han sido años de trabajo conjunto que finalmente nos conducen a la meta.*

*Mención especial también para todas las enfermeras y enfermeros que tan amablemente colaboraron en el trabajo de campo. Sin duda, con sus testimonios y con el tiempo que me brindaron fue posible la realización de este proyecto. Lo mejor que puedes regalar es tu tiempo y así lo hicieron. Así que por ello, muchas gracias.*

*También me gustaría agradecer a la Universidad de Sevilla por facilitar mi desarrollo académico en el marco de su institución. Además, no podría dejar de agradecer a la familia de San Juan de Dios por brindarme todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación. No hubiese podido alcanzar estos resultados de no haber sido por su incondicional ayuda. Por ello, mi más sincero agradecimiento.*

*Por último, quiero agradecer a todas mis compañeras, a mi familia y a mi familia elegida, por apoyarme durante todo el proceso, incluso cuando mis ánimos decaían. Me gustaría hacer un reconocimiento especial a mis padres, que me enseñaron que gracias al trabajo duro y constante los objetivos se alcanzan y el esfuerzo tiene su recompensa. Esto mismo deseo transmitir a mis hijos, ya que se trata de una lección de vida para aplicar en cualquiera de sus recorridos vitales. Gracias también a mi hermana por ser mi reflejo y mi ejemplo a seguir y gracias a mi compañero de viaje por creer en mí y ser mi apoyo incondicional.*

*Muchas gracias por todo.*





*“Abrid escuelas y se cerraran cárceles”*

*Concepción Arenal*



**Dedicatoria:**

A mis hijos, Mario y Pablo  
para enseñaros el camino a la igualdad



# **ÍNDICE DE CONTENIDOS**



# ÍNDICE

RESUMEN .....	0
---------------	---

INTRODUCCIÓN .....	1
--------------------	---

## **PRIMERA PARTE. PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO I. EL ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD. IMPORTANCIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

1. Perspectiva de género en salud .....	7
1.1. El feminismo como acción innovadora en salud .....	9
1.2. Políticas públicas de igualdad en salud .....	15
1.2.1. Políticas públicas en violencia de género.....	18
1.2.2. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género .....	20
2. El género como determinante de la salud. Un enfoque de innovación en la atención sanitaria .....	24
2.1. Red andaluza de Formación contra el Maltrato a Mujeres (Red Formma) .....	28

### **CAPÍTULO II. LA IDENTIDAD PROFESIONAL Y LA FORMACIÓN EN GÉNERO EN ENFERMERÍA**

1. Identidad profesional de las enfermeras .....	33
1.1. Construcción de la identidad: enfermera comunitaria y gestora de casos .....	36
2. Las enfermeras, el género y la igualdad.....	38
3. Formación de las enfermeras en género.....	44
4. Las enfermeras como agentes de transformación en salud .....	54

### **CAPÍTULO III. LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL CONFLICTO COMO PASO PARA LA TRANSFORMACIÓN**

1. La violencia de género en la consulta de Enfermería .....	61
1.1. Dinámica de la violencia y consecuencias sobre la salud.....	64
1.2. Papel de las enfermeras ante la violencia de género .....	67
2. El conflicto de las enfermeras como contexto de transformación.....	73
2.1. El conflicto desde un enfoque constructivo.....	77
3. Autonomía y toma de decisión de las enfermeras .....	80

### **SEGUNDA PARTE. ESTUDIO EMPÍRICO**

#### **CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

1. Planteamiento del estudio .....	89
2. Objetivo general y objetivos específicos .....	90

#### **CAPÍTULO V. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

1. Diseño metodológico .....	93
1.1. Participantes.....	96
1.2. Instrumentos.....	99
1.3. Procedimiento.....	100
2. Análisis de los datos .....	103
2.1. Unidades de análisis .....	104
2.2. Formación de categorías .....	105
2.3. Tratamiento de los datos .....	113

#### **CAPÍTULO VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

1. Conflictos de las enfermeras en la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género .....	117
1.1. Naturaleza de los conflictos .....	117
1.1.1. Conflictos derivados del fenómeno de la violencia de género..	117



1.1.2. Conflictos derivados de los sistemas de salud.....	123
1.1.3. Conflictos derivados de las mujeres.....	134
1.2. Materias controvertidas para las enfermeras en la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género .....	142
2. Estrategias de implementación y necesidades de las enfermeras en la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.....	148
2.1. Estrategias de implementación y derivación .....	150
2.2. Estrategias de información y empoderamiento .....	166
2.3. Seguimiento a las mujeres .....	171
2.4. Los registros y la captación .....	177
2.5. Necesidades detectadas por las enfermeras en la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género .....	188
2.5.1. Cambio cultural.....	188
2.5.2. Formación e información.....	190
2.5.3. Consulta de referencia y/o persona referente.....	193
2.5.4. Reforzamiento de las medidas económicas y legales.....	196
2.5.5. Trabajo multidisciplinar .....	198
2.5.6. Mejora en las infraestructuras.....	201
2.5.7. Consejos de salud .....	203
2.5.8. La enfermera escolar.....	204
3. Identidad de las enfermeras en materia de sensibilización a la violencia de género .....	207
3.1. Identidad de las enfermeras y enfermeros.....	209
3.1.1. Sensibilidad ante la violencia de género reconocida .....	209
3.1.2. Sensibilidad a la violencia de género cuestionada .....	218
3.1.3. Sensibilidad a la violencia de género en construcción .....	225
3.2. Prácticas profesionales desde perspectiva de género en los cuidados .....	231
3.3. Obstáculos y dificultades para la adopción de la perspectiva de género .....	241
3.3.1. Cultura patriarcal-socialización .....	242

3.3.2. Consideración de problema de salud.....	244
3.3.3. Resistencia al cambio.....	247

## **CAPÍTULO VII. LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA DEL ESTUDIO**

1. Limitaciones de la investigación.....	253
2. Conclusiones del estudio .....	254
2.1. Aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en los centros de atención primaria .....	254
2.2. Estrategias de implantación y necesidades derivadas de la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género .....	256
2.3. Identidad de las enfermeras y enfermeros innovadores en materia de sensibilización a la violencia de género .....	257
3. Prospectiva de la investigación.....	259
3.1. Derivaciones metodológicas.....	259
3.2. Implicaciones prácticas.....	260

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>263</b>
---	------------

## **ANEXOS**

Anexo 1. Cuestionario variables sociodemográficas participantes.....	291
Anexo 2. Informe favorable PEIBA. ....	292
Anexo 3. Árbol de categorías y subcategorías. ....	294
Anexo 4. Mapa jerárquico: conflictos... ..	295
Anexo 5. Mapa jerárquico: estrategias.....	296
Anexo 6. Mapa jerárquico: necesidades .....	297
Anexo 7. Perfil sensible a la violencia de género reconocida .....	298
Anexo 8. Perfil sensible a la violencia de género cuestionada.....	299
Anexo 9. Perfil sensible a la violencia de género en construcción .....	300

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Objetivos y recomendaciones del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género .....	22
Tabla 2. Perfil sociodemográfico de las personas participantes en grupos de discusión de Sevilla y provincia .....	97
Tabla 3. Perfil sociodemográfico de las personas participantes en entrevistas de Sevilla y provincia .....	98
Tabla 4. Guion de los grupos de discusión .....	100
Tabla 5. Guion de las entrevistas .....	100
Tabla 6. Conflictos del abordaje de la violencia de género. ....	118
Tabla 7. Conflictos de la confrontación con los hombres. ....	120
Tabla 8. Conflictos de la comunicación con la familia .....	121
Tabla 9. Conflictos de la limitación de tiempo .....	124
Tabla 10. Conflictos de la relación de compañerismo .....	126
Tabla 11. Conflictos de la falta de intimidad .....	128
Tabla 12. Conflictos de la falta de registro .....	130
Tabla 13. Conflictos de la falta de recursos .....	132
Tabla 14. Conflictos de la resignación de las mujeres .....	135
Tabla 15. Conflictos de la huida de las mujeres .....	137
Tabla 16. Conflictos de la baja adherencia de las mujeres .....	139
Tabla 17. Conflictos de la posición defensiva de las mujeres .....	141
Tabla 18. Materias normativas y formativas .....	144
Tabla 19. Materias relacionadas con el clima .....	146
Tabla 20. Materias relacionadas con las emociones .....	147
Tabla 21. Estrategia de apoyo emocional .....	151
Tabla 22. Estrategia de habilidades de la comunicación .....	154
Tabla 23. Estrategia de estar disponible y/o estar alerta .....	156
Tabla 24. Derivar a Trabajo Social .....	159
Tabla 25. Derivar a Medicina de Familia .....	161
Tabla 26. Derivar a Grupos de Mujeres .....	163
Tabla 27. Derivar a Recursos Comunitarios .....	164
Tabla 28. Estrategia de informar .....	167

Tabla 29. Estrategia de empoderar .....	170
Tabla 30. Seguimiento en consulta .....	172
Tabla 31. Visita domiciliaria .....	174
Tabla 32. Seguimiento telefónico .....	176
Tabla 33. Consultar y/o registrar en la historia clínica .....	179
Tabla 34. Estrategia de captación .....	181
Tabla 35. Identificar apoyos .....	183
Tabla 36. Favorecer la intimidad .....	186
Tabla 37. Necesidad de cambio cultural .....	189
Tabla 38. Necesidad de formación e información.....	191
Tabla 39. Necesidad de consulta de referencia y/o persona referente .....	194
Tabla 40. Necesidad de reforzar las medidas económicas y legales .....	196
Tabla 41. Necesidad de trabajo multidisciplinar .....	199
Tabla 42. Necesidad de mejora en las infraestructuras .....	201
Tabla 43. Necesidad de consejos de salud .....	203
Tabla 44. Necesidad de la enfermera escolar .....	205
Tabla 45. Identidades de las enfermeras y enfermeros .....	207
Tabla 46. Enfermeras y enfermeros con identidad sensible reconocida .....	210
Tabla 47. Enfermeras y enfermeros con identidad sensible cuestionada .....	219
Tabla 48. Enfermeras y enfermeros con identidad sensible en construcción ...	226
Tabla 49. Prácticas educativas .....	232
Tabla 50. Prácticas para la detección .....	235
Tabla 51. Prácticas para la intervención .....	238
Tabla 52. Obstáculos de la cultura patriarcal-socialización .....	242
Tabla 53. Obstáculos de la consideración de problema de salud .....	245
Tabla 54. Obstáculos de la resistencia al cambio .....	247

## RESUMEN

### Introducción.

Este estudio está realizado desde el enfoque de género en salud y la importancia de las políticas públicas, donde nuestro país muestra innovaciones, también presentes en nuestra comunidad autónoma, Andalucía. Dichas innovaciones se materializan en leyes y protocolos de actuación para el tratamiento de la violencia de género desde los entornos sanitarios.

Desde la preocupación de los entornos sanitarios para el abordaje de la violencia de género nace el Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Este protocolo tiene como objetivos proporcionar pautas de actuación homogéneas, sensibilizar al personal de los servicios de salud sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud, promover la capacitación de las mujeres para el reconocimiento de su situación y la búsqueda de soluciones y contribuir desde el sector salud a la sensibilización de la población general sobre este problema.

Desde nuestra disciplina, la Enfermería, surge la necesidad de la formación en género para la construcción de una identidad profesional que pueda prestar unos cuidados integrales y de calidad desde los centros sanitarios a las mujeres que presentan malos tratos.

La violencia de género tiene repercusión en la salud física, psíquica y emocional de las mujeres, por lo que entran en contacto con los entornos sanitarios. La atención primaria de la salud ofrece posibilidades para la identificación, confirmación y posterior seguimiento de las mujeres. No obstante, en estos entornos sanitarios pueden desarrollarse conflictos que deben ser estudiados para mejorar los cuidados a las mujeres. El papel que desempeñan las enfermeras bajo su autonomía profesional para aplicar el protocolo, así como para acompañar a las mujeres en el proceso de toma de decisiones es clave para tener éxito en las reformas. Por ello, es importante tener en cuenta las realidades de los entornos sanitarios y el conocimiento que las enfermeras de atención primaria tienen sobre sus prácticas clínicas y las mujeres que atienden.

## Objetivo.

Explorar las prácticas que las enfermeras llevan a cabo en la aplicación del Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, con el objeto de comprender cómo afrontan los cambios e innovaciones en la asistencia contempladas en dicho protocolo.

## Metodología.

Estudio cualitativo con diseño fenomenológico, cuyo trabajo de campo se desarrolló entre marzo y noviembre de 2017. El estudio fue valorado por el Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía que emitió un informe favorable para la realización de la investigación.

Se aplicó un muestreo no probabilístico intencional, con criterios como el sexo y la antigüedad laboral, entre otros. La identificación de informantes se realizó desde la Dirección de Cuidados del Distrito Sanitario de Sevilla y Aljarafe-Sierra Norte. Los contactos fueron por correo electrónico y vía telefónica. La muestra quedó conformada por 37 participantes, 26 fueron entrevistadas y 11 participaron en 2 grupos de discusión, de 18 centros de salud, 5 en Sevilla y 13 en la provincia. La edad oscilaba entre 36 y 62 años.

En la primera fase se realizaron 2 grupos de discusión, constituidos por profesionales de diferentes centros de salud. En la segunda fase se realizaron 26 entrevistas a informantes clave. En los 2 grupos de discusión, de 6 y 5 informantes, y en las entrevistas participó la investigadora principal en el desarrollo y tomando notas de campo. Se completaron en un solo momento. Fueron grabadas y transcritas, previo consentimiento informado y garantía de confidencialidad. En ambos casos se creó un guion previo y duraron 60 y 90 minutos respectivamente.

Se llevó a cabo un análisis de contenido de las transcripciones por fases. En la primera fase se dio la aparición de temas, la segunda fase fue el desarrollo de categorías emergentes y contraste y en la tercera, transformamos las categorías en tesis. El proceso de categorización se realizó

con el software NVivo 12®. Las investigadoras partieron de una codificación inicial, realizaron una lectura reiterada de las transcripciones en el proceso de triangulación y redactaron los resultados que fueron devueltos para contraste, recibiendo conformidad. La veracidad del estudio contempló la credibilidad, dada la transparencia, la transferencia porque puede aplicarse a contextos similares y la confirmabilidad debido a triangulación.

## Resultados.

Los resultados muestran que enfermeras y enfermeros presentan conflictos relacionados con la aplicación del protocolo. Se trata de un total de 12 conflictos que derivan de la complejidad de la violencia de género y las dificultades para su abordaje, si los conflictos apuntan a la confrontación con los hombres en el contexto de la atención que ofrecen a las mujeres, y si la comunicación con la familia es una barrera para poder dar una correcta atención a las mujeres. Enfermeras y enfermeros desarrollan en sus discursos conflictos de esta naturaleza. Además, identificamos conflictos derivados de los sistemas de salud. En nuestro análisis encontramos conflictos derivados de la limitación de tiempo, la falta de compañerismo, la falta de intimidad para atender a las mujeres, la falta de registro y la falta de recursos en el sistema de salud y en la comunidad para atender debidamente a la VG. Enfermeras y enfermeros desarrollan en sus discursos conflictos derivados de los sistemas de salud. Finalmente, encontramos conflictos derivados de las mujeres donde la huida, la posición defensiva, la baja adherencia o la resignación, expresadas por enfermeras y enfermeros muestran sus propias resistencias a los cambios en materia de violencia de género.

Asimismo encontramos como enfermeras y enfermeros despliegan estrategias para cuidar a las mujeres, aunque con matices diferentes. Se trata de un total de 11 estrategias englobadas en prácticas de implementación y derivación, estrategias de información y empoderamiento, seguimiento a las mujeres y el uso de los registros y la captación. Manifiestan además unas necesidades para mejorar el abordaje de la violencia de género desde los centros de atención primaria de la salud. Entre ellas, encontramos como enfermeras y enfermeros hablan de la importancia del cambio cultural que debe ir acompañado de una formación. Señalan además la importancia de la

persona de referencia, que lidere la violencia de género en los centros, así como la necesidad de reforzar el trabajo multidisciplinar y las medidas económicas y legales junto con las infraestructuras. La creación de consejos de salud y la potenciación de la figura de la enfermera escolar con también necesidades identificadas.

Finalmente, la investigación identifica 3 perfiles profesionales en función de la sensibilidad a la violencia de género. Presentan una identidad sensible reconocida enfermeras y un solo enfermero que han acogido favorablemente el protocolo y son reconocidas por el resto de los profesionales de sus centros de atención sanitaria por su trayectoria profesional y como personas de referencia para la aplicación y puesta en marcha de las directrices que recoge dicho protocolo. Por ello, el protocolo supone un respaldo y visibilización a la labor que venían realizando en sus centros asistenciales sanitarios. Presentan una identidad sensible cuestionada enfermeras y enfermeros que reconocen la violencia de género como problema de salud y tienen capacidades para detectar en su día a día malos tratos, sin embargo, encuentran limitaciones para poder emplear el protocolo de manera efectiva. Cuentan con formación y experiencia en el tema, pero, no poseen el reconocimiento y respaldo de sus compañeros y compañeras. Presentan una identidad sensible en construcción enfermeras y enfermeros con trayectorias que no poseen una base suficiente en formación, ni en conocimiento del protocolo. Valoran la iniciativa política y los cambios que han acontecido en materia de violencia de género, pero presentan discursos irregulares fruto de las resistencias personales. Además, encontramos como la identidad sensible reconocida y cuestionada realiza un abordaje desde la promoción de la salud que recoge educación, detección e intervención sobre la población adolescente desde los centros de atención primaria y en coordinación con los centros educativos.

### Conclusiones.

En el desarrollo del protocolo aparecen resistencias de distinta naturaleza relacionadas con la complejidad del fenómeno, con barreras derivadas de los sistemas de salud y con la posición que adoptan muchas mujeres. La falta de reconocimiento y nombramiento de la figura responsable



del protocolo y la implicación profesional en la actuación y seguimiento de la violencia de género son aspectos controvertidos. Existe un impacto emocional elevado para los y las profesionales que cuidan de estas mujeres.

El apoyo emocional, las habilidades de la comunicación y la alerta ante indicadores de sospecha de malos tratos son las estrategias más utilizadas. Se observan diferencias de género en el empleo de estrategias de cuidados. Enfermeras y enfermeros consideran necesario un cambio cultural para erradicar la violencia de género.

Identificamos diferentes perfiles profesionales. La identidad sensible a la violencia de género reconocida se atribuye a enfermeras donde los cambios han propiciado un compromiso aún mayor con la profesión. La identidad sensible a la violencia de género cuestionada manifiesta choque entre la formación y la praxis para aplicar el protocolo. Y la identidad sensible a la violencia de género en construcción manifiesta una crisis de identidad porque no tiene claro el papel de las enfermeras en la aplicación del protocolo. Además, se identifican prácticas profesionales desde la promoción de la salud en coordinación con los centros educativos. Y, los principales obstáculos y dificultades que definen los perfiles identitarios son: la cultura patriarcal, la no consideración de la violencia de género como un problema de salud y la resistencia al cambio.



## **1. INTRODUCCIÓN.**

El trabajo que presentamos se enmarca en el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (en adelante nos referiremos al protocolo por sus siglas PAASVG) y en su aplicabilidad por parte de las enfermeras<sup>1</sup>. Para ello, partimos de unos supuestos teóricos y empíricos que se presentan a continuación.

### **1.1 El problema de investigación.**

La intervención de los profesionales sanitarios en los procesos de atención sanitaria ante el fenómeno social de la violencia de género (VG) se muestra como un factor clave desde donde llevar a cabo transformaciones con respecto a la lacra social que continúa vigente en nuestros días.

En este sentido, existen investigaciones como las realizadas por Baidés Noriega, 2018; Bradbury-Jones et al., 2016; Callahan, 2014, donde el interés se centra en la atención sanitaria que reciben las mujeres que presentan VG a nivel nacional y a nivel internacional y en la percepción de los profesionales sanitarios. Asimismo, existen estudios (Beaulaurier et al., 2007; Cala Carrillo et al., 2009; Wilson et al., 2007) que analizan los mecanismos que articulan para superar una situación de maltrato y, la existencia de barreras internas para la búsqueda de salidas. Igualmente encontramos en la literatura investigaciones (Colombini et al., 2017; Maquibar et al., 2017; Maquibar et al., 2018; Maquibar et al., 2019) que analizan la importancia de la formación en género y en violencia de género. Sin embargo, existen pocos estudios que aborden el papel y el protagonismo de las enfermeras en la aplicación de protocolos de salud en esta materia, así como la forma en que las creencias y las ideologías facilitan o dificultan el abordaje integral del problema. Por este motivo, en esta investigación nos interesa la actitud de las enfermeras respecto a la inclusión

---

<sup>1</sup> Se emplea el término enfermera en femenino a lo largo de la investigación como género gramatical que engloba a los preceptos correspondientes en género masculino. Cuando de manera excepcional queramos hacer referencia al colectivo de hombres enfermeros así quedará nombrado en el desarrollo del trabajo como por ejemplo a la hora de describir la muestra para que quede constancia de la representatividad de ambos grupos o al presentar los resultados del estudio. Por otro lado, y a lo largo del desarrollo del trabajo cuando proceda se le dará el mismo tratamiento a los hombres y a las mujeres alternando el orden masculino y femenino.

de protocolos de actuación sanitaria ante la VG, las posiciones o identidades que adoptan las enfermeras en relación con los cambios sanitarios propiciados por la incorporación de dichos protocolos y explorar las prácticas, recursos y estrategias que emplean las enfermeras en la resolución de conflictos que surgen con la implantación de las políticas destinadas a combatir la VG.

### **1.2 Justificación del estudio.**

El marco del que parte este trabajo se sitúa dentro del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud. Decidí analizar el PAASVG desde la perspectiva enfermera por varios motivos. Primero porque considero necesario conocer la voz y valoración de las enfermeras en un protocolo, enmarcado dentro de las políticas públicas de salud, que rige las pautas de atención sanitaria desde una perspectiva antropológica, aunando de esta forma mis intereses sanitarios y antropológicos. En segundo lugar, porque dicho protocolo está destinado a la actuación sanitaria ante la VG, lo que me permitió profundizar y descubrir aportaciones desde la perspectiva de género en la salud y con ello hacer explícito mi conocimiento de masteranda en Estudios de las Mujeres. Por último, porque se trata de una situación social influida por un contexto social determinado, que afecta a muchas mujeres y requiere una atención especial y continuada en el contexto sanitario. En definitiva, el problema de investigación elegido muestra mis intereses que parten a priori de mi formación como enfermera, antropóloga y feminista.

Este trabajo trata de indagar en el proceso de implantación del protocolo objeto de nuestro estudio a través de las experiencias y vivencias de las enfermeras encargadas de aplicarlo en los centros de la atención primaria de la salud. Por tanto, el marco institucional y político para el desarrollo de esta investigación es el PAASVG elaborado por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), de la que forman parte representantes de todas las Comunidades Autónomas, y presentado en el 2008, y que consta ya con su segunda edición a fecha de 2015, cuyo objetivo es proporcionar a los profesionales sanitarios, fundamentalmente los que desarrollan su actividad en atención primaria, pautas de atención homogéneas, en la prevención y diagnóstico precoz, y en la actuación y seguimiento de los casos de violencia contra las mujeres. Dicho

protocolo incluye un conjunto de medidas que afectan a las actuaciones a seguir ante la VG, en la detección y valoración, la identificación y la formación del personal sanitario. En este último apartado, se apuesta por la formación continuada del personal sanitario, así como por la realización de sesiones clínicas de carácter multidisciplinar de casos abordados en los centros, como una de las medidas claves contempladas en el protocolo. Estos profesionales asumen funciones al promover la capacitación de las mujeres que sufren maltrato para el reconocimiento de su situación y la búsqueda de soluciones y contribuir desde el sector salud a la sensibilización de la población en general sobre el problema. De forma paralela, el protocolo contempla un programa de sensibilización al personal de los servicios de salud sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud.

A nivel teórico, esta investigación se nutre, por un lado, de la tradición en investigaciones sobre mujeres y género desde claves feministas en salud (Bonder, 1999; Burin, 2001; Butler, 2006; Esteban, 2001; González de Chávez, 1999; Lagarde, 1996; Martínez Benlloch & Bonilla Campos, 2000; Mazarrasa et al., 2003; Rohlf et al., 2000; Tubert, 2003; Valls-Llobet, 1991, 2001, 2006; Velasco Arias, 2006; West, 1993). De manera particular, nos apoyamos en los planteamientos teóricos sobre la influencia del género como determinante de salud (Velasco Arias, 2006) que concibe el género como categoría de análisis sobre la diferencia sexual y las relaciones entre mujeres y hombres. Desde esta perspectiva, el género se entiende como el producto de la construcción sociocultural, a pesar de que oculte bajo una categoría neutra la dominación masculina, como ocurre cuando se denomina VG, en lugar de violencia de los hombres hacia las mujeres (Tubert, 2003). En este sentido, dicho enfoque nos ofrece un modelo para estudiar las prácticas y estrategias discursivas que las enfermeras utilizan en la resolución de los conflictos que encuentran. Por otro lado, este trabajo, bebe de las aportaciones y contribuciones de la influencia del conflicto en la toma de decisiones y en la autonomía de las enfermeras (Almost, 2006; Luengo Martínez & Paravic Klijn, 2016; Siu et al., 2008; Warchol, 2007). Asimismo, nos acercamos al estudio del conflicto desde la perspectiva de la integración (Domínguez Bilbao & García Dauder, 2005). De manera particular, asumimos una perspectiva social y constructiva del conflicto (Collins, 2006; Eagar et al., 2010; Hendel et al., 2007) según la cual para la

resolución de los conflictos se requiere de la identificación de áreas de acuerdo y desacuerdo para lo que es necesario voluntad, tiempo y una comunicación abierta. En nuestra investigación, estudiar los conflictos que surgen en los centros sanitarios de atención primaria como consecuencia de la implantación de políticas de salud que se materializan en protocolos de actuación, tiene especial relevancia porque supone un contexto idóneo para analizar las formas en que son interpretadas y negociadas las normas y prácticas por parte de las enfermeras. El estudio de los conflictos que surgen en la construcción del género en los centros asistenciales sanitarios permite comprender cómo se producen los procesos de cambio en esta materia. Si bien, las políticas y las leyes en materia de VG generan condicionantes para la sensibilización, prevención y asistencia del fenómeno, el éxito dependerá de la interiorización de las normas y códigos de género y de las prácticas en contextos sociales significativos.

El informe de investigación que se presenta a continuación se estructura en dos bloques; el primer bloque contempla el marco teórico y el segundo bloque aborda la parte empírica del estudio.

**CAPÍTULO I. EL ENFOQUE DE GÉNERO EN SALUD.  
IMPORTANCIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS**





## **1. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD.**

La incorporación de la perspectiva de género como un enfoque transversal e integrado en salud es relativamente reciente, aunque la contribución de los movimientos feministas en salud tiene una trayectoria más larga en el tiempo. Siguiendo las recomendaciones de los organismos internacionales, debe ser un objetivo común en todos los ámbitos del sistema sanitario promover el enfoque de género para lograr la igualdad y la equidad en salud. A raíz de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud (WHO, 2007) se apuesta por la incorporación y las acciones de género relacionados con la salud. Se reconoció la importancia de incluir el análisis y la planificación de las cuestiones de género en las actividades conjuntas de planificación estratégica, operativa y presupuestaria. Las recomendaciones incluyen la formulación de estrategias nacionales para abordar las cuestiones de género en las políticas, programas e investigaciones sobre la salud; reforzar las capacitaciones y sensibilización en materia de género, mujer y salud y en la promoción de las mismas; velar porque en todos los niveles de prestaciones y de servicios de salud se incorpore una perspectiva equitativa en cuestiones de género; recopilar y analizar los datos desagregados por sexos, realizar investigaciones sobre los factores subyacentes a las diferencias entre los sexos, teniendo presente los resultados una vez se elaboren las políticas y programas; y finalmente avanzar hacia la igualdad entre mujeres y hombres dentro del sector salud garantizando la contribución de ambos y para que se tenga en cuenta en las políticas sanitarias y en la capacitación del personal de atención sanitaria.

Este cambio supone la necesidad de que el análisis de género impregne todas las aristas de las políticas públicas, pero no considerando ambos sexos por igual, sino teniendo en cuenta las diferencias biológicas y sociales y las desigualdades que se derivan en relación con el acceso a los recursos, la interpretación de roles y el ejercicio del poder. Así la elaboración de políticas que tengan en cuenta el género es uno de los temas prioritarios de las recomendaciones de la Conferencia Beijing + 10 (2005) donde los gobiernos pusieron en práctica medidas tales como el diseño e implementación de planes y políticas afirmativas en materia de salud,

educación y empleo; el impulso de reformas legislativas a nivel nacional y local en equidad de género, violencia y cuotas de participación política; la sensibilización de la sociedad en general sobre los derechos de las mujeres; y la fundamentación de proyectos e investigaciones.

En lo que respecta al enfoque de género en salud, las líneas estratégicas de intervención propuestas son las siguientes:

- Elaborar políticas saludables desde el sector público y caracterizadas por el interés explícito en la salud y la equidad, visibilizando el impacto de las desigualdades en este campo. Aquí se contempla como medida erradicar las diferentes formas de violencia contra las mujeres potenciando el empoderamiento y participación de éstas y reorientando los servicios sanitarios.
- La creación de entornos saludables referidos al medio ambiente y que incidan en la salud de las mujeres, eso es generar condiciones de trabajo y salud ocupacional adecuadas y controlar los factores medioambientales que más repercutan en la salud de las mujeres.
- El desarrollo de habilidades personales que mejoren la autoestima de las mujeres a través de la educación para la salud, haciendo hincapié en el empoderamiento de las mujeres, en la pedagogía mediante grupos de mujeres y la promoción de la salud como metodología para el trabajo con ellas.
- Reforzar la acción comunitaria como un recurso para la ejecución de acciones, así se debe incluir la definición de los problemas de salud, la toma de decisiones, la evaluación y la investigación. En este sentido, se debe garantizar la representación de las asociaciones de mujeres en los ámbitos de tomas de decisiones.
- Y reorientar los servicios de salud, que garanticen la equidad en el sector salud, en el acceso a la atención y en la formación de los y las profesionales con enfoque de género (Lasheras Lozano et al., 2004).

Todos estos principios suponen un fuerte compromiso para atender de manera concreta las necesidades de hombres y mujeres con el fin de alcanzar la igualdad de género. No se trata de atender y entender a los dos sexos por igual, sino también de dotar a los servicios de salud de los medios y recursos necesarios para que la igualdad sea real y efectiva. No obstante, que las cuestiones de género sean tratadas por los gobiernos del mundo es un avance significativo, sin embargo, habría que cuestionarse si la comprensión que realizan del género en las políticas cubre los objetivos que se marcan (Connell, 2013).

### **1.1. El feminismo como acción innovadora en salud.**

La inclusión del enfoque de género en el campo de la salud ha supuesto asumir conocimientos y principios específicos del feminismo. En España, tenemos autoras referentes que han sido pioneras en la deconstrucción de la visión androcéntrica del conocimiento científico, arrojando juicio sobre los sesgos de género y sus implicaciones en la ciencia. Así, lo humano era hasta ese momento asociado únicamente a lo masculino y lo masculino era la norma (Durán, 1996; Ortiz, 2002). Por ello, se debe reconocer la aportación de los estudios en historia de la medicina y la salud, donde queda ejemplificado tanto el androcentrismo de la ciencia médica como la aportación que realizan estos estudios en la introducción de estos conceptos en la investigación (Ortiz, 2004). Existe por ello, todo un cuerpo de conocimiento a partir del siglo XXI, donde las investigaciones académicas que incluyen la perspectiva de género se concretan en monografías. Entre ellas, encontramos *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas* (Miqueo et al., 2001) e *Investigación en Género y Salud* (Borrell & Artazcoz, 2007). Todos estos estudios destacan por ser referentes en la construcción del conocimiento sobre la influencia del género en la salud y sus problemas. Desde entonces, los conceptos de género y salud son conceptos en interacción (Panisello & Pastor, 2015).

En la historia reciente de las disciplinas de la salud, existe el interés en desarrollar el género como categoría de análisis y demostrar la utilidad del concepto en el trabajo de investigación histórico sobre prácticas en salud. Sin

embargo, emplear de manera normalizada la categoría género puede llevar a la invisibilización de las mujeres, así como de sus necesidades y deseos (Ortiz, 2006). Algunos trabajos presentan una revisión extensa de las investigaciones producidas en este contexto y se centran en cuatro perfiles epidemiológicos de género (Castañeda Abascal, 2007):

- 1) Producción científica exclusiva para cada sexo. Estudios relacionados con las características biológicas de hombres y mujeres. Así las mujeres son las únicas que pueden quedar embarazadas, sufrir complicaciones y exigir derechos de salud relacionados con los abortos y mortalidad materna, entre otras (Esscher et al., 2014; Lubinga & Levine, 2013; Mayi-Tsonga et al., 2009). Y los hombres son los únicos que pueden padecer de hemofilia o de cáncer de próstata (Fuentes García & Ramírez Muñoz, 2009; Fujimoto et al., 2015).
- 2) Investigaciones más relevantes para uno de los dos sexos. Estudios que recogen patologías que pueden padecer ambos sexos, pero que son más frecuentes en uno de ellos con tasas de prevalencia diferentes para hombres y mujeres. Así las mujeres padecen en mayor medida cáncer de mama, osteoporosis o incontinencia urinaria (Chan et al., 2005; Danjou et al., 2015; Foester et al., 2015; Greer et al., 2014). Y los hombres esquizofrenia y enfermedades cardiovasculares (Hwang et al., 2014; Ji et al., 2015).
- 3) Estudios centrados en características diferentes entre los sexos. Se trata de un perfil de salud que tiene relación directa con el afrontamiento cultural de la persona ante el medio que la rodea, influenciado por diferentes factores de riesgo y produciendo consecuencias de diversa naturaleza y severidad. Así las mujeres padecen afecciones relacionadas con el estilo de vida, como anemias por déficit de hierro ocasionadas por tradiciones culturales que dan privilegio al hombre en el acceso y consumo de alimentos ricos en proteínas (Schwartz & Rao, 2013), además de depresión asociada a escasa autoestima y sobrecarga de mundo productivo y reproductivo (Rice et al., 2011). Dentro de

este perfil se puede incluir a la VG, que ocurre en todas las esferas de las sociedades en mayor o menor grado y sin que exista distinción de clase social y cultura. Queda constancia de la importancia de la salud pública y del sistema sanitario en el manejo de la VG a nivel nacional e internacional (Arredondo-Provecho et al., 2008; Cano Martín et al., 2010; Cirici Amell et al., 2010; Coll-Vinent et al., 2007; Coll-Vinent et al., 2008; Larizgoitia, 2006; Márquez Serrano et al., 2005; Rodríguez-Borrego et al., 2011; Rohlf & Valls-Llobert, 2003; Ruiz-Pérez et al., 2004; Sans & Sellarés, 2010; Vives-Cases et al., 2009; Zapata-Sepúlveda et al., 2012), así como la importancia de destacar el papel de las mujeres al articular mecanismos para superar relaciones de maltrato (Ayats Plana et al., 2008; Cala Carrillo et al., 2009; García-Martínez et al., 2009; Lila, 2010). En el caso de los hombres, se afectan más frecuentemente de cirrosis hepáticas y de cáncer de pulmón asociado a conductas de consumo de alcohol y tabaquismo (Ustaoglu et al., 2009; Yun et al., 2005), así como accidentes asociados a aquellas actitudes y conductas relacionadas con la identidad masculina hegemónica (Almeida et al., 2013).

- 4) Investigaciones que se centran en causas que reciben diferentes respuestas en el sistema de salud por ser hombre o mujer como consecuencia del androcentrismo y los sesgos de género. Así tradicionalmente las mujeres no hemos sido objeto de investigación, no siendo necesario desagregar los datos por sexo hasta la Ley para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres de 2007. No obstante, ya existen estudios con perspectiva de género que ponen de manifiesto prevalencias distintas en hombres y mujeres tal y como ocurre con el dolor crónico no oncológico (Cáceres-Matos et al., 2020), en las prácticas de cuidados dado el desarrollo escaso de servicios públicos que cubran a las familias creando en las mujeres una sobrecarga e impacto en la salud (García-Calvente et al., 2010; García-Calvente et al., 2011) y en el consumo de sustancias nocivas y psicofármacos (Gil-García et al., 2020; Romo Avilés, 2010). Se

trata de investigación centrada en la salud diferencial de hombres y mujeres debido a factores biológicos y fisiológicos; y en el análisis desigual porque hay factores sociales que establecen unas diferencias que son evitables en la salud de ambos (Ruiz-Cantero, 2011).

Estas líneas de investigación encajan con el enfoque de género en salud que a su vez contempla tres posiciones diferentes de pensamiento y acción en la salud de las mujeres y que proceden de la incorporación de la teoría feminista al campo de la salud. Estas tres líneas de pensamiento son coetáneas, centrandose su objetivo en intervenir sobre el proceso de salud-enfermedad en las mujeres. Si bien, existen como líneas de acción diferenciadas fruto de las sujeciones a distintas teorías de salud y a diferentes corrientes de pensamiento feminista (Velasco Arias, 2006). Según Teresa Ortiz Gómez (2002), el concepto de género se simplifica muchas veces en la literatura científica, pero también en textos feministas sobre salud. Para ella, utilizar una perspectiva de género en la construcción del conocimiento implica una serie de estrategias de investigación, como plantear temas de investigación complejos que consideren que el mundo está constituido por mujeres y hombres en interacción, tener constancia del papel que juegan en las sociedades las relaciones jerárquicas entre los sexos, considerar a las mujeres con su diversidad cultural y social, y cuestionar los propios métodos de investigación que contribuyen a perpetuar los sesgos de género, entre otros. Se trata por tanto de minimizar el androcentrismo (Ortiz, 2002) y reconocer los sesgos de género en la investigación (Ruiz-Cantero & Verdú-Delgado, 2004) teniendo como resultado la creación de conceptos y categorías que posibilitan medir y visibilizar a las mujeres y la desigualdad, en las diferentes áreas de conocimiento. Sea el caso de los estudios sobre la violencia contra las mujeres, sobre el cuerpo, sobre los usos del tiempo y de los espacios, entre otros (Ortiz, 2006).

Estas estrategias han ido permeando en los sistemas de salud, y en un primer momento, la línea de salud de las mujeres ha sido la más asimilada en las programaciones de salud. El sector salud es impermeable a planteamientos críticos que cuestionen el paradigma biomédico, por lo que no es hasta la

década de los años 70 que comienzan a aparecer intereses y objetivos relacionados con la salud de las mujeres. Tratar aquellos aspectos relacionados con las funciones propias de la condición femenina, entre ellas, aspectos relacionados con la maternidad, la sexualidad y la anticoncepción. Durante muchos años, a diferencia de los sistemas reproductivos, las ciencias biomédicas han asumido que mujeres y hombres son similares desde el punto de vista biológico (Lasheras Lozano et al., 2004; Velasco Arias, 2006). Como precursor de la línea de salud de las mujeres se puede identificar al feminismo liberal que propugna la autonomía y autocuidado de la salud, y parcialmente el feminismo radical que apuesta por la liberación de las funciones reproductoras y la liberación sexual. Ambas corrientes se sitúan concordantes con la teoría biomédica. En este sentido, se trata de una línea de investigación de la salud de las mujeres sin enfoque de género, ya que no incorpora aún el concepto de género para explicar la salud, ni para producir conocimiento sobre salud-enfermedad o desarrollar acciones para la salud. En este sentido, no se interviene en la estructura asimétrica de poder que existe entre los sexos y no modifica, sino que a veces contribuye a mantener los tradicionales factores de opresión de las mujeres, como la sujeción a papeles tradicionales maternales (Velasco Arias, 2006). En ocasiones, son los aspectos relacionados con el sistema reproductor los más relevantes al valorar la salud de las mujeres, lo que conduce a una visión parcial que impide una atención integral a las mismas (Lasheras Lozano et al., 2004).

La llegada del concepto género a las ciencias sociales (Cobo Bedia, 2005) no supuso una asimilación inmediata en el campo de la salud, sino que apareció una actitud reticente para incorporar lo social, máxime si llevaba impregnado el ascendente feminista. Por ello, se habla de una asimilación lenta que primeramente se ha centrado en aspectos parciales considerando el género como una variable y en ocasiones equiparable al sexo. A partir de aquí se desarrolla la línea que contempla las desigualdades de género en salud, que ha contribuido por un lado a la proliferación de estudios que visibilizan las diferencias descriptivas de morbilidad de hombres y mujeres, abarcando no solo la salud sexual y reproductiva, sino todos los aspectos de salud. Por otro lado, y en esta línea de investigación se recogen los sesgos diagnósticos y terapéuticos, así se identifican diferencias de trato, diagnóstico

y formas de atención y tratamiento diferentes por el hecho de ser mujeres u hombres. Se apoya en la revisión e identificación de estudios clásicos de los sesgos de género y la realización de nuevas investigaciones en caso de invalidez (Lasheras Lozano et al., 2004). Esta perspectiva ha penetrado ampliamente porque no atenta contra la investigación cuantitativa y los criterios positivistas. Como corriente precursora de la línea de desigualdades de género en salud podemos identificar al feminismo socialista que, apuesta por la igualdad en el reparto y acceso a los recursos de salud, en especial a los específicos de las mujeres, dado el interés de visibilizar el trabajo reproductivo junto al productivo. Y al feminismo de la igualdad que promueve equidad en los recursos de salud y proporciona los recursos por sexos y en función de las necesidades. En este sentido, se relaciona el estado de salud con variables de género, tales como estado civil, diferentes roles, como ser madre de niños pequeños, presentar doble jornada, trabajo asalariado, etc. Y se identifican desigualdades en la atención a la salud (Velasco Arias, 2006).

Finalmente aparece la línea del género como determinante de la salud. Aquí se va incorporando el género como categoría de análisis sobre la relación entre hombres y mujeres y sobre las diferencias sexuales entre ellos. En este sentido, se tienen en cuenta los condicionantes de género, como los roles sociales asignados a hombres y a mujeres, las actitudes y la necesidad de dar respuesta a ideales de masculinidad y feminidad. En definitiva, con esta perspectiva se trata de incluir factores sociales, psíquicos y la subjetividad o experiencia vivida. Como corriente precursora de la línea de los determinantes de género en salud podemos identificar al feminismo cultural que apuesta por recuperar el protagonismo en las funciones maternas y en el autocuidado a partir de la creación de una psicología femenina. Este movimiento va saliendo de una época donde se identificaba a las mujeres con la naturaleza. De manera que, a partir de la lógica feminista, elementos como la libertad de elección respecto a la maternidad, la soberanía alimentaria o la educación ambiental en la infancia son los principios que deben guiar la sociedad hacia un desarrollo sostenible (Puleo, 2017). Además, encontramos como el feminismo estructuralista introduce el concepto de género como categoría de análisis prestando atención a los determinantes de salud. Y el feminismo psicoanalítico que incorpora la atención a la subjetividad y los efectos que



producen los ideales de feminidad en la salud de las mujeres. Así es como se promueve la construcción de modelos de intervención que modifiquen los determinantes de género (Velasco Arias, 2006).

Es bien conocido a través de la literatura como las mujeres son las principales afectadas por la pobreza, la exclusión social y la violencia (Lasheras Lozano et al., 2004). Considerar el género como determinante de la salud incluye incorporar que las actitudes, vivencias y formas de vivir, enfermar, además de consultar y morir se encuentran influidas por los condicionantes de género. Por ello se persigue como objetivo último transformar las relaciones de hombres y mujeres basadas en el poder de los unos y la subordinación de las otras, así como las posiciones subjetivas de mujeres y hombres (Velasco Arias, 2006). Este nivel de profundización a la hora de identificar los problemas desde la perspectiva de género ha permitido reorientar los programas de salud e identificar sesgos. No obstante, es necesaria cierta cautela para que no volver a caer en la reducción de las mujeres a su rol de cuidadoras, por ejemplo, descuidando otros aspectos de su vida y otros rangos de edad, como mujeres adolescentes o ancianas (Blanco Prieto, 2004; Lasheras Lozano et al., 2004).

En este sentido, y a pesar de las dificultades que se muestran para que las programaciones de salud puedan aplicar el género como determinante, cada vez son mayores las iniciativas que apuestan por introducir esta categoría de análisis a la aproximación de fenómenos como los malos tratos y la VG (Velasco Arias, 2006).

## **1.2. Políticas públicas de igualdad en salud.**

Incluir el enfoque de género en las políticas públicas es un hecho reciente en nuestro país y de gran alcance que genera cambios sociales en materia de igualdad. Siguiendo la tesis de Gil-García, estas políticas han entrado a formar parte de la agenda pública en España debido en un primer momento a las demandas realizadas por movimientos feministas y posteriormente debido a la divulgación de resultados de investigaciones llevadas a cabo por los estudios de las mujeres (Gil-García, 2009). Así, las leyes son herramientas a disposición del conjunto de la población que estimulan la transformación social y la creación de nuevos escenarios que favorezcan las relaciones sociales y con ello, la convivencia.

En España encontramos dos grandes pilares sobre los que se basa la política sanitaria actual a nivel nacional. La Ley de Salud Pública y la Ley para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres.

La Ley General de Salud Pública, aprobada en 2011, contempla entre sus fines:

*“Las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales, incluyendo objetivos específicos al respecto. Se considerará la equidad en todos los informes públicos que tengan un impacto significativo en la salud de la población. Igualmente, las actuaciones en materia de salud pública incorporarán la perspectiva de género y prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad”* (Ley de Salud Pública: 104600).

Como se pone de manifiesto en la propia formulación de la Ley de Salud Pública (2011), la salud de la población española se ha beneficiado de unos servicios sanitarios de calidad y de la excelencia de los y las profesionales que trabajan en ellos. No obstante, existen nuevas realidades que conviven con otras más antiguas, que influirán en la sostenibilidad de los servicios sanitarios. Se trata de asegurar a la población los mejores niveles de salud y autonomía posibles en todos los tramos de la vida y con la garantía de la máxima igualdad.

Asimismo, en esta ley cobra importancia las profundas desigualdades vigentes que siguen un patrón social entre países y dentro de los propios países. Así la aspiración a la equidad no sólo es un fin, sino un medio para lograr una mejor salud para todas las personas. Por ello, sólo las sociedades que procuran la igualdad consiguen buenos resultados en salud.

Paralelamente, la Ley para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres (2007), ofrece un marco idóneo con relación a la integración del principio de igualdad en la política de salud, contemplando entre sus líneas de actuación, algunas de las que a continuación se presentan:

- Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán en la formulación, desarrollo y evaluación las diferentes necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.
- Igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.
- La atención en las acciones de educación sanitaria de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como a prevenir su discriminación.
- El fomento de la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de la salud, en lo referido al acceso, esfuerzo diagnóstico y terapéutico, en los ensayos clínicos y en la asistencia.
- La promoción de la presencia equilibrada de mujeres y hombres en los órganos de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- La integración del estudio y aplicación del principio de igualdad en la formación del personal de las organizaciones sanitarias, garantizando en especial su capacidad para detectar y atender las situaciones de VG.

El IV Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres (2003-2006), viene a desarrollar la importancia de crear medidas específicas para actuar frente a las discriminaciones todavía existentes, y aumentar la presencia de mujeres en aquellas esferas sociales donde su presencia aún sea insuficiente. Hablamos, pues del mainstreaming de género que consiste en garantizar el principio de igualdad en todas las actividades y políticas y en todos los niveles entre hombres y mujeres, así como la evaluación de sus posibles efectos (Gil-García, 2009). Así es como, existen textos legislativos que analizan como las decisiones políticas pueden tener impacto diferente en las mujeres y en los hombres, sin que ello estuviera previsto, como es la Ley 30/2003

de 14 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabora el Gobierno; que regulan la rectificación en el registro del sexo de las personas, Ley 3/2007 de 15 de marzo; que permiten el matrimonio entre personas de un mismo sexo, Ley 13/2005, de 1 de julio; o la nueva ley de divorcio, Ley 15/2005 de 8 de julio. Siendo todas ellas, hitos importantes para el avance en la igualdad entre hombres y mujeres.

Es por ello, que las políticas de igualdad han sido impulsadas como se ha mencionado anteriormente por los estudios de las mujeres, que han contribuido a crear conceptos y teorías que contribuyen a visibilizar "otras realidades" y recorrer el camino hacia la igualdad y el respeto a la diversidad (Gil-García, 2009).

### **1.2.1. Políticas públicas en violencia de género.**

A continuación, resaltaremos el tratamiento político que ha recibido la VG produciéndose cambios cualitativos sustanciales, que han avanzado de manera exponencial en lo relativo a este asunto. Los nombraremos por orden cronológico de mayor a menor antigüedad.

A nivel europeo es a partir de 1993 que comienza a detectarse la necesidad de plantear estrategias de intervención sobre la VG (Vives-Cases et al., 2006). En el caso concreto de España, no es hasta 1998 que nace el I Plan de Acción contra la violencia doméstica 1998-2000 (Instituto de la Mujer, 1999) que incluye entre sus objetivos, la sensibilización social y la prevención, la educación y la formación; el tratamiento de los recursos sociales en materia de sanidad, legislación y práctica jurídica y la investigación. Además, se marcaba como prioridad reducir y erradicar los sucesos violentos y ayudar a las mujeres a paliar los efectos que la violencia hubiera producido.

En 2001 nace el II Plan Integral contra la violencia doméstica 2001-2004 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002) que engloba cuatro grandes áreas de actuación en materia de VG. Recoge en primer lugar las medidas preventivas y de sensibilización; en segundo lugar, medidas legislativas y procedimentales; en tercero, medidas asistenciales y de intervención, entre las que se incluye la asistencia de tipo sanitario; y finalmente, en cuarto lugar, la

investigación sobre este fenómeno complejo en el que intervienen factores desencadenantes de diversa naturaleza.

Es en el año 2004 cuando se aprueba la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Ley Orgánica de medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, 2004). En el artículo 15, Capítulo III "Sensibilización y formación" se recoge que las Administraciones sanitarias, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la VG y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia. Por ello, y a partir de la entrada en vigor de dicha ley, se crea una Comisión contra la VG que oriente la planificación de las medidas sanitarias, evalúe y proponga la aplicación de protocolos sanitarios y otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia. Dicha Comisión está compuesta por representantes de todas las Comunidades Autónomas con competencia en la materia.

En el caso de Andalucía, es en el año 2007 cuando se aprueba la Ley 13/2007 de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género. En el Título I "Investigación, Sensibilización y Prevención", Capítulo V "Formación a profesionales", artículo 24 queda recogido la importancia de la formación a los profesionales de la salud, a través de planes y programas para que puedan abordar de manera adecuada la detección precoz, la atención a la violencia y a los efectos que produce en la salud de las mujeres, así como la rehabilitación a ellas. Esta formación debe dirigirse prioritariamente a los servicios de atención primaria y atención especializada con mayor relevancia para la salud de las mujeres. Además, se refleja en el Título II "Protección y atención a las mujeres", Capítulo III "Ámbito de la salud", artículo 33 como detectar precozmente las situaciones de violencia es un objetivo en el ámbito de los servicios de salud, tanto públicos como privados. Así como el derecho de las mujeres a recibir una atención y asistencia sanitaria especializada a través de la aplicación de un protocolo de atención que contiene pautas de actuación uniformes, en los diferentes niveles y servicios de salud, del ámbito público y privado.

Así, a nivel nacional, cumpliendo con la Ley Orgánica 1/2004, se desarrolló el primer Protocolo en Violencia de Género para su aplicación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, elaborado por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), de la que forman parte representantes de todas las Comunidades Autónomas. En el caso concreto de Andalucía, y atendiendo a las directrices de Ley 13/2007, se desarrolla el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, con una primera edición en el año 2008. Su principal objetivo es proporcionar a los profesionales sanitarios, fundamentalmente de atención primaria, pautas de actuación uniformes en la prevención, en el diagnóstico precoz, así como en la atención y seguimiento de los casos de violencia contra las mujeres que asistan en el ejercicio de sus funciones profesionales.

### **1.2.2. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.**

El marco principal donde se desarrollan las políticas públicas, y, por ende, las políticas de salud y donde queda enmarcado el Protocolo de Violencia de Género alude a la salud pública<sup>2</sup>. Ésta plantea dar cobertura a los aspectos externos que esboza la enfermedad, bien porque pueden transmitirse a terceros o bien por existir la posibilidad de causar daños a toda la sociedad (Repullo Labrador & Segura Benedicto, 2006). La Conferencia de Alma Ata de 1978 fue un intento para aunar la perspectiva del enfoque basado en la asistencia sanitaria y el enfoque basado en la salud pública, ambos con orígenes históricos diferenciados. De esta manera, la OMS propuso como estrategia, integrar la atención comunitaria como objetivo básico del sistema sanitario. De esta manera, las necesidades de salud de la población deben ser el interés y la meta a alcanzar por cualquiera de las actividades realizadas dentro del sistema sanitario. Así se reconoce dentro de las

---

<sup>2</sup> El concepto que continúa manejándose en la actualidad de salud pública, hace referencia al acuñado por Charles Edward E. Winslow, en 1921, que afirmó que la salud pública es “el arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, recuperar la salud y evitar las consecuencias de la enfermedad mediante la acción colectiva de la población”. Desde entonces se considera que una acción de salud pública es cualquier actividad que persiga tales propósitos (López et al., 2011).

estrategias de promoción de la salud, como los hombres y las mujeres<sup>3</sup> tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y realización de las medidas de protección sanitarias de las que son destinatarios (Kérouac et al., 1996; Repullo Labrador & Segura Benedicto, 2006).

Dentro del Estado Español, la Comunidad Autónoma de Andalucía, elaboró su protocolo, que recibe el nombre de Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Así Andalucía en los últimos años ha sido una de las comunidades autónomas más activas en la creación de propuestas e iniciativas para el tratamiento de la VG. Por ello se dispone de Planes de Acción contra la VG. En un primer momento, la violencia se abordó desde los Planes de Igualdad de Oportunidades. En este sentido, existen comunidades autónomas, véase el caso de Islas Baleares, Islas Canarias y Extremadura entre otras, que continúan rigiendo sus políticas desde los Planes de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (Cabrera Mercado & Carazo Liébana, 2009).

Este trabajo se desarrolla en el contexto institucional y político del PAASVG, puesto en marcha por la Junta de Andalucía en el año 2008, el cual incluye un conjunto de medidas relacionadas con la definición de la VG asociada a las causas, el proceso por el que actúa, la importancia de los servicios sanitarios relacionada con las dificultades para identificarla y con las consecuencias para la salud de las mujeres. Articulado sobre los principios de visibilidad y tratamiento de la VG, este protocolo se propone como objetivos: proporcionar a los profesionales sanitarios, fundamentalmente a los que desarrollan su actividad en atención primaria, pautas de atención homogéneas, en la prevención y diagnóstico precoz, y en la actuación y seguimiento de los casos de violencia contra las mujeres. La finalidad última consiste en ofrecer orientación a los y las profesionales sanitarios para la atención integral, es las esferas física, psicológica, emocional y social, a las mujeres que presentan VG y acuden a un centro sanitario. En la tabla 1, se

---

<sup>3</sup> Resulta curioso como la OMS, en su Informe de la Conferencia Internacional sobre Cuidados Primarios de Salud, celebrada en Ginebra en 1978, propone esto mismo, pero sólo aludiendo a los hombres (en el tratamiento del masculino genérico) como poseedores de derechos y deberes. Es por tanto iniciativa nuestra incorporar a las mujeres.

sintetizan los objetivos y las recomendaciones para la prevención de la VG en el sistema sanitario.

Tabla 1. Objetivos y recomendaciones del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género

Objetivos	Proporcionar pautas de actuación homogéneas a la violencia de género, en la atención, seguimientos, prevención y diagnóstico precoz.	Sensibilizar al personal de los servicios de salud sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud.	Promover la capacitación de las mujeres que sufren maltrato para el reconocimiento de su situación y para la búsqueda de soluciones.	Contribuir desde el sector salud a la sensibilización de la población general sobre este problema.
Recomendaciones	Inclusión en la formación continuada del personal sanitario, de aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral.	Realización de sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados.  Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia de género en un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda.	Fomentar, a través de la relación del personal sanitario con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales.  Incluir en las actividades de Educación para la Salud y en los grupos de Educación Maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.	Colaborar con asociaciones de mujeres y asociaciones ciudadanas a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal sanitario.  Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

Igualmente, el protocolo recoge la atención de las mujeres en atención primaria, en atención especializada, así como en situaciones de urgencias. Éstas últimas contemplan tanto el ámbito de la atención primaria como especializada y es frecuente que, en este contexto, las mujeres puedan reconocer haber sufrido malos tratos y la expresión de los síntomas y las lesiones sean más graves. También queda constancia en un apartado



independiente, por las particularidades que presentan, la actuación a seguir ante agresiones sexuales.

Esta investigación se desarrolla en el ámbito de atención primaria, por el papel fundamental que pueden jugar los y las profesionales en la detección precoz y atención integral a las mujeres que presentan VG. Las características propias de atención primaria propician la accesibilidad de los profesionales, así como el contacto directo y continuado con las mujeres. Respecto a la detección precoz, el protocolo planea que el personal sanitario debe optar por una actitud de alerta ante la presencia de conductas, signos o síntomas de sospecha. Por ello se recomienda que en la primera visita a la mujer se realicen preguntas de abordaje psicosocial y quede reflejo en la historia clínica. En el caso de la atención y seguimiento a las mujeres, se hace explícito igualmente, en el caso de que existan, la atención a las hijas o hijos y/o personas dependientes a cargo de las mujeres en coordinación con los servicios pertinentes.

En este sentido el PAASVG, se estructura en dos fases:

1. Detección y valoración. En esta fase se apuesta por la búsqueda activa en consulta atendiendo a diferentes signos o síntomas que pudieran ser considerados como indicadores de sospecha de malos tratos. El algoritmo de actuación variará en función de si el personal sanitario se encuentra con indicadores de sospecha de malos tratos positivos o negativos. En esta última situación se determina que la paciente no presenta riesgo actual. Si por el contrario aparecen indicadores de sospecha positivos, es necesario investigar si la mujer sufre violencia. En este punto, la mujer puede sufrir violencia, pero no reconocerlo, por lo que se deja constancia en la historia clínica la existencia de indicadores de sospecha de malos tratos y se realiza un seguimiento posterior en consulta. O bien puede reconocer sufrir malos tratos, por lo que se procede a realizar una valoración psicosocial, de la situación de violencia y de la seguridad y evaluación del riesgo, determinando si hay peligro extremo o no para su vida.

2. Intervención. La actuación del personal sanitario no termina cuando existe una confirmación de sospecha de malos tratos a una mujer, sino que, a partir de ese momento, la intervención se centra en una importante labor de información a la mujer, de atención y trabajo en la consulta y de derivación cuando las características del caso lo requieran. Así es que la intervención del personal sanitario será diferente si la mujer reconoce o no el maltrato y la situación de peligro en que se encuentre. En cualquiera de las situaciones, debe quedar un registro en la historia clínica, se debe informar a la mujer de la situación en la que se encuentra, realizar un trabajo en consulta con un seguimiento posterior, derivar si se estima necesario (en caso de peligro extremo derivar con carácter urgente) y emitir el parte judicial cuando proceda.

## **2. EL GÉNERO COMO DETERMINANTE DE LA SALUD. UN ENFOQUE DE INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA.**

Los espacios sanitarios ocupan un papel muy notable en el desarrollo del bienestar social, individual y cultural, ya que tienen la función de asistir a las personas no solo en el tratamiento de la enfermedad, sino en la promoción de la salud. Así es como dan cobertura a un repertorio de personas con formas de pensamiento y de acciones muy diversas ligadas a componentes sociales y culturales en el proceso de salud-enfermedad (Lorente Acosta, 2008). Los establecimientos sanitarios son un espacio en el que las personas pueden expresar la cultura de género construida, por lo que pueden convertirse en un lugar privilegiado para la detección de modelos no igualitarios y la promoción de nuevos modelos de igualdad, tolerancia y respeto entre mujeres y hombres. Las prácticas que tienen lugar en los entornos sanitarios ofrecen oportunidades a las y los profesionales sanitarios para adquirir destrezas en el uso de los recursos que se consideran pertinentes en estos contextos, sino también en el reconocimiento de las situaciones que revelan al género como determinante de la salud, como es el caso concreto de la VG. A través de sus prácticas, el personal sanitario sitúa el problema dentro del contexto social, y al igual que

ocurre con tantas otras enfermedades, para luego expresarse con matices diferentes en cada caso (Lorente Acosta, 2008).

La teoría relacional de género concibe a éste como una categoría con multitud de características que es preciso detallar para que desde el sector salud y acorde con la OMS esbochemos una visión única del concepto. Así es como, el género es relacional, es decir, aporta una visión social en la que se incorporan los dos sexos, por lo que se hace hincapié en las relaciones que se construyen entre ellos y no de manera aislada (Rohlf's et al., 2000; Velasco Arias, 2006). Pero no por ello, se excluye de la categoría género el elemento biológico, sino que tiene en cuenta las interacciones entre lo biológico y lo social. Por ello, en el ámbito de la salud, se entiende el género como la distinta probabilidad de enfermar o de mantener la salud, y la creación de inequidades en la distribución de responsabilidades y recursos (Lasheras Lozano et al., 2004). Otra característica del género es la jerarquía, que coloca en situación de ventaja a lo masculino, por lo que son las mujeres las que frecuentemente quedan en una situación desfavorable. Así es como se justifica la adopción de una perspectiva que incluye acciones positivas destinadas a conseguir las condiciones de equidad e igualdad (Lasheras Lozano et al., 2004; Ortiz, 2002; Rohlf's et al., 2000). También las relaciones que se establecen en torno al género son contextualmente específicas, es decir, que no solo opera de manera aislada la categoría género, sino que ésta se articula con otras dimensiones como la clase social, etnia o cultura (Rohlf's et al., 2000). Por eso la importancia de incorporar la diversidad, tanto en el análisis y caracterización de los problemas de salud como, en las propuestas para el abordaje de las diferentes situaciones (WHO, 2007). Y finalmente resaltar, que el género no se refiere únicamente a las relaciones que se establecen entre mujeres y hombres a nivel privado, sino que es institucional puesto que se desarrolla en un sistema social androcéntrico que se apoya en valores, cultura, organización, legislación, etc. (Velasco Arias, 2006).

En el plano asistencial, la inclusión de la perspectiva de género en los cuidados supone un reconocimiento de los estereotipos de género presentes en las sociedades, de las diferentes posiciones sociales que dan acceso a los recursos y al poder, así como a los modelos de relación entre hombres y

mujeres que beben de costumbres y tradiciones culturales. En el ámbito de salud, este plano supone estudiar las organizaciones sanitarias como entidades con un contexto social donde tienen lugar actividades, donde el entorno, la distribución y el uso de los espacios, junto con las relaciones que se dan en ella, son objeto de interés. Pederson et al., en 2014, señalan la importancia de la atención primaria y la promoción de la salud como transformadora de género, clave para entender las intervenciones que ignoran o perpetúan las normas, las relaciones y estructuras de género y continúan con el daño al silenciar el debate o despojar a las personas del poder de decisión. Según Pederson et al. (2014) es necesario prestar una atención renovada a la Carta de Ottawa de la promoción de la salud para abordar y trabajar con las condiciones que crean salud. Se trata de reemplazar las prácticas de género nocivas por oportunidades positivas para la salud, de esta manera se contribuye a la comprensión del género como determinante de la salud. Así, estas intervenciones podrían desempeñar un papel importante en la mejora de la calidad de vida de mujeres y hombres en el mundo. Asimismo, y en un contexto más inmediato encontramos en el IV Plan Andaluz de Salud donde se establece como necesaria la inclusión de la perspectiva de género en el ámbito de la salud, que implica el reconocimiento expreso de los roles y estereotipos de género que juegan un papel fundamental en el estado de salud de mujeres y hombres. De este modo, asumimos que cada centro sanitario transmite de forma directa o indirecta a través de sus propias prácticas unas claves de género que influyen en sus propias oportunidades y barreras para la inclusión de la perspectiva de género en los cuidados y en los cuidados a la VG.

Además, en el plano asistencial, la inclusión de la perspectiva de género implica considerar y analizar las relaciones y comportamientos en función del género. Esta perspectiva nos guía para estudiar el modo en que hombres y mujeres se comportan y son tratados en las interacciones cotidianas para la demanda de los servicios de salud, los diferentes modos en que el personal sanitario ha sido socializado o el diferente tratamiento que reciben en la atención primaria. Como nos señala Bradbury-Jones et al., (2016), las cualidades que la enfermera debe tener para el tratamiento de la VG pasan por la sensibilidad, la compasión y la protección. Aquí se revela como

importante considerar las prácticas a nivel interpersonal, que incluye las relaciones entre compañeros del mismo equipo de salud, con el equipo directivo y las relaciones entre las personas usuarias de los servicios de salud y profesionales.

En el plano individual y profesional, enfermeras y enfermeros acaban incorporando y haciendo suyo, entre otros, el discurso socialmente construido, asumiendo roles y estereotipos de género derivados de la consideración del género como una categoría dicotómica y que es inherente a la persona. De acuerdo con Pinzón-Estrada et al., (2017) en profesiones feminizadas el sexismo en contra de las mujeres se mantiene con base en los estereotipos tradicionalmente asociados a ellas. Las enfermeras asumen y aceptan la distinción de género como parte de su autoconcepción, albergan actitudes más conservadoras en base a los roles de género, son más vulnerables al agotamiento y también es menos probable que mejoren su calidad de atención (Ushiro & Nakayama, 2010). En el ámbito de la salud, esto supone estudiar la identidad profesional de acuerdo con las expectativas, las emociones y sentimientos que van configurando a un profesional en relación con los distintos contextos sociales en los que vive.

Esta aproximación teórica ha dado lugar a toda una línea de investigación que ha profundizado en la concepción de las enfermeras como profesionales que deben brindar cuidados a la VG, pero que también soportan dicha violencia. Se trata de una concepción del género como sistema social con diferentes niveles, donde confluyen el carácter institucional con el carácter interactivo e individual, incluso en la etapa como estudiantes de enfermería (Al-Modallal et al., 2016; Al-Natour et al., 2014; Carmona-Torres et al., 2018; Garner & Sheridan, 2017; Rodríguez-Borrego et al., 2011; Sprague et al., 2016). Además, una barrera clave para la detección de violencia de pareja íntima son las creencias personales de las enfermeras. La superación de estas creencias personales requiere un enfoque multifacético, donde las escuelas de enfermería y los entornos de atención sanitaria tengan un papel protagonista (Al-Natour et al., 2016).

### **2.1. Red andaluza de Formación contra el Maltrato a Mujeres (Red Formma).**

La Red Andaluza de Formación Contra el Maltrato a las Mujeres (Red Formma) nació en el año 2008 respondiendo a la iniciativa de la Dirección General de Salud Pública y con la participación de la Consejería de Salud. Con ello, se pretendió responder a la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, de 28 de diciembre de 2004, que señala como las administraciones sanitarias promoverán e impulsarán actuaciones profesionales para detectar precozmente e intervenir de manera integral. Recoge de manera particular, como se deberán desarrollar programas para sensibilizar y formar de manera continuada, con ello se pretende la mejora en el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de las mujeres que viven una relación de maltrato. A nivel autonómico, en Andalucía, la Ley 13/2007 de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género, se establece que los planes y programas de salud deberán contemplar la formación del personal para abordar la detección precoz, la atención, y la rehabilitación de las mujeres. Para dar respuestas a estos objetivos, la Red Formma está constituida por un nutrido grupo de profesionales que se encargan de formar al conjunto de profesionales de Andalucía.

Abordar la VG desde los entornos sanitarios requiere formación adecuada. En Andalucía, la Red Formma es el organismo responsable. La adopción de este modelo de formación ha originado una serie de iniciativas para incentivar y promover los procesos de cambio en salud a favor de la igualdad. Así es como, desde el año 2008, al grupo de profesorado de referencia constituido de manera inicial se han ido incorporando profesionales que se han ido formando para formar en VG. Esta estructura de formación tiene éxito gracias a la motivación y sensibilización del alumnado, junto con una buena estructura de coordinación. Esta red ha impartido cursos a los diversos perfiles profesionales y en los diferentes niveles de atención y centros sanitarios del Servicio Sanitario Público Andaluz (SSPA), entre lo que encontramos atención hospitalaria, urgencias y atención primaria, foco central de nuestra investigación. Incorpora como marco de referencia la perspectiva de género en los cuidados, y, como herramienta, el empleo del lenguaje no

sexista. Incluir el enfoque de género en la intervención sanitaria sobre la violencia contra las mujeres supone reconocer que el origen de esta violencia es la construcción social de género que define las identidades, los roles y los espacios, establece como han de ser las relaciones entre hombres y mujeres y perpetúa la superioridad de ellos sobre ellas, legitimando la violencia como mecanismo instrumental para mantener el poder. Por ello, se refuerza que la violencia contra las mujeres tiene causas estructurales y no es producto de rasgos patológicos de una serie de hombres.

Estudios recientes han analizado y descrito buenas prácticas para la intervención del personal de salud que actúa frente a la VG tomando como referencia que el aumento de la formación contribuye a la mejora de la detección y de la calidad asistencial brindada a las mujeres, siendo un foco principal de refuerzo la supervisión de la formación y el apoyo continuo después de la intervención educativa (Sundborg et al., 2018). Para ello, deben tener en cuenta indicadores como: el efecto transformador de la formación para promover cambios en la cultura de los centros asistenciales sanitarios y de su entorno en relación con la igualdad; la sostenibilidad que hace referencia a la posibilidad de que la formación se mantenga en el tiempo, es decir, a que sea viable y sostenible en los centros sanitarios a lo largo de varios años consecutivos; la legitimidad asociada a las necesidades reales percibidas y detectadas por el personal de salud y adaptadas al entorno sociocultural del centro; y la replicabilidad, donde se vincula la posibilidad de que la formación pueda ser utilizada en todos los centros asistenciales sanitarios con las adaptaciones necesarias a cada contexto hospitalario, urgencias y atención primaria, entre otros.

Estos indicadores se asumen y aplican desde una visión holística y dinámica propia del enfoque de género, permitiendo revelar dinámicas positivas de cambio en los centros sanitarios. De este modo, la Red Formma, muestra la existencia de cursos formativos impartidos en los centros sanitarios, en cuanto a sensibilización y prácticas de abordaje para la detección y tratamiento de la VG, observándose como factor de éxito la coordinación de los miembros de la red y el respaldo al contar con un equipo humano con motivación y sensible. Según la cadencia de la red, cada vez es mayor el

volumen de profesionales con capacitación para formar en VG y como consecuencia cada vez son más los profesionales de la salud con sensibilidad ante este fenómeno. De esta manera, el PAASVG, se convierte en una documentación clave que guía el transcurso de la formación.

Otros trabajos también han destacado a los nuevos profesionales que lideren y ejerzan de docentes, junto con procesos continuos de reflexión e interpretación en la comunidad sanitaria. De este modo, los resultados de estos estudios (Colombini et al., 2017; Goicolea et al., 2015), muestran que una buena práctica pasa por alterar las formas de organización de los equipos sanitarios e incorporar nuevas dinámicas de interacción en los centros sanitarios, generando nuevas intervenciones en materia de VG con profesionales que abanderan y lideren la causa.



## **CAPÍTULO II. LA IDENTIDAD PROFESIONAL Y LA FORMACIÓN EN GÉNERO EN ENFERMERÍA**



## 1. IDENTIDAD PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS.

Algunas investigaciones (Lee et al., 2001; Miró-Bonet et al., 2008) se han interesado por el estudio de la identidad profesional de las enfermeras en relación con el efecto del género en la prestación de cuidados, considerándolo un factor clave para comprender las relaciones de poder y la posición dentro del equipo de salud, así como la posición social en las sociedades contemporáneas en base a un entramado simbólico que permanece vigente en las prácticas profesionales, en las políticas sanitarias y en la imagen social de la profesión.

Diversos autores (Borges & Silva, 2010; Gutiérrez & Morais, 2017), plantean que la identidad profesional de la enfermera es una construcción social de naturaleza dinámica y compleja, la cual implica características subjetivas de lo que significa ser enfermera, donde influyen elementos como la formación, las características organizacionales, el conocimiento y las prácticas específicas, y la representación social del concepto de cuidado y del concepto de tratamiento, que en ocasiones apuntan a acciones opuestas y no complementarias. Por ello, el estudio de la identidad de las enfermeras se centra en analizar cómo viven su práctica profesional, y cuáles son los factores de satisfacción e insatisfacción, analizando sus experiencias personales y el papel concedido en una sociedad.

En esta línea, Leonard (2003) y Stanley (2012) afirman que las identidades de las enfermeras pueden ser entendidas en un discurso de trabajo y cultura laboral cambiante que han tenido un efecto poderoso en la producción de subjetividades, así como donde la categoría género funciona a través de otras, como clase y etnia para crear identidad profesional y donde la imagen de sí misma se construye bajo el reconocimiento de los otros. Stanley (2012) como resultado de su investigación demuestra cómo las parteras utilizaron el lenguaje de género para crear identidades específicas para ellas, con el fin de legitimar su propia práctica e identidad profesional y deslegitimar las identidades profesionales de su competencia. Aspecto del lenguaje que también se contempla en el marco del protocolo centro de nuestro estudio.

Rasmussen et al., (2018), identifican tres componentes esenciales que intervienen en la formación de la identidad profesional de las enfermeras, el yo, el rol y el contexto. Así el yo profesional, consiste en identificarse a uno mismo, aspecto clave de la identidad profesional. De esta manera, el sentido de pertenencia al grupo genera una actitud positiva y sentimientos de satisfacción laboral, mientras que sentir que no pertenecen tiene un efecto negativo. Igualmente, los sentimientos de ser valorado profesionalmente aumentan la confianza y la autoestima, así como las estrategias de afrontamiento frente a las diferentes prácticas asistenciales. En otra línea, afirma como las experiencias personales influyen en una mayor conciencia sobre la identidad profesional.

El rol profesional en la práctica está influido en quien soy como enfermera. De esta manera los cambios en las prácticas clínicas que incluyan la perspectiva de género en los cuidados pueden conducir a roles profesionales con más responsabilidad y autonomía, de esta manera se aumenta la confianza y se promueve sentimientos de empoderamiento, que conducen a reforzar la identidad profesional. El rol profesional entiende que la prestación de cuidados debe ser integral y con una atención centrada en el paciente, eje básico de la práctica profesional de enfermería, por lo que, para ello, la enfermera debe emplear una amplia gama de habilidades, entre las que se incluye, el juicio clínico y la resolución de problemas que lleva a obtener resultados positivos para los pacientes. Además, el nivel de experiencia de la enfermera y su independencia influye en la capacidad de realizar múltiples tareas, incluidas aquellas de gran complejidad. Otra característica del rol profesional entiende que la enfermera debe comunicar claramente dentro del equipo de salud, colaborar eficazmente con sus compañeros y con los pacientes. De esta manera, se entiende que la claridad y la confianza en el papel de las enfermeras contribuye a una identidad profesional bien definida.

Finalmente, el contexto en el cual las enfermeras desempeñan su rol impacta en su percepción de la identidad profesional. El entorno de la práctica afecta al rol profesional y al yo profesional. De manera que los tres componentes de la identidad profesional están conectados. Aquí, las políticas

de salud, directrices y protocolos profesionales proporcionan un marco para la práctica enfermera. Por ello, el apoyo que las enfermeras perciben en su contexto laboral, junto con la formación que reciben, conduce a un sentido de pertenencia colectiva a mayores niveles de confianza y automotivación, en el proceso de construcción de la identidad profesional. En la figura 1 aparecen representados los elementos que componen la identidad profesional según Rasmussen et al., (2018).



Figura 1. Elementos relacionados con la identidad profesional (Rasmussen et al., 2018).

Según estos autores, estos tres elementos deben presentar una alineación para que exista una construcción sólida de la identidad profesional. Así, cuando hay una fuerte alineación, se desarrolla la autosatisfacción, la autoconfianza y la automotivación, que conduce a la satisfacción dentro del rol de enfermera, el abastecimiento de atención de calidad y mejores resultados para los pacientes. Sin embargo, una mala alineación de estos elementos genera estrés, tensión e incertidumbre entre las enfermeras. Existe, además, la influencia de factores personales en la satisfacción laboral de la enfermera y en los resultados de la atención al paciente. Así es como, estos

tres elementos deben considerarse al planificar las actividades de desarrollo de las enfermeras, ya que influyen en las percepciones de su identidad profesional.

En este trabajo, utilizamos estos tres elementos para estudiar la identidad profesional de las enfermeras en relación con las prácticas de cuidados a la VG. Así es como el yo profesional, el rol profesional y el contexto laboral, se encuentra en este trabajo representados para observar y registrar las dinámicas de construcción compartida por las enfermeras en el proceso de construcción de su identidad profesional.

### **1.1 Construcción de la identidad: enfermera comunitaria y gestora de casos.**

La identidad de la enfermera se caracteriza por un carácter dinámico y cambiante a los diferentes contextos de salud. En este marco de actuación la figura de la enfermera gestora de casos en atención primaria es una de las modalidades de atención más empleadas en los modelos desplegados para la atención a pacientes. No obstante, en la actualidad existen problemas en cuanto a la gestión de casos debido a la debilidad conceptual del modelo de gestión de casos, que, combinada con la multitud de experiencias nacionales e internacionales, ha convertido esta modalidad de enfermera en una permanente fuente de confusión. Además, hoy en día la investigación centrada en la gestión de casos no se ha ocupado de dar una definición consensuada con solidez conceptual, sino que ha estado más centrada en describir los modelos de gestión de casos y las experiencias. En nuestro contexto sanitario han sido las enfermeras, las profesionales más habituales en desarrollar la gestión de casos, pero la literatura recoge que es un error la atribución de la gestión de casos como inherente a una profesión, ya que la gestión de casos es un método de provisión de servicios que se puede aplicar en múltiples contextos y poblaciones, dentro del campo sanitario, social, etc. Así, es el objetivo del servicio y las poblaciones diana quienes marcan el perfil idóneo de proveedor, y no al revés (Morales-Asencio, 2014). En España, en un estudio reciente, se evidencia como la figura de la enfermera gestora de casos adquiere su máximo desarrollo profesional en lo que respecta a la atención a la cronicidad. Sin embargo, y dada nuestra política

descentralizada en materia de sanidad el desarrollo de esta figura profesional ha sido desigual según las comunidades autónomas. En el caso de Andalucía, junto con otras comunidades autónomas, se apuesta por la creación de dos figuras nuevas de enfermera gestora de casos, una ubicada en la atención hospitalaria y otra en la atención primaria. No obstante, las funciones asociadas van encaminadas a la atención a la cronicidad. Entre ellas, velar por los pacientes crónicos y sus cuidados complejos evitando que se generen interrupciones entre niveles asistenciales y entre los distintos profesionales; coordinar con trabajadores social, negociar con la familia y asegurar cuidados personalizados a través de una valoración y planificación personalizada (López Vallejo & Puente Alcaraz, 2019). Este perfil profesional con estas funciones detalladas podría abanderar la atención a la VG desde la atención primaria de la salud, pero no solo de manera informal, como nos encontramos en el desarrollo de nuestra investigación, sino con el reconocimiento profesional que trascienda a todos los niveles en cuanto a responsabilidad y coordinación.

Según esta concepción y basándonos en el sociólogo francés Bourdieu (2009), con sus nociones de campo, habitus y capital, la identidad de la enfermera gestora de casos y de la enfermera comunitaria, puede estudiarse a partir de estas categorías de análisis. Por ello, el campo se concreta como un espacio social donde ocurren conflictos y donde tiene lugar la dominación y la autonomía profesional, así como donde existen reglas concretas y jerarquía social. En nuestra investigación, el campo se concreta en la atención primaria de salud para simbolizar un espacio donde tienen lugar conflictos, disputas y donde se comparten conocimientos y se desarrollan estrategias. Asimismo, el habitus involucra características individuales formadas en lo social y en lo particular, que se adquieren en y para la práctica y que guían constantemente las acciones y tareas de la práctica diaria. Por ello, entendemos que la identidad profesional de la enfermera gestora de casos y la enfermera comunitaria en esta área de atención primaria de la salud está vinculada a su habitus. Finalmente, el capital de la enfermera es el cuidado, de manera que se produce, distribuye y se consume. De acuerdo con la historia ha ido cambiando su forma de nombrarlo e incluso ha modificado su lugar en la jerarquía de valores, por lo que el concepto de capital es lo que se

desarrolla dentro de un campo específico y otorgará habitus de distinción ante otros agentes, estando las tres categorías interconectadas. En nuestro trabajo, el cuidado que desarrolla la enfermera en el campo de la atención primaria de la salud es lo que contribuye a su identidad profesional.

Estas tres categorías tienen en común una serie de premisas, por ejemplo el cuidado desarrollado por la enfermera siempre va a contener imágenes que invocan características individuales que también se forman en lo social, éstas pueden crearse de forma consciente o inconsciente, de manera que el cuidado no es una estructura lineal, sino que depende de la propia experiencia y del entorno sanitario, y pueden ser vistas y entendidas de forma muy diferente por cada agente involucrado en el proceso de cuidado.

Este concepto nos permite identificar los diferentes procedimientos que utilizan las enfermeras para posicionar su identidad, en relación con el contexto y las prácticas de cuidados que realizan. En esta línea, Fernandes et al., (2018), manifiestan que el posicionamiento está compuesto por una amplia variedad de herramientas simbólicas que las enfermeras de atención primaria emplean para reafirmar, construir o bien modificar su propia identidad en relación con los otros. Además, encontramos que, en las profesiones feminizadas, aunque las relaciones de poder se inviertan, el sexismo contra las mujeres se mantiene en base a los estereotipos tradicionalmente asociados a ellas (Pinzón-Estrada et al., 2017).

Por ello, y teniendo en cuenta que el éxito de la aplicabilidad de las políticas de igualdad depende, en gran medida, del significado que tiene para aquellas personas que están implicadas en su desarrollo, hemos querido conocer cómo son los procesos de cambio al incorporar la perspectiva de género en salud vividos por las enfermeras.

## **2. LAS ENFERMERAS, EL GÉNERO Y LA IGUALDAD.**

La intervención de las enfermeras de forma activa y participativa en los estudios de género y en los procesos de cambio para incorporar la perspectiva de género en los cuidados, se muestra como un factor clave para poder gestar transformaciones sanitarias y sociables deseables ya que a través



de ellas se reproducen patrones culturales. Galindo Huertas & Herrera Giraldo (2017) manifiestan que el papel de las enfermeras al incluir la categoría género en todo acto de cuidar, supone la posibilidad de reconocer la perspectiva que la ciencia de enfermería aporta al debate sobre el género y sobre la salud de mujeres y hombres desde este tipo de análisis. Por ello, resulta importante que se comprenda y extienda el uso del término género en la investigación, en la formación y en la práctica de la enfermera.

En ese sentido, existen en la actualidad tanto a nivel nacional como internacional, guías para la inclusión de la perspectiva de género en la investigación (Caprile et al., 2012; Ruiz-Cantero et al., 2004), para la inclusión de la perspectiva de género en la investigación en salud (García-Calvente et al., s.a) y para la práctica clínica libre de sesgos de género (Rico et al., 2013). Con estas herramientas, se pretende visibilizar los sesgos de género y la ceguera de género en la investigación, en la investigación en salud y en la práctica asistencial para contribuir a un análisis crítico que permita cuestionar los significados ligados a ser hombre y ser mujer, para ser desnaturalizados como esenciales. Por otro lado, los entornos sanitarios tienen su propia inercia institucional que genera una serie de hábitos y costumbres que se reproducen en el tiempo y que pueden conformar un clima favorable o constituir grandes obstáculos para la atención con perspectiva de género a la población. Asimismo, son varias las universidades españolas que ofrecen asignaturas sobre aspectos relacionados con el género dentro de su formación de pregrado y posgrado. En la Universidad de Sevilla, desde el año 2009 con la incorporación al Espacio de Educación Superior Europeo, se implanta la asignatura de formación básica, denominada "Género y Salud" en la titulación de Grado en Enfermería, con resultados que apuntan a la mayor sensibilidad del alumnado gracias a la formación en género (Arroyo-Rodríguez, et al., 2014; Arroyo-Rodríguez, 2017; Macías-Seda et al., 2012).

La definición de sesgos de género dentro del campo de la salud plantea la existencia de premisas erróneas de igualdad o de diferencia entre mujeres y hombres, lo cual genera una conducta desigual en los servicios sanitarios y también en la investigación en salud y supone una discriminación para unos respecto a otros (Ruiz-Cantero et al., 2004). También en la misma

línea, un enfoque ciego de género en la investigación supone asumir erróneamente la igualdad entre los sexos, identificándose lo masculino con lo humano en general, de manera que se invisibiliza a las mujeres y su experiencia, por lo que se contribuye a reafirmar los estereotipos de sexo y género (Caprile, et al., 2012).

Existe por ello, el desarrollo de toda una serie de recomendaciones esenciales para el estudio del sexismo en la producción científica en salud, a sabiendas de que no se trata de un fenómeno simple y aislado. La jerarquía entre hombres y mujeres también se interrelaciona con otras basadas en la edad, el contexto socioeconómico, la etnia o la orientación sexual, entre otras (Rico et al., 2013). Así es como, se evidencia que el campo de las ciencias de la salud no es ajeno al androcentrismo de las sociedades contemporáneas.

En este sentido, un aspecto clave que puede condicionar e influir en la práctica de las enfermeras es la ideología y las actitudes previas hacia los roles de género y la VG (Yılmaz & Öz, 2018). Por ello, y para desarrollar actitudes positivas hacia la VG es importante incluir en el currículo formativo cursos de igualdad de género. En esta línea, y en el contexto español Burguete Ramos et al., (2010) describen las actitudes y evolución de los estereotipos de género en estudiantes de enfermería, resultando la existencia y persistencia de la imagen de la enfermera de acuerdo con estereotipos de género tales como las mujeres son más cariñosas; las mujeres son más atentas y menos independientes; las mujeres son menos inteligentes y ejercen menos liderazgo y menos posibilidades de ascensos; los hombres consideran objetos sexuales a las enfermeras jóvenes y mujeres mandonas a las mayores. Para ellos, el género marca la diferencia en los estereotipos de género. En un estudio posterior de Macías-Seda et al. En el 2012, con el alumnado de enfermería, se evidencia que los chicos tienen más creencias sexistas y las chicas valoran mejor el acceso de las mujeres a puestos de responsabilidad. Además, el curso influye, ya que para el alumnado de primero es más frecuente considerar la VG como una consecuencia de la fatalidad biológica; y para el alumnado de cursos superiores es un asunto privado. Esta concepción de estereotipos y roles de género también ha sido estudiada en enfermeras tituladas en el contexto internacional, de manera que actitudes conservadoras de las enfermeras

sobre el papel de género produce más vulnerabilidad sobre el agotamiento, siendo menos probable que mejoren la calidad de los cuidados y la atención brindada a la población (Ushiro & Nakayama, 2010). Asimismo, se encuentra en la literatura como la existencia de mitos y estereotipos relacionados con la VG entre las enfermeras dificulta la detección del problema en los servicios de emergencias. Así, estas creencias y mitos estereotipados sobre la VG influyen en las decisiones de las enfermeras sobre la detección del problema, y en los enfermeros porque presentan actitudes de culpar a las mujeres. Además, la mayoría de las enfermeras no completan la detección universal de la violencia de pareja y no creen necesaria la evaluación universal. Sin embargo, las enfermeras reconocen que los esfuerzos de detección de la violencia de pareja pueden ser beneficiosos para las mujeres en el futuro. No obstante, y en este estudio las enfermeras no están evaluando la VG según protocolo, sino en función de la percepción que tienen sobre que ciertos pacientes puedan sufrir el problema (Robinson, 2010).

Estudios más recientes a nivel internacional sobre las actitudes de las enfermeras en relación con la VG (Alhalal, 2020), señalan que aproximadamente un 63% de las enfermeras no han recibido capacitación relacionada con la violencia de pareja íntima, y el 52% cree que no recibe la capacitación adecuada para responder al problema. Además, las enfermeras no tienen las actitudes apropiadas hacia la VG, dado que la mayoría no conocía los protocolos o políticas de violencia de pareja en sus instituciones. Tan solo el 2,6% ha diagnosticado VG en los últimos seis meses. Estos datos revelan que aún persisten resistencias y barreras en la atención a la VG en los entornos sanitarios, materializado en actitudes, comportamientos, prácticas y escaso conocimiento sobre la VG por parte de las enfermeras. Por ello, se debe desarrollar la integración de la violencia de pareja en los planes de estudio de enfermería y la formación en los servicios de asistencia. Siguiendo en esta misma línea y también en el contexto internacional se evidencia que la mayoría de los profesionales de la salud tienen un buen conocimiento de la definición de VG, pero poca conciencia de su prevalencia a nivel local, por lo que dificulta generar actitudes comprensivas hacia tales mujeres. Entienden el beneficio del cribado para la detección, pero en lugar de hacerlo de forma rutinaria, sostienen que es mejor que los profesionales de la salud estén

capacitados para reconocer los signos de dicha violencia. Dicha capacitación debe incluir aumentar la conciencia sobre el problema y alentar a los profesionales a realizar la escucha activa a sus pacientes (Vieira et al., 2012).

En el contexto español, Valdés Sánchez et al., (2016) asumen que la detección y el diagnóstico de la VG por parte de las enfermeras está más relacionada con el nivel de autopercepción de conocimiento sobre el problema, que con el nivel real. No obstante, la falta de formación sería el primer obstáculo para garantizar una respuesta sanitaria efectiva.

Los entornos sanitarios son uno de los escenarios donde acude con frecuencia la mujer que presenta VG, porque dicha violencia influye en la salud física, psicológica y/o emocional de quienes la padecen, de ahí la importancia de la formación y la sensibilidad de los profesionales que los configuran ya que eso incidirá en la calidad de la atención y en la recuperación de las mujeres.

En este sentido, señalar además la existencia de barreras internas por parte de las mujeres para la búsqueda de salida a su situación (Beaulaurier et al., 2007; Wilson et al., 2007), entre ellas se recoge la propia respuesta de la familia al revelar la violencia, la respuesta del sistema de justicia y la capacidad de respuesta de los recursos sanitarios y de la comunidad, además del control psicológico por parte del hombre y la baja autoestima y autoeficacia. No obstante, el contacto con los servicios de salud tiene lugar, siendo las principales necesidades de salud de las mujeres la atención al dolor crónico, a enfermedades crónicas y a enfermedades mentales. Sin embargo, las percepciones de los profesionales sobre cuáles son las necesidades de salud de las mujeres no estaban en la línea, para ellos la atención se centra en la salud reproductiva y las enfermedades de transmisión sexual, entre otras. Así es como se sugiere que para mejorar la respuesta a la VG por parte de los centros sanitarios es positivo ofrecer grupos de educación para la salud y más formación para el personal relacionado con la salud, siendo para las mujeres la percepción de desconexión con el sistema de salud una barrera importante para el abandono de la relación.

Por ello, las expectativas de las mujeres sobre los centros sanitarios se deben en gran medida a la influencia de los y las profesionales, ya que pueden favorecer o por el contrario obstaculizar, el abandono de la relación abusiva. Encontramos un estudio previo que revela que el 43% de las mujeres informa de la VG a su médico general; el 69% de las mujeres recibe un diagnóstico de depresión, y el tratamiento se ofrece principalmente en forma de fármacos, y solo el 25% de las mujeres son derivadas para recibir asesoramiento. De esta manera, se confirma como la VG permanece en gran medida no revelada en entornos sanitarios, con el agravio de que las presentaciones sean diagnosticadas erróneamente (Mertin et al., 2015). Igualmente, encontramos como las mujeres perciben la barrera de la comunicación con los profesionales de la atención primaria de la salud (O'Doherty et al., 2016).

Otros estudios manifiestan que las barreras se incrementan en caso de otras características como puede ser inmigración, donde se resalta como principal barrera la disponibilidad, la inexistencia de servicios adaptados a la cultura, la accesibilidad y la aceptabilidad, porque existe una creencia de las mujeres sobre la ineffectividad en los servicios y creencias religiosas, unidas a la necesidad de cuidar a la pareja, todo ello sumado a la falta de formación específica entre profesionales sobre VG e inmigración (Briones-Vozmediano et al., 2015; Souto et al., 2016). Otra cuestión que puede incrementar las barreras es la etnia, ya que ser mujer negra en EE.UU. está relacionado con barreras como falta de conocimiento sobre la VG, falta de acceso los recursos y falta de utilización de estos. Además, estas barreras para el uso de los recursos se encuentran a nivel individual y a nivel comunitario (Sabri et al., 2015). Así como el embarazo (Izaguirre & Calvete, 2014; Kapaya et al., 2019; Robinson et al., 2019) o la discapacidad, donde se evidencia que existen tasas más altas en mujeres con discapacidad en comparación con aquellas que no presenta discapacidad (Ballan & Freyer, 2019; Ruiz-Pérez et al., 2018; Valentine et al., 2019).

En este sentido, se puede destacar como implicación para la práctica la importancia de la atención a las mujeres con VG en los entornos sanitarios y como los profesionales de la salud, entre los que se encuentran las enfermeras

juegan un papel fundamental para llegar a las mujeres con VG y brindar apoyo inmediato y continuo, dependiendo del contexto sanitario, donde la atención primaria de salud, centro de nuestra investigación, es sin duda protagonista.

### **3. FORMACIÓN DE LAS ENFERMERAS EN GÉNERO.**

Los estudios sobre la formación de las enfermeras en género y VG han sido objeto de investigación, debido en gran medida, a que su sensibilidad y capacitación para verla afecta a su capacidad de acción e intervención sobre ella. Algunos trabajos previos analizan el concepto género como factor de riesgo psicosocial para las enfermeras y como el cuidado de las mujeres que presentan VG tiene un impacto emocional en la vida de las enfermeras (Ceballos Vásquez et al., 2014; Goldblatt, 2009).

Concretamente, existe literatura científica que evidencia como las mujeres tienen relaciones contractuales más desfavorecidas y mayores exposiciones a riesgos y mayor cantidad de estresores como estereotipos, discriminación, conflictos familia-trabajo o incluso aislamiento social (Campos-Serna et al., 2012). Además, para las enfermeras, estos factores de riesgo confluyen junto con las desigualdades de género en los centros de trabajo. Por ello, el enfoque de género evidencia las desigualdades existentes en el trabajo en relación con los factores de riesgos psicosociales. Hacer visibles estos riesgos es necesario y para las enfermeras supone una preparación desde el nivel de pregrado para continuar con la formación de postgrado que permita abordar en profundidad los riesgos psicosociales en relación con el género y el trabajo de las enfermeras para proponer programas de intervención (Ceballos Vásquez et al., 2014).

Además, el cuidado de las mujeres que sufren VG supone un impacto en las experiencias de vida personal y profesional de las enfermeras. Así es como, abordar la VG en los entornos sanitarios tiene influencias emocionales, conductuales y cognitivas en las enfermeras. Pueden sentirse no capacitadas para atender un problema tan angustiante y por ello, pueden evitar la detección de los casos. Estas interacciones de cuidado desarrollan la empatía y compasión en las enfermeras, pero también aparecen sentimientos como el

enfado y la crítica hacia las mujeres que viven esta situación, creando un trabajo emocional para ellas. De ahí, la necesidad de la correcta formación de las enfermeras con programas de capacitación para detectar e intervenir con mujeres maltratadas, ya que esto supondría reducir el trabajo emocional requerido cuando se trabaja con ellas y mejorar las respuestas de las enfermeras (Goldblatt, 2009).

En el contexto internacional, diversos estudios analizan la importancia de incluir formación y capacitación en VG para estudiantes universitarios y profesionales de la salud, dado que ayuda no solo a mejorar el conocimiento, sino también a mejorar la autoeficacia en el cuidado de las mujeres (Colombini et al., 2017; Damra et al., 2015).

En España existe una línea de investigación reciente encargada de revisar los currículums en la formación de las enfermeras en VG en estudiantes universitarios, a través de un enfoque de métodos mixtos. Las autoras evidencian que hasta en el 80% de los programas universitarios para las enfermeras se incluye formación específica en VG, aunque existe una gran variabilidad en los contenidos entre las universidades, siendo los temas más frecuentes, las consecuencias para la salud de la mujer debido a la exposición a la VG y el papel del sector de la salud para tratar esta problemática; los aspectos éticos y legislativos, son los temas menos frecuentes. Asimismo, el éxito para la inclusión de esta temática reside en el profesorado interesado en el tema con puestos relevantes en la toma de decisiones. No obstante, existe una variabilidad observada entre las universidades españolas que podría explicarse debido a los diferentes enfoques del profesorado sobre la VG y las enfermeras, que pueden entender sus funciones desde un enfoque más biomédico o desde una comprensión más holística, donde la enfermera tiene un papel importante en el abordaje y tratamiento de la VG. Se habla de la existencia de una amplia inclusión y esto puede leerse como un punto de inflexión en las transformaciones que deben ocurrir para dar mejor respuesta desde el sector salud a la VG en España (Maquibar et al., 2017; Maquibar et al., 2019). Por su parte, las enfermeras en formación tienen percepciones y actitudes a la VG tales como el reconocimiento como un problema grave con una gran relevancia social; y la confianza en sus capacidades para identificar

la VG, pero muestran una actitud dubitativa en la práctica asistencial. No obstante, se identifican estereotipos relacionados con la percepción de la legislación nacional sobre VG, donde sostienen que era discriminatoria para los hombres. Por ello, es fundamental la formación que desmitifique las creencias erróneas ya que éstas podrían afectar negativamente su labor como enfermeras (García Díaz et al., 2013; Lancharro-Tavero et al., 2013; Maquibar et al., 2018; Martins et al., 2014).

Así es como, en la formación de las enfermeras se deben contemplar estos requisitos para la generación de un cuerpo de conocimientos sobre los mitos y estereotipos de la VG (mecanismos de construcción, impacto en la educación, etc.) que contribuya al reconocimiento y su posterior desmitificación. Las investigaciones en los últimos años muestran un interés y sensibilidad creciente en el abordaje de esta temática. Los retos que se plantean por parte de la comunidad científica han sido y siguen siendo abordados, generándose un cuerpo de conocimientos muy valioso al respecto. El desafío actual implica una reflexión sobre cómo introducir estos contenidos formativos en la formación curricular de las enfermeras, siendo materia de nuevas investigaciones evaluar el efecto que la formación sobre VG tiene en la atención de las enfermeras. Por ello, los procesos de formación constituyen una oportunidad única de transmisión de la sensibilidad necesaria para mirar la VG desde los contextos sanitarios. Para nuestro estudio, la evaluación de la respuesta de las enfermeras se centra en el momento actual y bajo el marco de políticas de igualdad que apuestan por la elaboración de protocolos de actuación en los entornos sanitarios para atender la VG.

Según las recomendaciones de la OMS (2010), las enfermeras deben atender a las mujeres que presentan VG bajo un abordaje holístico e integral centrado en la respuesta de ellas. Por ello, se propone un marco de prestación de la atención desde el sector salud que contemple los siguientes aspectos. Entre ellos:

- Entorno propicio. Se evidencia la importancia de políticas y procedimientos nacionales, como es el caso del protocolo en estudio, ya que puede ser difícil trabajar en un entorno donde a nivel legislativo no se reconoce la VG como un problema. Debe existir



compromiso por parte de las personas gerentes para abordar el problema y asegurar a un nivel superior y estratégico la organización que conlleva el abordaje dentro del entorno de salud. Los circuitos de atención para las mujeres deben estar disponibles. Y debe existir una dotación presupuestaria para la VG.

- Formación/capacitación. Las personas responsables de la formación deben tener en cuenta las motivaciones intrínsecas para que los profesionales de la salud aprendan sobre la VG, siendo una motivación central responder de manera eficaz a las necesidades de las mujeres, relacionado con las consecuencias para la salud de la violencia. La formación debe incluir unos mínimos como escuchar y preguntar sobre la violencia de pareja a las mujeres; apoyar y validar la revelación; vías de atención y derivación; aspectos éticos (confidencialidad y seguridad); aspectos legales (derechos); protección a la infancia; documentación y mantenimiento de los registros. Deben realizarse auditorías en cuanto a la revelación, documentación y derivación, que pueden ser retroalimentadas a los profesionales de la salud. Las desigualdades de género deben ser parte de la formación, ya que se apuesta por el cambio cultural organizacional. Los modelos de formación pueden adaptarse a los objetivos de la intervención y a lo que se espera que hagan los profesionales de la salud después de la formación. La formación debe ajustarse a las necesidades del personal y al contexto clínico en el que están trabajando. Además, debe reconocer las limitaciones de tiempo y lo que puede lograrse de manera realista. Puede ser beneficioso para el formador ser un profesional de la salud, a fin de obtener una mayor aceptación entre los compañeros. Se debe promover la formación multidisciplinaria para que diferentes profesionales comprendan los roles y responsabilidades de cada uno, la coordinación de la atención y el intercambio de información dentro del entorno de atención sanitaria. También puede ser favorable considerar la formación conjunta entre la organización sanitaria y la comunidad, a fin de facilitar la derivación y ver los tipos de apoyo que pueden ofrecer diferentes organizaciones. La

formación continuada con refuerzo es necesaria después de la formación inicial, para mantener las competencias que adquieren los profesionales de la salud. Los niveles medios de gerencia necesitan capacitación para convencerse del problema y comprender que se necesita. La capacitación debe incluirse en los planes de estudios de pregrado.

- **Sistemas y servicios.** El contexto sanitario debe favorecer escuchar; documentar lo que dice la mujer, cualquier herida y, si hay violencia sexual, documentar cualquier evidencia forense; validar las experiencias de las mujeres y dar respuesta sin prejuicios; tratamiento médico; informar sobre qué servicios pueden ayudar de inmediato y a largo plazo. El apoyo debe basarse en lo que las mujeres desean y la continuidad de la atención debe mantenerse. El siguiente nivel debe incluir: planificación de seguridad y derivación dentro del centro sanitario a profesionales que tienen más experiencia en el tratamiento de la VG. Se debe tener un grupo central de profesionales de salud y asistencia social que reciban formación adicional, para proporcionar un apoyo emocional más profundo, evaluación de riesgos, garantizar la continuidad de la atención y hacer derivaciones, después de que las mujeres hayan contado su situación.
- **Responsabilidad y seguimiento.** Un sistema de seguimiento debe ser parte de cualquier contexto sanitario a la VG, para evidenciar que el problema existe y proporcionar datos sobre la cantidad de casos. Debe realizarse revisiones periódicas de casos para determinar la calidad del servicio y apoyar a los profesionales de la salud en la respuesta a la VG. El apoyo en la presentación de informes debe estar disponible para los profesionales de la salud. Debe existir un sistema para aprender de las experiencias de las mujeres en los entornos sanitarios a fin de mejorar la calidad. Deben realizarse reuniones interinstitucionales a nivel local y nacional.
- **Investigación y vigilancia.** Se necesita más investigación adicional sobre la efectividad y rentabilidad de las intervenciones en mujeres y niños/as. La vigilancia se suele centrar en las lesiones y no

proporciona información precisa sobre la carga de violencia en la salud global de las mujeres. Se necesitan otros enfoques para obtener una imagen más completa del problema. Se deben desarrollar sistemas de vigilancia ágiles. La financiación de la investigación es limitada y los estudios de intervención deben tener prioridad sobre los estudios que solo miden la prevalencia o las consecuencias para la salud. Por lo tanto, puede ser más rentable incluir preguntas de investigación adicionales en los estudios de intervención, incluyendo la realización de estudios cualitativos sobre las opiniones y experiencias de los profesionales de la salud sobre la intervención.

- Enfoques del apoyo psicosocial y emocional. Las mujeres necesitan diferentes tipos de apoyo en diferentes momentos. El enfoque de escalera incluye el apoyo emocional básico y un asesoramiento y terapia más especializados. El punto de inicio para el apoyo psicosocial es reconocer la resistencia de las mujeres. Como mínimo, el apoyo emocional debe incluir escuchar sin juzgar. El profesional de la salud debe evaluar el riesgo para las mujeres y sus expectativas e intenciones, y tratar de brindarles a las mujeres opciones basadas en esta información. Para una prestación de servicios más especializada, se debe formar, por ejemplo, a enfermeras que brindan servicios de asesoramiento, psicólogos y psiquiatras que trabajan en equipos de salud mental, entre otros. Los profesionales deben estar preparados para atender la VG y la violencia sexual. El apoyo psicosocial y emocional puede ser diferente para la violencia de pareja y la violencia sexual, aunque se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual es efectiva para ambas.
- Cuestiones y principios no negociables (cuestiones éticas y de seguridad, documentación). Es importante tratar las contradicciones entre la ética médica y las leyes del país, en relación con los informes obligatorios. Es importante considerar las consecuencias dañinas no intencionadas que pueden ocurrir como resultado de una intervención mal implementada. Debe existir confidencialidad absoluta, y la información solo se debe compartir con otros

profesionales si existe un riesgo real para la vida de las mujeres, se abusa de un niño/a o una persona revela que tiene la intención de dañar o matar a otra persona. Es necesario considerar cómo manejar la confidencialidad en zonas rurales. La seguridad de la mujer y sus hijos/as, es siempre la prioridad principal. Creer lo que dicen las mujeres, empatizar y no menospreciar sus experiencias. La decisión de las mujeres debe predominar y se les debe permitir tomar medidas cuando lo deseen. Las mujeres deben tener derecho a tratamiento independientemente de su situación. El registro médico debe mantenerse en un lugar confidencial y no siendo accesible para las parejas o los miembros de la familia. No se deben revelar datos que ayuden a identificar a las mujeres.

- Detección. No existe evidencia suficiente para recomendar la detección de VG en todos los entornos de atención sanitaria. Pero se debe realizar en determinados entornos como en la atención prenatal, en el contexto de la interrupción del embarazo, en los contextos de salud mental, dada la alta prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad en mujeres que presentan VG. De esta manera, puede ser más apropiado preguntar a las mujeres sobre VG o violencia sexual si presentan ciertas afecciones de salud. Por ejemplo, en un departamento de urgencias a toda mujer que acuda con una lesión o, en atención primaria, a toda mujer que presente síntomas recurrentes no específicos (como "cansada todo el tiempo"). Esto constituye una investigación apropiada en oposición a la detección de todas las mujeres en todos los entornos sanitarios.
- El desarrollo de redes. Es necesaria la colaboración de múltiples agentes, ya que el centro sanitario no podrá satisfacer las múltiples necesidades de las mujeres. Para que las redes funcionen, debe haber una comprensión de las tareas y responsabilidades de cada integrante. Las instalaciones de atención sanitaria deben formar parte de la red. Son necesarias reuniones periódicas para la revisión de problemas e integrar las respuestas. Puede ser necesario contar con un grupo central de profesionales dentro del centro sanitario

que reciban formación más intensa en determinadas cuestiones como habilidades de asesoramiento, evaluación de riesgos y planificación de seguridad. Para que la red tenga éxito se debe incluir: asociaciones amplias entre integrantes; grupos centrales locales activos; entrenamiento conjunto; sistemas integrados de referencia; sistemas de información integrados; y actividades comunes de comunicación.

- Cómo vincular la violencia contra las mujeres con la protección infantil. Importante la perspectiva de igualdad de género y reconocer el peligro de culpar a las madres. Se debe explorar en las mujeres con hijos/as cómo son tratados por el perpetrador, sin prejuicios. Si un profesional de la salud es consciente de que se está abusando de un niño/a, esto siempre debe revelarse para tomar las medidas necesarias. Cuando se revisa la situación de una mujer en consultas de seguimiento, también es importante tener en cuenta la seguridad de sus hijos/as. No está claro si se debe recomendar preguntar a las mujeres que utilizan los servicios de salud sobre el abuso sexual infantil. La limitación de tiempo en consulta impide lidiar con un evento traumático. Sin embargo, se debe proporcionar información sobre el vínculo entre la violencia de pareja y el abuso sexual infantil para garantizar que esto no se omita. La población de mujeres que experimentan VG se superpone con la población de mujeres que han experimentado abuso sexual infantil. Por ello, se debe indicar que los profesionales de la salud estén preparados para responder a las revelaciones de abuso sexual infantil.
- Informes obligatorios. Como ya se ha señalado más arriba, debe existir una confidencialidad total y la información solo se debe compartir con otros profesionales si hay un riesgo real para la vida de las mujeres, hay abuso de un niño/a o una persona cuenta que tienen la intención de dañar o matar a alguien. Siempre es preferible hacerlo con el consentimiento de las mujeres, pero en algunas ocasiones puede ser necesario hacerlo sin consentimiento. No obstante, las mujeres siempre deben estar informadas sobre qué información se comparte, con quién y por qué. La legislación sobre

los informes obligatorios varía entre países y los profesionales de la salud deben conocerlas.

- El papel de los servicios de salud en la respuesta a los hombres como víctimas y perpetradores. Se debe desempeñar un papel en la asistencia a los perpetradores de violencia, ya que la mayoría de ellos no recurrirá a los servicios sociales o la justicia penal para obtener ayuda. El sector de la salud debe trabajar en colaboración con otras organizaciones y derivar a los hombres donde haya servicios para atenderlos, en lugar de brindar apoyo dentro del centro de salud. En el caso de que la violencia de los hombres está relacionada con el abuso de alcohol o drogas ilícitas, se debe considerar qué tipos de servicios están disponibles para tratar ambos problemas o cómo integrar los problemas de violencia dentro de los programas de abuso de sustancias.
- El papel del sector salud en la prevención y el papel de la promoción de la salud. La atención de la salud también desempeña un papel en la prevención primaria y la promoción de la salud, en coordinación con otros agentes. Se debe integrar mensajes sobre violencia como parte de las actividades rutinarias de promoción de la salud. Otras líneas de prevención primaria y promoción de la salud incluyen la crianza y paternidad positiva. También es importante pensar en el trabajo de prevención con la población adolescente que utiliza los servicios de atención sanitaria. Los profesionales de la salud deben cuidar el lenguaje y emplear un lenguaje sensible al género cuando atienden a las mujeres.

Es por ello, que la formación del personal sanitario aparece como un elemento crucial e independiente dentro del marco de prestación de la atención desde el sector salud que propone la OMS (2010), pero entendemos que la formación del personal debe ser transversal y se encuentra implícita en cada uno de los demás elementos de actuación propuestos. Se trata de superar constructos sociales que convierten a las mujeres en responsables de su situación cuando, desde los entornos sanitarios a la vez, se legitiman comportamientos e ideologías relacionados con la VG.

Encontramos un estudio previo en la literatura internacional donde los autores recomiendan que al trabajar con el comportamiento de cuidado de enfermería se preste atención a la orientación de los roles de género de los estudiantes. Además, el profesorado de enfermería cuando trabaja con chicos estudiantes en el cuidado del paciente debe considerar su rol de género y apoyar las formas que ellos manifiestan sus comportamientos de cuidado (Liu et al., 2019). Con cautela dado el contexto cultural diferente del estudio, debemos de considerar que estas actuaciones han de permitir acercarse a la educación en enfermería, sin prejuicios de género, por lo que la toma de conciencia del profesorado debe ser un objetivo prioritario, para promover una nueva sensibilidad que repercuta en el alumnado que ejercerá los cuidados desde un abanico más amplio que trascienda el marco de prestación de cuidados tradicional. Otra investigación también en el plano internacional determina las actitudes hacia los roles de género de los estudiantes de enfermería para examinar los factores que afectan a estas actitudes, siendo estos factores, la universidad, la edad, el sexo, el número de hermanos, el tipo de familia, los antecedentes educativos de los progenitores y la situación laboral de la madre. De esta manera, concluyen que deberían existir programas de capacitación para progenitores para trabajar con la igualdad de género (Başar & Demirci, 2018).

En esta misma línea, y siguiendo en el ámbito internacional, encontramos una investigación previa con estudiantes de enfermería que determina que existe relación entre las actitudes hacia los roles de género y la VG de los estudiantes, siendo las chicas quienes tienen actitudes más igualitarias hacia los roles de género y actitudes más positivas hacia la VG que los chicos. Para que el alumnado pueda tener actitudes positivas hacia la VG es importante la inclusión en los planes de estudios de formación en igualdad de género (Yılmaz & Öz, 2018). En este sentido, en el contexto nacional, Macías-Seda et al., (2012) sostienen la importancia de una intervención educativa con estudiantes de enfermería para disminuir las creencias sexistas, además de mejorar la actitud frente a la VG. De esta manera, el alumnado que recibe la formación muestra mayor capacidad de detección, así como, mayor capacidad para aplicar protocolos de actuación y medidas preventivas frente al maltrato, lo que corresponde a una mayor capacitación

frente a la VG. Aspecto clave en nuestra investigación, ya que la inversión en formación sobre VG en las enfermeras de hoy repercutirá en cómo actúen en el mañana con la aplicación y puesta en marcha de políticas de igualdad materializadas en protocolo de actuación frente a este fenómeno.

En resumen, la formación en género a las enfermeras es muy importante. Por ello, que el periodo formativo de las enfermeras y el periodo de prácticas clínicas, constituyen un espacio de un gran valor, en el que se debe tratar de incidir de una manera más eficaz y clara sobre el papel de la enfermera en el cuidado de las personas sin sesgos de género, el conocimiento sobre la VG y el papel de las enfermeras en los contextos sanitarios. Para ello, es preciso un diseño detallado de los planes de estudios, siendo el marco nacional un buen ejemplo, pero donde la variabilidad en función del profesorado debe minimizarse si se siguen las recomendaciones de organismos internacionales que guían la reflexión acerca de la proyección en salud de la VG. Los procesos de formación de las enfermeras son una oportunidad clave para entrenar la mirada y hacerla capaz de captar lo más fielmente posible la realidad, donde aún predominan las desigualdades en salud en base al género, entre otros determinantes, y donde la VG sería su máxima representación. Para ello, se deben cubrir las necesidades presentes en cada contexto, pero incorporar "las gafas de la VG" supone un reto para mejorar la práctica enfermera.

#### **4. LAS ENFERMERAS COMO AGENTES DE TRANSFORMACIÓN EN SALUD.**

Las prácticas y las funciones que llevan a cabo las enfermeras y la incidencia que tienen en los procesos de atención a las personas constituyen un aspecto clave en los procesos de transformación donde la atención integrada supone un cambio cultural en los profesionales. Estudios recientes evidencian como las enfermeras en líneas generales, cuentan con la confianza del público por su honestidad y por su ética de cuidado, siendo profesionales relevantes para transformar la atención a la salud. Así, el desarrollo competencial de las enfermeras las convierte en profesionales con conocimientos y experiencia, dispuestas a ser creativas y tomar la iniciativa y



utilizar los entornos favorables para avanzar y mejorar la salud de las personas y de la población en general (Ulrich, 2019).

En Estados Unidos se apuesta por un nuevo paradigma de salud, que requiere de una pieza clave constituida por las enfermeras, para alcanzar un triple objetivo en salud, que consiste en una mejor experiencia de atención al paciente (incluida la calidad y la satisfacción), mejores resultados en salud de las poblaciones, y una reducción en el costo per cápita del cuidado de la salud. Allí las enfermeras, deben comprender cómo su práctica debe ser diferente para brindar el nivel esperado en la calidad de la atención y participar de manera proactiva en el cambio. Estos cambios requerirán de un enfoque renovado en la atención centrada en el paciente y la coordinación, ganando protagonismo la atención primaria. Además, la realidad es que el papel de todos los actores en la atención de la salud está cambiando. El éxito llegará si todos los profesionales de la salud trabajan juntos para transformar y aprovechar la contribución de cada miembro. Lograr una atención coordinada centrada en el paciente requiere de colaboración interprofesional, y es una oportunidad para que la enfermería resplandezca (Salmond & Echevarria, 2017).

En España, las enfermeras tienen un papel destacado en la atención hospitalaria, en la atención primaria y en la continuidad de cuidados que requieren los pacientes en la comunidad. Así es como sus actividades abarcan la disponibilidad de recursos y experiencia en la gestión de la atención de pacientes y sus familias (Costa et al., 2019). Estudios previos sostienen que en la atención primaria de la salud las enfermeras son miembros de un equipo de salud multidisciplinario, y desempeñan un papel vital en la prestación de servicios y cuidados. Además, requieren conocimientos y habilidades específicos para funcionar eficazmente en los entornos de atención primaria de salud (Hlahane et al., 2006).

En relación con la VG y la atención primaria de la salud, las enfermeras deben estar preparadas para identificar a las mujeres y ofrecer intervenciones apropiadas, ya que a menudo la VG se ve en este contexto. En un estudio previo en Suecia, se evalúa la preparación de las enfermeras para detectar y brindar cuidados a las mujeres expuestas a VG que asisten a la atención

primaria de salud y se determina que solo la mitad preguntaba a las mujeres sobre la violencia y, sobre todo, cuando una mujer sufría lesiones físicas. Las enfermeras sienten dificultades para preguntar y si se sienten preparadas está relacionado con la obtención de conocimientos por sí mismas, lo que contribuye a identificar a las mujeres expuestas a VG (Sundborg et al., 2012). En España, existe interés en la investigación de la VG desde la atención primaria de la salud. Una investigación previa evalúa como los profesionales de la salud perciben el efecto que la crisis económica tiene en la detección y atención de la VG en la atención primaria. Las autoras determinan que los esfuerzos que se realizan a nivel institucional para organizar programas de sensibilización y formación en materia de VG no pueden interrumpirse en tiempos de crisis y los centros de atención primaria deben facilitar el acceso de los profesionales de la salud a estos programas formativos (Otero-García et al., 2018). En esa misma línea, encontramos también en la literatura una visión general de las percepciones de los profesionales sobre las características de la atención primaria de la salud y cómo ello influye en la respuesta a la VG. Se determina que la atención centrada en la persona, así como otras particularidades del enfoque de atención primaria facilitan la detección de VG y una mejor respuesta. No obstante, la gestión actual del sistema de salud, donde existe carga de trabajo, distribución equívoca de recursos humanos y materiales, supervisión débil y poca retroalimentación, no facilitan el enfoque, existiendo una brecha entre la teoría y la práctica en el trabajo diario, influyendo en la atención de la VG (Goicolea et al., 2017).

Ya hemos indicado como existen estudios a nivel nacional que avalan la necesidad de incluir la perspectiva de género en la formación de Grado en Enfermería de manera transversal, con ello, se podrá trabajar con los estereotipos de género, deconstruirlos para poder construir una formación continuada que brinde una atención de calidad evitando las desigualdades y los sesgos de género (Caro García, 2015; Panisello Chavarria & Mateu Gil, 2012). En nuestro contexto más cercano, en la Universidad de Sevilla, en el Grado en Enfermería, nos encontramos como formación reglada la asignatura

troncal de "Género y Salud"<sup>4</sup>. Dicha materia incorpora como unidad temática la VG, donde se trabaja con el alumnado los fundamentos teóricos y conceptuales, los indicadores de riesgo y las repercusiones en la salud de las mujeres, así como los protocolos de actuación frente a la VG.

Por ello, el fortalecimiento del papel de las enfermeras para asumir roles que aumenten su valor y mejore la salud de la población en general, y de las mujeres en particular, requiere de nuevas formas de pensar y practicar, donde la continuidad de la atención y la promoción de la salud deben cobrar protagonismo. En la atención a la VG, es fundamental que las enfermeras se asocien con las mujeres y sus redes de apoyo, para comprender su contexto social e implicarlas en las estrategias de atención cumpliendo con los objetivos marcados por ellas. El seguimiento de los objetivos debe ser entendido como una medida de efectividad y de liderazgo. Este tipo de iniciativas en la atención, producen en sí misma cambios y transformaciones en lo que debe ser el abordaje integral desde la atención primaria de la salud al fenómeno de la VG.

---

<sup>4</sup> Para una mayor aproximación a los contenidos impartidos, a los objetivos docentes y a las competencias específicas a alcanzar por el alumnado de Enfermería se puede consultar el programa docente en: <https://sevius.us.es/asignus/programapublicado.php?codasig=1570008>



**CAPÍTULO III. LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL  
CONFLICTO COMO PASO PARA LA  
TRANSFORMACIÓN**



## 1. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA.

En nuestro estudio adoptamos la creencia de las posibilidades que encierran los entornos sanitarios para el abordaje de la VG, la cual se centra en estudiar las facilidades y dificultades que encuentran los profesionales de la salud en los contextos sanitarios para dar una respuesta a la misma. Esto supone que los escenarios laborales en los que las enfermeras participan e interaccionan con las mujeres se caracterizan por determinadas formas de cuidados materializadas con prácticas, estrategias y discursos que les son propias, a través de los cuales construyen roles e identidades profesionales.

En ese sentido, es importante conocer que, en el contexto nacional, entorno al 30% de las mujeres que acuden a consultas de atención primaria padecen o han padecido, VG (Ruiz-Pérez et al., 2007). Las investigaciones basadas en las diferentes concepciones del término violencia han ido progresando con el tiempo, en el marco de nuestra investigación hemos optado por el término VG, tomado de la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en diciembre del año 1993 que entiende por VG *"todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada"*. Este enfoque de la VG es necesario perfilarlo aún más, ya que en el marco de nuestro estudio se centra en la identificación y abordaje en las relaciones de pareja o exparejas, por lo que la VG institucional que ocurre fuera de este ámbito en las sociedades no sería objeto de nuestra investigación, así como otros tipos de violencia ejercidas sobre los infantes, la población anciana, etc.

Gracias a esta perspectiva y sensibilidad a la violencia que padecen las mujeres, estudiada fuera del marco de otros tipos de violencia, en España, se han promulgado políticas con el fin último de su erradicación. Así es como en el año 2004 y con una aprobación unánime por parte del Parlamento, se promulgó la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Este texto legal, ya

proponía unas directrices para el personal sanitario que se centraban en la formación, en el establecimiento de unos criterios comunes para el abordaje de la VG desde la atención sanitaria y una coordinación que diera una respuesta integrada desde el ámbito de la salud. Así es como unos años más tarde, en 2007, se publicó por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en Violencia de Género, donde quedan reflejadas las estrategias de actuación sanitaria, concediendo un peso importante a la detección de factores de riesgo y a los indicadores de sospecha. En el caso de Andalucía, un año después, en 2008 nace la primera edición del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (PAASVG) resultado de la adaptación realizada, desde la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud, del texto nacional. Es en el año 2015, cuando se publica la segunda edición del protocolo para el territorio andaluz, resultado de las nuevas evidencias y de la experiencia acumulada en nuestro país contra el maltrato.

Desde esta visión, se señala que existen diferentes tipos de violencia que se ejercen contra las mujeres. A saber:

- Violencia física. Se trata de aquella violencia que comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como golpes, bofetadas, empujones, palizas, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o tengan la intención de provocar un daño, lesión o dolor en el cuerpo de la mujer. Es necesario entender que cualquier forma de violencia física es también violencia psicológica.
- Violencia psicológica. Se trata de aquellas conductas prolongadas en el tiempo e intencionadas, que atenta contra la integridad emocional y psíquica de la mujer, así como contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer pautas de comportamiento a la mujer. Se manifiesta a través de insultos, amenazas, vejaciones o humillaciones, además de la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la privación de libertad, la culpabilización, el chantaje emocional, el control económico, el rechazo y/o el abandono. Este tipo de violencia



no es tan visible, por lo que es más difícil de demostrar, y en ocasiones no es identificada por la mujer como tal sino como manifestaciones propias del carácter de la pareja.

- Violencia sexual. Se trata de conductas que imponen a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, por medio de la intimidación, la coacción, la fuerza o la amenaza por parte de su pareja o por parte de otros hombres. Además, se incluye cualquier actuación que restrinja a las mujeres su derecho a la salud sexual y reproductiva, interfiriendo en su libertad para ejercer y disfrutar una vida sexual sin riesgos para su salud, así como el ejercer libremente su derecho a la maternidad.

Es importante según la evidencia científica la consideración de dos elementos clave para una mejor comprensión y entendimiento de la VG. Por un lado, existe una reincidencia de los actos violentos y, por otro lado, la posición de dominio donde se sitúa el hombre, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la mujer. Además, se conoce como cualquiera de las formas en las que se presente la VG tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud de las mujeres.

Las personas pueden interiorizar pautas de comportamientos y roles sociales atribuidos al proceso de socialización, proceso que difiere para hombres y para mujeres, propios de una sociedad patriarcal donde predomina la cultura androcéntrica. Es en ese proceso donde los hombres aprenden a resolver sus conflictos y a ejercer su dominación a través de la violencia, que como ya hemos visto, no es exclusivamente física. Se conoce, además, como en el caso de las mujeres, el principal factor de riesgo para presentar violencia es precisamente el hecho de ser mujer. Es por ello, que existe en la literatura trabajos que se han orientado a demostrar que no hay nada natural ni patológico en la violencia contra las mujeres, que se trata de un fenómeno con un alcance y gravedad importante y que es importante el estudio de los testimonios de las mujeres que han presentado VG dado el valor intrínseco de ellos (De Miguel Álvarez, 2005).

### 1.1 Dinámica de la violencia y consecuencias sobre la salud.

La VG tiene lugar según estudios previos de manera cíclica. Corría el año 1979 cuando Lenore E. Walker desarrolló el modelo del "ciclo de la violencia", fruto de las observaciones que realizaba en la casa refugios de mujeres maltratadas donde trabajaba. Describe un patrón de relación abusivo con la pareja, donde en la primera fase se evidencia una escalada gradual de la hostilidad del hombre, la mujer por su parte tiene la creencia irreal de que puede evitar la agresión, se continúa con la fase de agresión, donde ocurre la agresión física, psicológica y/o sexual de una manera importante, en ella habitualmente la mujer puede decidirse a contar lo que le pasa o incluso a denunciar al agresor. Finalmente, aparece la fase denominada de arrepentimiento o de "luna de miel", donde la pareja pide perdón y promete que no repetirá la agresión, puede incluso ofrecer regalos, esto permite a la mujer ver el "lado bueno" de la pareja y creer que existe la posibilidad de un cambio real, por lo que es en esta fase donde ocurre una manipulación y donde la mujer retira la denuncia o resta importancia a lo ocurrido. Sin embargo, con el paso del tiempo, la frecuencia e intensidad del maltrato suele ir aumentando, y puede llegar un momento en el que desaparezca la fase de "luna de miel" y la relación oscile siempre entre la fase de hostilidad y la fase de agresión. Para una mejor comprensión es importante ver estas fases como parte del ejercicio de poder y control continuo sobre la mujer, siendo una herramienta de manipulación emocional cuyo objetivo es permanecer en la relación (Walker, 1991).

Además, como describen Eriksson & Mazerolle (2015) en su estudio existe un patrón de transmisión de la violencia de generación en generación, siendo importante el examen de la VG para evaluar las influencias en la descendencia. Se conoce que la población infantil cuyas madres presentan VG corren un mayor riesgo de consecuencias adversas para la salud y en el ámbito psicosocial, como pueden convertirse en víctimas o perpetradores de violencia en sus propias relaciones. Por ello, una herramienta prometedora sería el desarrollo de programas para facilitar la comunicación entre las madres y sus hijos/as, ya que podrían contribuir a empoderar a las madres para romper el ciclo intergeneracional de VG (Insetta et al., 2015). No

obstante, es importante destacar que el modelo del “ciclo de la violencia” tiene una relevancia destacada para el estudio del fenómeno de la VG, pero no se puede aplicar de manera universal a todas las relaciones.

Es amplia la literatura científica que evidencia cómo la VG tiene consecuencias importantes para la salud de las mujeres. Desde diferentes metodologías de estudio se demuestra el efecto de estos actos en las mujeres y en su salud. En España, encontramos un estudio realizado con una muestra representativa de mujeres que relaciona la violencia con el estado de salud actual. Así, la violencia física o sexual actual se asocia con la mayor probabilidad de informar de afecciones de salud, seguida de la violencia psicológica en sus vertientes de abuso emocional o abuso económico. Entre las consecuencias más importantes se hallan aquellas que afectan a la esfera psicológica. Las autoras encuentran que síntomas como la ansiedad, la tristeza, junto con la depresión son las secuelas más prevalentes en la salud mental de las mujeres. Sostienen, además, que se observa una mejoría en el estado de salud si la VG ocurrió en el pasado en comparación con las mujeres que la experimentaron en los doce meses previos a la investigación. No obstante, se identifican efectos fuertes y persistentes en el tiempo en la salud de todas las mujeres que informaron haber pasado por esta experiencia (Domenech del Rio & Sirvent-García del Valle, 2017). Tanto es así, que un estudio cualitativo informa de las consecuencias para la salud de mujeres de edad avanzada que habían presentado VG en el pasado y estaban institucionalizadas. Se determina que las mujeres de edad avanzada se han visto ampliamente afectadas por la VG, teniendo consecuencias psicológicas a largo plazo. Sin embargo, estas mujeres no reaccionaron a la violencia debido a la estructura social tradicional que las guiaba. Por ello, se sugiere que las enfermeras deben evaluar a las mujeres mayores en los hogares de ancianos en términos de VG (Demir, 2017).

En el ámbito internacional, en Irán, también se ha estudiado las consecuencias para la salud de la violencia de la pareja en mujeres casadas, teniendo especial interés la asociación entre la salud mental de las mujeres y la VG en cualquiera de sus manifestaciones, ya sea física, psicológica y/o sexual. Se determina que los trastornos psiquiátricos no psicóticos que

presentan mayormente las mujeres incluyen síntomas somáticos, además de ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión (Soleimani et al., 2017).

Pero las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres también afectan a la salud física. En una revisión de la literatura previa, se identifican como las principales consecuencias para la salud física de las mujeres son fibromialgia, trastornos genitales y de las vías urinarias, afecciones de la salud sexual y reproductiva, así como mayor riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, y otros indicadores de salud física, como más días en cama y mayor frecuencia de intervenciones quirúrgicas, además de peor salud autopercebida (Plazaola-Castaño & Ruiz-Pérez, 2004). En España, encontramos investigaciones previas que asocian los diferentes tipos de VG que pueden presentar las mujeres y la repercusión en la salud física. Así, se observa una mayor prevalencia de enfermedad crónica en mujeres expuestas a VG, frente a aquellas que nunca estuvieron expuestas, y un mayor número de días en cama, debido a las afecciones físicas. Las mujeres que informan experimentar los tres tipos de violencia (física, psicológica y sexual) tienen más probabilidades de sufrir una enfermedad crónica y pasar más días en cama, frente a las que nunca estuvieron expuestas. Por ello, sugieren las autoras como la VG afecta negativamente a la salud física de las mujeres, siendo necesario la detección de los casos a nivel de atención primaria de salud (Ruiz-Pérez et al., 2007). Un estudio más reciente realizado con una muestra de mujeres españolas y chilenas evidencia que tanto la duración como la frecuencia e intensidad de la VG se asocian a resultados de salud más pobres. Una mayor duración de la violencia se traduce en un mayor número de dolencias físicas y una mayor gravedad de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático. Por ello, resulta esencial comprender la salud de las mujeres expuestas a este tipo de violencia por parte de sus parejas, y que ello permita desarrollar programas que se adecuen mejor a las necesidades específicas que presentan (Rivas-Diez et al., 2014).

En el panorama internacional, se encuentran estudios que también tienen su interés en las consecuencias traumáticas físicas que la VG deja en las mujeres. En Nigeria, a través de datos representativos de la población general de mujeres se obtiene que los hematomas, heridas y quemaduras graves son

significativamente mayores en mujeres expuestas a VG frente a las que no estuvieron expuestas. La educación y la justificación de la violencia física a las mujeres fueron factores relevantes y culturalmente aceptados, por lo que se entiende la presencia de consecuencias físicas traumáticas. De esta manera, se sugiere la importancia de aumentar los niveles de educación de las mujeres y cambiar las normas culturales comunitarias que justifican la presencia de comportamientos de control y de VG (Antai, 2011). Otro estudio, demuestra que las mujeres que presentan VG padecen más dolores de cabeza, dolores de espalda, enfermedades de transmisión sexual, sangrado vaginal, infecciones vaginales, dolor pélvico, relaciones sexuales dolorosas, infecciones del tracto urinario, pérdida de apetito, dolor abdominal y problemas digestivos. Siendo las mujeres que presentan maltrato físico y sexual las que tienen más probabilidades de revelar sus problemas (Campbell et al., 2002).

Teniendo en cuenta las anteriores aportaciones la VG produce consecuencias también importantes en el plano físico, algunas de ellas: aumento de la mortalidad, de sufrir lesiones y discapacidad, una peor salud general, un mayor dolor crónico, un mayor abuso de sustancias, así como trastornos reproductivos y peores resultados del embarazo. Además, la VG crea en las mujeres un uso excesivo de servicios de salud y la presencia de unas necesidades insatisfechas de servicios, así como relaciones tensas con los profesionales, según los casos (Plichta, 2004). Por ello, y para nuestro objeto de estudio resulta fundamental explorar el papel de las enfermeras de la atención primaria en el abordaje a la VG.

### **1.2 Papel de las enfermeras ante la violencia de género.**

La atención a la VG en los entornos sanitarios es un hecho derivado de las múltiples consecuencias que se generan en la salud física y psicológica de las mujeres. El papel de las enfermeras en la atención primaria de la salud puede enmarcarse desde la prevención primaria, secundaria y terciaria. Así es como desde la prevención primaria, se apuesta por realizar todas aquellas intervenciones que conduzcan a disminuir la incidencia del fenómeno; la prevención secundaria se ocupa de realizar intervenciones que contribuyan a

la detección de los casos; y la prevención terciaria trata de intervenir una vez se ha confirmado la situación de VG.

Las intervenciones de enfermería propuestas para abordar la VG desde la prevención primaria engloban todas aquellas actividades destinadas a disminuir su incidencia. Estudios previos resaltan como la búsqueda de estrategias nacionales y autonómicas en materia de políticas y planes de salud para reducir el fenómeno es prometedora (Sancho Raimundo et al., 2017). Se trata de incorporar estrategias integrales de comprensión a la VG, que permitan actuar desde las bases (Falb et al., 2014), incluyendo la relación entre la salud de las mujeres y la VG (Rojas Loría, 2014). Por ello, se debe incluir la perspectiva de género en la prevención, adaptando las campañas de información para aplicarlas de manera transversal y teniendo en cuenta la cultura cuando se trabaja con mujeres inmigrantes (Bello Morales, 2013).

Se evidencia como para disminuir la incidencia de la VG se debe actuar en la comunidad, con actividades de promoción y prevención de la salud comunitarias (Goicolea et al., 2017) y con perspectiva de género (González-Guarda et al., 2015). Además, en el trabajo con mujeres inmigrantes se debe incrementar el compromiso de la comunidad y favorecer el cambio de actitud (Ogunsiji & Clisdell, 2017), y en el trabajo con adolescentes debe existir el reconocimiento y sensibilización sobre la VG (Oliveira et al., 2016). Otra intervención básica consiste en proporcionar información desde diferentes espacios públicos sobre los servicios de apoyo disponibles y la legislación actual (Finfgeld-Connett, 2017). Siguiendo esta línea y en los entornos sanitarios, es importante la educación para la salud en los diferentes servicios con carteles informativos tanto en atención primaria como especializada (Estévez Macas, 2017).

Desde la prevención primaria otras intervenciones recogidas en la literatura son: el incremento de la capacitación de los profesionales sanitarios que trabajan con VG, a través de la educación y formación específica y sensible (Bradbury-Jones et al., 2016; Bradbury-Jones et al., 2017; Hewitt, 2015; Ogunsiji & Clisdell, 2017), potenciando las habilidades profesionales y las habilidades de la comunicación (Bello Morales, 2013) y apoyando a las

enfermeras cuando le falte capacitación para afrontar la VG (Bradbury-Jones et al., 2017). Estudios previos sostienen la importancia de realizar educación y entrenamiento para favorecer la detección (Shavers, 2013; Sprague et al., 2016). La formación profesional mejora la práctica asistencial (Goicolea et al., 2015). Durante el embarazo, la literatura previa recoge como la prevención primaria se centra en la consulta breve e individualizada durante y una vez ocurrido el alumbramiento (Chisholm et al., 2017), son también importante los programas de visitas domiciliarias en el periodo perinatal que contribuyen al empoderamiento (Chisholm et al., 2017; Sancho Raimundo et al., 2017), así como la educación en planes de seguridad (Chisholm et al., 2017).

En la prevención primaria estudios previos sostienen la importancia de incluir la educación en VG en todos los planes de estudio, a través de la formación para saber abordar el problema a través de simulaciones (Daniel & Milligan, 2013). Además, se evidencia la importancia de incorporar actividades de promoción y prevención, así como información de fácil acceso para la población adolescente (Khubchandani et al., 2013) para promover el desarrollo de relaciones positivas (Bradbury-Jones et al., 2016), a través de intervenciones educativas con programas de educación en salud en las escuelas (Sancho Raimundo et al., 2017). En caso de violencia sexual, presente en la población adulta y la adolescente, se recoge como deben realizarse actividades de promoción de la salud sexual, a través de programas que incluyan estos conceptos, para influir en las normas sociales realizando intervenciones culturalmente adaptadas ante comportamientos de riesgo sexual (Alonso Lupiáñez, 2017). Se trata de educar a ambos sexos a la vez que realizar formación continuada para las enfermeras, con el fin de enseñar prácticas para evitar violaciones y formación en defensa personal a través del trabajo interdisciplinar (Callahan, 2014). Además, y con grupos de riesgo se debe intervenir desarrollando programas centrados en ellos para la prevención de factores de riesgo como la violencia familiar, estresores adolescentes, comportamientos antisociales y relaciones íntimas tempranas (Smith et al., 2015). En cuanto al abuso cibernético, presente en la población adolescente, hay autores que señalan que son pertinentes las intervenciones preventivas a través del trabajo interdisciplinario (Van Ouytsel et al., 2016).

Las intervenciones enfocadas en la prevención secundaria son mayoritariamente aquellas actividades destinadas para hacer el diagnóstico de la situación. La literatura previa sostiene que es fundamental la detección de signos, también indicativos de violencia sexual (Alonso Lupiáñez, 2017; Pérez García & Manzano Felipe, 2014) e indicadores de sospecha (Baidés Noriega, 2018; Chisholm et al., 2017), a través de instrumentos de cribado (Chisholm et al., 2017; Falb et al., 2014; Gupta et al., 2017). Existen autores que apoyan el cribado universal (Callahan, 2014; Williams et al., 2016) y el cribado para toda mujer que realice una consulta en el centro de salud y/o en caso de sospecha (Daniel & Milligan, 2013). Para ayudar a revelar la violencia, hay autores que sostienen que es importante emplear instrumentos para detectar la angustia y la discapacidad (Paterno & Draughon, 2016). En esta línea, se destacan investigaciones previas que sostienen la importancia de realizar intervenciones destinadas a preguntar sobre la VG e indagar (Chisholm et al., 2017; Estévez Macas, 2017; Messing et al., 2017).

Estudios previos hablan de la importancia de la entrevista motivacional, siendo fundamental en la acogida a las mujeres realizar intervenciones para crear una relación de confianza, también en caso de violencia sexual (Baidés Noriega, 2018; Estévez Macas, 2017; Finfgeld-Connett, 2017), proporcionando intimidad (Gupta et al., 2017; Paterno & Draughon, 2016) y seguridad (Alonso Lupiáñez, 2017; Williams et al., 2016) donde deben primar características profesionales como la empatía, la escucha activa, la aceptación (Estévez Macas, 2017; García-Moreno et al., 2015; Visentin et al., 2015), además del apoyo emocional y el asesoramiento (Pérez García & Manzano Felipe, 2014; Sprague et al., 2017). Es importante destacar que hay autores que sostienen que se deben evitar los prejuicios (Baidés Noriega, 2018; Chisholm et al., 2017; García-Moreno et al., 2015), reduciendo los obstáculos creados por el estigma (Bryant et al., 2017). Un estudio previo recoge que, en servicios específicos como maternidad, los profesionales deben aumentar la seguridad en sí mismos para preguntar e intervenir reduciendo barreras y creando espacios físicos para la verbalización (Bradbury-Jones et al., 2015).

La literatura científica sostiene como informar a las mujeres se convierte en una intervención básica (Bradbury-Jones et al., 2015; Bradbury-Jones et al.,



2017), para ello se deben adquirir competencias en comunicación, rompiendo mitos que contribuyan a desarrollar un buen juicio clínico (Bradbury-Jones et al., 2016) y que ayuden a determinar la gravedad de los factores de riesgo y el abuso (Daniel & Milligan, 2013; Gupta et al., 2017; Sprague et al., 2017). Además, se recoge como esencial la valoración y abordaje holístico y psicosocial (Baidés Noriega, 2018; Daniel & Milligan, 2013) atendiendo a los valores culturales teniendo en cuenta también a mujeres con ciertos tipos de características como inmigración, embarazo o población adolescente donde hay más vulnerabilidad. Por ello, estudios previos avalan la importancia de seguir programas basados en la evidencia científica para atender a la población inmigrante, además de incluir el trabajo integral y la perspectiva de género, para transformar las estructuras que refuerzan la discriminación y desigualdad social, evitando la generalización y gestionando la diversidad (Álvarez et al., 2016; Bello Morales, 2013).

Desde la prevención terciaria en la atención primaria se desarrollan una serie de intervenciones para trabajar el problema de la VG. Entre ellas, la literatura consultada destaca que las mujeres necesitan que se tenga en cuenta el proceso de cambio en el que se encuentran (Baidés Noriega, 2018), dando una respuesta inmediata si la detección es positiva (Paterno & Draughon, 2016). Necesitan, además, que exista el respeto a la toma de decisiones, manteniendo los profesionales una actitud libre de prejuicios, proporcionando cuidados individualizados, multidimensionales y multidisciplinarios a través del apoyo, la empatía y la escucha activa para cubrir todas sus necesidades (Bradbury-Jones et al., 2016; Bradbury-Jones et al., 2017; Goicolea et al., 2017). Se recoge también la importancia del registro en la historia clínica de la paciente (Baidés Noriega, 2018; Estévez Macas, 2017), que se debe acompañar de la elaboración de informes obligatorios (Estévez Macas, 2017; Paterno & Draughon, 2016). En España, existe la obligación legal de poner en conocimiento la situación (Baidés Noriega, 2018). Asimismo, estudios previos avalan que se debe contactar con la justicia si existe peligro inminente para la vida de las mujeres (Daniel & Milligan, 2013), así como desarrollar planes de seguridad y counselling, a través de educación e información a las mujeres según la valoración del riesgo vital, para ellas y su

descendencia (Baidés Noriega, 2018; Chisholm et al., 2017; Gupta et al., 2017), optimizando la seguridad de las enfermeras y de las mujeres (Bradbury-Jones et al., 2016). Investigaciones previas avalan el uso de protocolos y programas de actuación como una intervención prometedora (Bradbury-Jones et al., 2016; Estévez Macas, 2017), también en casos de violencia sexual (Messing et al., 2017). La atención continuada e individualizada en consulta es sustentada por investigaciones previas (Baidés Noriega, 2018; Daniel & Milligan, 2013; Goicolea et al., 2015; Pérez García & Manzano Felipe, 2014), y establecer relaciones interpersonales que contribuyan al empoderamiento y a mantener la asistencia (Bradbury-Jones et al., 2016; Daniel & Milligan, 2013; Sánchez-Herrero et al., 2017). La literatura científica previa sostiene la necesidad de formación continuada que permita un liderazgo comprometido a través del asesoramiento y del conocimiento de los recursos comunitarios disponibles y los dispositivos legales (Falb et al., 2014; Gupta et al., 2017; Joyner & Mash, 2014), además de soporte emocional, familiar y espiritual (Finfgeld-Connett, 2017), así como el autocuidado emocional de las enfermeras para disminuir sentimientos negativos y el apoyo mutuo (Bradbury-Jones et al., 2016; Estévez Macas, 2017; Rojas Loría, 2014), delegando en caso necesario (Estévez Macas, 2017). Hay autoras que apoyan la importancia de trabajar la autoconfianza de las enfermeras y crear espacios en los entornos sanitarios para el aprendizaje y el trabajo de la respuesta terapéutica ofrecida a las mujeres (Goicolea et al., 2015). Además, se recoge como la enfermera puede realizar una valoración holística y seguimiento posterior donde se incluye la visita domiciliaria (Bradbury-Jones et al., 2017; Estévez Macas, 2017; Sprague et al., 2016). También estudios previos avalan la importancia del trabajo intersectorial y multidisciplinar que incluya una intervención psicosocial motivacional, psicoeducación y manejo del estrés para disminuir la VG (Bryant et al., 2017; Chisholm et al., 2017; Hegarty et al., 2016). Así como, facilitar el acceso a servicios de apoyo y ayuda psicológica (García-Moreno et al., 2014; Gupta et al., 2017), para lo que es necesario la detección de problemas de salud mental y la derivación pertinente (Joyner & Mash, 2014). Hay autores que apoyan la derivación a trabajo social (Sprague et al., 2016) o derivaciones a otros profesionales con el objetivo de ayudar a las mujeres manteniendo el apoyo (Estévez Macas, 2017; Falb et al., 2014; Williams et al., 2016).

En mujeres inmigrantes existe en la literatura científica intervenciones específicas que apuestan por la realización de sesiones múltiples y grupales, que contribuyan al empoderamiento, a través de mecanismos para conseguir la autonomía económica y emocional de las mujeres. Para ello, es necesario el trabajo multi e interdisciplinar, dando un peso a las asociaciones y coordinando los servicios públicos con las organizaciones no gubernamentales. A nivel macro, se hace necesario el apoyo y coordinación con los países de procedencia de las mujeres, agilizar la documentación de las mujeres inmigrantes y rescatar aspectos positivos de la inmigración. A nivel micro, se deben desarrollar estrategias de comunicación saludables, ofreciendo apoyo psicosocial e integral, informando sobre los recursos comunitarios y el acceso efectivo, para adaptar las intervenciones a las diversas formas de violencia (Álvarez et al., 2016; Bello Morales, 2013).

Para las mujeres embarazadas, los expertos indican la necesidad de trabajo interdisciplinar y la integración de protocolos en los servicios de maternidad que faciliten una vía clara de actuación, donde es importante el conocimiento sobre las actuaciones a realizar después de una revelación, respetando las experiencias y decisiones individualizadas, con una actitud libre de prejuicios (Bradbury-Jones et al., 2015).

En el caso de violencia sexual, la literatura científica señala como importante el trabajo multidisciplinar, para recolectar evidencia forense ofreciendo cobertura a los aspectos legales, dando apoyo y atención integral y preservando la intimidad. Es fundamental que los profesionales mantengan un comportamiento saludable, libre de prejuicios y proporcionando cuidados y escucha activa. Además de informar sobre tratamientos preventivos de embarazo y profilaxis de enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como derivación y seguimiento posterior con screening para supervivientes (Alonso Lupiañez, 2017; Callahan, 2014).

## **2. EL CONFLICTO DE LAS ENFERMERAS COMO CONTEXTO DE TRANSFORMACIÓN.**

Según Redorta (2004), el término conflicto es un constructo complejo. Por ello, el autor sostiene que es interesante explorar el conflicto para

comprenderlo, para estudiarlo y para extraer conclusiones útiles para la ciencia. Esto supone en la práctica efectuar un esfuerzo en dos direcciones, ya que, por un lado, se debe entender que el fenómeno debe ser aprendido desde una visión multidisciplinar y amplia y, por otro lado, aunque nos aproximemos desde una disciplina concreta, debemos entender que se parte de un nivel de desarrollo específico desarrollado en un momento histórico concreto y con sus propias contradicciones.

En el contexto de nuestra investigación, el conflicto lo estudiamos desde el ámbito personal e intrapsíquico que les permite a las enfermeras interpretar sus experiencias en función de sus propios conocimientos, actitudes, habilidades e intereses, en sus diferentes lugares de trabajo y en el abordaje de la VG. Esta construcción personal está sostenida por un aspecto cultural, lo que posibilita que la experiencia de las enfermeras sea interpretada. De esta manera, el conocimiento de las enfermeras y las estrategias y herramientas empleadas son una construcción y una oportunidad para generar nuevos aprendizajes en la atención a la VG.

De acuerdo con el estudio de los conflictos, existe en la literatura científica una producción importante que estudia los conflictos de las enfermeras entre el trabajo y la familia en diferentes unidades de atención, ya sea hospital, unidades de cuidados intensivos, etc. y la influencia de ellos en aspectos tan relevantes como la satisfacción laboral o el sueño y el descanso y la salud cardiometabólica (AlAzzam et al., 2017; Berkman et al., 2015; Galletta et al., 2019; Zhang et al., 2017). Además, encontramos un estudio previo donde se evidencia la relación entre el conflicto que supone a las enfermeras el rol laboral y familiar y su repercusión en la salud psicológica (Sharma et al., 2016). Sin embargo, hay un vacío de conocimiento en cuanto a los conflictos personales que experimentan las enfermeras fruto del desempeño de sus funciones en la atención a la VG. Encontramos un estudio que determina que si las enfermeras perciben poco apoyo y un modelo evitativo en el manejo de los conflictos, eso repercute en el nivel del estrés laboral. Por ello, se apuesta por brindar oportunidades a las enfermeras para entrenarlas en la resolución constructiva de conflictos y que ello contribuya a

reducir el estrés laboral y mejorar la calidad de la atención al paciente (Johansen & Cadmus, 2016).

Para el abordaje de la VG, partimos de un análisis conceptual del conflicto en entornos laborales de enfermería, entendiendo que existe un enfoque evolutivo, como plantea Almost (2006). Por ello, para el manejo de conflictos es necesaria la comprensión previa de los elementos que los conforman, las causas que los provocan y los efectos que generan los conflictos. Además, se debe conocer que el conflicto es inevitable en cualquier ambiente laboral debido a diferencias inherentes en las metas, las necesidades, los deseos, las responsabilidades, las percepciones y las ideas. Se parte, entonces con las siguientes premisas: las fuentes de conflicto dentro de los entornos laborales de enfermería se caracterizan por elementos individuales, como la diversidad generacional, las diferencias educativas y los factores interpersonales (que incluyen la falta de confianza, la falta de respeto y la mala comunicación), y factores organizativos. Por ello, se debe emplear un modelo teórico que ofrezca una visión general para el estudio de los antecedentes y las consecuencias del conflicto entre las enfermeras dentro de los entornos de trabajo. Tres efectos importantes identificados en el manejo de los conflictos son la satisfacción laboral, el estrés laboral y la coordinación y colaboración del equipo. Todos ellos relevantes en el manejo de la VG desde los equipos de la atención primaria de la salud. Por tanto, una comprensión profunda de las fuentes de conflicto dentro de los entornos de las enfermeras va a permitir pasar de la gestión de conflictos a la prevención de éstos. Para cambiar un entorno laboral, gerentes y enfermeras necesitan una comprensión conjunta de lo que constituye un conflicto. Deben reconocerse sus consecuencias en términos del impacto tanto en las enfermeras a nivel individual, como en el resto del equipo. De esta manera, el entendimiento y manejo adecuado de los conflictos conduce a resultados positivos para las enfermeras y las organizaciones, lo que redundará en la calidad de la atención a los pacientes.

Partimos del postulado que entiende que se debe apoyar a la resolución constructiva del conflicto en los entornos sanitarios para facilitar el funcionamiento y la productividad del equipo. En esta línea, encontramos una

investigación que intenta comprender el proceso mediante el cual los entornos de práctica asistencial permiten el manejo constructivo del conflicto de las enfermeras. Así, cuando las enfermeras emplean aproximaciones cooperativas para la gestión de conflictos, la toma de decisiones pasa a ser un asunto colectivo donde los planes de actuación se implementan conjuntamente. Además, de los entornos de trabajo, el estudio centra su atención en las características individuales del personal. Así, la autoevaluación es un concepto que representa la evaluación que realiza un individuo de sí mismo, de los demás y del entorno, y consta de 4 atributos: autoestima, otorgando valor a las personas; autoeficacia, estimando las propias capacidades y aplicación en diversos contextos; lugar de control, creencias en la capacidad de control del entorno que rodea; y la estabilidad emocional, tendencia a ser confiado, seguro y estable. Concluyen los autores que los entornos con características de práctica profesional y con autoevaluaciones positivas predicen un manejo constructivo del conflicto de las enfermeras y, a su vez, una mayor efectividad en las unidades de atención (Siu et al., 2008).

En nuestra investigación, estudiar los conflictos que nacen en los centros de atención primaria de la salud como consecuencia de la implantación de nuevas políticas de salud en materia de atención a la VG, tiene especial relevancia, porque supone un contexto idóneo para analizar las formas en que son implantadas e interpretadas las normas y prácticas por parte de las enfermeras comunitarias. El estudio de los conflictos que surgen en la construcción de los cuidados con perspectiva de género en los centros de atención primaria permite comprender cómo se producen los procesos de cambio en un fenómeno tan complejo y que inunda a todas las sociedades contemporáneas como es la VG. Las leyes y políticas de salud e igualdad regulan la vida en sociedad de las personas, pero su éxito y perdurabilidad dependen de cómo son estos estatutos asumidos e interpretados por las personas en sus prácticas en determinados contextos sociales.

## 2.1 El conflicto desde un enfoque constructivo.

La presencia del conflicto en las organizaciones laborales y, por ende, en las organizaciones sanitarias es una realidad. Por ello, para el estudio del conflicto partimos de la premisa de considerarlo libre de prejuicios y con una perspectiva que indica la aparición de diferencias e intereses entre quienes lo viven. Solo así, se podrá entender el enfoque constructivo que puede derivarse del estudio del conflicto, y como él puede ayudar a la transformación de las organizaciones. Por eso, el conflicto se entiende como el momento de aparición y de la atención a la diferencia, lo que puede ser un signo de progreso y de salud de las organizaciones. Así es como, el conflicto debe abordarse desde la perspectiva de la integración, donde la primera premisa es mostrar realmente la cuestión, descubrir el conflicto y poner todo al descubierto (Domínguez Bilbao & García Dauder, 2005).

En esta línea, se plantea como estrategia válida para la resolución de conflictos la colaboración donde cada miembro enfrenta el problema con igual preocupación. Este enfoque necesita que se identifiquen áreas de acuerdo y desacuerdo, y que para llegar a la solución se incorpore la perspectiva de ambas partes. Sin duda se necesita tiempo, hecho que coincide con una de las principales fuentes de conflictos para las enfermeras. Una comprensión básica del proceso de conflicto que presentan las enfermeras pasa a ser el primer paso en el desarrollo de estrategias para enfrentar con éxito estas situaciones.

En los entornos de atención sanitaria donde existen cambios actuales en materia de políticas de salud y políticas de igualdad, emergen funciones y roles que cambian, como también cambian los contextos sanitarios contemporáneos. Las enfermeras como parte integrante de estos contextos empiezan a experimentar cambios en sus roles y responsabilidades, que llevarán parejo un impulso para la reforma de salud que incluya la perspectiva de género en los cuidados. Es por ello importante esbozar cómo será la configuración de los equipos de enfermeras y el alcance de sus prácticas profesionales dentro de los equipos de salud, que requerirá límites claros y sin ambigüedades. Son las organizaciones de enfermeras especialmente

vulnerables al conflicto ya que el contexto de su práctica puede ser difícil y estresante. El protocolo objeto de este estudio, plantea escenarios difíciles y estresantes que requieren del establecimiento de los límites en las prácticas para su buen funcionamiento y para el abordaje de calidad.

Encontramos en la literatura una investigación realizada con enfermeras que informaron que percibir confusión en torno al alcance de sus prácticas, en las áreas de asignación de pacientes y carga de trabajo, da lugar a situaciones en las que las enfermeras se sienten intimidadas y estresadas. Concluyen la importancia para las enfermeras de entender claramente sus roles y el alcance de su práctica profesional, ya que de no ser así existe la posibilidad de derivar en conflictos intraprofesional en el lugar de trabajo, siendo el impacto de ellos perjudicial para las enfermeras y sus pacientes (Eagar et al., 2010).

El enfoque constructivo del conflicto también ha sido estudiado cuando se produce entre enfermeras y médicos. Dada la complejidad de las organizaciones de salud, a diario, surgen conflictos de esta índole. Encontramos una investigación que afirma que el conflicto tiene efectos beneficiosos sobre la función del grupo de trabajo, siendo la colaboración una de las variables que intervienen en los resultados positivos valorados por los pacientes. Por ello, es necesario fortalecer una alianza profesional saludable para una atención eficaz al paciente. Se requiere de una colaboración entre profesionales que resida en una autoridad y responsabilidad compartidas, siendo para ello necesario la comunicación y la toma de decisiones participadas como medio para mejorar la calidad de la atención. La colaboración entre los profesionales necesita de esfuerzos dirigidos a ayudar a las enfermeras y los médicos a trabajar entre ellos de manera diferente a lo que ambos se han acostumbrado (Hendel et al., 2007).

En el entorno de las enfermeras, los conflictos se pueden expresar de diferentes maneras, según su naturaleza. Pueden ser conflictos personales, cuando la enfermera experimenta un conflicto interno que la pone en desacuerdo con los objetivos del trabajo. O bien, pueden ser conflictos dentro de la unidad de enfermería, donde confluye el conflicto interpersonal y el



conflicto intradepartamental. Aquí, las personas muestran desacuerdos no resueltos con otros que interfieren con el flujo de trabajo y la armonía de la unidad. Y el conflicto entre diferentes equipos de trabajo es interdepartamental y puede interferir en la armonía y en el flujo de trabajo de la organización (Collins, 2006). Todos estos conflictos con naturaleza diversa pueden derivarse de la aplicación del protocolo. Por ejemplo, consideramos a la enfermera que atraviesa una crisis en la aplicación del protocolo y, como resultado, no realiza sus funciones adecuadamente y otras enfermeras deben compensarla. El conflicto intradepartamental se daría cuando existen enfermeras que acuden a la formación en materia de VG, frente a otras que no lo hacen, repercutiendo en el flujo y armonía del trabajo en la unidad. Y finalmente, el conflicto interdepartamental se materializa en los cauces de derivación de las mujeres que influye en el flujo y armonía del trabajo de la organización.

Así, las principales fuentes de conflicto entre las enfermeras, según Collins (2006) se producen cuando las enfermeras deben trabajar juntas hacia un objetivo común, como el desempeño laboral o la excelencia en la atención al paciente, pero tienen valores o filosofías diferentes. Algunas de las principales causas de este tipo de conflictos son las que se nombran a continuación: falta de comunicación, desconfianza, malentendidos, valores incompatibles relacionados con la diferencia en las filosofías de la atención de enfermería y la prestación de atención, diferencias generacionales, roles superpuestos con límites poco claros, percepciones de desigualdad en cuanto a estado, poder o recursos, niveles educativos, diferencias culturales y diferencias de estilo de vida.

En resumen, para que exista una resolución constructiva del conflicto, se necesita de tiempo, siendo este un aspecto esencial y necesario para discutir problemas y encontrar soluciones en colaboración. No obstante, los profesionales de la salud suelen estar tan ocupados que sienten que no tienen tiempo suficiente para pensar en el conflicto interpersonal. Sin embargo, la resolución de conflictos debe ser una prioridad para las organizaciones de enfermeras porque el conflicto repercute en los pacientes. Por lo tanto, se deben crear ambientes apropiados en cuanto a tiempo, espacio y voluntad

que permita la resolución de conflictos. García Vivar en 2006 publica una investigación en la que las enfermeras emplean la evitación como el enfoque principal para el manejo de conflictos debido a tres elementos fundamentales. Las enfermeras aún se comportan bajo las secuelas del paradigma tradicional del dominio médico. Generalmente están ocupadas y tienen poco tiempo para discutir problemas. Esta falta de tiempo dificulta la comunicación y el tratamiento de conflictos. Y, las enfermeras tienen poco conocimiento en el manejo de conflictos, ya que el rol del liderazgo es un nuevo tipo de práctica en enfermería que necesita de mayor estudio (García Vivar, 2006).

Debe existir además de tiempo, para resolver un conflicto, una comunicación abierta. Los métodos para facilitar esta comunicación incluyen un entorno neutral, que facilite la comunicación y la limitación de los plazos para maximizar la eficacia. Durante estas asambleas de comunicación, el movimiento hacia la resolución puede ocurrir cuando las partes en conflicto pueden validar sus percepciones y aclarar significados. Resulta por ello importante, esforzarse para la comprensión de las emociones y creencias conectadas y relacionadas con el conflicto por todas las partes, que permita la identificación y el compromiso con las nuevas expectativas de comportamiento para la organización y el mejor desempeño laboral en las unidades de enfermeras (Collins, 2006).

### **3. AUTONOMÍA Y TOMA DE DECISIÓN DE LAS ENFERMERAS.**

La Enfermería como profesión se encuentra mediatizada e influenciada por los roles de género, lo que ha provocado una falta de reconocimiento social como profesión, por estar asociados de forma simbólica las cualidades intrínsecamente femeninas a los cuidados enfermeros (Arroyo-Rodríguez et al., 2011). Además del género, existen otros problemas particulares a los que se ha enfrentado nuestra profesión para establecerse como disciplina científica.

Traynor et al., en 2010 llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue explorar la toma de decisiones de los profesionales de la enfermería contemporánea. Los datos muestran que son los juicios clínicos los principales motivadores para la toma de decisión. Además, las enfermeras también hablan de su profesionalismo como limitado, sin embargo, a través de las

historias de las enfermeras donde contaron sobre sus propias actividades puede entenderse que las enfermeras trabajan con éxito alrededor de estas restricciones.

En lo que respecta a la atención primaria de la salud, se recoge en la literatura una falta de evidencia relacionada con los tipos de decisiones que toman las enfermeras y cuáles son las fuentes de información que utilizan en la toma de decisiones clínicas. En un estudio exploratorio se observa como las enfermeras de atención primaria adoptan diferentes tipos de decisiones a diario con respecto a la evaluación, diagnóstico, comunicación, intervención, derivación, prestación de servicios y organización y búsqueda de información. En caso de incertidumbre clínica, la mayoría de las enfermeras se basaron en su experiencia personal u obtuvieron consejos e información de otros colegas o profesionales (McCaughan et al., 2005). En nuestra investigación donde el marco se concreta en la puesta en marcha del protocolo en estudio, las decisiones de las enfermeras se concentran igualmente en los tipos descritos más arriba. Las enfermeras deben evaluar la situación de las mujeres, ante la sospecha de malos tratos, debe confirmar el diagnóstico, siendo para ello, necesario una comunicación efectiva y terapéutica que permita intervenir en caso necesario y/o derivar, prestando servicios y buscando información según los casos.

Así es como, la autonomía de las enfermeras en un primer momento puede ser entendida solamente como la puesta en marcha de un trabajo independiente y/o individual, pero según la literatura científica la autonomía de las enfermeras trasciende a eso, puesto que se relaciona con la posibilidad de elaborar juicios críticos basados en conocimientos cuyos cimientos están en la ciencia del cuidado y además de generar conocimientos que puedan ser aplicados en la práctica clínica. Las enfermeras en el desempeño de cada una de las actividades que realizan deben tener autonomía profesional, de manera que se empodere su rol en la toma de decisiones para elevar la calidad y costo efectividad de los cuidados que prestan. Por ello, para dar mayor rigor a las intervenciones de las enfermeras como expertas en su área de trabajo, se hace necesario que se ejecute la toma de decisiones que les

competir, siendo la autonomía un factor clave para el reconocimiento profesional (Luengo Martínez, 2016).

Así, la consulta de enfermería tiende a potenciar la autonomía profesional en la práctica. En cierto sentido, los conceptos de autonomía y responsabilidad están relacionados, entendiendo que la autonomía debe contemplar al menos los siguientes atributos: decidir por uno mismo, controlar sobre el entorno, estado de conciencia personal y profesional y gestión de las dependencias. Desde el punto de vista profesional, la consulta de enfermería ofrece autonomía a las enfermeras. En el contexto de la consulta, la enfermera se sitúa sola frente a la persona usuaria, tiene iniciativas, toma decisiones y las asume. Este tipo de intervenciones requiere un conocimiento perfecto de la organización y de uno mismo (Warchol, 2007).

De acuerdo con esta línea de pensamiento, es importante destacar también el papel de las enfermeras en el acompañamiento de las personas usuarias para la toma de decisiones en salud. Según Arratia (1999) en el proceso de toma de decisiones aparecen involucrados conocimientos y acción. Esto plantea para las enfermeras la necesidad de conducir procesos educativos que favorezcan un pensamiento crítico, que permitan desenvolver un papel activo y comprometido con la realidad. Por ello, la enfermera adopta un papel orientador, conductor y favorecedor del desarrollo de habilidades de la persona usuaria de los servicios, siempre respetando su libertad y experiencia. Este proceso, en cierta medida debe facilitar la toma de conciencia del proceso y por ello, asumir las propias responsabilidades y decisiones. Las enfermeras son, por tanto, mediadores entre el conocimiento y la acción. De esta forma, contribuyen a facilitar la toma de decisiones, beneficiando el paso entre el conocimiento que posee la persona usuaria y las decisiones que necesita tomar respecto a su salud, existiendo el respeto por la determinación adoptada. Es preciso emplear una comunicación efectiva y educativa. El respeto por la persona usuaria constituye el enlace que abre el camino para reforzar su dignidad personal en un ambiente de confianza y libertad, para que sean escuchadas y atendidas sus necesidades en salud. En nuestro estudio, las enfermeras acompañan a las mujeres usuarias por el camino hasta el reconocimiento de la situación de VG, a través de una

comunicación efectiva que permite en todo momento a las mujeres efectuar la toma de decisión informada y donde la premisa es el respeto por la decisión adoptada.

Existe un estudio que afirma como los pacientes que deben tomar decisiones de salud sensibles con frecuencia experimentan conflictos en las decisiones y requieren apoyo por parte de los profesionales. De esta manera, un aspecto clave para las enfermeras consiste en mejorar sus habilidades de entrenamiento para apoyar a los pacientes y sus familias en la toma de decisiones. Resulta esencial, el coaching de decisiones que lleva implícito evaluar los factores que dificultan la decisión de los pacientes, proporcionar apoyo para abordar las necesidades, realizar el seguimiento del progreso y detectar los factores que influyen en la ejecución. Existen tres tipos de escenarios donde las enfermeras pueden acompañar y asesorar las decisiones de las personas usuarias. Entre ellos:

1. Cuando las decisiones de salud son sensibles a los valores y se deben centrar en calcular los beneficios y los riesgos involucrados en la decisión.
2. Cuando las decisiones sobre el tratamiento de los síntomas se centran en el nivel adecuado de atención, incluido el autocuidado.
3. Cuando las decisiones sobre el manejo de enfermedades crónicas se centran en evaluar su condición, instaurar cambios de prioridades y llevar a cabo estrategias para mejorar la condición de vida física y emocional (Stacey et al., 2008).

Para nuestro estudio, las mujeres que presentan VG necesitan ser acompañadas y asesoradas en los tres tipos de escenarios nombrados más arriba. Es decir, necesitan tomar decisiones a sabiendas de los aspectos tan sensibles que se abordan y donde debe existir un análisis de los beneficios y los riesgos involucrados en la decisión tomada. Además, necesitan posicionarse con respecto al tratamiento sintomático y con respecto a los autocuidados que precisan. Y, finalmente, la VG en muchas ocasiones ha formado parte de la vida de las mujeres durante muchos años, por lo que necesitan tomar

decisiones que lleven parejos cambios en las prioridades de vida que incidan en un aumento de la salud física y emocional.

En España, encontramos una investigación que valora las preferencias, la satisfacción y el grado de participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones con las enfermeras de los centros de salud. Más del 50% declara preferir un rol de colaboración con la enfermera para tomar decisiones, y más del 95% declaran estar satisfechos o muy satisfechos en la consulta de enfermería con el proceso de toma de decisiones. No obstante, también se identifican áreas de mejora como es una comunicación para ayudar a decidir, consensuar o aconsejar. Algunas de estas habilidades de la comunicación pueden ser de carácter básico, como la cortesía en el trato, el respeto o la escucha activa; y otras son habilidades comunicativas más complejas, como ayudar a decidir, consensuar decisiones y realizar consejos que capaciten. Las enfermeras deben tener presente que un porcentaje elevado de las personas usuarias desean participar en las decisiones de salud que les compete, teniendo que desarrollar ellas habilidades comunicativas concretas para conseguirlo y que representan un escalón más al trato respetuoso y cortés (Ruiz Moral et al., 2011).

En un estudio más reciente, también centrado en las enfermeras de atención primaria, se evidencia como ellas desempeñan un papel importante en el entrenamiento de las personas usuarias en la toma de decisiones compartidas. Para ello se desarrolla una formación para ayudar a las enfermeras a entrenar a las personas usuarias en la toma de decisiones compartidas. Además, las enfermeras se vuelven más conscientes de sus actitudes y necesidades de formación y afirman tener discusiones más profundas con las personas usuarias. No obstante, el estudio demuestra que cambiar el rol de las enfermeras es muy complejo y requiere prestar atención a las actitudes y habilidades, así como a los factores contextuales. Para ello, es necesario disponer de más tiempo y capacitación para que tenga lugar este cambio de roles en las enfermeras (Lenzen et al., 2018).

Como hemos señalado con anterioridad, las reformas sanitarias donde confluyen políticas de salud y políticas de igualdad se han puesto en marcha

en muchos países europeos, pero se ha dedicado poca atención, a las experiencias de las enfermeras, a pesar de que ellas trabajan directamente junto con otros profesionales y dichas reformas no pueden llevarse a cabo sin su contribución. Por ello, en nuestra investigación, exploramos las estrategias de implantación de las nuevas políticas de salud en materia de atención a la VG, siendo un entorno idóneo la atención primaria de la salud. El papel que desempeñan las enfermeras bajo su autonomía profesional para aplicar el protocolo en estudio, así como para acompañar a las mujeres en el proceso de toma de decisiones una vez identificada la situación de violencia muestran su papel central en la coordinación de la atención y en el asesoramiento. Es clave para tener éxito en las reformas, tener en cuenta las realidades de los entornos sanitarios y el conocimiento que las enfermeras de atención primaria tienen sobre sus prácticas clínicas y las mujeres que atienden.





## **CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO**



## 1. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO.

Partimos de la premisa que los entornos sanitarios encierran posibilidades para la atención a las mujeres que presentan VG. Tal y como ha quedado evidenciado, la violencia afecta a la salud física, con diferencias según el contexto cultural (Antai, 2011; Plazaola Castaño & Ruiz-Pérez, 2004; Rivas-Diez et al., 2014) y a la salud mental de las mujeres que la padecen, incluso perdurando las afecciones en el tiempo (Domenech del Rio & Sirvent-García del Valle, 2017; Demir, 2017; Soleimani et al., 2017). Por ello, el papel de las enfermeras resulta fundamental en el abordaje de la VG a través de la prevención primaria, secundaria y terciaria (Alonso Lupiañez, 2017; Bradbury-Jones et al., 2016; Bradbury-Jones et al., 2017; Chisholm et al., 2017; Falb et al., 2014; Goicolea et al., 2017; Gupta et al., 2017; Hegarty et al., 2016; Hewitt, 2015; Paterno & Draughon, 2016; Sancho Raimundo et al., 2017; Visentin et al., 2015; Williams et al., 2016), suponiendo en ocasiones conflictos como consecuencia de la implantación de políticas públicas en los centros de atención primaria. El estudio de los conflictos que emergen desde un enfoque constructivo permite comprender que los procesos de cambio y de su éxito dependen de nuevas expectativas de comportamiento para la organización y el buen desempeño laboral en las distintas unidades (Collins, 2006). Así, la consulta de enfermería ofrece autonomía a las enfermeras para la toma de decisión, ya que se produce el encuentro con la persona usuaria, factores claves para el reconocimiento profesional (Luengo Martínez, 2016; Warchol, 2007). Asimismo, las enfermeras deben acompañar en la toma de decisión a la persona usuaria en los que respecta a los problemas de salud sensibles (Lenzen, 2018; Ruiz Moral et al., 2011; Stacey et al., 2008).

Por tanto, nos surgen una serie de preguntas de investigación a las que se pretende dar respuesta desde nuestro estudio. Entre ellas, ¿cuál es el papel que juegan las enfermeras en la implementación del PAASVG?, ¿cómo las enfermeras afrontan los cambios e innovaciones sanitarias en la asistencia contempladas en dicho protocolo? Y ¿cuáles son los recursos y estrategias que éstas utilizan en la resolución de conflictos que surgen en la aplicación del protocolo?

Para responder a las preguntas de investigación tendremos en cuenta tres áreas relativas a la implementación del PAASVG, los discursos, la cultura de género de las personas responsables y las identidades que adoptan las enfermeras que los implementan.

## **2. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

El propósito de este estudio se centra en explorar las prácticas que las enfermeras llevan a cabo en la aplicación del PAASVG, con el objeto de comprender cómo afrontan los cambios e innovaciones en la asistencia contempladas en dicho protocolo. Por ello, indagamos en los recursos y estrategias que éstas utilizan en la resolución de conflictos que surgen en la aplicación del protocolo.

Como objetivos específicos nos planteamos:

1. Estudiar los conflictos, dilemas y controversias que les genera a las enfermeras la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (PAASVG) en los centros de atención primaria.
2. Conocer las estrategias de implementación y las necesidades detectadas derivadas de la aplicación del protocolo.
3. Analizar la identidad de las enfermeras y enfermeros, así como los discursos y prácticas relacionadas con la sensibilización a la violencia de género en el contexto de cambios sanitarios y los obstáculos y dificultades observadas.

## **CAPÍTULO V. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**



## 1. DISEÑO METODOLÓGICO.

Estudio cualitativo con diseño fenomenológico realizado mediante entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión. La investigación cualitativa dirige su atención más allá de la observación, ya que apuesta por describir las percepciones, creencias y actitudes que favorecen los comportamientos y teniendo en cuenta el contexto y las interacciones en las que ocurren (Gil-García & Cansino-Romero, 2020). El diseño fenomenológico, por su parte, se interesa por los motivos que llevan a las personas a realizar determinadas acciones, los significados que le otorgan y el contexto en el que se produce. Por ello, la muestra es intencional en base a diferentes perfiles sociales. Además, desde esta perspectiva, hay que elaborar un guion detallado, grabar y transcribir literalmente, prestando atención al lenguaje no verbal (Gil-García & Cansino-Romero, 2020).

Las estrategias de obtención de datos fueron grupos de discusión y entrevistas semi-estructuradas. Los grupos de discusión son una de las principales estrategias de obtención de datos en investigación cualitativa (Lucasey, 2000) y nos permiten reconstituir el sentido y significado conjunto que un colectivo da a un fenómeno social (Martín Criado, 1997), además de existir una preferencia en las técnicas grupales por los investigadores cualitativos en salud debido al interés por cuestiones como la eficiencia, la calidad o la satisfacción del usuario (Amezcuza, 2003). Están indicados para recopilar ideas, percepciones, opiniones, creencias y actitudes sobre las experiencias de los participantes en un área de interés definida (Chang & Hsu, 2006).

Tal y como expresa Lucasey (2000), en la mayoría de los grupos de discusión los participantes deben tener un rasgo común o experiencia para que la discusión pueda construirse, de esta manera se recaba un mayor volumen y calidad de la información. De esta forma, su escucha no aportaría conocimiento si se fragmenta su información (Murillo & Mena, 2006). Según Flick (2007), los debates de grupo ayudan a vislumbrar cómo se crean las opiniones y sobre todo cómo se cambian o suprimen en el intercambio social. Y pueden emplearse, entre otras opciones, en el curso de un estudio o después de un programa que se ha completado, para evaluar el impacto o

generar nuevas vías de investigación (Chang & Hsu, 2006). El grupo de discusión trata de reproducir aquello que sucede en la sociedad, funcionando el grupo como un espejo de la realidad social, porque las personas exponen sus ideas y debaten entre ellas sobre una situación o problema concreto (Rubio & Varas, 2011).

Los grupos de discusión aportan ventajas metodológicas a la investigación (Kitzinger, 1994), a la investigación con perspectiva de género cobrando importancia en los últimos años (Cala Carrillo & Trigo Sánchez, 2004; Martínez Benlloch & Bonilla Campos, 2000), así como para los estudios en salud (Amezcuca, 2003).

Entre estas ventajas, existe un fomento de conversaciones abiertas acerca de temas que difícilmente pueden tratarse con naturalidad en entrevistas (Kitzinger, 1994; Montell en Cala Carrillo & Trigo Sánchez, 2004). La interacción de los participantes contribuye a identificar las normas del grupo y el funcionamiento a partir del cual se genera el conocimiento (Kitzinger, 1994). Por otro lado, esta técnica ha sido empleada para dar voz a grupos poco representados, de manera que puede ser un medio de empoderamiento y de promover cambios sociales (Wilkinson en Cala Carrillo & Trigo Sánchez, 2004). Así, los escenarios grupales invitan a la aparición de intervenciones como reacciones a las previas, de manera que se crea una conversación que guía y fija el espacio común en el que van articulándose las intervenciones individuales (Martínez Benlloch & Bonilla Campos, 2000). Y además, en los últimos años la sanidad pública ha pasado a considerarse empresa proveedora de servicios, por lo que las técnicas grupales son las técnicas por excelencia para el estudio de este ámbito (Amezcuca, 2003). Si bien, los grupos de discusión son un método rentable para recoger datos de calidad y validez (Chang & Hsu, 2006), por lo que nos posibilita comprender cómo las personas crean los significados que otorgan a sus experiencias y vivencias.

Se realizaron dos grupos de discusión compuestos por enfermeras y enfermeros que desempeñan su labor en atención primaria, lugar donde acuden con frecuencia mujeres que presentan VG, en Andalucía. Estos adoptan un formato de panel de enfermeras y enfermeros con formación



previa en VG. El grupo de las enfermeras estuvo compuesto por cinco profesionales y el grupo de los enfermeros por seis profesionales. La duración aproximada de cada grupo fue de una hora y media.

Además, también hemos empleado las entrevistas semi-estructuradas para buscar la complementariedad de técnicas, lo que nos ha permitido alcanzar un conocimiento de la realidad con un sentido bidireccional, ya que las limitaciones de las entrevistas grupales se salvaron con los datos recogidos mediante entrevistas individuales. Así hemos podido profundizar y contrastar la información obtenida, ya que su estilo aporta una gran riqueza informativa (Amezcuá, 2003; Martínez Benlloch & Bonilla Campos, 2000). Además, las entrevistas enriquecen la investigación con perspectiva de género (Botía-Morillas, 2013).

La entrevista cualitativa, es una de las técnicas de investigación cualitativa más empleadas en los estudios de género (Cala Carrillo & Trigo Sánchez, 2004; Pujadas, 2002). Las entrevistas estructuradas, reciben también el nombre de entrevistas semi-estructuradas, y es la tipología usada para nuestra investigación. De esta manera se creó un guion previo que orientó el curso de las entrevistas. Con ello, se pretendió conocer las estrategias y conflictos de las enfermeras y enfermeros en la aplicación del protocolo estudiado, analizando el significado que otorgan a esta experiencia, a través de sus propias palabras.

Algunas de las principales críticas que ha recibido este tipo de técnica de investigación cualitativa, parten de la posición asimétrica de la persona entrevistadora y de la persona entrevistada; situación que intenta solventarse al tratar de potenciarse el papel de la persona entrevistadora, no siendo una mera transmisora de cuestiones, sino aportando a la vez información (Cala Carrillo & Trigo Sánchez, 2004).

El uso de metodología cualitativa con técnicas cualitativas como la entrevista, es un hecho muy importante para hacer visibles las experiencias y las perspectivas de las mujeres y mostrar las relaciones de género en la especificidad que proporcionan los diferentes contextos (Baylina, 1997). Este apunte sobre hacer visibles las experiencias y perspectivas, resulta clave en nuestro trabajo de investigación.

Por ello, se realizaron veintiséis entrevistas semi-estructuradas a enfermeras y enfermeros sobre la aplicación y puesta en marcha del PAASVG en los centros de atención primaria. Estas personas actuaron como informantes clave. La duración aproximada de cada entrevista fue de una hora.

### **1.1 Participantes.**

La muestra estuvo constituida por treinta y siete participantes; enfermeras y enfermeros que desarrollan su labor en el ámbito de la atención primaria, pertenecientes a 18 centros de salud de Sevilla y provincia, de los cuales 5 estaban situados en la capital y 13 situados en la provincia. Para la selección de las personas participantes y el análisis de la identidad profesional en relación con la VG, se realizaron dos grupos de discusión donde la muestra la compusieron por un lado 5 enfermeras y por otro, 6 enfermeros de atención primaria. Para ello, se aplicó un muestreo no probabilístico intencional, con los siguientes criterios:

- Ser enfermera y/o enfermero en activo en centros de salud públicos.
- Tener experiencia profesional en el ámbito de la atención primaria de la salud, superior a 10 años de trayectoria.
- Conocer y aplicar el PAASVG en los centros de salud públicos.
- Haber recibido la formación básica en VG como enfermera y/o enfermero.
- Pertenecer a un centro localizado en Sevilla y provincia.

La tabla 2 recoge las principales características de las personas participantes en los grupos de discusión, empleándose pseudónimos. En el gráfico 1 se puede observar la proporción de profesionales según sexo que participaron en los grupos de discusión que cuentan con otra formación universitaria, incluidos estudios de primer, segundo y tercer ciclo.

Tabla 2. Perfil sociodemográfico de las personas participantes en grupos de discusión de Sevilla y provincia.

Pseudónimo	Edad (años)*	Sexo	Otros estudios†
Alicia	37	Mujer	No
Federico	56	Hombre	No
Fernando	61	Hombre	No
Francisco	60	Hombre	No
Javier	46	Hombre	No
Juan Luis	62	Hombre	No
Julio	57	Hombre	Máster en prevención RRLL
Mabel	56	Mujer	Diplomada en Magisterio
Magali	58	Mujer	Licenciada en Filología y Ciencias de la Educación
Pamela	42	Mujer	Licenciada en Económicas
Rosa	53	Mujer	No

\* En el momento de la recogida de datos. † Estudios universitarios, segundo y tercer ciclo.

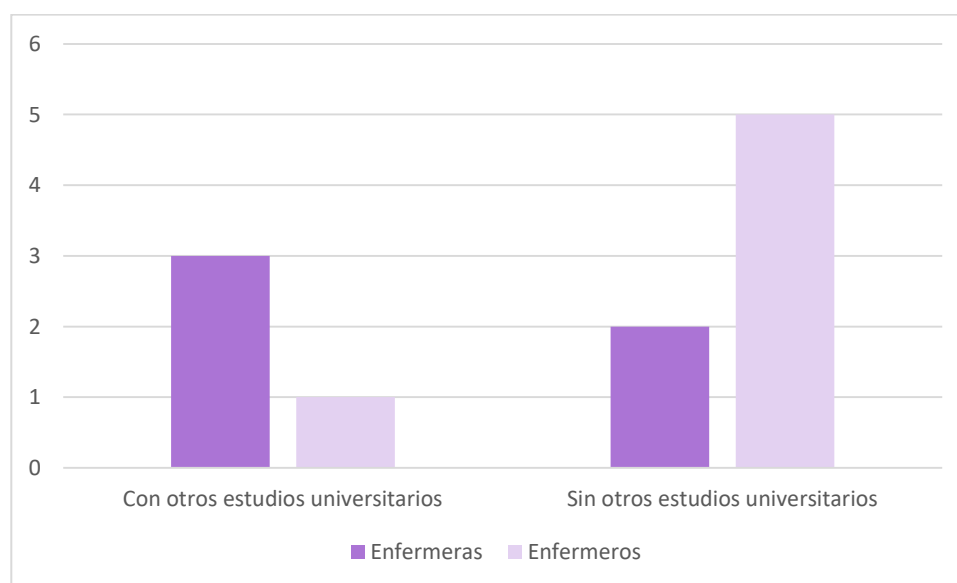


Gráfico 1. Proporción de las personas participantes en grupos de discusión según sexo con otros estudios. Elaboración propia.

Además, y de forma paralela para la selección de los participantes en las entrevistas se aplicó nuevamente un muestreo no probabilístico intencional, aplicando el muestreo teórico como medio para seleccionar a las personas participantes. Se utilizaron como criterios de inclusión:

- Ser enfermera y/o enfermero en activo en centros de salud públicos.
- Tener experiencia profesional en el ámbito de la atención primaria de la salud.
- Aplicar el PAASVG en los centros de salud públicos.
- Haber recibido la formación básica en VG como enfermera y/o enfermero.
- Pertener a un centro localizado en Sevilla y provincia.
- Trayectoria reconocida en VG en sus centros de salud.

La tabla 3 recoge las principales características de las personas participantes en las entrevistas, con el empleo de pseudónimos. En el gráfico 2 se puede observar la proporción de profesionales según sexo que participaron en las entrevistas que cuentan con otra formación universitaria, incluidos estudios de primer, segundo y tercer ciclo.

Tabla 3. Perfil sociodemográfico de las personas participantes en entrevistas de Sevilla y provincia.

Pseudónimo	Edad (años)*	Tiempo en Atención Primaria (años)	Sexo	Otros estudios†
Alberto	52	>10	Hombre	Diplomado en Podología
Ángel	52	>10	Hombre	Máster Salud Laboral
Begoña	48	>10	Mujer	No
Carmen	60	>10	Mujer	Especialidad Salud Mental
Catalina	55	<10	Mujer	No
Celia	61	>10	Mujer	No
Elena	41	>10	Mujer	Máster en prevención de RRLL
Isabel	36	<10	Mujer	No
José Luis	46	<10	Hombre	Máster en investigación CCSS
Juan	44	>10	Hombre	No
Juan José	45	>10	Hombre	No
Lidia	55	>10	Mujer	No
Lorenzo	59	<10	Hombre	Doctor en Enfermería
Luz	53	>10	Mujer	No
Magdalena	47	>10	Mujer	No
Manuel	54	>10	Hombre	Licenciado en Antropología
Manuela	43	>10	Mujer	Licenciada en Antropología
Marcos	48	<10	Hombre	Grado en Enfermería Máster Oficial
María	51	>10	Mujer	No

*Continúa en la siguiente página*

Maribel	56	<10	Mujer	No
Marina	42	>10	Mujer	Licenciada en Antropología Máster Oficial
Marta	56	>10	Mujer	No
Mónica	53	>10	Mujer	Licenciada en Psicología Doctora en Enfermería
Montserrat	47	>10	Mujer	Licenciada en Antropología
Patricia	47	>10	Mujer	No
Pedro	46	>10	Hombre	No

\* En el momento de la recogida de datos. † Estudios universitarios, segundo y tercer ciclo.

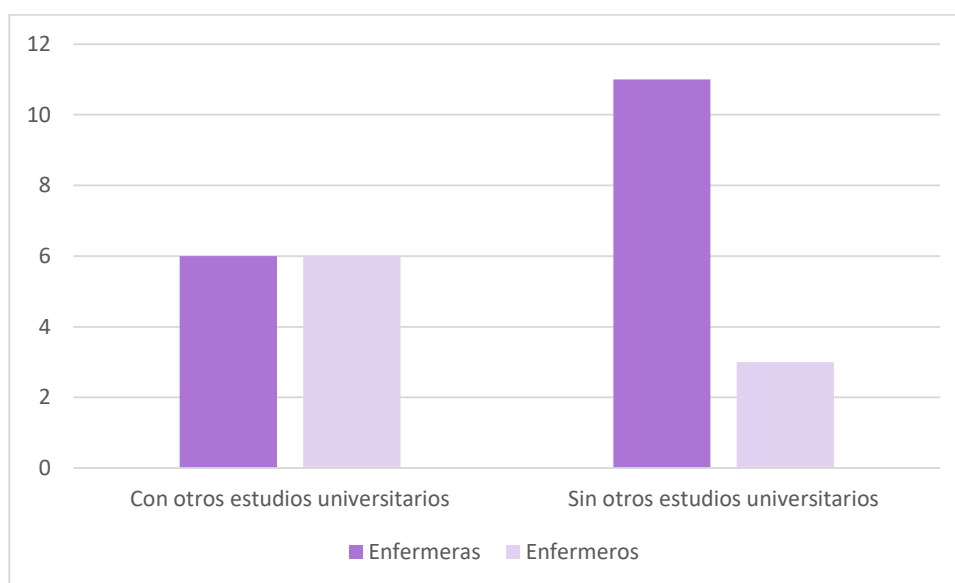


Gráfico 2. Proporción de las personas participantes en entrevistas según sexo con otros estudios. Elaboración propia.

## 1.2 Instrumento: guion de preguntas.

Para la realización de los grupos de discusión se elaboró una guía abierta y flexible de cuestiones que toman como base las medidas planteadas en el PAASVG. Este instrumento tuvo el propósito de recoger las percepciones, valoraciones e ideario de las enfermeras y enfermeros acerca de la VG como problema de salud, así como las estrategias y dificultades percibidas durante la aplicación del protocolo. Este instrumento se acompañó de una hoja de registro cumplimentada al inicio por los diferentes profesionales que recogía aspectos como la edad, los años de experiencia en atención primaria y la formación en género, entre otros, con el objetivo de establecer un perfil sociodemográfico (ver anexo 1). Una vez se elaboró un guion de preguntas

fue sometido a evaluación por diferentes personas expertas pertenecientes a las áreas de salud. Finalmente, el guion incluía cuatro cuestiones fundamentales, recogidas en la tabla 4:

Tabla 4. Guion de los grupos de discusión.

1	Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.
2	Centros de atención primaria.
3	Violencia de género desde la perspectiva de los profesionales.
4	Violencia de género desde la práctica clínica.

Para la realización de las entrevistas semi-estructuradas se empleó igualmente un guion elaborado de cuestiones, *ad hoc*. Este guion también incluía cuatro bloques fundamentales y tuvo el propósito de recoger las concepciones y valoraciones de los profesionales responsables de la aplicación y puesta en marcha del protocolo en sus centros. El instrumento, sometido a evaluación por diferentes personas expertas pertenecientes a las áreas de la salud (ver tabla 5), se acompañó de una hoja de registro cumplimentada al inicio por los diferentes profesionales que recogía aspectos como la edad, los años de experiencia en atención primaria y la formación en género, entre otros (ver anexo 1).

Tabla 5. Guion de las entrevistas.

1	Persona referente del protocolo.
2	Cuidados a las mujeres en los centros de atención primaria.
3	Implicación profesional e impacto personal.
4	Propuestas de mejora.

### 1.3 Procedimiento.

Para la realización de los grupos de discusión y de las entrevistas semi-estructuradas el Servicio Andaluz de Salud facilitó los datos. Se contactó con el Distrito Sanitario de Sevilla y con el Distrito Sanitario de Aljarafe-Sierra Norte donde se informó del estudio y de los objetivos de éste. Previamente el estudio se presentó a través del Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía (PEIBA) que emitió un informe favorable para la realización de la

investigación (ver anexo 2). Así es como la Dirección de Cuidados de ambos distritos facilitó un listado de enfermeras y enfermeros que habían recibido la formación básica en VG.

Se contactó con ellas y ellos por correo electrónico y vía telefónica para informarles de la realización del estudio, así como de los objetivos. Ninguna persona rehusó participar en el estudio y se consensuó a partir de ese momento la fecha para la realización de la entrevista. Las fechas fueron acordadas y negociadas con los diferentes profesionales para no interferir en otras actividades asociadas a sus funciones profesionales durante los meses de marzo a noviembre de 2017.

La entrevista constó de dos partes. Una primera parte consistió en la presentación de la investigación, así como de los objetivos previstos, ofreciendo en ese momento la posibilidad de rechazar la participación en el estudio. Asimismo, se realizó en ese momento la firma del consentimiento informado por parte de todos los participantes y se obtuvo el permiso correspondiente para grabar en audio. La segunda parte se centró más específicamente en la recogida de datos. En primer lugar, se entregó una ficha de registro de datos sociodemográficos con varios apartados a cumplimentar por las personas participantes en el estudio. A saber: 1) Datos personales de carácter sociodemográfico (sexo, edad, estado civil, número de hijos), 2) Datos profesionales (otros estudios de primer, segundo o tercer ciclo, centro de trabajo de procedencia, experiencia laboral en años como profesional de enfermería de Atención Primaria) y 3) Experiencia vinculada a la VG (formación, pertenencia a algún colectivo relacionado con el género y otras experiencias relacionadas). Esta ficha nos ha aportado información de utilidad para describir y caracterizar a las enfermeras y enfermeros que participaron en la investigación. A continuación, y, en segundo lugar, se entregó a las enfermeras y enfermeros un guion de cuestiones y se informó de la duración aproximada de la entrevista, del anonimato y confidencialidad en el tratamiento de la información, aspectos que quedaban detallados por escrito en el consentimiento informado. Las entrevistas tuvieron lugar en los diferentes centros de salud, en despachos acondicionados que siempre

ofrecieron un espacio cómodo en cuanto a temperatura, iluminación e intimidad.

Una vez realizadas las entrevistas se procedió a su transcripción siguiendo la premisa de transcribir con tanta exactitud cómo lo requiera la pregunta de investigación, así como imponiendo el anonimato en los datos (nombres, referencias a lugares y/o personas) (Flick, 2007). Así es como de la transcripción emergieron textos que construyen la realidad estudiada de una manera específica y accesible para el tratamiento empírico que condujo a la interpretación donde lo razonable es invertir mayor tiempo (Flick, 2007).

Para la realización de los grupos de discusión también lo estructuramos en dos partes. Una primera consistió en la presentación de los criterios que justificaban la participación en el grupo y los objetivos planteados. La segunda parte se centró en la propia realización del grupo de discusión para conocer la sensibilización ante la VG a partir de sus discursos y prácticas, centrándonos en los posicionamientos que adoptan las enfermeras y los enfermeros, sus prácticas profesionales resultantes de adoptar la perspectiva de género en sus cuidados, así como las dificultades y obstáculos encontrados en el proceso. En primer lugar, se volvió a hacer entrega de una ficha de registro de datos sociodemográficos con varios apartados a cumplimentar por las personas participantes en el grupo. A saber: 1) Datos personales de carácter sociodemográfico (sexo, edad, estado civil, número de hijos), 2) Datos profesionales (otros estudios de primer, segundo o tercer ciclo, centro de trabajo de procedencia, experiencia laboral en años como profesional de enfermería de Atención Primaria) y 3) Experiencia vinculada a la VG (formación, pertenencia a algún colectivo relacionado con el género y otras experiencias relacionadas). Esta ficha nos ha aportado información de utilidad para describir y caracterizar a las enfermeras y enfermeros participantes en los grupos de discusión. Ambos grupos de discusión se desarrollaron en un aula-seminario de unos de los centros de atención primaria, previa solicitud de los permisos correspondientes. El aula permitió una disposición circular de los y las participantes y se realizaron en horario de mañana, una vez finalizada la jornada laboral. En estos grupos intervenía una moderadora que coincide con la figura de la investigadora principal, así como una observadora participante.



Al inicio de la sesión se entregó a los enfermeros y a las enfermeras un guion de cuestiones y de nuevo se informó de la duración prevista del grupo de discusión. Se solicitó el consentimiento para grabar en audio, así como se informó del anonimato y confidencialidad para tratar la información.

Para la transcripción de los grupos de discusión se siguió al igual que en el caso de las entrevistas la misma premisa. Por un lado, transcribir con tanta exactitud cómo lo requiera la pregunta de investigación, así como imponer el anonimato en los datos (nombres, referencias a lugares y/o personas) (Flick, 2007).

## **2. ANÁLISIS DE LOS DATOS.**

Los grupos de discusión y las entrevistas se han interpretado de acuerdo con un enfoque de análisis de contenido, adoptando los principios del desarrollo por fases (Vaismoradi et al., 2016). En este sentido, el análisis de contenido nos permite la descripción y la interpretación, características propias de este tipo de enfoque descriptivo cualitativo. En nuestro estudio resulta básicamente adecuado por preferir un mayor nivel de descripción en lugar de interpretaciones abstractas (Vaismoradi & Snelgrove, 2019). Por su parte, el análisis de contenido nos ha posibilitado movimientos reiterados hacia adelante y hacia atrás y la comparación de los datos completos con grupos de códigos (Vaismoradi, et al., 2016), facilitando la identificación de diferentes voces y posicionamientos en el desarrollo de las estrategias y conflictos. Además, el análisis de contenido es el más empleado en los diseños fenomenológicos, donde se tiene en cuenta el nivel sintáctico, semántico y pragmático (Gil-García & Cansino-Romero, 2020). Por ello, en primer lugar, se aborda el nivel sintáctico, explorando el lenguaje, la frecuencia o ausencia de determinadas palabras y/o categorías. En segundo lugar, el nivel semántico, examina los significados que se le otorgan a las categorías de análisis y, en último lugar, el nivel pragmático, que relaciona los significados con las circunstancias en las que tienen lugar (Gil-García, 2020).

## 2.1 Unidades de análisis.

El enfoque de análisis de contenido aporta estrategias metodológicas para el estudio de los discursos, aportando claves para el tratamiento y la identificación de las unidades de análisis. Durante la interpretación de datos, se realizó una selección de la unidad de análisis, que consistió en una observación subjetiva del fenómeno y sus realidades, buscando la diversidad de realidades detrás de los datos, creando categorías y encontrando temas mediante análisis de ideas para presentar una línea de datos de historia general (Cho & Lee, 2014; Erlingsson & Brysiewicz, 2013). Aquí, el conocimiento y las experiencias previas de las investigadoras, así como la investigación previa sobre el fenómeno del estudio, ayudaron a construir una nueva comprensión de los fenómenos (Erlingsson & Brysiewicz, 2013). Este trabajo se apoyó en dos unidades de análisis: la secuencia o interacción de la persona participante en el estudio y las declaraciones vertidas. La interacción sirve para caracterizar e identificar las estrategias y conflictos y viene determinado por la estructura y el contenido, existiendo un inicio o hecho que desencadena la explicación de las estrategias o conflictos, un tramo medio y un desenlace que viene determinado con el acercamiento y entendimiento. El punto de inflexión viene determinado cuando el tema queda agotado de manera natural o cuando aparecen cuestiones que cambian y varían el ritmo del discurso. Las declaraciones vienen definidas por el interés que le suscita a la persona participante el objeto de estudio y sirve para identificar voces sociales en el discurso de las enfermeras y enfermeros con un perfil más innovador en materia de sensibilización a la VG. En este sentido, el examen analítico de los textos relacionadas con fenómenos sociales fruto de la división de las transcripciones en pequeñas unidades y el análisis de datos, se traslada a formato de texto como transcripción, y se lee varias veces para explorar el significado principal detrás de los datos, para lograr el sentido de conjunto, y para buscar ideas relacionadas para comprender la existencia de preocupaciones ocultas en los datos. Así, el proceso de acercamiento a los datos nos llevó al tema a través del proceso de comparación constante. Además, en este marco cobra especial interés el análisis del contexto, puesto que se pueden incorporar experiencias y conocimientos personales, así como

la subjetividad personal a favor de los datos interpretativos. Se trata de analizar e innovar en el desarrollo del tema (Vaismoradi & Snelgrove, 2019).

## **2.2 Formación de categorías.**

Para la elaboración de las categorías aplicamos el método propuesto por Taylor & Bogdan (2010) que divide este proceso en tres momentos diferentes. En un primer momento se trató de una fase de descubrimiento examinando los datos desde diferentes ángulos para ello se leyeron repetidamente los datos siguiendo la pista de temas, intuiciones e interpretaciones. En un segundo momento, nos encontramos ya con la fase de desarrollo de las categorías de codificación donde se separaron los datos pertenecientes a diversas categorías. Y en el momento final se llevó a cabo la fase donde se interpretaron los datos en el contexto en el que fueron recogidos. Todo ello para comprender las acciones que realizan las enfermeras y los conflictos identificados en la aplicación del PAASVG.

Así es como en el desarrollo de las categorías la investigadora principal adoptó el método de comparación constante con objeto de identificar aquellos conceptos verdaderamente significativos y que nos aseguraran una categorización rigurosa. Para ello, era necesario comprobar los enunciados previos a la asignación a una categoría con los enunciados anteriormente incluidos en dicha categoría.

También empleamos de manera complementaria la comprobación cruzada con diversas categorías. Eso es, los tipos de conflictos con las estrategias de implementación y las prácticas para el tratamiento de la VG, y, por otro lado, los tipos de identidad con las necesidades detectadas y los obstáculos y dificultades para el abordaje de la mujer que presenta VG. Se tuvieron en cuenta además todas aquellas condiciones que se asociaban a sus acciones con el fin de comprender las estrategias y los recursos que las enfermeras aplican en relación con los cambios e innovaciones sanitarias en materia de VG bajo el marco del PAASVG. En esta investigación, nuestra intención no solo fue identificar el contenido directo de lo literal, sino el contenido de lo indirecto para descubrir lo que subyace y en qué condiciones (Tójar, 2006).

En el proceso de codificación, hemos tenido presentes dos premisas del análisis cualitativo. La primera, la flexibilidad, que hace referencia a la necesidad de estar abiertos y hacer las consideraciones necesarias. La segunda, el diseño emergente ya que durante el proceso se han tomado decisiones que abrieron nuevos intereses (Gil-García, 2020). Como resultado de todo este proceso las categorías de análisis que han emergido son (ver anexo 3):

Tipos de conflictos.

Conflicto derivado del fenómeno de la violencia de género. Expresan las discrepancias, fricciones y dificultades que se presentan en la aplicación del PAASVG, derivadas del propio fenómeno de la VG y de su complejidad a la hora de abordarlo en el tratamiento de la información con la familia de las mujeres, así como de la confrontación con los hombres perpetradores de esa violencia en el ámbito de las relaciones de pareja.

Conflicto derivado del sistema sanitario. Expresan los diferentes puntos de vista que tienen las enfermeras y enfermeros de la puesta en marcha del PAASVG y que generan controversias y discrepancias imbricadas en el propio sistema sanitario. A saber, quedan incluidas prácticas cotidianas que recogen la falta de registro, las discrepancias con los compañeros que presentan los profesionales más sensibles a la VG, así como la falta de recursos para el abordaje, entre los que se incluye falta de intimidad en la atención y la limitación de tiempo que requiere el abordaje de este fenómeno desde los centros sanitarios.

Conflicto derivado de las mujeres. Expresan los diferentes puntos de vista que tienen las enfermeras y enfermeros sobre la posición que adoptan las mujeres y resultante de la aplicación del PAASVG. Recogen aspectos que hablan de la huida de las mujeres una vez iniciado el proceso, de la posición defensiva que adoptan, así como de la existencia de una baja adherencia al proceso junto con una posición de resignación. Estos conflictos expresan formas de resistencia de los profesionales a los cambios en materia de VG.

Materia del conflicto.

Normativa. Alude a las formas de difusión, implantación y aplicación del PAASVG en los centros asistenciales sanitarios.

Formativa. Hace referencia a la necesidad de formación para los enfermeros y enfermeras en VG y en la aplicación del PAASVG.

Clima. Se refiere al estado de opinión de las enfermeras y enfermeros sobre el fenómeno de la VG y la aplicación del PAASVG en cuanto a la actuación y seguimiento de los casos identificados.

Emocional. Hace referencia al impacto emocional que supone para las enfermeras y enfermeros cuidar a mujeres que presentan esta condición bajo el marco del PAASVG.

Estrategias de implementación y derivación.

Apoyo emocional. Consiste en acciones para proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en los momentos de tensión que experimentan las mujeres.

Emplear habilidades de la comunicación. Se trata de todas aquellas acciones discursivas que son empleadas de manera reflexiva para el abordaje de las mujeres. Se trata además de emplear acciones para facilitar un espacio de reflexión sobre la "normalidad" de su situación personal de vida y para evitar el empleo de la palabra "maltrato" en la consulta de enfermería por ser tabú para las mujeres.

Estar disponible-estar alerta. Consiste en mostrarse accesible a las mujeres a través de la presencia física en la consulta de enfermería y/o con la disponibilidad telefónica. Además, se trata de mostrarse alerta al padecimiento de sintomatología difusa y/o comportamientos subyacentes al motivo de consulta.

Derivar. Se trata de acciones para que el fenómeno de la VG no se aborde con un único agente implicado a nivel profesional. Estas

acciones constan además de diferentes vías según la derivación que se realice.

Trabajadores sociales. Acciones para poner en conocimiento de esta figura del sistema sanitario la situación de las mujeres identificada en la consulta de enfermería.

Medicina de familia. Se trata igualmente de las acciones para poner en conocimiento de esta figura del sistema sanitario la situación de las mujeres identificada en la consulta de enfermería.

Trabajo en grupos. Se trata de las acciones que se realizan encaminadas para que las mujeres participen de grupos colaborativos organizados en el marco de la atención primaria de salud.

Recursos comunitarios. Se trata igualmente de las acciones que se realizan para que las mujeres empleen los recursos disponibles en la comunidad que dan cobertura a la VG.

Estrategias de información y empoderamiento.

Informar. Se trata de ofrecer información a las mujeres que facilite la reflexión sobre su situación personal de vida. Además, consiste en dar asesoría sobre los procedimientos/pautas a seguir y los recursos sanitarios y comunitarios disponibles a su alcance.

Empoderar. Consiste en acciones encaminadas a reforzar la autoestima de las mujeres.

Seguimiento a las mujeres.

Hacer seguimiento. Son acciones que llevan a cabo para tener una continuidad en la atención a las mujeres. Se llegan a realizar estas acciones tanto en las situaciones de sospecha de malos tratos como en los casos confirmados. Estas acciones para el seguimiento constan de diferentes vías para su puesta en práctica.

Seguimiento en consulta. Consiste en citar nuevamente en consulta a las mujeres llegando incluso en ocasiones a emplear pretextos y/o excusas con objeto de poder ofrecer un espacio para confirmar los casos sospechosos y en caso de confirmación para facilitar el desahogo emocional.

Seguimiento telefónico. Se trata de facilitar número de teléfono a las mujeres con idea de mostrar accesibilidad y tener contacto rápido con ellas.

Visita domiciliaria. Consiste en acciones que se llevan a cabo para acudir al domicilio de las mujeres con idea de observar, detectar o incluso confirmar los casos.

Los registros y la captación.

Consultar-registrar en historia clínica. Consiste en las acciones realizadas para buscar información en la historia clínica digital registrada por otros profesionales sanitarios que dieron cobertura a las mujeres en consultas anteriores. Igualmente se trata de registrar en la historia clínica digital de las pacientes los indicadores de sospecha de malos tratos o los malos tratos confirmados según el caso.

Utilizar habilidades para la captación. Se trata de todas aquellas acciones discursivas que son empleadas de manera reflexiva para que las mujeres que han presentado una huida vuelvan e inicien el proceso. Igualmente son acciones discursivas para propiciar situaciones a solas en el entorno de los centros de atención sanitaria.

Identificar apoyos. Hace referencia a aquellas acciones encaminadas para localizar a las personas que pueden contribuir dando soporte a las mujeres.

Favorecer la intimidad. Hace referencia a aquellas acciones que favorecen el desahogo emocional de las mujeres, asegurando la confidencialidad de los datos. Consiste además en acciones realizadas

para realizar la valoración y exploración en consulta atendiendo a esta premisa.

Tipos de necesidades.

Cambio cultural. Enunciados que reflejan la importancia del cambio cultural que se requiere para integrar la VG como un problema de salud.

Formación e información. Se trata de aquellas demandas de las enfermeras y enfermeros para la formación continuada que mejore el abordaje de las mujeres bajo el PAASVG.

Consulta y/o persona de referencia. Enunciados que recogen la importancia de la creación en los centros de atención sanitaria de un espacio físico donde abordar los casos que se presenten, con el apoyo de personal de referencia formado en VG y bajo el PAASVG.

Reforzamiento de las medidas económicas y legales. Se trata de la demanda para catalogar la VG como una línea prioritaria de actuación y dotar de los medios necesarios para el abordaje.

Trabajo multidisciplinar. Hace referencia a las necesidades que expresan para que el correcto abordaje de la VG vaya respaldado de un trabajo donde intervienen profesionales de diversa índole.

Mejora en las infraestructuras. Hace referencia a las necesidades de mejora arquitectónica de los centros de atención primaria que favorezcan el cuidado de las mujeres bajo el PAASVG.

Consejos de salud. Enunciados que recogen la importancia de la creación en las comunidades de espacios compartidos para el abordaje de la VG.

La enfermera escolar. Se trata de la demanda de la figura de la enfermera escolar para intervenir en la promoción de la salud desde edades tempranas con el objetivo de disminuir la incidencia de la VG



en la población adolescente y a largo plazo cuando mantengan relaciones de pareja en la vida adulta.

Tipos de identidades.

Sensibilidad ante la violencia de género reconocida. Enfermeras y enfermeros que han aceptado e incluido positivamente el cambio que supone el abordaje de las mujeres bajo el PAASVG. Se trata de un perfil que se muestra con una posición reflexiva y abierta y que responde adecuadamente a los procesos de cambio en el abordaje de la VG.

Sensibilidad a la violencia de género cuestionada. Enfermeras y enfermeros que han aceptado el cambio, pero a la hora de incluirlo en su práctica diaria se enfrentan a obstáculos derivados de la falta de recursos y/o de los propios compañeros/as. Se trata de un perfil que se muestra con una posición flexible que le hace responder de manera positiva a los procesos de cambio en el abordaje de la VG.

Sensibilidad la violencia de género en construcción. Enfermeras y enfermeros sensibles a la VG que asumen que el PAASVG puede ser una oportunidad para aprender y desarrollarse, pero presentan dificultades en la propia concepción de la VG.

Prácticas en violencia de género.

Prácticas educativas. Hace referencia a un conjunto de intervenciones que se implementan por parte de las enfermeras y enfermeros para potenciar el modelo de relaciones igualitarias entre la población adolescente a través de la formación con programas de promoción de la salud que son desarrollados desde los centros asistenciales sanitarios para ser impartidos en los centros educativos de la comunidad.

Prácticas para la detección. Son el conjunto de intervenciones enfermeras que contribuyen al diagnóstico entre la población adolescente de situaciones que muestren relaciones no igualitarias y comportamientos sugestivos de VG. Este grupo de intervenciones se

desarrollan tanto en los centros educativos de la comunidad, como en los centros asistenciales sanitarios.

Prácticas para la intervención. Consiste en el conjunto de intervenciones enfermeras para contribuir a la interrupción de relaciones abusivas entre la población adolescente. Este grupo de intervenciones requieren la coordinación de los centros educativos y los centros asistenciales sanitarios. Se interviene además en actitudes que denotan violencia sexual a las adolescentes.

Obstáculos y dificultades.

Cultura patriarcal-socialización. Se refiere a las dificultades que se encuentran para la implementación de la perspectiva de género en el abordaje de las mujeres bajo el PAASVG, ya que ello supondría una revisión y transformación de la cultura patriarcal a través de la socialización.

Consideración de problema de salud. Hace referencia a las resistencias que se encuentran las enfermeras y enfermeros innovadores en materia de VG en sus centros de atención sanitaria para considerar a la VG como un problema de salud que afecta a un buen número de mujeres.

Resistencia al cambio. Hace referencia a las oposiciones que se encuentran las enfermeras y enfermeros innovadores en materia de VG en sus centros de atención sanitaria por parte del conjunto de profesionales que conforman dicha comunidad. El rechazo u oposición por parte de las administraciones y otros organismos son barreras con las que se encuentran estos profesionales.

Para aplicar criterios de estabilidad y veracidad del estudio se contemplaron las dimensiones de credibilidad, dada la transparencia del proceso. Por ello, y a fin de cubrir con este criterio y fruto de la recolección de la información, las personas participantes fueron reconocidas en las transcripciones, sintiendo una verdadera aproximación a lo que ellas piensan y sienten del fenómeno de estudio. Este criterio se relaciona con la validez interna del enfoque positivista, que entiende que las observaciones y las

mediciones realizadas son representativas de una realidad auténtica. Otro de los criterios empleados es la transferencia porque puede aplicarse a contextos similares, es decir, existe la posibilidad de extender el estudio a otras poblaciones, para ello hemos contribuido aportando una descripción detallada de los lugares, así como de las características de los sujetos donde el fenómeno ha sido estudiado. Este criterio, por tanto, se relaciona desde el enfoque positivista con la validez externa, donde se permite aplicar los hallazgos obtenidos en una investigación, a otra situación similar a la estudiada. Y, el criterio de confirmabilidad dada la triangulación entre las investigadoras, ya que busca la concordancia interpretativa y nos ha permitido percibir, explicar y darle sentido a la interpretación de la investigadora principal y a la de sus colaboradoras de una manera irrefutable en relación con la situación que ha sido objeto de investigación (Hidalgo, 2006).

Además, se alcanzó la saturación teórica con la entrevista número veinticuatro, en el mes de noviembre de 2017, cuando las personas participantes coincidieron en sus apreciaciones y observaciones, por lo que ya no se aportaban nuevos hallazgos a la investigación. No obstante, se realizaron dos entrevistas más para aportar mayor consistencia a los resultados.

### **2.3 Tratamiento de los datos**

Para el tratamiento de la información se ha realizado un análisis de contenido de los discursos aplicando el software informático NVivo versión 12®. Los programas informáticos, cumplen tres funciones básicas en la investigación cualitativa, ya que favorecen la economía cognitiva, invirtiendo menos esfuerzo y tiempo, permiten una mayor riqueza perceptiva y ayudan a descifrar el camino por el que transcurre la investigación cualitativa (Gil-García, 2015).

Para el proceso de categorización y codificación de la información hemos utilizado la herramienta para crear los primeros nodos y categorías de análisis. Esto mismo, nos ha permitido además codificar desde un árbol de categorías preestablecido, así como crear una nueva categoría que emerge en el momento de la lectura de un texto transcrito (Gil-García, 2015). Además,

el software nos ofrece la posibilidad de realizar anotaciones para incorporar apuntes o reseñas sobre el significado de los datos codificados, siendo estas anotaciones muy útiles para revisar los criterios de interpretación y codificación en una categoría. De esta manera se obtuvo una mayor consistencia interna en la codificación.

La herramienta también nos ha facilitado la organización y acceso fácil al conocimiento conceptual o teórico que se ha construido durante la investigación, y a los datos que son quienes permiten construir este conocimiento.

Además, utilizamos el software para hacer encuestas a los datos, de manera que nos ha permitido hacer preguntas simples y complejas y recuperar toda la información relevante de la base de datos NVivo. Así, hemos procedido a realizar consultas de matriz de codificación que nos han permitido encontrar diversos patrones reiterativos. La combinación de elementos (en general de los nodos y los atributos) nos permite mostrar los resultados en tablas y/o gráficas para responder preguntas y encontrar patrones según su codificación.

Por último, cabe señalar tal y como sostiene Gil-García, (2015) que para caminar por la investigación cualitativa es necesario tener presente el sentido y el lugar de destino. Ambos, no pueden ser proporcionados por ninguna herramienta informática, sino que son fruto del pensamiento, la reflexión y la puesta en común compartiendo dudas y aproximaciones entre investigadoras e investigadores.

## **CAPÍTULO VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**



## **1. CONFLICTOS DE LAS ENFERMERAS EN LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ANDALUZ DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**

En este estudio, hemos identificado un total de doce conflictos en el desarrollo de las entrevistas y los grupos de discusión los cuales están vinculados a la aplicación del PAASVG. A su vez estos doce conflictos se han organizado en base a su raíz de nacimiento, ya que se trata de conflictos derivados del propio fenómeno de la VG y su complejidad, conflictos derivados de la aplicación del protocolo en el sistema sanitario y conflictos derivados de las propias mujeres. La extensión de estos conflictos en el marco de las entrevistas y grupos de discusión ha supuesto un total de 214 enunciados, de los cuales el 39,3% (84 enunciados) han girado en torno a la complejidad del fenómeno de la VG, el 31,8% (68 enunciados) hacen referencia principalmente a los conflictos cuya raíz se encuentra en el sistema sanitario, y el 28,9% (62 enunciados) refleja conflictos derivados de las mujeres.

A continuación, vamos a exponer los conflictos que hemos detectado en base a su raíz de nacimiento por lo que se clasificaran como conflictos derivados del propio fenómeno de la VG y su complejidad, conflictos derivados de la aplicación en el sistema sanitario y conflictos derivados de las propias mujeres (ver anexo 4).

### **1.1. Naturaleza de los conflictos.**

Con respecto a los conflictos derivados del fenómeno de la VG se han identificado en primer lugar los relacionados con la complejidad derivada del abordaje de la VG desde los centros sanitarios; en segundo lugar, los conflictos derivados de los sistemas de salud y, finalmente aquellos que nacen de las mujeres.

#### **1.1.1 Conflicto derivado del fenómeno de la violencia de género.**

Estos tienen su naturaleza en el fenómeno de la VG y en su complejidad y son producto de la reflexión de los enfermeros y enfermeras para atender dentro de los sistemas de salud a las mujeres bajo el PAASVG. En nuestro análisis encontramos que este tipo de conflicto a su vez tiene diferentes

vertientes según: 1) Si los profesionales expresan la complejidad del fenómeno de la VG y las dificultades para su abordaje; 2) Si los profesionales apuntan a la confrontación con los hombres que experimentan en el contexto de la atención que ofrecen a las mujeres; y 3) Si los profesionales señalan la comunicación con la familia como una barrera para poder dar una correcta atención a las mujeres. Enfermeras y enfermeros desarrollan en sus discursos conflictos derivados del fenómeno de la VG.

### 1) Conflictos del abordaje de la violencia de género.

Los conflictos del abordaje de la VG expresan las fricciones y discrepancias entre la ideología sensible a la VG basada en la igualdad y que la contempla como un problema de salud, con otras ideologías presentes en los centros de atención sanitaria procedentes del patriarcado y que condicionan que no sea viable la aplicación del protocolo en los centros de atención sanitaria. La mayor parte de estos conflictos en los centros de atención sanitaria son producto de las resistencias empleadas para contrarrestar los cambios que supone la atención a la VG. A continuación, en la tabla 6, se muestran varios verbatimines de este tipo de conflicto y los discursos empleados.

Tabla 6. Conflictos del abordaje de la violencia de género.

Marina (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<i>Que diría yo que es la violencia de género, yo lo tengo muy claro, pero en mi ámbito de trabajo el poder desarrollar o el poder identificar como profesional aquellas situaciones de violencia de género que no son físicas y que no son verbalizadas me resulta algo imposible. Entonces, ¿barreras? A nivel institucional ya te digo, lo físico parece que va muy bien; el otro tipo de violencia es invisible prácticamente a nivel de salud.</i>
Elena (M, 41 años, >10 años en atención primaria)	<i>La cantidad de objetivos que tenemos que cumplir... Esto no es un objetivo, entonces, si no es un objetivo, no se va a preocupar nadie. No se prioriza... Entonces, si no es un acuerdo de gestión, que te viene "detección de maltratadas, tal número" y "seguimiento posterior" y "recaída" y... Si eso no es un objetivo para mí, a lo mejor, a nivel personal, me preocupó, pero, cuando llega la hora de cumplir objetivos, como eso no lo es. Entonces, creo que esa, por desgracia, es la manera en la que funcionamos.</i>
Manuel (H, 54 años, >10 años en atención primaria)	<i>Una responsabilidad de que puedes estar viendo de que hay algo detrás y que te puedes plantear el hecho de que si sigues indagando vas a tener que actuar de una forma que te cuesta tiempo, te cuesta incomodidad, te cuesta enfrentarte a algún familiar que está fuera... En fin... Son problemas, problemas, problemas.</i>



Estos discursos revelan las resistencias, que se encuentran en ocasiones los enfermeros y enfermeras en los centros de atención sanitaria para aplicar el PAASVG. En los ejemplos de los verbatines, se observan las posiciones que reconocen la problemática de la VG en la atención sanitaria. La mayoría de los profesionales eluden abordar situaciones de violencia que se muestran invisibilizadas cuando no existe maltrato físico, hasta posiciones más tajantes sabiendo que la detección, el abordaje y el seguimiento de la VG desde los centros de atención sanitaria no constituye una línea prioritaria de actuación representada en el discurso de Elena que manifiesta que la actuación contra la VG no está contemplada en los objetivos profesionales.

Estos resultados van en la línea de los resultados obtenidos en otros estudios de investigación que relatan la existencia de dificultades para implementar el enfoque de atención primaria de salud a la VG, así como un trabajo comunitario basado en el voluntarismo de sus profesionales (Goicolea et al., 2017). Encontramos en el contexto internacional, en Brasil, una investigación cualitativa que señala igualmente como los principales conflictos de las enfermeras son reconocer y hacer frente a la gravedad y complejidad involucrada a la VG (Visentin et al., 2015). Se detalla la importancia del desarrollo y aplicación de un protocolo de detección sistemática que incluya plan de respuesta y acción inmediata para dar cobertura a la VG (Paterno & Draughon, 2016). Estas investigaciones plantean que los profesionales experimentan sentimientos de impotencia en su ejercicio profesional dada la dificultad que supone la VG (Visentin et al., 2015).

## 2) Conflictos de la confrontación con los hombres.

Los conflictos que tienen su naturaleza en la confrontación con los hombres perpetradores de violencia son el producto de los diferentes puntos de vista que tienen los enfermeros y enfermeras en los centros de atención primaria una vez se aplica el PAASVG. En nuestro análisis encontramos este tipo de conflicto con recurrencia y versan principalmente en situaciones de urgencias, donde se pretende dar cobertura a las mujeres de manera inminente. Además, se dan situaciones en la consulta de enfermería que dan representación a este tipo de conflicto. De este modo, se debate sobre el

abordaje de la VG en los centros de atención sanitaria y sobre la aplicación práctica del protocolo. En la tabla 7 se presentan diferentes verbatim que aparecen durante el transcurso de las entrevistas y dan cobertura a este tipo de conflicto.

Tabla 7. Conflictos de la confrontación con los hombres.

José Luis (H, 46 años, <10 años en atención primaria)	<i>Yo tengo mis dudas de la atención temprana, si realmente aquí viene una mujer maltratada que tiene miedo, yo no sé si el sistema respondería bien a eso. Eso todavía no lo he comprobado. En caso de que ella sienta peligro por su vida. Además de la problemática que supondría atender también al hombre, ...ya que muchas veces se presentan juntos.</i>
Marcos (H, 48 años, <10 años en atención primaria)	<i>Conflictos, por ejemplo, he tenido directamente, puede ser enfrentamientos directos con el varón. Cuando le digo: no, déjala hablar. Me dice: pues no. O sea, que él no asume, no que su mujer le lleve, sino otro hombre u otra mujer –mis compañeras más todavía- le paren los pies. Le hablo como me da la gana. Mi estrategia es, pues: en mi consulta, no se habla a nadie como a uno le da la gana, en esos términos... Aquí estamos por cuestiones de salud.</i>
Alicia (M, 37 años, >10 años en atención primaria)	<i>A lo mejor ves casos o incluso han llegado con el marido, y tú ves actuaciones del marido a ella, ... no le agrade delante de ti porque se corta, pero tú ves que en casa tiene que haber un rirrafe, ... entonces yo sí que he tenido momentos en los que tú llegas a actuar ahí y le dices "mire, no puede tratarla así, no la trate así ... ósea es una persona, no la trate así".</i>

Este tipo de conflicto nace de la atención a las mujeres que sufren malos tratos. En las situaciones de urgencias se llega a cuestionar el verdadero funcionamiento del PAASVG en su situación más extrema, cuando existe un riesgo vital para la vida de la mujer, así como la atención que podría recibir el hombre perpetrador de la violencia, tal y como queda recogido en el discurso de José Luis. Se observa además en el discurso de Marcos y Alicia, situaciones que nacen en la consulta de enfermería, donde no se llega a identificar situaciones de violencia física manifiesta, pero sí aparecen escenarios donde existe violencia psicológica y cómo es la confrontación que realizan.

Los resultados encontrados concuerdan con investigaciones previas que resaltan la sensación de que los procedimientos actuales para atender a la VG parecen ineficaces (Williams et al., 2016). En un estudio previo con enfermeras canadienses en unidades de hospitalización postparto, se identifica la barrera del temor a las represalias de las parejas de las mujeres como un obstáculo

para la detección (Guillery et al., 2012). Otra investigación aborda las barreras que experimentan las enfermeras cuando la pareja asiste a la visita en consulta con la mujer (Williams et al., 2016). Igualmente encontramos en la literatura una barrera percibida por la mujer para revelar la situación de violencia que vive debido a la presencia del hombre en la consulta (Vranda et al., 2018). Encontramos en Turquía una investigación reciente que identifica como algunas de las razones que influyen para no dar una atención apropiada a la mujer guardan relación con la preocupación expresada por los profesionales de su seguridad, encontrándose un aumento de casos de agresión en los últimos años (Taskiran et al., 2019).

### 3) Conflictos de la comunicación con la familia.

Los conflictos derivados de la comunicación con la familia son producto del abordaje integral que se realiza contemplando a la familia como un apoyo para favorecer la salida de la violencia. Sin embargo, los conflictos se generan porque la familia en ocasiones conoce la situación y esconde u oculta la violencia que presentan las mujeres. Además, se recogen situaciones donde la mujer es la que oculta su situación a la familia, por los sentimientos de vergüenza que lleva aparejado los malos tratos. En nuestro análisis este conflicto genera impacto emocional para las enfermeras y enfermeros. A continuación, en la tabla 8, se presentan verbatimines que reflejan conflictos de esta naturaleza.

Tabla 8. Conflictos de la comunicación con la familia.

Manuela (M, 43 años >10 años en atención primaria)	<i>Entonces, lo que más me chocó es que su hija, que evidentemente la quería porque la acompañaba, la mimaba, la protegía, ... cómo nadie hizo nada nunca por protegerla a ella, por protegerla a ella. Hace poco la vi, y pregunté y claro, como ya el marido había salido del alcoholismo que era la excusa perfecta para el maltrato aceptado, como que él era bueno, y solamente bajo los efectos del alcohol le pegaba. Esa era la excusa de ella y era la excusa de su hija.</i>
Patricia (M, 47 años >10 años en atención primaria)	<i>Era una señora mayor, psicológicamente ella estaba hecha un trapo y ella no era consciente. Cuando estábamos en su domicilio nos verbalizaba que efectivamente en su tiempo había habido maltrato físico. Total, que ya nos costó que la mujer reconociese eso, en ese momento también reconoció empujones, además con la vivienda que tenían con una escalera empinada... o sea, que daba miedo. Pero, al final la familia se dio tal traza que decían que era una enferma psicológica y al final terminó en una residencia de ancianos aislada del marido.</i>

*Continúa en la siguiente página*

---

Marcos (H, 48 años, <10 años en atención primaria)	<i>Humilladas, una autoestima ausente...sentimiento de vergüenza... ¿Qué van a decir mis hijas si le digo que su padre me violaba? Que ellas no dicen "me violaba", dicen que es cuando quería tener vida de matrimonio había que tenerla. Aunque estuviera embarazada, aunque tuviera la regla, aunque estuviera mala, aunque tuviera fiebre, aunque tuviera... Te lo cuentas y tú dices: eso tiene un nombre. Y ellas: sí, lo tiene. Pero, hombre, tú te casas y tú ya sabes, ¿no? Pues no... Un poco, también la impresión que me gusta dar es la optimista: que nunca es tarde para poder tener una vida. Da igual que tengas 70, 75, que tengas 80.</i>
--	--

---

Como se puede observar en los verbatimines de ejemplos, estos conflictos se producen en el seno de las propias atenciones que prestan los profesionales a las mujeres y a sus familias en el marco de actuación del PAASVG. Muestran posturas distintas derivadas de los diferentes modelos de familia y de las diferentes situaciones que pueden mostrar las mujeres. En el ejemplo, se observa una carga emocional en el discurso de Manuela derivada de conocer que la familia sabía de la existencia de VG, pero que no actuó al respecto. Asimismo, también se presenta la postura de la familia que tacha a la mujer como enferma psicológica, tal y como se recoge en el discurso de Patricia. Y, otra postura que se muestra tiene que ver cuando la mujer presenta una baja autoestima acompañada de sentimientos de vergüenza que le impiden narrar su situación a su entorno más inmediato, tal y como lo muestra el discurso de Marcos.

En una investigación previa se señala la importancia de los profesionales para proporcionar a las familias educación sobre métodos de resolución de conflictos, comunicación efectiva dentro de la familia, enfoques de resolución de problemas, así como distribución equitativa de roles (Alzoubi & Ali, 2018). Además, existe evidencia que apoya la idea de la transmisión intergeneracional de la violencia familiar y sugieren que las diádas de género entre progenitores y descendencia influye en el proceso de la VG en la pareja (Eriksson & Mazerolle, 2015; Fritz et al., 2012; Oliveros & Coleman, 2019). Nuestros resultados van en la misma línea que investigaciones anteriores que han identificado al igual que en nuestro estudio obstáculos y dificultades que nacen del seno de la familia de la mujer. Tradicionalmente, la familia es considerada el espacio privado por excelencia, un lugar idealizado, proveedor de seguridad, afecto y estímulos. Sin embargo, este prisma sesgado

de la realidad familiar supone un obstáculo para visibilizar otros modelos de familia, donde se pueden violar los derechos humanos y convertirse en un entorno potencialmente peligroso donde experimentar miedo e inseguridad, así como una gran variedad de conflictos interpersonales. Por ello, las organizaciones familiares verticales y autocráticas, se convierten en un factor de riesgo de la violencia hacia la mujer (Corsi, 2010). En un estudio descriptivo realizado en Valencia, sobre una muestra de casi trescientas mujeres que percibían ayudas por parte de servicios sociales, se determinó que el perfil de estas mujeres consiste en una red social de apoyo muy deficitaria, tanto de amigos y vecinos como por parte de la familia extensa, llegando a presentar aislamiento social en un porcentaje elevado (González Sala & Gimeno Collado, 2009). Además, en una investigación de corte cualitativo se determina que la carencia de soporte familiar es un hecho que fragiliza a la mujer en la toma de decisión para romper con la relación de pareja (Carneiro et al., 2019). No obstante, encontramos un estudio previo que habla de la efectividad de las familias monoparentales, una vez ha cesado la relación abusiva. Para estas familias el fortalecimiento de diferentes patrones como son la renovación de sí mismas, la reconstrucción de la seguridad y, por ende, la regeneración familiar, contribuye a reemplazar el entorno previo destructivo por patrones más abiertos y seguros de interacción familiar (Wuest et al., 2004).

### **1.1.2 Conflicto derivados de los sistemas de salud.**

Los conflictos que tienen su naturaleza en los sistemas de salud son el producto de la organización intrínseca de los entornos donde los enfermeros y enfermeras desarrollan sus prácticas asistenciales y donde se aplica el PAASVG. En nuestro análisis encontramos que este tipo de conflicto a su vez tiene diferentes vertientes según: 1) Si los profesionales cargan contra la limitación del tiempo que presentan en su día a día para llevar a cabo todas las intervenciones derivadas del protocolo y para atender a los indicadores de sospecha que presentan las mujeres; 2) Si los profesionales apuntan a una falta de compañerismo entre ellos que implica que los que tienen sensibilidad a la VG se vean cuestionados por aquellos que no la tienen desarrollada; 3) Si los profesionales apuntan a la carencia de intimidad para atender a las mujeres; 4) Si los profesionales señalan dificultades derivadas de la falta de registro en

cuanto a indicadores de sospecha de malos tratos o confirmación de malos tratos y; 5) Si los profesionales apuntan a una falta de recursos en el sistema de salud y en la comunidad para atender debidamente a la VG. Enfermeras y enfermeros desarrollan en sus discursos conflictos derivados de los sistemas de salud.

### 1) Conflictos derivados de la limitación de tiempo.

La limitación de tiempo que relatan los profesionales se presenta como el conflicto que más recurrencia adoptan en sus discursos. Esta limitación temporal se presenta para llegar a la confirmación de los casos en aquellas mujeres que no reconocen su situación y para atender a los casos confirmados bajo el PAASVG. Este tipo de conflicto lo presentan en su ejercicio diario tanto las enfermeras como los enfermeros, sin embargo, hay una mayor expresión por parte de las enfermeras. En la tabla 9 se detallan ejemplos.

Tabla 9. Conflictos de la limitación de tiempo.

Pedro (H, 46 años, >10 años en atención primaria)	<i>Estamos más tiempo mirando la pantalla del ordenador que mirándole la cara a la persona, y a lo mejor está diciendo algo verbalmente, pero nos está queriendo decir otra cosa y no lo vemos. No es un problema de actitud, es un problema del estrés, de la falta de tiempo y de la dinámica tan acelerada que tenemos en el trabajo.</i>
Catalina (M, 55 años, <10 años en atención primaria)	<i>Entonces puede pasar que se te pase algo porque realmente no tienes tiempo, porque esto no es algo de cinco minutos. Para que esa persona que tienes delante se explye, y a lo mejor tú no le das facilidades para que hable porque es que lo que no puedes hacer es que empiece a hablar y decirle: "ay, mira, que es que ...". Eso es lo que no se puede hacer [...]Para abordar estos temas, tienes que tener tiempo, sin límites.</i>
Montserrat (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Lo que veo es que no contempla los déficits institucionales, como es déficit de profesional y déficit de tiempo. Alguien te va a contar algo muy gordo, y tú vas como una moto, y mirando al registro, qué es lo que nos pide. Pero, cuando tú vas con el factor tiempo, tú no escuchas. Tú escuchas lo más importante. Si esta señora viene, verás ... y te quiere plantear una cosa, y ella ve que ni siquiera le miras: ¿Qué te pasa? [murmura]... nada... me duele aquí, me duele allí... Ah... ¿qué no duermes? [murmura] Venga [murmura], venga, adiós. ¡Claro! Eso me parece muy importante.</i>
Alberto (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<i>Lo que sí me he encontrado es que la mujer necesita ir poco a poco a la hora de asumir eso y verbalizarlo. Y la necesidad de ... tiempo. Eso, de ir despacio con ella ... de ir despacio para que ella dé sus pasos y no esconda su... realidad [...] O sea que ... requiere un poco la estrategia de dejar de hacer para hacer, que es un poco una línea de pensamiento que hay en la actualidad, dentro del escenario de pocos recursos humanos y de la demanda asistencial, y dejar de hacer cosas que no han demostrado una eficacia evidente para hacer otra cosa que ... en las que podamos aportar más ¿no?</i>

Estos conflictos se producen en las propias consultas de enfermería, un lugar idóneo para el abordaje, pero donde se relatan verdaderas dificultades para dar una buena atención debido a la presión asistencial que soportan y a la necesidad explícita de un tiempo extenso para atender situaciones derivadas de la VG. En el ejemplo, se muestra el conflicto que le genera al enfermero la presión asistencial soportada en el día a día de la consulta de enfermería que deriva en una mala praxis profesional, como relata Pedro cuando afirma la importancia de los registros informáticos que pueden derivar en una mala atención a los pacientes. Encontramos ocasiones donde el profesional sensibilizado a la VG deja de intervenir en el contexto de su consulta de enfermería por el hándicap de la falta de tiempo para dar una intervención acorde a la situación que presente la mujer, reflejado en el discurso de Catalina. Por su parte localizamos también la unión del conflicto de la falta de tiempo con el déficit de profesionales que presentan los entornos sanitarios, como se evidencia a partir del discurso de Montserrat. Finalmente, encontramos en nuestros resultados un matiz importante en el factor tiempo y se trata de adaptar nuestras intervenciones en el tiempo centrándonos en la toma de decisiones de las mujeres, hecho que se corrobora con el discurso de Alberto. Así una vez más se evidencia la sensibilidad a la problemática y la adaptación y respeto a las mujeres por parte del profesional de enfermería. Más adelante en su discurso Alberto se vuelve crítico con el sistema sanitario y plantea un cambio de estrategias en el abordaje de todas las funciones que desarrollan las enfermeras en la atención primaria de salud, para así poder rentabilizar mejor el tiempo que debe ir destinado al tratamiento de la VG.

Estos resultados van en la misma línea que investigaciones anteriores que han identificado al igual que en nuestro estudio barreras para la detección como son la falta de tiempo para atender situaciones de VG en los entornos sanitarios (Kopčavar Guček et al., 2016). Existe una investigación cualitativa previa que valora las percepciones de las mujeres incluidas en un programa de intervención a la VG en la atención primaria de la salud. Las mujeres identifican la falta de tiempo de los médicos de familia como una

barrera externa para el compromiso y la atención hacia ellas (O'Doherty et al., 2016).

## 2) Conflictos derivados de la relación de compañerismo.

Estos conflictos aluden a situaciones que solo expresan en sus discursos las enfermeras, no identificando este tipo de conflicto en el caso de los enfermeros. Nacen de las relaciones interpersonales entre los profesionales, se presentan en forma de discursos políticamente correctos para dar importancia al fenómeno de la VG, resaltando las dificultades que encuentran algunos profesionales para identificar estas situaciones e intervenir debido a una falta de sensibilización, o bien, expresado a través de ataques personales a las enfermeras sensibles y que abordan y tratan este tipo de situaciones. Se detallan en la tabla 10 ejemplos de este tipo de conflicto.

Tabla 10. Conflictos de la relación de compañerismo.

Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Estoy muchísimo más formada por mi empresa para atender un infarto que para hacer una intervención de género, aunque te digo que lo he hecho por otras vías, pero nadie me lo ha pedido, y por ejemplo, en la intervención del otro día, que claramente me tocó a mí, que se paralizó mi consulta, pues prácticamente tuve problemas con compañeros que no entendían por qué yo tenía que hacer en ese momento esas cosas, cuando tendría que estar poniendo las vacunas de la gripe que es lo que me tocaba, entonces, hasta ese nivel estamos sensibilizados en género, en absoluto.</i></p> <hr/> <p><i>A mí eso me ha costado, como yo tenía el rol de género tan marcado desde siempre y además soy el foco del machaque de muchos compañeros aquí, unos con buena fe y otros que quizás no [...] Cuando yo empecé es que eso no existía, éramos cuatro locas, feministas, "machupingas" algunas porque nos tachaban hasta de lesbianas casi y poco más. Entonces, éramos cuatro colgadas las que hablábamos de esos temas, y nos miraban como diciendo "y tu marido como te aguanta"; y el primer comentario de algunos compañeros era "quiero conocer a tu marido porque tiene que ser un calzonazo", hasta ese punto, a nivel personal.</i></p>
Marina (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Me he encontrado zonas de compañeros y compañeras estupendos, y me he encontrado zonas en las que te han mirado como diciendo: está loca perdida o esta es una feminazi o esta es una... Eso no nos corresponde a nosotros, ¿tú por qué te implicas o te complicas la vida en este tipo de situaciones? Entonces ese rechazo, pues ya una con los años aprende a no asustarse, pero a no dejar de trabajar.</i></p>
Patricia (M, 47 años >10 años en atención primaria)	<p><i>El otro día, hablando justamente con un compañero, me decía: "Es que tengo una usuaria que va todos los días al centro", y le decía: "¿Tú has pensado que puede ser víctima de maltrato y por eso va tanto a verte al consultorio? ¿Nunca le has preguntado?" Y dice: "pues no se me había ocurrido". Pregúntale, a lo mejor ahí está la clave. La primera idea no es "puede ser víctima de violencia". Tienes que tener las gafas de violencia puestas. Si no las tienes puestas, es muy difícil verlo.</i></p>



En los verbatines de ejemplos los conflictos se producen en el propio seno de los centros de atención primaria, donde las enfermeras relatan que se enfrentan a dificultades para poder ejercer sus funciones bajo PAASVG derivadas de la relación con los compañeros. En el discurso de Luz se vislumbra como es necesario hablar abiertamente sobre la problemática de la VG y como determinado sector tiene un discurso correcto adaptado a las normas sociales actuales que la rechazan. Luz ofrece una postura crítica con la formación continuada que reciben como enfermeras en los centros de atención primaria para la atención y abordaje de los casos de VG. Sostiene como existe mayor formación en patologías concretas frente a la formación que reciben en VG y como el conflicto con los compañeros nace de la falta de sensibilidad para priorizar estas intervenciones frente a otras funciones atribuidas a las enfermeras. Encontramos en nuestros resultados un conflicto importante derivado de la relación de compañerismo, que son aquellas situaciones donde las enfermeras con sensibilidad a este fenómeno soportan agresiones personales a su modo de hacer y actuar frente a la VG, hecho que se corrobora con el discurso de Luz y Marina. Finalmente, en el discurso que transcurre a través de la voz de Patricia se evidencia como la falta de sensibilidad de los compañeros afecta directamente a la capacidad de identificar y abordar situaciones de VG. Entendemos que los conflictos expuestos hasta el momento suponen un atentado directo al trabajo en equipo y multidisciplinar que debe existir para el abordaje de la VG desde los centros atención primaria.

En la literatura consultada sí hemos identificado estudios que sostienen la existencia de este tipo de barrera para abordar la VG en los entornos sanitarios. En una revisión de la literatura sistemática se hace patente que las actitudes que presentan los profesionales de la salud obstaculizan las respuestas que dan a la VG desde los entornos sanitarios. Las actitudes negativas que pueden presentarse entre los profesionales de la salud son una barrera para la atención integral a la mujer. Estas actitudes negativas hacen que disminuya el cribado, así como la atención a través de protocolos y derivación (Colombini et al., 2017).

## 3) Conflictos derivados de la falta de intimidad.

La falta de intimidad que relatan los profesionales se presenta como el conflicto con dos vertientes o escenarios posibles. Por un lado, se recoge la falta de intimidad relacionada con las infraestructuras y barreras arquitectónicas de los centros asistenciales sanitarios. Por otro lado, la falta de intimidad referida a la confidencialidad de la información recogida en el contexto de la consulta de enfermería y las múltiples interrupciones que soportan los profesionales en su quehacer diario debido a la presión asistencial y a cuestiones sobrevenidas. Este tipo de conflicto lo presentan en su ejercicio diario enfermeras y enfermeros, sin embargo, identificamos en los discursos un mayor número de enfermeros que aluden a este conflicto como una dificultad añadida para atender correctamente a las mujeres. A continuación, se detallan en los siguientes verbatimines recogidos en la tabla 11 ejemplos de este tipo de conflicto.

Tabla 11. Conflictos de la falta de intimidad.

Marcos (H, 48 años, <10 años en atención primaria)	<i>Hay una sola sala de urgencias digamos, que es donde se hacen curas, donde se hace el electro, donde se atiende una parada. Entonces, bueno, a una señora la podrías meter en una consulta... No, no habría intimidad. Máxime si está el agresor al lado, vamos. Estarían puerta con puerta.</i>
Maribel (M, 56 años, <10 años en atención primaria)	<i>Por ejemplo, urgencias son cuatro consultas con observación en medio y además no te puedes llevar a la señora a otro sitio porque cruzas y el marido te ve, con todas las consultas abiertas con lo cual es fácil entrar y salir de una consulta. El tema del aislamiento y la intimidad está complicado para este tema.</i>
Alicia (M, 37 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo en Urgencias que además aquí hay que avisar a la Policía y todo, generalmente cuando llegan a Urgencias es un problema porque el espacio físico no es el idóneo, no tenemos mucho sitio para separar a la mujer, ... y aparece luego a continuación a lo mejor el hombre gritando, ... y se monta un "pollo" y entonces es muy complicado por el sitio, ... por la infraestructura, eso es lo primero.</i>
Juan (H, 44 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo creo que deberíamos tener también que la consulta fuera un poco más personalizada, porque la verdad es que muchas veces perdemos la intimidad, y eso corta muchas veces a las propias mujeres a contar el hecho real. Entonces, ahí sí que necesitaríamos sensibilización en cuanto a intimidad y confidencialidad de la información. Para que la víctima pueda manifestar la violencia que está sufriendo.</i>
Juan José (H, 45 años, >10 años en atención primaria)	<i>Las interrupciones es que son inevitables. Es que, durante una hora de consulta, el teléfono puede sonar en muchas ocasiones. O que abran la puerta los propios pacientes pensando que no hay nadie dentro o que tú médico con el que tú trabajas al lado venga a consultarte algo, o un compañero.</i>

Estos conflictos se producen en los centros de atención primaria debido a las deficiencias en las infraestructuras o a los descuidos en la atención. Con el discurso de Marcos y Maribel se corrobora lo anterior, siendo centros de atención primaria diferentes. Además, y siguiendo con este conflicto, el discurso de Alicia sostiene que la falta de intimidad derivada de los déficits en las infraestructuras ocasiona a veces conflictos de confrontación con el hombre agresor. Más adelante el discurso de Juan ofrece una visión más compleja de la falta de intimidad. Se trataría de cuidar todos aquellos aspectos que se relacionen con la confidencialidad de la información y la intimidad dentro de la consulta de enfermería para favorecer el desahogo emocional y la divulgación de la situación que atraviesan las mujeres. Finalmente, encontramos en nuestros resultados la falta de intimidad asociada a las interrupciones que soportan las enfermeras en sus consultas diarias que impiden en ocasiones que las mujeres revelen la situación que atraviesan, hecho que se corrobora con el discurso de Juan José. Entendemos que en la medida que se ejerza control sobre estas situaciones que generan falta de intimidad aumentará la calidad de la atención ofrecida a las mujeres.

Estos resultados van en la misma línea que investigaciones anteriores que han identificado al igual que en nuestro estudio conflictos que nacen de la falta de privacidad y de las oportunidades para desarrollar la interacción cara a cara en los entornos sanitarios para detectar situaciones de VG (Evans et al., 2019). Un estudio previo también identificó como barrera profesional la falta de privacidad percibida por la mujer para contar la situación que atraviesa a los profesionales de la salud (Vranda et al., 2018).

#### 4) Conflictos derivados de la falta de registro.

La falta de registro, que relatan solo algunos de los profesionales se presenta como el conflicto de menor recurrencia junto con la falta de recursos. Por un lado, se recoge como las enfermeras y enfermeros sí muestran sensibilidad a la atención que deben ofrecer a las mujeres, pero existe una falta de implicación en la cumplimentación de los registros sanitarios. Por ello, se refleja la escasez de los registros que contemplen estas situaciones debido en gran parte a la falta de información de los profesionales sobre cómo

registrar para poder efectuar posteriormente los cauces de derivación pertinentes. Este tipo de conflicto lo reflejan enfermeras y enfermeros, siendo ellas quienes tienen más conciencia de éste. A continuación, en la tabla 12, se detallan ejemplos de este tipo de conflicto.

Tabla 12. Conflictos de la falta de registro.

Marina (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<i>A la enfermería, mi crítica es que está totalmente desvinculada en este aspecto bajo mi punto de vista. Yo cuando acudía a los cursos de sensibilización y te explicaban determinadas situaciones de opresión, determinadas cosas que te dan el tufillo de que puede haber una violencia de tipo psicológico y que era importante identificarla, registrarla solamente para que cuando llegara el caso de que la persona decidiera denunciar hubiera evidencias suficientes, eso no se evidencia, no se trabaja, no... Tú tienes constantes pacientes a los que ves con depresión, dolores generalizados.</i>
Maribel (M, 56 años, <10 años en atención primaria)	<i>Sí, sí hay una implicación, lo que pasa es que hay compañeros que no están todavía mentalizados con el tema, incluso no lo recogen en las historias.</i> <i>No todo el mundo está sensibilizado. Hay quien cada vez que llega un caso pregunta que esto cómo lo registra, que cómo lo tiene que hacer y si pueden lo olvidan y le mandan a la persona la pastilla.</i> <i>Además, no hay registradas visitas a su casa y no hay ningún diagnóstico de base para estas pastillas, para ese tratamiento y se las estaban dando. Al final ha terminado en una residencia de ancianos y teóricamente con la psiquiatra y con las visitas prohibidas del marido.</i>
Begoña (M, 48 años, >10 años en atención primaria)	<i>Los servicios sanitarios no están registrando, en MT lo que es maltrato. Lo saben, pero yo no lo he visto, pero porque tienen miedo. Hablamos entre nosotros, todo interno, la seguimos internamente cuando acudía a la consulta, me preguntaban [...] Historias yo no he visto, ya te digo, registradas no lo he visto. Quizás por el tema de que puedan verlas y ver lo que se ha escrito. Y eso fue lo que se habló en las últimas formaciones que tuvimos, cómo hacerlo, porque nos estáis diciendo que abramos esto y que escribamos ahí, pero como ellos tengan acceso a esa historia, ¿qué pasa, ¿quién nos cubre a nosotros de lo que estamos diciendo hoy?</i>

Se destaca que estos conflictos se producen debido a la dificultad que presentan para registrar las intervenciones y situaciones que se atienden de VG bajo el PAASVG. Con el discurso de Marina se evidencia como encontramos profesionales que están sensibilizados a la VG en los centros, pero existe una falta de sensibilidad en el registro de la información que debe realizarse para posteriormente poder usarse con fines legales. Asimismo, el discurso de Maribel corrobora lo anterior, cuando habla de la sensibilidad a la VG, pero no al registro que debe realizarse. Más adelante Maribel evidencia de nuevo la falta de registro debido a la falta de sensibilidad de los

profesionales y a cómo realizarlo, abordando la situación de manera únicamente sintomática a través de tratamientos farmacológicos. Encontramos en nuestros resultados gracias a Maribel, un ejemplo de asistencia a una mujer que presentaba VG y cómo en la historia clínica no existía evidencia de la asistencia que había recibido la mujer a través de las visitas domiciliarias, ni del diagnóstico médico que justificara el tratamiento farmacológico que estaba recibiendo para el control sintomático. Finalmente, el discurso de Begoña justifica la falta de registro debido a la falta de información de cómo llevarlo a cabo en la historia digital y a las consecuencias que se pueden derivar si la información registrada cae en manos de la pareja. Entendemos que las dificultades expresadas para realizar los registros pertinentes muestran una carencia en la atención que se ofrece.

Estos resultados van en la misma línea que investigaciones anteriores que han identificado al igual que en nuestro estudio conflictos que nacen de la falta de registros en las historias clínicas para poder ofrecer una atención de calidad a la mujer, por ello sugieren que los profesionales deben desarrollar un área común para documentar los informes de VG (Magnussen et al., 2004). Una investigación previa realizada en Turquía determina que los profesionales de la salud registran con "código de violencia" en solo el 64% de los casos de VG que encuentran (Taskiran et al., 2019). En un estudio descriptivo previo se evidencia como gracias a la información disponible en la historia electrónica de salud de las mujeres, se pueden identificar patrones de síntomas y diagnósticos de las mujeres que presentan VG. A su vez, estos patrones pueden usarse potencialmente para mejorar la detección de VG en este grupo de mujeres de mediana edad (Eaton et al., 2016). Esta misma idea es apoyada por un estudio más reciente que determina que el uso del registro de salud electrónico se asocia con un aumento de tres veces la probabilidad de que los profesionales de la salud examinen VG en las mujeres que atienden (Sutherland & Hutchinson, 2019).

##### 5) Conflictos derivados de la falta de recursos.

La falta de recursos es uno de los conflictos de menor recurrencia. Por un lado, se recoge como los profesionales expresan la falta de recursos que

tienen a su alcance para que las mujeres lleguen al abandono de la relación de maltrato. Y, por otro lado, esa falta de recursos también se evidencia cuando las mujeres ya han reconocido su situación. Se refleja igualmente la falta de recursos en las situaciones más graves de VG, cuando existe peligro extremo para la vida de las mujeres. Este tipo de conflicto lo reflejan en sus discursos las enfermeras y los enfermeros, siendo ambos conscientes de las dificultades que supone atender de forma integral a las mujeres con la escasez de recursos que ofrecen los sistemas de salud y sociales. En la tabla 13, se detallan ejemplos de este tipo de conflicto.

Tabla 13. Conflictos de la falta de recursos.

Elena (M, 41 años, >10 años en atención primaria)	<i>Entonces, esa mujer no puede utilizar las herramientas que a lo mejor existen, y que son insuficientes, porque no le permiten a ella continuar con la labor de desprendimiento del maltratador. Entonces, personalmente, puedo conseguir bastante información de la paciente, se va a sentir mejor, pero no me vale para nada.</i>
Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Cuando ya reconoce el problema, cojo el toro por los cuernos, ahí hay que reforzarla, de que hay otra manera de vivir, de que se puede salir y de que hay gente que lo hace; pero la parte de cuando la mujer toma conciencia de cuál es su problema, para mí es terrorífica, porque no se hace con empatía solo, no se ejecuta siendo afectivo, no se realiza dando información, claro.</i>
Alicia (M, 37 años, >10 años en atención primaria)	<i>La mujer pienso que le vas a ayudar porque ella va a abrir los ojos, pero después se va a encontrar sola ante el peligro, eso no le va a ayudar, ósea le ayudas a que vea lo que no está viendo a lo mejor porque no quiere, porque dice, no quiero saber lo que me está pasando y ni mi familia se va a enterar, pero después el problema es que yo le abro los ojos pero si después soy capaz de darle una solución, porque si le abro los ojos el sufrimiento va a ser abismal para esa mujer, que además se ve sin recursos y que no tiene salida, entonces dices: "Es otra maltratada y ahora qué"</i>
Juan (H, 44 años, >10 años en atención primaria)	<i>Mientras el médico hacía el parte de lesiones, pues me puse en contacto con la policía local. Y ahí vimos que había un vacío, porque sí, la Guardia Civil actuaba en el momento en que se ponía la denuncia, pero nosotros le decíamos que, como había sido amenazada de muerte, que qué ocurría si venía su marido aquí antes de que se pusiera la denuncia. Y dijo que bueno, que ya tomarían cartas en el asunto y que intentarían de mandar a la Guardia Civil... La cuestión es que aquí no vino la Guardia Civil, y fue acompañada por su hermana. Tuvimos la tranquilidad que por lo menos... Se le ofertó quedarse en el centro de salud hasta que tuviéramos noticias de la Guardia Civil, pero la muchacha decidió que no, de irse acompañada. Y le pusimos en conocimiento, que habíamos llamado nuevamente a la policía local. Tremendo, pues sí. Además, vino con una lesión en la boca importante... Lesiones en la espalda...</i>

Estos conflictos se producen en el contexto de los centros de atención primaria para ofrecer una atención integral a las mujeres bajo el PAASVG. En el

discurso de Elena se evidencia como la falta de recursos se detecta cuando la mujer aún no ha reconocido su situación de malos tratos por lo que va a encontrar mayores dificultades para el abandono de la relación. Asimismo, el discurso de Luz y Alicia corroboran que una vez reconocida la situación por parte de las mujeres la falta de recursos también se hace evidente. Relatan cómo llegados a ese punto la mujer experimenta una carga emocional importante al reconocer su situación y las enfermeras se ven impotentes ante la falta de recursos para ofrecerle ayuda y atención a largo plazo. Finalmente, la falta de recursos tiene su expresión más cruenta cuando existe peligro extremo para su vida. Esto mismo se corrobora con el discurso de Juan que nos presenta un ejemplo de abordaje de una situación de peligro extremo que tuvo una falta de recursos para garantizar la integridad de la mujer. Entendemos que las dificultades expresadas debido a la falta de recursos muestran igualmente una deficiencia importante de la atención que se ofrece a las mujeres desde los sistemas sanitarios y comunitarios.

En investigaciones previas se recoge la falta de apoyo del sistema como una dificultad para atender a la VG, hecho que se corrobora en los resultados alcanzados en nuestra investigación. En un estudio realizado en Jordania se identifica una tasa de detección significativamente menor de las enfermeras jordanas frente a las estadounidenses, y se apunta que la falta de apoyo del sistema es la barrera más importante para la detección, siendo necesario reforzar el trabajo en colaboración para superar dicha barrera (Al-Natour et al., 2014). Encontramos otra investigación que notifica la frustración de los profesionales de la salud por no tener siempre acceso inmediato a los servicios de trabajo social dentro y fuera de los entornos laborales (Colarossi et al., 2010). Se evidencia, en un estudio en Serbia, la importancia de los recursos comunitarios, pero se identifica una red ineficiente y no coordinada, hecho que puede contribuir a que la mujer se pierda en los procesos administrativos y que se desanime para la búsqueda de soluciones y apoyo real (Djikanovic et al., 2010).

### 1.1.3 Conflicto derivado de las mujeres.

Los conflictos que tienen su naturaleza en las mujeres son producto de la expresión de diferentes formas de resistencia de los enfermeros y enfermeras a la atención que deben ofrecer en los centros asistenciales sanitarios, así como a los cambios en materia de VG. En nuestro análisis encontramos que este tipo de conflicto a su vez tiene diferentes vertientes según: 1) Si los profesionales apuntan a la resignación que presenta las mujeres maltratadas; 2) Si los profesionales señalan una huida por parte de las mujeres una vez han iniciado el primer contacto con los centros sanitarios; 3) Si los profesionales apuntan una baja adherencia de las mujeres al seguimiento y a las intervenciones propuestas para el abandono de la situación de VG que soportan; y, 4) Si los profesionales señalan dificultades derivadas de la posición defensiva que adoptan las mujeres cuando se intenta preguntar o indagar para llegar a la confirmación de los casos. Enfermeras y enfermeros desarrollan en sus discursos conflictos derivados de la posición que adoptan las mujeres. De este modo, se evidencia que ambos presentan resistencias porque el colectivo profesional tiene estereotipos y prejuicios propios de las sociedades donde ellos también han sido construidos como personas y, por ende, como profesionales de la salud.

#### 1) Conflictos derivados de la resignación de las mujeres.

La resignación de las mujeres que relatan algunas de las enfermeras y enfermeros se presenta como uno de los conflictos de mayor recurrencia. Por un lado, se recoge como expresan la naturalización que realizan las mujeres de su vida durante una relación prolongada en el tiempo, en la mayoría de las ocasiones. Esta situación se presenta en multitud de los casos con una dependencia económica. Además, sostienen como en ocasiones los profesionales sienten que toman decisiones por ellas, cuando la función principal debe ser el acompañamiento en el proceso para que exista una toma de decisiones informada por parte de las mujeres. Se recogen además en los discursos de los profesionales, ejemplos de asistencia donde la resignación que presentan las mujeres es apoyada por los familiares más cercanos. Y, por otro lado, se recoge el conflicto de la resignación llevado a su



máximo potencial cuando las mujeres habiendo salido de la relación de maltrato vuelven una vez que las parejas presentan alguna enfermedad que requiera cuidados y asistencia. Este tipo de conflicto lo reflejan en sus discursos las enfermeras y los enfermeros, siendo ambos conscientes de las dificultades y el trabajo tedioso que supone atender de forma integral a las mujeres. A continuación, en la tabla 14 se detallan ejemplos de este tipo de conflicto.

Tabla 14. Conflictos de la resignación de las mujeres.

Ángel (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<i>Una baja autoestima implica que al final en pocas ocasiones tú visualizas que haya aplicado las herramientas que le has dado. Lo siguen asumiendo como algo natural y esto es así, que le vamos a hacer [...] Normalmente la respuesta es: "ya qué voy a hacer, ya qué voy a hacer". Además, normalmente no hay una independencia económica como para decir "vámonos".</i>
Begoña (M, 48 años, >10 años en atención primaria)	<i>Entonces se le dan las pautas y se le van diciendo hasta que da el paso de vamos, contacto con los servicios de ayuda y, bueno, es que es el paso muy grande de cambio de trabajo, me voy a otro sitio, la que tiene dinero bien, la que no tiene dinero mal y muchas no dan el paso porque dicen, ¿y qué hago luego?</i>
Alicia (M, 37 años, >10 años en atención primaria)	<i>Pero claro, la mujer se corta, y si después viene sola tampoco te dice, ... porque dependencia económica la tiene, hoy día ya la gente joven, ya todo el mundo trabaja, pero la gente mayor tiene una dependencia económica que ya con sesenta años donde va ya una mujer a trabajar y de qué va a vivir, ... entonces se aguanta el chaparrón, le escuchas, ... y va tirando, entonces yo me he encontrado en consulta gente que yo pienso que tiene que estar, por lo menos psicológicamente maltratadas, pero que no son capaces de dar el paso, y no lo van a dar ... ya con esa edad.</i>
Patricia (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>El conflicto principal que se me puede plantear es hasta dónde me permite la usuaria llegar, yo no doy un paso sin que la usuaria sepa el paso. Por lo tanto, las mujeres que son víctimas potenciales o víctimas reales de maltrato no pueden ser menos. Entonces mi cortapisa es hasta donde la mujer me permita llegar. Si ella me da carta blanca, yo me meto hasta el cuello, hasta los Servicios Sociales. A mí no me importa ir, contar lo que yo estoy viendo, solicitar una visita junto con la trabajadora social o con la Policía.</i>
Catalina (M, 55 años, <10 años en atención primaria)	<i>Incluso habiendo separado la relación... La mujer la ha maltratado el marido durante toda su vida y ahora el marido ha tenido un ictus y desde la silla de ruedas la sigue maltratando. O sea que es una cosa, tremenda, es impresionante, pues nada, pues a mover todos los pocos recursos que hay y todos los apoyos que se puedan [...] La maltratada pasa a cuidadora del maltratador. Sí, o incluso habiendo roto la relación de pareja, una vez llega la situación de dependencia, vuelve la señora. Y eso, no pudiendo ejercer violencia física...</i>
Juan José (H, 45 años, >10 años en atención primaria)	<i>En esa consulta venía acompañada de su hija y bueno, pues sí es verdad, pudimos empatizar, manifestar, aconsejar y tal pero como bien conocemos, a pesar de que la mujer reconocía estar sufriendo esto ella no quería hacer nada, ella no quería hacer nada. Y su hija casi que le apoyaba en eso.</i>

En los discursos de Ángel, Begoña y Alicia se corrobora la naturalización que realizan las mujeres de los malos tratos unida a una dependencia económica de la pareja que impide el abandono de la relación. En la voz de Patricia se recoge como en ocasiones sienten que toman decisiones por las mujeres, cuando esa función no es su competencia. Se trataría de ofrecer información y recursos para acompañar a las mujeres en el proceso de toma de decisiones, para que sean informadas, pero la realidad que describen no es ésta. Asimismo, encontramos en el discurso de Catalina situaciones que suponen una resignación de las mujeres aun habiendo abandonado la relación, ya que cuando aparecen necesidades de cuidados de las parejas debido a enfermedades sobrevenidas, las mujeres vuelven para cuidar de ellos. Finalmente, el conflicto de resignación de las mujeres es desarrollado en el discurso de Juan José, que nos presenta un ejemplo de una intervención donde la familia tiene un papel que no beneficia a la mujer, ya que apoya la decisión de no hacer nada al respecto. Entendemos que las dificultades expresadas debido a la resignación de las mujeres muestran algunas de las resistencias de los enfermeros y enfermeras a los cambios en materia de atención a los malos tratos, otorgando responsabilidad a las mujeres. No obstante, el reconocimiento y reflejo de algunas de ellas refleja sensibilidad.

En investigaciones previas se recoge la responsabilidad de las mujeres como una dificultad para el abandono de la relación violenta. Se trata de una investigación cualitativa donde los médicos de familia consideran a las mujeres que presentan VG como un grupo de difícil acceso y con responsabilidad (Loeffen et al., 2017). Encontramos otra investigación previa que corrobora nuestros resultados ya que los profesionales señalan como barreras para la detección activa de casos la actitud de las mujeres con un rol pasivo, tolerancia, estigma y vergüenza por la situación que soportan (Kopčavar Guček et al., 2016).

## 2) Conflictos derivados de la huida de las mujeres.

La huida de las mujeres se presenta como uno de los conflictos derivados de la situación tan compleja que supone el fenómeno de la VG y la atención que se puede brindar desde los centros de atención primaria. Por un

lado, relatan la importancia del trabajo autónomo que deben realizar las mujeres para llegar al reconocimiento de la situación que viven y con ello para afrontar el abandono de la relación. En ese trabajo autónomo y dentro de la complejidad puede llegar a darse la huida de las mujeres. Además, sostienen la importancia del desarrollo de las habilidades de la comunicación como profesionales para que se evite la huida. Este tipo de conflicto lo reflejan en sus discursos las enfermeras y los enfermeros, demostrando conocimiento sobre el ciclo de la violencia, pero siendo conscientes de las dificultades que supone el abordaje del fenómeno. A continuación, se detallan en los siguientes verbatim ejemplos de este tipo de conflicto, recogidos en la tabla 15.

Tabla 15. Conflictos de la huida de las mujeres.

Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Claro, generalmente a la gente cuando la pones delante del espejo y ve los monstruos, no le gusta lo que ve, y muchas se han enfadado y se han largado. Y sí, luego han vuelto a venir [...] Cuando está en la etapa pre-contemplativa lo que tienes que hablar en general es de lo que es el maltrato, explicarle un poco como es el perfil del maltratador, como es el de la víctima para que ella se sienta reconocida. Entonces, esa etapa es ayudarles a visualizar el problema, esperar, muchas se enfadan, se van y hay que darles su tiempo.</i>
Juan José (H, 45 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo entiendo que no tiene que ser fácil porque el miedo hace que tú no veas más allá, que pueda tomar represalias incluso con tus hijos, es que esto no tiene que ser nada fácil. Y entiendo que llegado el momento que tú le puedes decir a una persona, usted está sufriendo, usted está teniendo este problema, que se pueda crear un conflicto a lo mejor, que pierda la confianza contigo, que salga por la puerta y no la encuentres más.</i>
Manuela (M, 43 años, >10 años en atención primaria)	<i>Lo que no debo hacer en un primer encuentro es, obviar que lo que mi ojo clínico me está diciendo, pero, quizás no es de entrada sacar el tema directamente a la mesa. Porque, es cierto, que puede generar mucha reactancia y una huida de la persona ¿vale? Entonces, lo ideal quizás en esa primera intervención, en ese primer encuentro, es abrir bien los ojos y poder recitármela en otro momento, para poder ahondar sobre ese tema, quizás, alguna pregunta abierta tipo, eso que me estás contando me interesa mucho, podrías contarme un poquito más, tipo habilidades de comunicación, pero no directamente transmitirle que estoy detectando una sospecha de violencia de género.</i>

Con estos verbatim de ejemplo podemos destacar como estos conflictos se producen en la consulta de enfermería, contexto que ofrece múltiples posibilidades para atender de manera integral a las mujeres y evitar la huida bajo el PAASVG. A través del discurso de Luz se corrobora el reconocimiento de las fases del ciclo de la violencia y las habilidades que se

desarrollan para reconocer la situación. El discurso de Juan José supone adoptar estrategias en la comunicación con el fin último de evitar la huida de las mujeres. Esto mismo ocurre a través del discurso de Manuela que sostiene la importancia de abordar el tema de manera indirecta para no provocar la huida, de hacer seguimiento en la consulta e ir dirigiendo la intervención a unos fines concretos a través del uso de las habilidades de la comunicación. Entendemos que las dificultades expresadas debido a la huida de las mujeres reflejan el reconocimiento del ciclo de la violencia y sus diferentes abordajes, pero suponen una afirmación más de la complejidad del fenómeno, hecho que se corrobora en los dos últimos verbatines de ejemplos mostrados.

En investigaciones previas se recoge la frustración expresada por los profesionales debido a la falta de voluntad de las mujeres para utilizar las derivaciones al trabajador social u otros servicios después de contar la violencia, así como la sensación de que la asistencia que pueden brindar es inadecuada (Colarossi et al., 2010), hecho que se corrobora en los resultados alcanzados en nuestra investigación.

### 3) Conflictos derivados de la baja adherencia de las mujeres.

El conflicto derivado de la baja adherencia de las mujeres que describen algunos de los enfermeros y enfermeras se presenta como una dificultad derivada una vez más de la situación tan compleja que supone el fenómeno de la VG y la atención que se pueda brindar desde los centros de atención primaria. Por un lado, se recoge la baja adherencia relacionada con la denuncia legal que puedan realizar las mujeres de la situación que padecen, entendiendo que existe una baja adherencia cuando no se interpone la denuncia. Y, por otro lado, se recoge como el conflicto de la baja adherencia se soluciona si las mujeres identifican una situación de peligro extremo para la vida de los hijos e hijas. Este tipo de conflicto lo reflejan en sus discursos las enfermeras y los enfermeros, siendo conscientes de las dificultades que supone el abordaje del fenómeno de la VG. En la tabla 16 se detallan ejemplos de este tipo de conflicto.

Tabla 16. Conflictos de la baja adherencia de las mujeres.

Montserrat (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Al final, ella no quiso poner denuncia. Y yo lo entiendo que podría ser ¡por miedo! Porque las mujeres que son maltratadas idiotas no son. No, no, espérate, a ver qué hay detrás, o a ver las amenazas, o a ver el miedo... De verdad, tiene un acompañamiento 24 horas de un policía eso no puede ser, eso no es factible, y muchas de ellas no tienen ni soporte familiar.</i>
María (M, 51 años, >10 años en atención primaria)	<i>Si usted no quiere denunciar, siempre tiene la posibilidad de no denunciar. Pero si en un momento dado, usted quiere denunciar, eso que está escrito también lo puede usted utilizar. Yo solamente voy a decir lo que usted me ha referido. Y además así lo voy a explicar. Pero con consentimiento.</i>
José Luis (H, 46 años, <10 años en atención primaria)	<i>El último que tuvimos aquí, que yo recuerde, fue hace un año y después de que me tomé interés personal en hablar con la trabajadora, con el médico, al final ya la conocían de más veces y efectivamente no denunció [...] Que muchas lo niegan por vergüenza o por miedo, y porque piensan que después la justicia no actúa.</i>
Juan (H, 44 años, >10 años en atención primaria)	<i>Muchas veces la negativa, que la víctima no quiere poner denuncia, no quiere hacer comunicación al juez, quiere hablar con otros familiares... Se evade un poco del problema real. No lo quiere asumir... Cuando, además, hemos visto, por diferentes motivos en urgencias, que es reincidente. Pero sí, es verdad, todavía encontramos muchas mujeres que son reacias a contar lo que les pasa y a dar el primer paso, ...</i>
Begoña (M, 48 años, >10 años en atención primaria)	<i>Suelen dar el paso sobre todo cuando ven en peligro a sus hijos, que están en peligro sus hijos es cuando dan más el paso ellas, pero bueno, he visto muchas hiperfrecuentadoras que luego de lo que me he dado cuenta a lo largo de los años, es que el hiperfrecuente te va cambiando los síntomas cuando ya la mandas al especialista y ves que no tiene nada, y es que son violadas delante de los hijos, te vienen con los síntomas de los moratones y te mienten, la esquina de..., es que me he tropezado con la esquina del frigorífico, y hay muchas que no dan el paso.</i>

A lo largo del desarrollo de estos verbatimines de ejemplo podemos destacar como estos conflictos se producen fruto de la atención que los enfermeros y enfermeras brindan a las mujeres. En el discurso de Montserrat y María se evidencia como existe una asociación entre la baja adherencia y la no denuncia de las mujeres frente a la situación que está atravesando. A pesar de esa relación, las enfermeras llegan a comprender los motivos por los cuales las mujeres evitan la denuncia, entre ellos, la falta de protección y el miedo a las represalias. No obstante, realizan muy buena intervención dejando constancia en la historia clínica de las mujeres la situación vivenciada e informado a las mujeres del uso legal que puede hacerse a posteriori cuando se decida a dar el paso. Asimismo, encontramos en el discurso de José Luis y Juan situaciones que ejemplifican la asistencia ofrecida a las mujeres en los entornos sanitarios, que de nuevo relacionan la baja adherencia con el hecho

de no denunciar al agresor. Finalmente, el conflicto queda resuelto si las mujeres identifican peligro para la vida de sus hijos e hijas, lo que provoca la toma de decisión y el abandono de la relación, tal y como se recoge en el discurso de Begoña. Entendemos que las dificultades expresadas debido a la baja adherencia de las mujeres muestran algunas de las resistencias de los enfermeros y enfermeras a los cambios en materia de atención a la VG, otorgando responsabilidad a ellas.

En investigaciones previas se recoge la baja adherencia de las mujeres como una dificultad de la atención a la VG, hecho que se corrobora en los resultados alcanzados en nuestra investigación. Se ha señalado en una investigación cualitativa previa que valora las percepciones de las mujeres, como su salud emocional junto con una vida caótica suponen una barrera que a menudo les impide acceder a la ayuda, tanto general como específica, derivadas del programa de intervención. Por ello, en ocasiones concertan citas que después cancelan (O'Doherty et al., 2016).

#### 4) Conflictos derivados de la posición defensiva de las mujeres.

El conflicto derivado de la posición defensiva que adoptan las mujeres supone el conflicto de menor recurrencia de todos los que centran su atención en ellas. Por un lado, relacionan la cultura tradicional judeocristiana con las actitudes y comportamientos de las mujeres en las sociedades en general, y en concreto, en las actitudes que adoptan derivadas de la VG. Además, sostienen que debido a la complejidad del fenómeno y a cómo lo viven las mujeres, se generan posiciones defensivas ante las intervenciones de las enfermeras. Se señala, asimismo, como las mujeres que adoptan esta posición además presentan unas características particulares que pueden ser los indicadores de sospecha que hacen a los profesionales comenzar a intervenir. Y, por otro lado, se recoge como el conflicto de la posición de defensiva de las mujeres se soluciona con el respeto de los tiempos y las habilidades de la comunicación que evitan esa actitud defensiva. Este tipo de conflicto lo reflejan en sus discursos las enfermeras y los enfermeros, siendo conscientes de las dificultades que supone el abordaje del fenómeno de la VG. A

continuación, se detallan en los siguientes verbatim ejemplos de este tipo de conflicto, recogidos en la tabla 17.

Tabla 17. Conflictos de la posición defensiva de las mujeres.

Patricia (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Antes de que ella reconozca que es víctima de una situación de maltrato hay como una negación absoluta a todo. Hasta que ella no es capaz de ver que está siendo víctima de una situación de maltrato, hasta que ella no es capaz de ver que esa situación no es normal, ... Es que somos, hablo en género, las mujeres somos muy dadas a la autoflagelación, pero yo creo que eso es todo cultural. Es que esto de vivir en una cultura ... patriarcal y católica, apostólica y romana donde la mujer —bueno, nada más tenemos que echarle un vistacito a la Biblia— no existe, pues tendríamos que arreglar desde el principio de los tiempos.</i></p> <p><i>Bueno, pues finalmente, cuando conseguimos la llave a través del vecino, pudimos entrar y comprobamos la integridad de la señora, me senté a hablar con ella y le expuse mi preocupación, que me preocupaba por su vida, o sea, era una situación de extrema gravedad. Ella al ver esto decidió abandonar el domicilio familiar con el siguiente paso de que se pegó cuatro o cinco meses viviendo sola, alejada de sus hijos, de su casa y ella un poco me decía que yo tenía la culpa de su nueva situación. Ella buscaba dónde descargar su frustración, forma parte del proceso. Finalmente, esta señora salió adelante, encontró trabajo, tuvo un final feliz. No volvió con su maltratador.</i></p>
Magdalena (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Ellas sí, por supuesto, porque claro, cuando le tocas un tema tan doloroso que posiblemente ella no ha asumido, posiblemente se va a poner en expectativa, se va a poner en defensa porque estoy tocando un tema que en el fondo sabe que no está bien, pero se va a poner a la defensiva.</i></p>
Marcos (H, 48 años, <10 años en atención primaria)	<p><i>Pero hay mujeres de las que puedes sospechar, vienen vestidas muy austeras... Son mujeres que tienen posiciones de defensa. Son mujeres que no sabes si su problema es la artrosis, la diabetes, etc. Son mujeres que hablan muy poco... Si vienen solas hablan más, pero cuando vienen con el marido, siempre asumen un rol muy pasivo.</i></p>
Marina (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Claro, es que cuando tú hablas muchas veces de ..., tú no le puedes explicar a una cuidadora que está sufriendo una situación, porque primero no te va a entender, te va a ver como alguien raro y lo primero que va a hacer es ... el rechazo hacia ti. ¿Esta tía a qué viene aquí a mi casa a decirme qué y que cuándo? Entonces es el primer rechazo, el de la propia persona que lo sufre, que no lo identifica.</i></p>

Estos conflictos se producen fruto de la atención en los centros de atención primaria. En el discurso de Patricia se evidencia como existe una relación de la cultura patriarcal tradicional con las actitudes y comportamientos de las mujeres frente a la VG. Más adelante y con la intervención nuevamente de Patricia se vislumbra un ejemplo de posición defensiva incluso ya habiendo tomado la decisión del abandono de la relación. Asimismo, el discurso de Magdalena corrobora la complejidad del

fenómeno de los malos tratos y cómo la actitud defensiva que en un momento determinado adoptan las mujeres en el proceso, es fruto de cómo lo viven y las dificultades a las que tienen que hacer frente. Igualmente, el profesional encuentra una barrera importante cuando aparece esta actitud de negación. En la voz del discurso de Marcos se recoge como existen ciertos indicadores de sospecha que presentan las mujeres cuando adopta una posición de defensa y acuden a la consulta de enfermería y que deben poner en situación de alerta al profesional que la atiende. Finalmente, encontramos en el discurso de Marina intervenciones para evitar la posición defensiva de las mujeres con el empleo de habilidades de la comunicación, el respeto y la necesidad de tiempo en la atención ofrecida. Entendemos que las dificultades expresadas debido a la posición defensiva de las mujeres muestran el conocimiento de las enfermeras y enfermeros de las etapas que atraviesan y de cuáles serían las estrategias para emplear y evitar esa actitud en el contexto de los centros de atención primaria.

No obstante, encontramos en una revisión sistemática de la literatura previa como una actitud negativa entre los profesionales de la salud contribuye a juzgar o culpar a las mujeres que presentan VG. A menudo esta actitud negativa se acompaña de un pobre reconocimiento de la VG como problema de salud (Colombini et al., 2017). En una investigación previa los profesionales identifican como barreras para el cribado que las mujeres no sean sinceras en sus declaraciones de la situación que viven, que puede ser consecuencia de la posición defensiva que adoptan (Kopčavar Guček et al., 2016).

## **1.2 Materias controvertidas para las enfermeras en la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.**

En este apartado identificamos una serie de materias que resultan controvertidas para las enfermeras en la aplicación del PAASVG. A lo largo de los grupos de discusión y de las diferentes entrevistas realizadas hemos identificado cuatro grandes temas controvertidos en la aplicación de las políticas de salud.



Los dos temas más recurrentes en el transcurso de las entrevistas y de los grupos de discusión han sido, por un lado, la *normativa* junto con la *formativa* con un 63,4%, revelándose como las materias clave en el proceso de implantación del PAASVG. La primera alude a las formas de difusión, implementación y aplicación del protocolo, y la segunda tiene dos vertientes. Por un lado, los enfermeros y enfermeras muestran reticencias en cuanto a la formación en materia de VG; y, por otro lado, aquellos perfiles de profesionales con sensibilidad a la VG apuntan como una necesidad imperiosa recibir más formación en materia de VG. En un tercer y cuarto lugar, aparece el *clima* y las *emociones*, con un 36,6%. Estas dos últimas temáticas se refieren al estado de opinión en cuanto a la actuación y seguimiento de los casos identificados de VG bajo el marco del protocolo de estudio, así como a la carga emocional generada a las enfermeras y enfermeros que nace de las diferentes formas de interpretarlo y aplicarlo.

La interpretación y aplicación del PAASVG hace referencia a las diferentes concepciones y atribuciones que los enfermeros y enfermeras realizan de las diversas actuaciones que se llevan a cabo en los centros de atención primaria para hacerlo efectivo. Estos temas controvertidos se concretan en la falta de reconocimiento de la figura del responsable del protocolo, en las diferentes formas de difusión que se realizan de dicho protocolo, y en definitiva de la contradicción creada entre la teoría y la práctica. Ejemplos de ello se reflejan en los siguientes verbatines, recogidos en la tabla 18.

Tabla 18. Materias normativas y formativas.

Pedro (H, 46 años, >10 años en atención primaria)	<i>Hay más formación. La formación ha sido una formación obligatoria para todos los profesionales de nuestro distrito y creo que se ha hecho a nivel de todo el Servicio Andalúz de Salud. No sé si es la estrategia más acertada, porque cuando te imponen una formación a veces se vive como una imposición y se acude al curso un poco por inercia, porque me han obligado y a veces no se le saca el fruto que se debe.</i>
Alberto (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<i>Esa ausencia de responsable del tema de violencia de género, y de un reciclaje regular... Entonces, en verdad, el distrito hace cursos de sensibilización y eso. Pero en el día a día ocurre que casi nunca hay tiempo para ir a esos cursos. Porque no es que vayamos a muchos, yo últimamente no voy a ninguno. La tarea diaria nos absorbe.</i>
José Luis (H, 46 años, <10 años en atención primaria)	<i>No termina de llegar de forma uniforme a todo el mundo, porque la formación tampoco se hace completa a todo el mundo y, porque muchas veces falla desde la base, o sea, a la hora de emitir por ejemplo los partes los profesionales tienen que salir cuatro copias y salen dos, o cambian a lo mejor conceptos que después no llegan. Además, falta mucha sensibilización, más que formación. La gente tiene la formación, pero después tendemos o tienden a hacer el mismo tipo de comentarios. Yo creo que falta mucha sensibilización todavía en los profesionales.</i>
Juan José (H, 45 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo el único aspecto negativo que veo es que no lo conozcamos del todo los profesionales. Yo personalmente lo conozco, y sé de qué va. Y sé si lo tengo que buscar, dónde está. Y a lo mejor, qué actuación haría dado el caso. Pero entiendo que no todo el mundo porque no todos los profesionales estamos sensibilizados, a lo mejor en mi consulta puede que entren semanalmente, alguna mujer que sea maltratada y sin embargo yo soy incapaz de identificar este problema. A lo mejor si la veo tres veces seguidas pues soy capaz de darme cuenta. Pero entiendo que, como yo, podrán no verlo muchos profesionales que no tenemos puestas las gafas de ver ese problema.</i>
Manuel (H, 54 años, >10 años en atención primaria)	<i>Hay compañeros que están mucho más sensibilizados porque además es su labor, yo pienso que aquí la participación de la trabajadora social es fundamental y después, yo creo que el hecho de dar una serie de formación que se están dando en los distintos centros sanitarios, en mi distrito se da a nivel de distrito y cada cierto tiempo se hace una nueva edición donde van viéndolo los profesionales que no han hecho el curso. Y yo creo que esto servirá para sensibilizar mucho más y profundizar, al menos tener una formación básica en el tema. ¿Y esto cómo se traslada a la práctica clínica? Bueno, pues si tú has hecho el curso y tienes una formación, al menos tendrás las directrices mínimas para, en un caso que se te presente, poder más o menos actuar de acuerdo del protocolo.</i>

Como diversas investigaciones previas han detectado la formación es el pilar básico para la cobertura correcta a las mujeres que presentan malos tratos, cuanto más preparados se sientan los profesionales de la salud, es menos probable que tengan actitudes negativas hacia la detección y perciban barreras (Colarossi et al., 2010). En un estudio previo cuyo objetivo es identificar las actitudes de las enfermeras y las barreras percibidas para la

detección, se demuestra que las enfermeras experimentan pocas barreras en el entorno laboral para la detección, siendo la más frecuente la falta de capacitación para la detección (DeBoer et al., 2013). Esto se corrobora en un estudio con enfermeras canadienses en unidades de hospitalización postparto, donde también se recoge la barrera del conocimiento junto con la fluidez del lenguaje como aquellas que obstaculizan la detección (Guillery et al., 2012). Por ello, tal y como aparece recogido en nuestros resultados la figura de la persona referente en materia de VG resulta crucial para el buen desarrollo profesional en esta área. Una revisión sistemática previa de la literatura señala la importancia de capacitar a las enfermeras para dar una respuesta integral desde el sector salud, así como la formación adicional a los profesionales motivados para desarrollar su experiencia y abanderar el liderazgo en materia de VG (Colombini et al., 2017).

El estado de opinión de los enfermeros y enfermeras sobre la implicación profesional en la actuación y seguimiento de los casos identificados de VG bajo el PAASVG en los centros de atención primaria está relacionado con la sensibilidad de los profesionales en materia de VG y en sus capacidades para ver y reconocer situaciones y escenarios que apunten a la identificación de malos tratos. De esta manera se podrá actuar de forma positiva y realizar el seguimiento que se requiera, según los casos. En la tabla 19 mostramos ejemplos de dichas temáticas.

Tabla 19. Materias relacionadas con el clima.

María (M, 51 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo creo que es que ya lo hemos incorporado un poco en la dinámica. Es que a nadie se le escapa, es decir, si una persona viene llorando con una cosa banal, hay algo más. Entonces puede ser una situación familiar complicada, ... pero tú no la dejas, no le dices esto no es nada. No, a usted le pasa algo más. Porque esto de la herida esta que se ha hecho usted aquí, eso no está para llorar. No es para llorar, no pasa nada, ¿no? Pero ¿a usted le pasa algo más? ¿Usted quiere contarme algo más?</i>
Elena (M, 41 años, >10 años en atención primaria)	<i>La mayoría, te digo, casi el 100% es un marrón. Ahora me viene esta mujer, ahora la tengo que atender, y encima, es porque a ella le da la gana, y seguimiento no voy a hacer. Está clarísimo. Es más, que se cambie de médico, que yo no quiero atenderla. Porque no sé cómo hacerlo, para empezar, y no me interesa. Y siempre pienso, o en muchas ocasiones se piensa que es que se lo ha buscado ella. Pero cuando a esa persona la citan en consulta una vez, otra vez, y vuelven a recaer, ya se desalientan y dicen "Anda, déjalo". Puede que las personas más sensibilizadas con el tema inicien el trabajo, pero acaban abandonándolo porque la misma mujer es una pesada y no puedes resolverlo. Y ahí se la tacha de hiperfrecuentadora, y dice: "si esta mujer lo que necesita es un buen polvo. Y si esta mujer lo que necesita es que se quite de en medio al tío ese". Pero que no es tan fácil.</i>
Montserrat (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Eso, lo de siempre, las personas que somos sensibles al tema, estamos motivados profesionalmente con el tema. Otros compañeros lo ven, pero no lo ven. Entiéndeme. Saben, reconocen conscientemente, racionalmente, que es un problema de salud, que puede generar muchos problemas, pero dice: bueno, pero, vamos a ver... Esto no es mío, esto no es para mí.</i>
Catalina (M, 55 años, <10 años en atención primaria)	<i>Que tú no tienes tiempo y tienes la más mínima sospecha de que la lesión que estás atendiendo está producida por violencia de género, evidentemente quédate inmediatamente con el nombre de esta mujer y al final del día deriva: "oye mira, a mí esta mujer, por Dios, ha venido ya tres veces con un hematoma aquí, ahora viene con una lesión en la muñeca y yo creo que esto es de una torsión de que le...", de lo que tú opines, y ya son tantas veces este mes,... Pues no te cuadra.</i>

Como se puede ver en los verbatines anteriores la manifestación y el abordaje de este tema en las diferentes entrevistas y grupos de discusión se centra fundamentalmente en la falta de apoyo y cobertura que presentan en ocasiones aquellos profesionales con sensibilidad a la VG por parte del colectivo de profesionales del equipo. Los argumentos y justificaciones para no realizar seguimiento y para no actuar en caso de identificación de una mujer con esta condición son muy variados y diversos. Esto concuerda con otras investigaciones que señalan las principales barreras para la detección de la VG, entre ellas los profesionales revelan barreras relacionadas con las

percepciones y actitudes, así como el miedo, siendo las barreras relacionadas con las mujeres identificadas en menor medida (Sprague et al., 2016).

Por último, el tema del impacto emocional está directamente relacionado con la práctica a la hora de abordar la VG ya que tienen lugar relaciones interpersonales con las mujeres. A saber, existe un impacto emocional elevado siempre que el profesional de enfermería tenga sensibilidad a la VG y su práctica se caracterice por una atención integral de las mujeres. Esta temática se refleja en la tabla 20 con los siguientes verbatimnes.

Tabla 20. Materias relacionadas con las emociones.

Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Hombre, ... a mí me hunde. Yo salgo como muy agotada mentalmente ... intento que esa persona sepa que estoy aquí, que puede venir cuando quiera, ... y, sobre todo, te vas hundida cuando ya a una persona se la llevan a una casa de acogida, aunque me hunde más también cuando se va a su propia casa.</i>
Juan (H, 44 años, >10 años en atención primaria)	<i>Muchas veces, lo que sientes es impotencia. Te gustaría hacer más, y a lo mejor no puedes hacer más y sí, sí, te afecta. Porque, además, auténticos problemones. Con muchas repercusiones en otros familiares también. Tienen niños pequeños que... dejan de asistir por los temores... La verdad es que sí, a nosotros, profesionalmente, nos impacta también emocionalmente.</i>
Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Últimamente estoy empezando a pensar que tengo sensibilidad por desgracia para mí, porque cualquier cosa que hay ya la veo, pero además si no lo veo yo, me llaman y ya es "mi" problema. Me importa como mujer, me interesa ideológicamente, porque creo que la prevención es lo único; aunque desde luego, la intervención, hay que saber cómo actuar, ya que igual que una persona con infarto se muere, lo puede hacer una mujer que no somos capaces de canalizar de manera adecuada cuando viene y te pide ayuda, y te dice "por favor, ayúdame que estoy en peligro, que llevan maltratándome toda la semana, asfixiándome y haciéndome".</i>
Carmen (M, 60 años, >10 años en atención primaria)	<i>Supone un desgaste bastante gordo y sobre todo emocional y sentimental y, porque, porque es así, das dos pasos para delante y otro para atrás. Yo recuerdo hace un mes, un caso que se presentó, de momento dijo que sí, y bueno, pues venga, ya, a través de la empatía que teníamos, ya tienes que denunciar porque ya esto no puede ser, yo te acompaño, vamos a intentarlo, llamamos a la asesora jurídica del punto de igualdad. Se vino con nosotras, yo creo que nos llevamos en el cuartel de la Guardia Civil al menos cinco horas. Y, ... bueno, pues ya está, le hicimos el acompañamiento a su casa, había dos menores que se nos habían perdido no sabíamos dónde estaban, tuvimos que irnos a buscar luego a los menores, vamos, un follón increíble y cuando ya respiras y dices bueno, a las 6 de la tarde dices, vamos a comer algo. Pues a las 9 de la mañana estaba aquí el sargento de la Guardia Civil, que te digo una cosa, aquí en el pueblo funcionan perfectamente, y me dice, vengo a darte una noticia, que estaba esperándome a las 9 de la mañana para quitar la denuncia. Entonces la verdad que es muy ... claro, pero ahí ya también, hay que seguir, hay que seguir.</i>

El impacto emocional que supone la atención a las mujeres aparece como una de las temáticas en torno a la cual se alude en los grupos de discusión y en las diferentes entrevistas realizadas. Se reflexiona sobre las diferentes formas de abordar esta situación y se confrontan situaciones que llevan aparejada una carga emocional elevada que trasvasa el plano profesional para invadir el plano personal. Existen estudios sobre esta temática que apuntan a la importancia del autocuidado de los profesionales para poder dar una atención de mayor calidad, se trata de conocer los propios sentimientos que experimentan los profesionales ante la VG, con la intención de reducir en caso de presentarse los sentimientos negativos, y si ello no es posible delegar en un compañero (Estévez Macas, 2017). El trabajo con VG requiere prácticas de autocuidado porque las situaciones que viven los profesionales con las mujeres afectan a la vida personal y ponen a prueba emociones y decisiones. Sin embargo, los sistemas de salud en general no contemplan espacios establecidos para el autocuidado de sus profesionales (Rojas Loría, 2014). El impacto emocional no impide entender a las mujeres, los profesionales de la salud muestran comprensión de la situación desfavorable, entendiendo los sentimientos de vergüenza, la dependencia económica, el miedo a la venganza de la pareja, las preocupaciones por la descendencia y la falta de confianza en las instituciones, como factores que mantienen a las mujeres dentro del ciclo de violencia (Djikanovic et al., 2010).

## **2. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN Y NECESIDADES DE LAS ENFERMERAS EN LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ANDALUZ PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**

En este apartado de resultados, presentamos las estrategias de implementación empleadas por las enfermeras y enfermeros en la aplicación del PAASVG. Estas estrategias de implementación suponen la base para la construcción de unos cuidados enfermeros que contemplen la sensibilidad a la VG en los diferentes centros de atención primaria.

Hemos identificado una variedad importante de estrategias de actuación que emplean los profesionales para atender a las mujeres bajo el marco del PAASVG. Han supuesto un total de 247 enunciados en el transcurso

de las entrevistas y grupos de discusión. Estas estrategias hacen referencia a un conjunto de acciones específicas con carácter intencional que se ponen en marcha para dar una atención integral a las mujeres. Son formas intencionales de actuación orientadas según los casos a ofrecer cuidados a las mujeres que no reconocen su situación, ofrecer cuidados a las mujeres que sí la reconocen y, por último, ofrecer cuidados a las mujeres que presentan una situación de peligro extremo. No obstante, no todos los profesionales que participaron en la investigación atendieron a mujeres que sufrían un peligro extremo para su vida. En su mayoría fueron enfermeras las que identificaron esta condición de peligro extremo. Las estrategias que utilizan los enfermeros y enfermeras para atender a las mujeres en cualquiera de sus tres perfiles identificados son las que se presentan a continuación.

El discurso de las enfermeras y enfermeros en el marco de las estrategias empleadas revela que las estrategias más usadas para ofrecer una atención integral son las de implementación y derivación. La derivación puede realizarse según los casos a: trabajo social, medicina de familia, trabajo en grupos de mujeres y recursos comunitarios. Las estrategias de información, empoderamiento y seguimiento a las mujeres se presentan con la misma frecuencia entre los enfermeros y enfermeras. Por su parte, las estrategias de registro y captación se desarrollan con la misma intensidad entre quienes cuidan a las mujeres (ver anexo 5).

Además, este bloque de resultados recoge las necesidades detectadas por las enfermeras y enfermeros para validar sus posiciones ante los cambios sanitarios que supone atender a la VG bajo el marco del protocolo de estudio. Estas necesidades suponen un reconocimiento a la problemática de la VG como un problema de salud que debe tratarse desde la atención sanitaria, así como contemplan áreas de mejora detectadas en su quehacer diario para el abordaje integral de la VG. Hemos reconocido una variedad de necesidades detectadas por los enfermeros y enfermeras participantes en el estudio para atender de manera holística a las mujeres. En total, son 95 enunciados los que hablan de necesidades detectadas para mejorar la atención. Estas necesidades hacen referencia a un conjunto de áreas de mejora identificadas para aumentar la calidad de la atención que se ofrece a las mujeres desde los

centros de atención primaria. Las necesidades a las que hacen referencia son las que se presentan a continuación.

Expondremos estas necesidades según su importancia en los discursos de los y las participantes. El cambio cultural se identifica como la necesidad más prevalente en los discursos. Se entiende que sí ocurre la transformación de las sociedades contemplando la igualdad como premisa básica repercutirá en la calidad de la atención ofrecida a las mujeres. De esta manera, si no ocurre el cambio las enfermeras y enfermeros entienden que no es posible terminar con el fenómeno de la VG. Seguidamente la formación e información se identifican con una frecuencia elevada. Se contempla como el aumento de la formación continuada que se ofrece a los profesionales repercute directamente en la atención ofrecida. A continuación, la creación de una consulta con personal referente, seguido del incremento en las medidas económicas y legales, se muestran importantes en ese orden de frecuencia. Se identifican con una menor frecuencia de aparición la necesidad del trabajo multidisciplinar, de la mejora de las infraestructuras, y la creación o potenciación de los consejos de salud, según los casos. Finalmente, aparece recogido en los discursos de las enfermeras y enfermeros el reconocimiento y la puesta en marcha de la figura de la enfermería escolar con un campo de actuación importante en lo que respecta a la promoción de la salud en el contexto de la población adolescente y destinada al establecimiento de relaciones igualitarias basadas en el respeto de ambos (ver anexo 6).

### **2.1 Estrategias de implementación y derivación.**

Estas estrategias tienen su naturaleza en la praxis de las enfermeras y son producto de la reflexión de ellas para atender dentro de los sistemas de salud a las mujeres bajo el PAASVG. En nuestro análisis encontramos que este tipo de estrategias adopta diferentes matices según: 1) Si los profesionales aluden el apoyo emocional; 2) Si los profesionales apuntan al empleo de las habilidades de comunicación; 3) Si los profesionales señalan la importancia de mostrarse disponibles a las mujeres y alerta ante los indicadores de sospecha de malos tratos; y 4) Si los profesionales indican la derivación a otros miembros del



equipo. Enfermeras y enfermeros desarrollan en sus discursos estrategias empleadas en la atención a la VG desde sus entornos sanitarios.

### 1) El apoyo emocional.

La estrategia de apoyo emocional consiste en ofrecer espacios que permitan el desahogo de las mujeres. Estos espacios pueden darse por un lado en la consulta de enfermería de los centros de atención primaria o bien, ser espacios en el domicilio si las circunstancias los permiten. Este tipo de estrategia que se desarrolla en mayor medida por las enfermeras ha sido cruzada con los diferentes perfiles de mujeres que pueden atenderse bajo el marco del PAASVG. A saber, mujeres que no reconocen los malos tratos, mujeres que sí los reconocen y mujeres que presentan un peligro extremo para su vida. Esto se ha realizado a través del método de comparación cruzada, resultando que el uso de la estrategia de apoyo emocional aparece asociado a los cuidados que se ofrecen a las mujeres de los tres perfiles definidos más arriba. En la tabla 21, aparecen ejemplos de este tipo de estrategia.

Tabla 21. Estrategia de apoyo emocional.

Carmen (M, 60 años, >10 años en atención primaria)	<i>Entonces, una vez que tú, has logrado, que es nuestro objetivo, de que ella se abra y hable, pues entonces tú ya, tienes que tranquilizarla, relajarla y decirle que, cuenta con tu ayuda, que tú le vas a ayudar en todo lo que pueda y bueno con total confidencialidad, a la hora que nadie sospeche nada, porque ella tiene miedo de que se enteren, y bueno, tú ya empiezas a ayudarla, ya se relaja, y está comprobado que cuando llegas a ese punto que ella ve ya una salida, esos síntomas anteriores empiezan a desaparecer, eso está clarísimo, entonces pues tú ya, pues dice vamos a empezar al protocolo, así es como nosotros hacemos el seguimiento y la captación de los pacientes.</i>
Marcos (H, 48 años, <10 años en atención primaria)	<i>Cuando la mujer no percibe que ha sido o está siendo maltratada, choca con nuestra realidad, hay mujeres que se colapsan y hay que darle un tiempo. Porque si no, se pueden sentir manipuladas por el profesional, y hay que darle ese tiempo. Y hay veces que ellas vienen. Y, nunca suelen ser medidas drásticas. Sino que empiezan a imponer su criterio: pues no, pues voy a salir hoy, voy a dar una vuelta, ... Son pequeños cambios. En esto, el "todo o nada" es muy complicado.</i>
María (M, 51 años, >10 años en atención primaria)	<i>Pero es que me parece que si alguien está pensando en irse o alguien está pensando en recoger cosas, eso significa que está muy dispuesto. Con lo cual, es empujarla casi a que lo haga, ¿no? Y luego bueno, pues ya podrá si acaso rectificar. No dejar más tiempo en eso. Cuando una mujer ha tomado una decisión, hay que apoyar. No hay que retenerla, hay que apoyarla.</i>

Como se puede ver en los verbatines anteriores, las prácticas de cuidado de los enfermeros y enfermeras van enfocadas principalmente a manifestar la necesidad de ofrecer apoyo emocional a las mujeres que se encuentren en cualquiera de los perfiles nombrados más arriba. Estas afirmaciones donde se detallan ejemplos de abordaje muestran que las enfermeras y enfermeros tienen recursos para atender a las mujeres en relación con el cambio de perspectiva que implica actuar bajo el marco políticas sanitarias con perspectiva de género. Así se evidencia en el discurso de Carmen. Para Marcos, el apoyo emocional también debe darse cuando aún no se ha reconocido la situación, siendo necesario tiempo para afrontar y reconocer la situación vital. Finalmente, el apoyo emocional debe estar presente en las decisiones que tomen las mujeres, así lo evidencia María cuando habla de la importancia de apoyar a la mujer una vez ha tomado la decisión de abandonar la relación.

Estos resultados son afines a otras investigaciones donde se recoge que el apoyo emocional con intervenciones psicológicas a las mujeres es clave durante todo el proceso (Hegarty et al., 2016; Pérez García & Manzano Felipe, 2014). Se trata de establecer un vínculo de confianza entre el profesional y la mujer con aceptación, escucha activa y actitud empática (Estévez Macas, 2017; Visentin et al., 2015) y realizar intervenciones con las mujeres para disminuir la ansiedad a través de técnicas de relajación (Sánchez-Herrero et al., 2017). Así es como la respuesta inicial de los profesionales debe incluir la consulta y escucha sin juzgar, el acceso a servicios de apoyo psicológico y una primera atención psicológica (Chisholm et al., 2017; García-Moreno et al., 2015). Un estudio previo realizado en México evaluó una intervención realizada por enfermeras para la reducción de la VG y la mejora en la calidad de vida, determinando mejoras significativas de las mujeres que recibieron la intervención aumentando la calidad de vida mental y los comportamientos para planificar su seguridad (Gupta et al., 2017). En un ensayo controlado se observa la mejora de la salud mental a través de una ayuda interactiva basada en una web (Koziol-McLain et al., 2015). Asimismo, una revisión sistemática previa sostiene como resultados prometedores los tratamientos psicológicos específicos para la recuperación de la VG (Hegarty et al., 2016).

Cuando las enfermeras se sienten competentes para responder a la VG, pueden trabajar junto con las mujeres para optimizar su seguridad (Bradbury-Jones et al., 2016). Las sesiones de psicoterapia se plantean como prometedoras para mejorar la atención (Chisholm et al., 2017). Dar apoyo se convierte en una intervención importante para mitigar los efectos y los riesgos que suponen la VG en la salud de las mujeres (Falb et al., 2014). Así es como en un estudio anterior donde se evalúa un tratamiento conductual se obtienen resultados significativos de menos angustia psicológica con reducción del estrés postraumático y menor deterioro funcional de las mujeres (Bryant et al., 2017).

## 2) Las habilidades de la comunicación.

La estrategia de habilidades de la comunicación se muestra necesaria para el abordaje y consiste en utilizar herramientas comunicativas como aspecto clave en el cuidado de las mujeres. Estas herramientas de la comunicación empleadas por los enfermeros y enfermeras son múltiples y diversas y resaltan su buen hacer en la atención ofrecida. Este tipo de estrategia también ha sido cruzada con los diferentes perfiles de mujeres que pueden atenderse bajo el marco del PAASVG. A saber, mujeres que no reconocen los malos tratos, mujeres que sí los reconocen y mujeres que presentan un peligro extremo para su vida. Todo ello, se ha realizado a través del método de comparación cruzada, resultando que el uso de la estrategia de habilidades de la comunicación aparece asociado a los cuidados que se ofrecen a las mujeres de los tres perfiles definidos más arriba. La desarrollan en su quehacer diario enfermeras y enfermeros. Ejemplos de este tipo de estrategia se detallan a continuación en la tabla 22.

Tabla 22. Estrategia de habilidades de la comunicación.

Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Y luego hay técnicas de preguntar en la entrevista, como: "¿veo que hay algo que te preocupa, quieres hablar del tema?" No es forzarle a decir nada, pero es dejarle la puerta abierta, y sobre todo que se vayan sabiendo que pueden volver, me llamas y entras aquí y me haces una señal y en el momento que quieras hablamos.</i>
María (M, 51 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo cuando tengo a una persona delante es muy fácil, tú le puedes decir lo mismo que acaba de decir. ¿Qué me quiere usted contar? ¿Qué me está usted queriendo decir?, ¿Me ha dicho usted que su marido le pega? Estoy devolviendo lo que ella me ha dicho. ¿Me está diciendo que no la trata bien? Vale, no empleamos la palabra maltrato. Lo que ellos me han dicho, yo se lo devuelvo. Entonces ellos me ratifican si sí o si no.</i>
Montserrat (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Vamos a ver, ahí, el primer cuidado es la escucha activa por parte de nosotros, una escucha activa. Que sean ellas las que expongan, las que digan y demás. Porque todavía en lo sanitario tenemos el defecto de ser paternalistas. Y eso no ayuda. Si tú consigues, que ella se exprese tal como es, después, que tú le des seguridad, que ella se sienta segura, porque es que están hechas polvo, que tienen destruida su autoestima, que tienen miedo, miedo físico. Pero pienso que el primer cuidado es a nivel emocional, la descarga, o sea, la escucha activa, que ellas tomen la palabra y que nosotros estemos más tiempo calladitos, y, a partir de lo que ella exponga. Y dar seguridad.</i>
Magdalena (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Una noche estábamos de guardia, y nos llegó una mujer con una herida incisa justo en la frente y el marido a grito pelado, mi mujer, que se ha caído, que está muy mala. Bueno, tranquilo. Él quería constantemente entrar. Usted se queda fuera. Vamos a ver qué herida trae su mujer. La mujer, tenía una herida justo en la frente que le había producido un levantamiento de parte del cuero cabelludo. Con qué se ha caído usted. Me he caído, me he levantado de noche y me he resbalado y me he dado con la mesita de noche. Y yo, ¿un golpe muy fuerte para hacerse esto, no? Señora. Sí, sí, sí. Pero es una sensación. Una intuición. Y ya un momentito, me acerqué a la mujer y digo, le vendamos porque no podíamos nosotros suturarlo, había que derivarla al hospital, y digo, perdona que te diga, yo te voy a hacer una pregunta. En ese momento no te puedes andar con tonterías. Tienes que ir al grano, aquí hay que ir, a ti tu marido te ha pegado y esto te lo ha hecho tu marido con un empujón, y te has dado con algo, pero esto ha sido con un empujón. Y dice: "sí" Ya mismo llamo a la Guardia Civil.</i>

En los verbatines anteriores se puede apreciar como las prácticas de habilidades de la comunicación en el cuidado de las mujeres por parte de los enfermeros y enfermeras van enfocadas principalmente a emplear la escucha activa como herramienta esencial. Estas afirmaciones donde se detallan ejemplos de abordaje muestran que las enfermeras y enfermeros son hábiles en su quehacer diario empleando herramientas de la comunicación en las entrevistas clínicas que mantienen con las mujeres. Estas herramientas que utilizan suponen desde el empleo de preguntas indirectas como en el discurso

de Mónica, las preguntas donde se le devuelve la misma información que ha apartado la mujer con objeto de obtener más información como en el discurso de María, el manejo de los silencios en la consulta, tal y como afirma Montserrat o incluso la evitación del término "maltrato" por ser un término tabú aún en las sociedades contemporáneas. Aparece también el abordaje con preguntas directas cuando existen situaciones de urgencias, como relata en el ejemplo Magdalena. A través de estas estrategias igualmente reflexionan sobre la "normalización" de esta forma de vida para muchas de las mujeres atendidas en sus consultas de atención primaria.

Estos resultados son afines a otras investigaciones donde se recoge que las enfermeras atienden con herramientas de la comunicación a las mujeres, siendo el diálogo y la escucha activa intervenciones clave para el abordaje (Sánchez-Herrero et al., 2017; Visentin et al., 2015). Hacer preguntas cortas e indagar se convierte en una estrategia indispensable (Estévez Macas, 2017; Sprague et al., 2017) y nuestros resultados así lo corroboran con diferentes abordajes a la hora de preguntar a las mujeres por el fenómeno de la VG. Otros estudios sugieren el uso de cuestionarios o instrumentos de cribado para la identificación de casos de VG, así como el uso de un guion de cuestiones (Baidés Noriega, 2018; Paterno & Draughon, 2016; Sprague et. al, 2016) y la importancia de desarrollar una comunicación terapéutica siendo sistemático en las intervenciones (Paterno & Draughon, 2016). Por ello, en la fase para la identificación la escucha empática y la validación de la experiencia de las mujeres son aspectos fundamentales en la atención ofrecida (García-Moreno et al., 2015). Se vuelve un aspecto clave para el reconocimiento de la VG el apoyo para mantener conversaciones difíciles (Bradbury-Jones et al., 2016).

### 3) Estar disponible y/o estar alerta.

Estar disponible y/o estar alerta se convierte en una estrategia empleada por enfermeras y enfermeros. Consiste en mostrar disponibilidad a las mujeres a través de la presencia física en la consulta de enfermería, o bien, a través de la disponibilidad telefónica con la posibilidad de recurrir a él cuando lo estimen oportuno las mujeres. Por otro lado, y enmarcado dentro de esta estrategia se desarrollan todas aquellas acciones que realizan las mujeres

y que alertan a las enfermeras. Presentar sintomatología difusa y cambiante que no mejora con los tratamientos habituales y comportamientos subyacentes a episodios de ansiedad, entre otras. Este tipo de estrategia igualmente se ha cruzado con los diferentes perfiles de mujeres que pueden atenderse bajo el marco del PAASVG. A saber, mujeres que no reconocen los malos tratos, mujeres que sí reconocen los malos tratos y mujeres que presentan un peligro extremo para su vida. Esto se ha realizado a través del método de comparación cruzada, resultando que el uso de la estrategia de estar disponible y/o estar alerta aparece asociado a los cuidados que se ofrecen a las mujeres de los tres perfiles definidos más arriba. Algunos ejemplos de este tipo de estrategia se reflejan en la tabla 23.

Tabla 23. Estrategia de estar disponible y/o estar alerta.

Carmen (M, 60 años, >10 años en atención primaria)	<i>El saber que tú estás en presencia para todo lo que necesite y el saber que ellas tienen un apoyo y pueden contar con nosotras en cualquier momento, y a cualquier hora que necesiten, ... que vamos nosotras a ayudarla. Mantener la confidencialidad, ...</i>
Ángel (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<i>Casos claros de ... no recuerdo haber tenido ninguno, entonces, mi intervención casi siempre ha sido más en empoderar, en dar herramientas, en dar un teléfono 'ten mi teléfono si ...' cuando me ha parecido que podía haber más problemas del que verbalmente me contaban, por lo que observaba.</i>
Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Pero si es verdad que cuando tú ves que la señora está ansiosa le preguntas si hay algo más, porque si no, no vas a detectar nada; si no quieres detectar vas le haces el electro, le tomas la tensión, terminas a tiempo, ... sin embargo, si tú vas con las gafas puestas de verlo, si te pones las gafas de verlo lo vas a empezar a ver, cuando una persona que tiene el electro bien, le baja toda la tensión, no sabe dónde poner el bolso, no sabe cómo desnudarse, está ansiosa, agobiada, y tú le dices "mira, tranquilízate, que así vas a tener la tensión alta, vamos a ver", y empiezan las lágrimas a aflorar, pues ya sabes que hay algo malo.</i>

En este tipo de estrategia podemos observar posturas diversas por parte de las enfermeras y enfermeros. Por un lado, se muestra el profesional con un discurso conciliador, dónde se alude a la importancia de adquirir y optar por este tipo de estrategia para el abordaje de las mujeres. Defendido por la figura de Carmen y Ángel cuando mencionan por ejemplo la importancia de que las mujeres conozcan de la presencia de las enfermeras y sepan que tienen el apoyo en cualquier momento. Y, por otro lado, se muestra un discurso crítico y reivindicativo en lo que respecta al protocolo, llegando incluso a cuestionar la

labor de los profesionales bajo éste y la importancia de la predisposición del profesional para la detección de los casos de VG. Esto se observa en la voz de Luz cuando menciona *la* importancia tener "las gafas" puestas para poder ver la problemática.

Estos resultados concuerdan con un estudio previo que señala la importancia de desarrollar una estrategia de abordaje centrada en las mujeres, desarrollando una relación de confianza (Goicolea et al., 2015). Esto mismo también ocurre en la atención a mujeres migrantes que presentan VG, donde se deben desarrollar relaciones basadas en la confianza para contribuir a la resolución del problema (Fingeld-Connett, 2017). El profesional de enfermería tiene un papel decisivo en el proceso de detección de signos y en la recepción y acogida de las mujeres que presenta VG (Gupta et al., 2017; Pérez García & Manzano Felipe, 2014). La detección temprana y la confirmación de los casos son tareas básicas de los equipos de atención primaria de salud (Baidés Noriega, 2018), así como la detección a través de la entrevista de factores que indican la presencia de violencia sexual (Alonso Lupiañez, 2017). El screening se presenta como una herramienta que aumenta la identificación de mujeres que presentan VG, pero no incide en la disminución de la prevalencia (Sancho Raimundo et al., 2017). Otros estudios sostienen la importancia del screening universal breve a todas las mujeres que consulten para la detección (Chisholm et al., 2017; Daniel & Milligan, 2013; Williams et al., 2016) o del screening regular (Falb et al., 2014; Hewitt, 2015). También se recoge un screening basado en indicadores de sospecha cuando existen signos y síntomas relacionados con la violencia como intervención previa para después realizar una valoración psicosocial determinando la gravedad de los factores de riesgo (Daniel & Milligan, 2013). En una investigación cualitativa previa encontramos que la intervención para la identificación de la VG devolvió mejoras percibidas por las mujeres en la salud, así como mayor percepción de seguridad (Bradbury-Jones et al., 2017). Encontramos, además, una investigación que emplea el screening utilizando protocolos para evaluar el riesgo de una mujer de ser asesinada por su compañero íntimo, siendo precisos los resultados (Messing et al., 2017). Asimismo, se encuentra otra investigación que apunta también la importancia

de la identificación y screening entre la población adolescente (Ferreira et al., 2014). En nuestros resultados los enfermeros y enfermeras no realizan screening de manera universal, pero sí cuando existen indicadores de sospecha de malos tratos.

#### 4) La derivación.

La estrategia de derivar es una táctica que se hace necesaria para el abordaje de las mujeres y consiste en poner en conocimiento de otros miembros del equipo multidisciplinar que opera en los centros y/o a los recursos comunitarios disponibles para el abordaje de la VG. Esta técnica que utilizan los profesionales se muestra con matices según si es desarrollada por las enfermeras o por los enfermeros. Además, esta estrategia se ha cruzado con los diferentes perfiles de mujeres que pueden atenderse bajo el marco del PAASVG. A saber, mujeres que no reconocen los malos tratos, mujeres que sí los reconocen y mujeres que presentan un peligro extremo para su vida. Todo ello, se ha realizado a través del método de comparación cruzada, resultando que el uso de la estrategia de derivar se asocia igualmente a los cuidados que se ofrecen a las mujeres de los tres perfiles definidos más arriba. A continuación, se van a mostrar disgregados los resultados de los diferentes tipos de derivación que pueden realizar los enfermeros y enfermeras.

#### Derivar a Trabajo Social.

La derivación que pueden realizar a Trabajo Social se presenta en muchas ocasiones como un punto ineludible porque se considera que forman una pieza clave en el abordaje de la VG bajo el marco del protocolo en estudio. A diferencia de las anteriores estrategias planteadas, en este caso concreto los enfermeros participan más en el uso de la estrategia de derivación a Trabajo Social, frente a las enfermeras. Ejemplos de este tipo de estrategia se detallan a continuación en la tabla 24.



Tabla 24. Derivar a Trabajo Social.

Pedro (H, 46 años, >10 años en atención primaria)	<i>Si conseguimos que, por fin, a lo mejor no en la primera visita, en visitas sucesivas, que por fin nos diga lo que le está pasando, pues ya pondríamos en marcha. Según la gravedad del asunto, implicaríamos a la trabajadora social.</i>
Catalina (M, 55 años, <10 años en atención primaria)	<i>Si tú no tienes tiempo en un momento dado, oye, te voy a citar para otro día o te voy a pedir cita con la trabajadora social. Pero "¿por qué?" porque a mí me gustaría que tú hablaras, tú has comentado aquí una cosa que yo ahora mismo no tengo tiempo, pero a mí me gustaría que lo habláramos con la trabajadora social, ... y ante la más mínima sospecha, antes de que eso se escape.</i>
María (M, 51 años, >10 años en atención primaria)	<i>Si me llega ya sé que me tengo que poner en contacto con la trabajadora social, que ella sabe perfectamente qué es lo que hay que hacer y va a ser la que nos oriente. Y por supuesto, vas a seguir el mismo circuito, vas a hablar con la trabajadora social o te vas a acompañar para que vaya a hablar con la trabajadora social.</i>
Montserrat (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Ese plan de actuación consistió en una llamada a la trabajadora social. Y, entonces, a partir de ahí, contactar con su médico de familia ... La compañera empezó a hacer, lo que es la llamada a la policía ... Sí, en una ocasión y te diría incluso que en dos. Vino la policía al centro de salud, hizo un acompañamiento ... Le explicó ... ¿Qué ocurrió de todo esto que se armó, tan gordo? Que, al final, ella no quiso poner denuncia.</i>
Lorenzo (H, 59 años, <10 años en atención primaria)	<i>No. Ese tipo no se me ha dado, yo creo que, si me hubiera pasado, quizás, ese escalón - creo, ¿eh? - debería de asumirlo ya a ese nivel, gente como la trabajadora social, que, en este caso, es la que tenemos. Estoy completamente seguro de que mi compañera analizaría perfectamente eso, mejor que yo cincuenta veces.</i>

A lo largo de estos fragmentos, podemos observar diversas situaciones donde se emplea la estrategia de derivación a Trabajo Social. Por un lado, y a través de los planteamientos que discurren desde la voz de Pedro y Catalina se emplea la derivación en el caso de las mujeres que no reconocen la situación de malos tratos, pero sí hay indicadores de sospecha evidenciados por parte de ellos. Llegado este punto la derivación puede efectuarse antes incluso de la confirmación por parte de las mujeres. Por otro lado, y a través de los discursos de María y Montserrat, se ve cómo se emplea fehacientemente la derivación en aquellos casos en los que existe la confirmación de malos tratos y por ello, las mujeres sí reconocen su situación. Se observa cómo se otorga un peso importante a la figura de este tipo de profesionales una vez se realiza la confirmación e incluso cuando se aborda a mujeres que presentan una situación de peligro extremo, representado en el discurso de Lorenzo. Se evidencia en los resultados expuestos, la importancia de atender los casos de VG bajo las directrices del PAASVG por parte de un equipo multidisciplinar

donde todos los profesionales que intervienen realizan sus funciones para dar cobertura a las mujeres.

Estos resultados son afines a investigaciones previas que sugieren la importancia de atender a las mujeres que presenta VG bajo el marco de protocolos de actuación y donde intervengan profesionales de diversas disciplinas para garantizar el éxito de la actuación. Una vez se detecta la VG, la derivación se presenta como una estrategia necesaria para ayudar a las mujeres (Gupta et al., 2017; Shavers, 2013; Sprague et al. 2016; Visentin et al., 2015; Williams et al., 2016). No obstante, en una investigación previa con una población escasa de mujeres, la derivación a otros profesionales y a enfermeros especialistas en salud mental devolvió una calidad en la atención inadecuada (Joyner & Mash, 2014). Sin embargo, en otra investigación cualitativa posterior la derivación realizada arrojó mayor percepción de seguridad (Bradbury-Jones et al., 2017). Otro estudio señala que la derivación debe realizarse a los trabajadores sociales (Sprague et al., 2017), hecho que coincide con nuestros resultados ya que en mayor medida los enfermeros y enfermeras que participan apuntan a la derivación de los casos a Trabajo Social. Otra investigación señala que las derivaciones pueden ser internas dentro del ámbito de la salud o externas, implicando a otros profesionales que también trabajan con la VG, pero que en cualquier caso esas derivaciones deben ser adecuadas (Goicolea et al., 2015).

#### Derivar a Medicina de Familia.

Entre la estrategia de derivación que emplean los enfermeros y enfermeras también se incluye la derivación a Medicina de Familia. Encontramos como los enfermeros también participan de este tipo de derivación bajo el PAASVG. Además, otorgan un peso importante a la labor que deben desarrollar estos profesionales, sobre todo en el caso de las mujeres que ya han reconocido su situación y/o existe un peligro extremo para su vida. En el caso concreto de las enfermeras, emplean igualmente este tipo de derivación, pero su discurso se centra en una falta de apoyo por parte de estos profesionales para el correcto abordaje de la VG desde los centros de

atención primaria. A continuación, en la tabla 25, se detallan ejemplos de este tipo de estrategia.

Tabla 25. Derivar a Medicina de Familia.

Manuel (H, 54 años, >10 años en atención primaria)	<i>Lo único que puedes hacer es apuntártelo mentalmente y decir, hago un seguimiento, incluso si depende del profesional, si sería ... Si, por ejemplo, soy yo pues yo creo que intentaría hablar con su médico de familia y ponerle alerta ... Que estuviera también alerta ... En alerta pues si en un momento dado tienen más relación, o en un momento dado que se pueda abrir ...</i>
Lorenzo (H, 59 años, <10 años en atención primaria)	<i>Alguna vez, pero ha sido muy tangencial porque, evidentemente, eso lo deriva el médico, lo trata el médico, y a lo mejor, lo que te llega, ... Me estoy acordando de una tarde que vino una señora, y fue curar la lesión a nivel de cura plana, pero todo el protocolo y toda la derivación la hizo el médico.</i>
Marina (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<i>Ante la sospecha de ... me pongo en conocimiento de su médico de referencia. Que casi siempre, no ve nada. No ve nada importante. Pero bueno, ya pongo sobre aviso al personal, y además lo dejo reflejado en la historia, y además le doy la opción a la señora.</i>
Juan (H, 44 años, >10 años en atención primaria)	<i>Sobre todo, el recoger los hechos también, junto con el médico, hablar con el médico, y una responsabilidad también de comunicación de los hechos y no dejar que pasen desapercibidos. Yo creo que sí, que tenemos una labor importante. Porque muchas veces acuden aquí antes que a cualquier otra ... comisaría de policía, guardia civil, policías locales. Entonces, nosotros muchas veces somos la primera puerta de entrada.</i>
María (M, 51 años, >10 años en atención primaria)	<i>Si le parece bien, lo comentamos con su médico, se lo comentamos con la trabajadora social, quiere hablarlo con alguien. Usted quiere un apoyo de un psicólogo. ¿Usted quiere algo más que yo le pueda orientar o que yo le pueda acompañar para que esto vaya por buen camino?</i>

A lo largo de estos discursos podemos revelar como se otorga un valor añadido por parte de los enfermeros a los profesionales de Medicina de Familia para el seguimiento de la VG desde los centros asistenciales sanitarios. A través de los planteamientos que discurren desde la voz de Manuel se concede una mención importante a la relación medicina de familia-usuaria, incluso por encima de la relación que la mujer pudiera tener con las enfermeras. En el discurso de Lorenzo, se corrobora lo anterior donde además existe una posición en la que elude responsabilidades en el actuación y seguimiento de los casos de VG atendidos en los centros asistenciales sanitarios. Por otro lado, Marina adopta un posicionamiento crítico con la disciplina de Medicina de Familia puesto que habla de la derivación, pero no encuentra el apoyo en ella. De aquí se deduce como serían las enfermeras las responsables de estar alerta a los indicadores de sospecha de malos tratos y

del seguimiento posterior para la confirmación de los casos bajo el protocolo objeto de nuestro estudio. Al igual que ocurría con la derivación a Trabajo Social, de nuevo aquí se evidencia en los resultados presentados que para cubrir los cuidados a las mujeres que presentan VG, reconocida o no por ella, es necesario un equipo multidisciplinar donde todos los profesionales intervengan. Esto se presenta con un ligero matiz, ya que se observa como en el caso de uno de los enfermeros una vez aparece la figura de estos profesionales para atender la VG, la participación suya queda reducida al tratamiento y control de los síntomas derivados de la situación violenta. Sin embargo, para las enfermeras la derivación a Medicina de Familia adopta una función meramente informativa, siendo ellas responsables del seguimiento de los indicadores de sospecha.

Investigaciones previas ya sugieren la importancia de atender a las mujeres que presentan VG bajo el marco de protocolos de actuación siendo necesaria la intervención de profesionales de diversas disciplinas para garantizar el éxito de la actuación, se trata de garantizar un trabajo multidisciplinar y coordinado que asegure unos cuidados integrales e individualizados (Estévez Macas, 2017).

#### Derivar a Grupos de Mujeres.

La derivación que pueden realizar los enfermeros y enfermeras a Grupos de Mujeres se presenta en muchas ocasiones como tangencial o complementaria, ya que no todos los centros asistenciales sanitarios cuentan con esta metodología para atender a la población a la que dan cobertura. Son las enfermeras las que realizan en mayor medida este tipo de derivación para el abordaje de la VG. No obstante, y a diferencia de las anteriores estrategias planteadas, este tipo de derivación solo se tiene en cuenta cuando las mujeres no han reconocido aún su condición, con objeto de que el trabajo desarrollado en los grupos contribuya a ello o cuando ya existe un reconocimiento expreso por parte de las mujeres. En este último caso, solo las enfermeras contemplan esta estrategia en los cuidados que desarrollan. En ningún caso, se ha empleado la estrategia de derivar a Grupos de Mujeres

cuando existía una situación de riesgo vital para las mujeres. Ejemplos de este tipo de estrategia se detallan a continuación en la tabla 26.

Tabla 26. Derivar a Grupos de Mujeres.

Isabel (M, 36 años, <10 años en atención primaria)	<i>Bueno, que hay unas terapias de grupo que a lo mejor ahí sí se puede sacar información de este tipo, porque, claro, el perfil es como de mujeres que estén así... que tengan tendencia a la depresión ... O que tengan problemas de dolores o fibromialgia ... Y que necesiten un poco como un apoyo psicológico, y entonces, nosotros podemos derivarlas. Y eso sí lo veo yo algo positivo, porque a lo mejor tú no ves que pueda haber un maltrato, pero allí sí en una terapia sí que pueden sacarlo.</i>
Elena (M, 41 años, >10 años en atención primaria)	<i>Hombre, me gustaría o me parecería adecuado un montonazo de talleres, si ella pudiera, con mujeres maltratadas, donde lo fundamental es que se mejorara la autoestima. Básico. Mira, es mi opinión, ahí, trabajar, ahí, ahí, ahí.</i>
Magdalena (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Nosotras aquí organizamos grupos de GRUSES que son grupos de apoyo a mujeres por violencia de género. Que a lo mejor no han denunciado sino simplemente que se sabe, que ellas lo asumen, les ha costado un trayecto asumirla, pero bueno, se les deriva a esos grupos y es un apoyo que tenemos fundamental.</i>

En los verbatines anteriores se puede apreciar como la estrategia de derivar a Grupo de Mujeres se desarrolla fundamentalmente por las enfermeras dentro de los cuidados que ofrecen a las mujeres que aún no reconoce la situación de malos tratos, como se evidencia en el discurso de Isabel. También se emplea una vez existe el reconocimiento de las mujeres de la condición de VG, representado a través del discurso de Elena y Magdalena. Estas afirmaciones donde se detallan ejemplos de abordaje en grupo muestran que las enfermeras presentan respeto a las decisiones de las mujeres cuando existe reconocimiento, pero no denuncia pública. No obstante, dejan de emplear esta estrategia en lo que respecta a situaciones donde existe un riesgo vital para la vida de las mujeres, ya que según entendemos esta situación no requiere del abordaje en grupo.

El trabajo en grupos está recogido en la literatura como escenarios idóneos para el abordaje de la VG, siendo una intervención importante la derivación a los grupos de apoyo (Sánchez-Herrero, et al., 2017). Además, nuestros resultados son afines a una investigación previa que concluye que

debe primar el respeto a la decisión de las mujeres, no desvalorizando a través de una valoración holística (Estévez Macas, 2017).

#### Derivar a Recursos Comunitarios.

Entre las derivaciones que pueden realizar se engloban también los Recursos Comunitarios de carácter público. Se trata de Servicios Sociales e incluso el uso de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. En ningún caso se alude a la derivación hacia recursos de carácter privado, lo que otorga una confianza de los profesionales a la gestión pública de la VG. Este tipo concreto de derivación se desarrolla tanto por enfermeras como por enfermeros para el abordaje de la VG. Además, es empleada en cualquiera de las situaciones planteadas. Es decir, tanto si las mujeres no reconocen la situación de VG, como sí la reconocen. Igualmente se utiliza en el caso de existir un peligro extremo para la vida de las mujeres. Algunos ejemplos de este tipo de estrategia se detallan a continuación en la tabla 27.

Tabla 27. Derivar a Recursos Comunitarios.

Monserrat (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Bueno, pues entonces, dirigir la entrevista a la consecución de mis sospechas. Si, en ese momento, dispongo de tiempo y si la señora también dispone de tiempo, le voy desdramatizando, para que ella sepa de los centros que hay, aparte de ... a través de su médico de familia, de los recursos que hay, de los teléfonos ...</i>
Marta (M, 56 años, >10 años en atención primaria)	<i>Hombre, normalmente cuando se detecta, normalmente muchas veces se deriva a los Servicios Sociales. Una vez que se valora, o se sospecha, porque siempre hablamos de sospecha, se deriva a los Servicios Sociales y se estudia el caso.</i>
Juan (H, 44 años, >10 años en atención primaria)	<i>Darle las herramientas que pueda precisar. Como contacto con servicios sociales ... Contacto con policía... Incluso facilitarle teléfonos ... Preguntarle por la familia, hacer una valoración familiar, también ... Otras necesidades que pueda haber en el entorno, en la familia, que a lo mejor nosotros no vemos directamente en consulta ...</i>
Alberto (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<i>Ahí nos ayudamos mucho. Y nos movemos mucho a nivel de los servicios sociales y entonces tenemos ahí como ... Tenemos ahí una telaraña que nos apoyamos unos a otros. Y eso.</i>
Carmen (M, 60 años, >10 años en atención primaria)	<i>Bueno, sí, pero, como que eso normalmente, el caso del año pasado, no, el caso más gordo, que al final la mataron vamos. Y la verdad es que, pero tanto nosotras no, nosotras detectamos y ya derivamos, que, aunque hagamos después el seguimiento en las comisiones locales de violencia, pero hay quien más trabaja, una vez que detectamos, las que más trabajan son las compañeras de igualdad, del ayuntamiento.</i>

A lo largo de estos discursos podemos revelar como se concede un peso importante a la labor que se realiza desde los Recursos Comunitarios para el abordaje de la VG. La complejidad del fenómeno de la VG requiere de su engranaje desde diferentes esferas. Encontramos posiciones diferentes en cuanto a este tipo de estrategia. Por un lado, y a través del planteamiento que discurre desde la voz de Montserrat la derivación pasa previamente, en el caso de las mujeres que aún no ha reconocido su situación, por una etapa informativa donde se aportan datos de la batería de recursos a su disposición. Igualmente, y cuando ya existe reconocimiento de los malos tratos, se informa y deriva a los recursos comunitarios, como se ve en el discurso de Marta y Juan. Por otro lado, la posición de Alberto concede igual importancia al papel que puedan desarrollar los recursos comunitarios y los centros sanitarios para formar un equipo y tener éxito en el abordaje de la VG. Y finalmente existe un discurso representado en la voz de Carmen, donde la derivación a los recursos comunitarios se lleva a la máxima. Se trata de situaciones donde existe peligro extremo para la vida de las mujeres. Aquí son las enfermeras las que recurren a la estrategia de derivar a recursos comunitarios, puesto que son ellas las que en mayor medida identifican situaciones que suponen un riesgo vital para las mujeres. Carmen concede un valor añadido al trabajo que se desarrolla desde los recursos públicos comunitarios y representa con su discurso la importancia de la coordinación de los diferentes agentes implicados en el abordaje de la VG desde la comunidad. Encontramos únicamente dentro de esta estrategia la participación de un enfermero que utilizó dichos recursos para salvaguardar la vida de la mujer ante una situación de peligro extremo.

Investigaciones previas apuntan la importancia de la coordinación entre los diferentes agentes para atender la VG desde la comunidad con derivaciones de apoyo a agencias y/o recursos comunitarios, empleando el uso de espacios privados (Falb et al., 2014). Además, se señala en un estudio previo el contacto con la justicia en caso de peligro inminente (Daniel & Milligan, 2013), intervención que concuerda con nuestros resultados.

## 2.2 Estrategias de información y empoderamiento.

Estas estrategias aluden a aquellas acciones que contribuyen a aumentar y potenciar las capacidades de las mujeres. Se trata del análisis de las reflexiones de las enfermeras para atender dentro de los sistemas de salud a las mujeres bajo el PAASVG y contribuir al abandono de las relaciones. En nuestro análisis encontramos que este tipo de estrategias adopta diferentes matices según: 1) Si los profesionales aluden a la información que se debe transmitir a las mujeres para que reflexionen y conozcan los recursos disponibles; y 2) Si los profesionales apuntan al empoderamiento como recurso clave en el trabajo enfermero con estas mujeres. Enfermeras y enfermeros desarrollan en sus discursos estas estrategias.

### 1) Estrategia de informar.

La estrategia de informar consiste fundamentalmente en hacer reflexionar a las mujeres sobre su situación, en el caso de mujeres que no reconocen los malos tratos. Se lleva a cabo tanto por enfermeras como por enfermeros. Para las mujeres que sí reconocen los malos tratos la estrategia de informar adopta otra vertiente puesto que consiste en ofrecer asesoría de los recursos disponibles para poder abandonar la situación. Igualmente se desarrolla tanto por enfermeros como por enfermeras, pero ellas muestran una posición más crítica con respecto a la problemática de la VG. Con respecto a las mujeres que presentan un peligro extremo para su vida son las enfermeras las que emplean en mayor medida esta estrategia, ya que son ellas quienes identifican en un porcentaje mayor situaciones que suponen un riesgo vital para la vida de las mujeres. Esto resulta de haber cruzado la estrategia de informar con los diferentes perfiles de mujeres que pueden atenderse bajo el marco del PAASVG. A través del método de comparación cruzada, resultando que el uso de la estrategia de informar aparece asociado a los cuidados que se ofrecen a las mujeres de los tres perfiles. No obstante, a través de los ejemplos que se muestran a continuación en la tabla 28, existen matices a la hora de emplear dicha estrategia.



Tabla 28. Estrategia de informar.

Marcos (H, 48 años, <10 años en atención primaria)	<i>Que se concienzue de que ella eso no lo debe tolerar. Empezamos diciendo que esto no es normal. Y no es normal negativamente hablando. Porque la palabra "maltrato" la mayoría de las mujeres lo evita. No quieren hablar nada de maltrato, no quieren escuchar nada de maltrato, porque eso es "problemas", eso es problemas para otras familias.</i>
Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Cuando aprende a reconocerlo ya tiene la mitad del camino recorrido, ahora le falta la otra mitad, que para mí es la más difícil, porque en esa parte del camino ya mi intervención es menos factible, porque yo les puedo hablar de todos los medios que hay según el protocolo, y luego las mujeres van yendo a la guardia civil y se encuentran que no todo es lo que yo les cuento, o van a los servicios sociales y se encuentran que no es tal cual. Por ejemplo, yo les enseñé a borrar el histórico en el ordenador; esta mujer había buscado maltrato y su marido le había mirado el histórico, enseñarles que el 016 no deja huellas, y darle una serie de estrategias de defensa, porque ahí, cuando es consciente de que está siendo maltratada es cuando a mí me da más miedo, y me da miedo hasta intervenir, porque puede ser que mi intervención consiga que la mujer piense que es una desgraciada, hasta ahora no era consciente, se creía una enferma, es más, resulta más fácil asumir que uno está enfermo ...</i>
Carmen (M, 60 años, >10 años en atención primaria)	<i>Decirle, mira ves buscando tus ahorros, ten un neceser preparado con dos bragas, y una camiseta y un cepillo de dientes, ¿sabes? Por si tienes que salir corriendo. Y si tienes que salir corriendo, sal por aquí, o vete allí, eso sí.</i>
Maribel (M, 56 años, <10 años en atención primaria)	<i>Apoyo psicológico. Apoyarle emocionalmente, darle consejo de que guarden toda su documentación, que se hagan con su dinerito para que si tienen que salir tengan recursos por donde salir.</i>

En los verbatines anteriores se puede apreciar como la estrategia de informar se desarrolla por enfermeras y enfermeros dentro de los cuidados que ofrecen a las mujeres que aún no ha reconocido la situación de malos tratos, representada en el discurso de Marcos. El empleo de dicha estrategia se asociada a la invitación que se realiza a la mujer para que reflexione sobre la situación que está atravesando. Es necesario el convencimiento previo de las mujeres para poder trabajar posteriormente con ellas hacia el abandono de la relación de violencia. Una vez existe el reconocimiento expreso de VG por parte de las mujeres, la estrategia de informar se representa a través del discurso de Luz. Aquí su discurso representa una crítica a los recursos disponibles a nivel comunitario para el abordaje de la VG, puesto que apunta a las carencias que existen y a las dificultades con las que se encuentran las

mujeres. La estrategia de informar igualmente se emplea y con un peso importante cuando existe riesgo vital para la vida de las mujeres, ya que esta situación requiere de una asesoría más específica y concreta para la situación que atraviesa. En los discursos de Carmen y Maribel se ve materializado lo que supone emplear esta estrategia bajo estas circunstancias cuando se informa a las mujeres de la necesidad de tener preparados los enseres y la documentación necesaria para cuando se decidan a dar el paso de abandonar la relación.

Nuestros resultados son afines a investigaciones previas que aportan datos de la importancia del asesoramiento a las mujeres que sufren VG para el abandono de la situación (Gupta et al., 2017; Pérez García & Manzano Felipe, 2014; Shavers, 2013; Sprague et. al 2016; Sprague et al., 2017). Tal y como se recoge en estudios previos, educar a las pacientes se convierte en una tarea crucial (Daniel & Milligan, 2013; Hewitt, 2015; Williams et al., 2016). Los carteles informativos en diferentes servicios como atención primaria y atención especializada son empleados para contribuir a la educación para la salud (Estévez Macas, 2017). Además, a través del consejo y la educación se puede planificar la seguridad de las mujeres (Chisholm et al., 2017; Shavers, 2013; Sprague et. al 2016) y evaluar los riesgos de salud que presentan (Gupta et al., 2017), hecho que vemos coincide con los resultados de nuestra investigación. Realizar planes de seguridad y asesoramiento a las mujeres supone un aumento de las competencias de la enfermera para atender el fenómeno y una disminución de los riesgos (Falb et al., 2014). Encontramos también una revisión sistemática con intervenciones para la resolución de la VG en mujeres mexicoamericanas que sostiene la importancia de proporcionar información clave que circule dentro de las comunidades de mujeres dando un enfoque táctico del tema, a partir de la cual se pueden construir relaciones de confianza (Finfgeld-Connett, 2017). Por otro lado, encontramos una investigación que recoge la importancia de brindar información a todas las mujeres sobre la VG en los servicios de maternidad y hacerlo desmitificando el concepto de manera que facilite la revelación por parte de las mujeres y promoviendo una actitud sin prejuicios (Bradbury-Jones et al., 2015). Nuestros resultados no nos devuelven la atención a mujeres embarazadas ya que

nuestros participantes no relatan haber encontrado situaciones de estas características. Brindar información y atención a las mujeres son intervenciones clave de los equipos de atención primaria de salud cualesquiera sean las circunstancias de las mujeres (Baidés Noriega, 2018), hecho que vemos corroborado en los resultados de nuestra investigación.

## 2) Estrategia de empoderar.

Empoderar se convierte en una estrategia catalogada por las enfermeras y enfermeros como válida y necesaria para salir de la situación de VG. Consiste en reforzar la autoestima de las mujeres a través de estrategias que contribuyan al entendimiento de la situación que atraviesan y/o al refuerzo positivo cuando las mujeres comienzan a trabajar y conseguir pequeños logros. Como en las anteriores, este tipo de estrategia igualmente se ha cruzado con los diferentes perfiles de mujeres que pueden atenderse bajo el marco del PAASVG. Por ello, nos encontramos que la estrategia de empoderar se emplea por enfermeras y enfermeros cuando las mujeres no reconocen los malos tratos y cuando existe reconocimiento de los malos tratos. No obstante, solo las enfermeras la ponen en marcha cuando las mujeres presentan un peligro extremo para su vida. Esto se ha realizado a través del método de comparación cruzada, resultando que el uso de la estrategia de empoderar aparece asociado a los cuidados que se ofrecen a las mujeres de los tres perfiles, con el matiz de ser las enfermeras las que únicamente la desarrollan en caso de riesgo vital. Algunos ejemplos de este tipo de estrategia se reflejan en siguiente tabla 29.

Tabla 29. Estrategia de empoderar.

Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>De entrada, el tema de autoestima, que está en los diagnósticos de autoestima situacional y crónica, el tema de los afrontamientos... Es que yo veo que, en enfermería, como trabajamos con respuestas humanas, es que tenemos un campo maravilloso.</i>
Marina (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<i>Mi implicación es intentar que la mujer tome conciencia de su situación en una medida, sin generarle un conflicto dentro de su ámbito familiar, porque eso es otra cosa importante, porque muchas veces detectas situaciones y, por más que lo miras, y no te estoy hablando de violencia física, te estoy hablando de situaciones de maltrato psicológico y la mujer no tiene ninguna estrategia más que el empoderamiento para poder salir de esa situación.</i>
Alberto (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<i>Escuchando y andando algo que sería, ofreciendo algo, si es posible, paso a paso. Paso a paso y buscando siempre el empoderamiento y la complicidad de la persona. Porque es ella la que tiene que dar esos pasos.</i>
Begoña (M, 48 años, >10 años en atención primaria)	<i>Sí, se atienden estos casos y te duele, te duele igual que les duele a ellas. Y le insistes y se le sube la autoestima, como te explicado antes, todo en positivo, lo bueno que hace, el pasito que dé, eso se engrandece lo más grande, eso se eleva, has dado un paso, lo estás haciendo muy bien.</i>

A lo largo de estos discursos podemos revelar como se concede un papel importante a la labor que se realiza desde los centros sanitarios. Encontramos posiciones diferentes que ocupan el análisis posterior en cuanto a este tipo de estrategia. Por un lado, y a través del discurso de Mónica existe un reconocimiento expreso a la labor de la enfermería en el diagnóstico de las mujeres que se atienden y en los planes de cuidados que se generan de acuerdo con las respuestas humanas que ofrecen las mujeres. Por otro lado, la posición de Marina es un discurso elaborado que reconoce el empoderamiento como estrategia imprescindible para salir de la situación, pero no ofrece detalles sobre en qué consiste ese empoderamiento o cómo las enfermeras pueden contribuir a ello. Ocurre de manera muy similar en el posicionamiento de Alberto que no ofrece pormenores de cómo se contribuye a empoderar a las mujeres, pero concede una posición privilegiada a ellas siendo las responsables del reconocimiento y abandono de la relación de VG. Por tanto, esta estrategia se desarrolla de una manera importante cuando las mujeres no reconocen la situación de malos tratos. Cuando sí existe un reconocimiento de la situación los discursos ya llevan asociados las operaciones que se realizan con la mujer para el refuerzo y/o aumento de la

autoestima. Esto mismo aparece claramente reflejado en la voz de Begoña que detalla la importancia del refuerzo positivo a los diferentes objetivos que vaya consiguiendo la mujer para el abandono de la situación de malos tratos. Igualmente, y como en el caso anterior, esta estrategia es mayormente desarrollada por enfermeras. Se observa como en este punto la estrategia de empoderar se solapa con otras como puede ser la estrategia de informar, puesto que los planes de acción cuando existe un riesgo vital deben ser directos y claros con el fin de salvaguardar la integridad de las mujeres.

Investigaciones previas apuntan la importancia de trabajar con la autoestima de las mujeres que presentan esta condición a través de estrategias como aumentar el afrontamiento (Sánchez-Herrero et al., 2017). Por ello, nuestros resultados son afines a investigaciones previas que resaltan la importancia del trabajo con las mujeres emitiendo una respuesta continua y trabajando el empoderamiento (García-Moreno et al., 2015) que debe ir en asociación a la planificación de la seguridad (Bradbury-Jones et al., 2016). La actitud empática para trabajar el empoderamiento de las mujeres es una tarea básica de los equipos de atención primaria de salud en el abordaje de la VG (Baides Noriega, 2018).

### **2.3 Seguimiento a las mujeres.**

La estrategia de hacer seguimiento es una técnica que se emplea que para el abordaje de las mujeres y consiste en mantener el contacto con ellas. Esta táctica se muestra con matices en función si la desarrollan las enfermeras o los enfermeros. Además, esta estrategia se ha cruzado con los diferentes perfiles de mujeres que pueden atenderse bajo el marco del PAASVG. Esto es, mujeres que no reconocen los malos tratos, mujeres que sí los reconocen y mujeres que presentan un peligro extremo para su vida. Todo ello, se ha realizado a través del método de comparación cruzada, resultando que el uso de la estrategia de hacer seguimiento se asocia igualmente a los cuidados que se ofrecen a las mujeres de los tres perfiles definidos más arriba. A continuación, se van a mostrar disgregados los resultados de los diferentes tipos de seguimiento que pueden realizar los enfermeros y enfermeras.

## 1) Seguimiento en consulta.

El seguimiento en consulta que pueden realizar se presenta mayoritariamente como una técnica clave para llegar a la confirmación de los casos en aquellas mujeres que no reconocen su situación. Igualmente consideran necesario realizar el seguimiento una vez existe la confirmación de los malos tratos, puesto que del seguimiento dependerá en buena medida las acciones que pongan en marcha las mujeres. Este tipo de estrategia la desarrollan tanto las enfermeras como los enfermeros, sin embargo, hay una mayor participación de ellas, que demuestran todo un abanico de posibilidades para realizar dicho seguimiento. A continuación, se detallan en la tabla 30 ejemplos de este tipo de estrategia.

Tabla 30. Seguimiento en consulta.

Marina (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<i>Pues mira, mi estrategia siempre es tenerla a ella a solas, es decir, traérmela a la consulta. Si yo detecto en el domicilio, me la traigo a la consulta, le doy una cita con cualquier justificación de la madre, con registro de datos y demás, y una vez aquí intento indagar, intento preguntar, intento buscar algo más.</i>
Lorenzo (H, 59 años, <10 años en atención primaria)	<i>Y, si es así, pues empezar a funcionar. Si no fuera así, pues como a lo mejor nosotros tenemos la posibilidad de citar directamente en nuestra consulta, pues ya sería seguir citando de forma periódica hasta tener un dato más que te lleve a la a ver la evolución ... Si son personas que están fidelizadas con la consulta, yo creo que la estrategia sería seguir dando un poco de confianza para que venga a la consulta.</i>
Juan José (H, 45 años, >10 años en atención primaria)	<i>Acompañamiento. Yo no creo que, si la persona viniese pidiendo socorro, yo no la iba a dejar, yo la llevaba cogida de la mano. Yo la llevaría cogida de la mano. O sea, la presencia, el acompañamiento, la escucha. Todo ese tipo de cosas. Empatizaría con ella. Todo lo que pudiera estar en mi mano, claro está.</i>
Begoña (M, 48 años, >10 años en atención primaria)	<i>Una maleta preparada para poder irte, todo listo. Y bueno, y seguimiento en consulta. En el colegio tener también hablar de qué es lo que está pasando para que estén atentos, porque los hijos no hablan, pero expresan en el instituto con violencia.</i>

A lo largo de estos fragmentos, podemos observar diversas situaciones en las que las enfermeras y enfermeros utilizan la estrategia de hacer seguimiento. Por un lado, y a través del planteamiento que discurre desde la voz de Marina se entiende la importancia de realizar el seguimiento cuando existen indicadores de sospecha de malos tratos, pero no hay confirmación por parte de las mujeres. La consulta de enfermería se convierte en un espacio

neutro y seguro que permite el desahogo emocional de las mujeres. Además, las sucesivas citas en la consulta de enfermería pueden facilitarse aludiendo a pretextos para conseguir que acuda sin compañía y captar a la mujer dentro del sistema. Lorenzo por su parte lo corrobora, señalando la posibilidad que presenta el profesional de enfermería de atención primaria de citar en la consulta de enfermería de manera autónoma. Por otro lado, también se recoge la importancia de realizar el seguimiento una vez existe la confirmación de la VG por parte de las mujeres. A través del discurso de Juan José, se intuye cómo se emplea el seguimiento en este tipo de situaciones. Se observa cómo llegada esta situación el seguimiento va de la mano del acompañamiento a las mujeres en su proceso con la premisa de hacerlo siempre con una actitud empática. Finalmente son las enfermeras las que realizan el seguimiento en consulta de las mujeres que presenta un peligro extremo para su vida, así en la voz de Begoña se evidencia la importancia del seguimiento en consulta junto con la comunicación y coordinación de otros agentes implicados, según los casos.

Estos resultados son afines a investigaciones previas que sugieren la importancia de atender a las mujeres que presentan VG con un seguimiento que garantice la continuidad y el éxito de la actuación (Goicolea et al., 2017). Programar citas en la consulta para el seguimiento de los casos ofrece una atención continuada (Daniel & Milligan, 2013), hecho que reflejamos en nuestros resultados. Se recoge igualmente en la literatura la importancia de realizar seguimiento a través de una consulta breve durante el embarazo y el puerperio (Chisholm et al., 2017). Nuestros resultados no arrojan este seguimiento a mujeres embarazadas en la consulta, puesto que ya hemos indicado anteriormente que nuestros participantes no relatan haber encontrado situaciones de estas características.

## 2) Visita domiciliaria.

Entre la estrategia de hacer seguimiento que emplean también se incluye la visita domiciliaria. Encontramos como las enfermeras y los enfermeros también participan de este tipo de seguimiento. Además, se muestran profesionales autónomos en la programación de sus agendas para realizar

este tipo de seguimiento que se circunscribe al domicilio de las mujeres. Se desarrollan en cualquiera de las situaciones presentadas, es decir, tanto en el caso de las mujeres que no reconocen su situación, que ya la han reconocido y/o si existe un peligro extremo para la vida, aunque esta última situación se presenta con matices. En el primero de los casos, el seguimiento a través de la visita domiciliaria se desarrolla con el objetivo expreso de observar y detectar para proceder a la confirmación de los casos. Cuando existe conciencia por parte de las mujeres este tipo de estrategia se emplea para enmarcar el caso dentro de su contexto social con idea de facilitar el acompañamiento. Igualmente se pone en marcha en caso de peligro extremo, ya que a través de la visita domiciliaria pueden desarrollarse otro tipo de estrategias como informar a las mujeres del plan de acción para abandonar la relación de VG. A continuación, se detallan ejemplos de este tipo de estrategia en la tabla 31.

Tabla 31. Visita domiciliaria.

Carmen (M, 60 años, >10 años en atención primaria)	<i>Tienes que buscar muchas estrategias. Meterte en visita a domicilio porque te inventes cualquier historia. De llamarla a la consulta, además tienes que tener muchísimo cuidado porque normalmente, él ... el susodicho, la pareja, el susodicho es quien coge el teléfono. O la tiene vigilada, o se te presenta con ella. Volverla a citar a lo mejor, con la excusa de cualquier cosa para que venga sin él. De los niños, ... de la cartilla de los niños. De la cartilla de vacunas. Bueno, nosotras nos hemos inventado de todo.</i>
Patricia (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Efectivamente. Claro, o voy a verla a su casa o quedo con ella para ver su entorno, para ver al posible maltratador o, en fin, ver un poco dónde se mueve.</i>
Juan José (H, 45 años, >10 años en atención primaria)	<i>Hombre, esos son ... verás yo creo que esas son las herramientas que yo pondría en marcha en la consulta o incluso si tuviese que ir a un domicilio a visitarle o lo que sea y para mí, fundamentalmente, en este problema, acompañamiento.</i>
Pamela (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<i>Entonces pues sí, mira a lo mejor nos llaman, puedes venir a hacer una visita conmigo que voy a ir sola y necesito apoyo. Y, sí, en algunas visitas yo por ejemplo con la compañera sí que he hecho eso, decirle, mira ves buscando tus ahorros, dos bragas, un neceser.</i>

En los verbatines anteriores se puede apreciar como la estrategia de hacer seguimiento a través de la visita domiciliaria se desarrolla por las enfermeras y los enfermeros como cuidados necesarios bajo el marco del protocolo en estudio. Cuando las enfermeras y enfermeros atienden a mujeres



que aún no han reconocido la situación de malos tratos, este seguimiento parece clave para observar y detectar aquellos indicadores de sospecha que lleven a la confirmación del caso. Esto mismo se representa en el discurso de Carmen que se muestra hábil para conseguir la programación de este tipo de visita con la utilización de pretextos. El empleo de dicha estrategia se utiliza asociada a otras como pueden ser el uso de habilidades de la comunicación donde de manera reflexiva e intencionada se aborda a la mujer para poder realizar el seguimiento en el domicilio. Una vez existe el reconocimiento de la VG, la estrategia de seguimiento a través de la visita domiciliaria se representa a través del discurso de Patricia y Juan José. Aquí el discurso de ambos apunta la importancia de realizar este tipo de seguimiento en el domicilio, para observar el entorno y ofrecer acompañamiento a las mujeres. Cuando existe riesgo vital para la vida de las mujeres la estrategia de seguimiento a través de la visita domiciliaria es empleada únicamente por las enfermeras. Esto se representa en la voz de Pamela que emplea dicha estrategia asociada a otras, dado el riesgo vital que existe para la mujer. Entre ellas, encontramos como la visita domiciliaria va acompañada de la estrategia de informar para elaborar un plan de acción concreto. Aquí se ve materializado lo que supone emplear esta estrategia bajo estas circunstancias y como debe ser asociada a otras que ayuden al correcto abordaje de las mujeres.

Nuestros resultados son afines a investigaciones previas que aportan datos de la importancia del seguimiento domiciliario a través de la visita a las mujeres que sufren VG para mejorar el abordaje y la atención (Estévez Macas, 2017; Sprague et al. 2016). Se señala en la literatura que a través de programas que incluyan la visita domiciliaria se puede contribuir al empoderamiento de las mujeres (Chisholm et al., 2017). Una revisión sistemática señala la existencia de evidencia limitada que señale cuáles son las intervenciones que ayudan a la recuperación de la VG desde la atención primaria de la salud, sin embargo, los programas de apoyo con visitas domiciliarias de las enfermeras obtuvieron resultados prometedores (Hegarty et al., 2016). No obstante, otra revisión sistemática destinada a valorar las intervenciones más eficaces para atender a mujeres latinas en Estados Unidos concluyó que la visita domiciliaria de las enfermeras no obtiene resultados positivos (Álvarez et al., 2016). En cualquier

caso, estudios más recientes han descrito los programas de visitas de enfermería domiciliarias como una buena práctica para la intervención a la VG (Cole & Grennan, 2019; Hooker & Taft, 2019; Jack et al., 2019).

### 3) Seguimiento telefónico.

Dentro de la estrategia de hacer seguimiento también encontramos el seguimiento telefónico. No obstante, solo las enfermeras participan de este tipo de seguimiento, y solo se emplea en aquellas mujeres que no reconocen su situación o en aquellas ocasiones donde ya hay confirmación por parte de las mujeres de los malos tratos. No encontramos en los resultados el uso de este tipo de seguimiento cuando existe peligro extremo para la vida de las mujeres. Entendemos que dada las circunstancias el empleo de este seguimiento no es prioritario. El seguimiento telefónico se presenta como una opción válida para tomar contacto con las mujeres con el objetivo de llegar a confirmar la situación y ofrecer apoyo cuando la situación ya está confirmada. A continuación, se detallan ejemplos en la tabla 32 de este tipo de estrategia que como se ha señalada más arriba únicamente la desarrollan las enfermeras.

Tabla 32. Seguimiento telefónico.

Montserrat (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Pero, bueno, que, si en ese momento no puede ser, que sería lo ideal, un seguimiento: dame tu teléfono, después, contacto con la trabajadora social, con su médico de familia, y ahí nos vamos poniendo de acuerdo.</i>
Marina (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo en mi experiencia, el apoyo, la llamada telefónica, el darle un teléfono de referencia por si en algún momento tiene alguna duda, tiene alguna necesidad o tiene algún momento de desesperación, y la escucha activa yo creo que es la herramienta fundamental y las habilidades de comunicación.</i>
María (M, 51 años, >10 años en atención primaria)	<i>Y por supuesto, tú le dejas tu teléfono por si necesita algún seguimiento, tú de vez en cuando lo llamas si en eso has quedado y si es posible llamarlo. Y por supuesto tener siempre la puerta abierta por si quiere venir. Y por supuesto si hay alguna cosa más que hacer, pues con los niños, acompañarlos, llevarlos.</i>

En los verbatines anteriores se puede apreciar como la estrategia de hacer seguimiento telefónico se desarrolla únicamente por las enfermeras. Cuando las enfermeras ofrecen atención a las mujeres que aún no han

reconocido la situación de malos tratos, este seguimiento se pone en marcha para volver a tomar contacto con ellas con el objetivo de no dejar escapar la situación detectada y poder confirmar el caso. Esto mismo se representa en el discurso de Montserrat. Una vez existe el reconocimiento por parte de las mujeres, la estrategia de seguimiento telefónico no aparece aislada, esto se representa a través del discurso de Marina y María donde evidencian como ese contacto telefónico es más efectivo cuando va asociado a otro tipo de intervenciones, como el apoyo emocional, la escucha activa y la estrategia de estar disponible para las mujeres cuando lo requieran.

Nuestros resultados son afines a investigaciones previas que aportan datos de la importancia del registro y seguimiento. Un estudio evidencia que la intervención telefónica funciona para detener la VG, a través del seguimiento con seis llamadas telefónicas, durante ocho semanas, por parte de las enfermeras a mujeres que experimentan VG, ya que puede ayudar a salvar las vidas de las víctimas (McFarlane et al., 2004). Existe un estudio reciente, donde se implementa una intervención que incluye la integración de un registro electrónico como herramienta de detección junto con la creación de un sistema telefónico para ofrecer recursos y obtiene resultados positivos en la reducción y prevención de VG a través de la detección y derivación universal, gracias a la incorporación de una herramienta de detección de VG validada de fácil acceso en la historia electrónica (Lee et al., 2019).

#### **2.4 Los registros y la captación.**

Estas estrategias aluden a aquellas acciones que desarrollan las enfermeras para tener una continuidad en los cuidados dirigidos a las mujeres dentro de los sistemas de salud y bajo el PAASVG. En nuestro análisis encontramos que este tipo de estrategias adopta diferentes vertientes según:

- 1) Si los profesionales aluden a la consulta o al registro de la historia clínica de las mujeres con el objetivo de hacer constar los indicadores de sospecha de malos tratos o la confirmación;
- 2) Si los profesionales apuntan a la importancia de la captación de las mujeres para que entren en los circuitos sanitarios;
- 3) Si los profesionales señalan la importancia en sus cuidados de identificar las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres; y
- 4) Si los profesionales recalcan

cuán importante es la intimidad en la atención a las mujeres. Enfermeras y enfermeros desarrollan en sus discursos estas estrategias nombradas.

1) Consultar y/o registrar en la historia clínica.

La estrategia de consultar y/o registrar en la historia clínica se convierte en una estrategia con dos vertientes diferenciadas que practican las enfermeras y enfermeros para cuidar de las mujeres. En Andalucía, en los centros sanitarios donde se ofrece una atención primaria a la salud se cuenta con la historia clínica digital, por lo que la consulta y/o el registro en la historia es tangible. Como en los resultados anteriores, este tipo de estrategia igualmente se ha cruzado con los diferentes perfiles de mujeres que pueden atenderse. Nos encontramos que la estrategia de consultar y/o registrar en la historia clínica de las mujeres se convierte en una pieza clave cuando aún no reconocen los malos tratos y cuando existe reconocimiento. En el primero de los escenarios, cobra un papel importante la anotación en la historia clínica de los indicadores de sospecha de malos tratos, claramente definidos en el protocolo, así como la consulta de la historia clínica con objeto de buscar información relevante registrada por otros profesionales que han atendido previamente a las mujeres. Dicha estrategia en sus dos vertientes se lleva a cabo por enfermeras y enfermeros. En el segundo de los escenarios posible, la opción consiste en anotar en la historia clínica la confirmación de la situación de VG. En este punto, son las enfermeras las que en mayor medida tienen presente la importancia del registro de la información. Solo un enfermero habló de manera tangencial de registrar en la historia clínica. No obstante, solo las enfermeras la ponen en marcha cuando las mujeres presentan peligro extremo para su vida. Esto se ha realizado a través del método de comparación cruzada, resultando que el uso de la estrategia de consultar y/o registrar en la historia clínica aparece asociado a los cuidados que se ofrecen a las mujeres de los tres perfiles definidos, con el matiz de ser las enfermeras las que en mayor medida la desarrollan cuando existe confirmación de la VG y únicamente empleada por enfermeras en caso de riesgo vital. En los siguientes verbatines recogidos en la tabla 33 se muestran algunos ejemplos de este tipo de estrategia.

Tabla 33. Consultar y/o registrar en la historia clínica.

Montserrat (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Y después, a mí siempre me gusta hacer un registro en su historia de salud, donde digo: sospecha de ... se intenta entrevista ... Para que se quede reflejado. Pero son sospechas, hasta que se confirma, ¿no?</i>
Marcos (H, 48 años, <10 años en atención primaria)	<i>Tú por poco que lees la consulta anterior, pues ves que hay compañeras que ya te van poniendo notas: "en próximas visitas le explico a ella que me gustaría que sea ella la que me cuente sus síntomas, su evolución, etc. etc."</i> <i>Entonces, no es solo yo escribiendo la historia de que detecto tal cosa. Es el médico, la médica, en nuestro caso un médico de nuestro centro, que ha ido también para evidenciar, y no solo el enfermero me cuenta, sino yo vivencio, hablo con ... etc. etc.</i>
María (M, 51 años, >10 años en atención primaria)	<i>Si ella me dice, o la persona que está ahí sentada me dice que sí, ya no es una sospecha. Para empezar. Entonces yo lo que haría sería poner en conocimiento de ésta, bien en el registro, mire usted yo no voy a notificar esto a nadie, yo lo único que voy a hacer es dejarlo registrado.</i>
Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Pues esta persona vino muy desesperada, con violencia sexual, y entonces pues hubo que hacer muestras de uñas y de exploración y todo eso, y luego tuvimos que llamar a la policía para que vinieran los del grupo Diana. Me acuerdo yo que fui la que escribió la historia, el número de identificación del agente, y yo era la primera vez que ponía eso en una historia, que se entregan las muestras en el grupo Diana.</i>

A lo largo de estos fragmentos, podemos observar diversas situaciones donde utilizan la estrategia de consultar y/o registrar en la historia clínica. Por un lado, y a través del planteamiento que discurre desde la voz de Montserrat se corrobora lo importante del registro de la información por parte de los profesionales cuando no existe el reconocimiento de la situación. De dicho registro depende en gran medida el abordaje y seguimiento que pueda hacerse posterior desde los centros sanitarios, así como este registro puede tener una validez legal llegado el caso. Asimismo, la estrategia de consultar la historia clínica se evidencia a través del discurso de Marcos para buscar información relevante al respecto y denota la sensibilidad de los profesionales ante la sospecha de indicadores de malos tratos presentes en el comportamiento de las mujeres. Una vez existe confirmación de la situación la estrategia clave es registrar en la historia clínica. A través de los discursos de Marcos y María se evidencia. Ambos discursos muestran cuan importancia adquiere el registro de la confirmación de VG, así como se corrobora el respeto a los derechos de la usuaria cuando existe reconocimiento de la

situación, pero la mujer no quiere por el momento tomar ninguna decisión para abandonar la relación. Se confirma por ello una atención de calidad en cuanto a la humanización de la asistencia y el respeto a la autonomía del paciente, contemplado a través de la Ley de Autonomía del paciente. Finalmente son las enfermeras las que realizan el registro en la historia clínica cuando hay una situación de riesgo vital para la vida de la mujer, así en el planteamiento que se recoge en la voz de Mónica se demuestra cómo bajo estas circunstancias el registro en la historia clínica se emplea asociado a otras estrategias ya nombradas anteriormente y que ponen en coordinación a los centros sanitarios junto con otros agentes implicados.

Estos resultados son afines a investigaciones previas que sugieren la importancia de los registros sanitarios realizados por los profesionales para atender a las mujeres que presentan VG, donde la evaluación integral de ellas resulta un aspecto significativo (Estévez Macas, 2017; Goicolea et al., 2017). La inscripción en el registro clínico es una intervención básica de los equipos de atención primaria de salud para el abordaje de la VG (Baidés Noriega, 2018).

## 2) Captación.

La estrategia de captación a las mujeres consiste en propiciar situaciones debidamente deliberadas donde se atiende a solas a las mujeres para conseguir un acercamiento de ellas a los espacios sanitarios e iniciar un proceso de atención teniendo en cuenta sus circunstancias. Este tipo de estrategia, donde las enfermeras se muestran más hábiles ha sido cruzada con los diferentes perfiles de mujeres que pueden atenderse. A saber, mujeres que no reconocen los malos tratos, mujeres que sí reconocen los malos tratos y mujeres que presentan peligro extremo para su vida. Esto se ha realizado a través del método de comparación cruzada, resultando que el uso de esta estrategia aparece asociado a los cuidados que se ofrecen a las mujeres que aún no han reconocido su situación e incluso existiendo un reconocimiento expreso de la situación de VG. No se desarrolla en caso de identificar peligro extremo para la vida de las mujeres. Su uso por parte de los enfermeros se acompaña de un reconocimiento expreso a la complejidad del

fenómeno de la VG. Algunos ejemplos de este tipo de estrategia se reflejan en los siguientes verbatimines, recogidos en la tabla 34.

Tabla 34. Estrategia de captación.

Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Pero la persona que está en la fase de inicio todavía se cree las lunas de miel, se cree que él es bueno, y volvemos y todo va a cambiar. Entonces, lo que es que hay que ser muy sensible en esa fase, porque si tú le haces ver "eso", en contra de su propia clarividencia, es la propia persona la que tiene que darse cuenta, porque lo peor que podemos decir es desmontarle su único apoyo, que es decirle: "tu marido es o tu pareja es, un hijo de ...", por decirlo de alguna manera, porque entonces no nos va a venir más. Esa fase la tiene que hacer ella.</i>
Carmen (M, 60 años, >10 años en atención primaria)	<i>Además, son mujeres que te dan, como yo siempre digo, dos pasos para adelante y uno para atrás. Que es normal, o un paso para delante y dos para atrás. Entonces tienes que captarlas, y tienes que volver y trabajar con ellas, y volver a llamarlas. Oye mira, te puedes pasar porque vamos a hacer un grupo de mujeres, que no sé qué, que no sé cuánto y volver a captarlas otra vez.</i>
Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Claro, con esta mujer la primera vez que la detectamos fue en urgencia, y él le dice que estaba loca, que vaya a salud mental, así que convencí con miles de esfuerzos al médico que estaba esa noche, el más sensible, para que le pusiera en un papel la intervención que habíamos hecho en urgencia, crisis de ansiedad reactiva, le dio el Valium sublingual y recomiendo mañana acudir a su médico de familia para derivación a salud mental; así le dimos la coartada para que viniera a la trabajadora social, porque no puede venir a la trabajadora social, tienen tiempo de colegio y tienen un negocio, por lo que todavía la tiene más controlada, entonces si desaparece media hora tiene que ir a buscarla. Ya con esos papeles le dije "mira, le dices a tu marido que efectivamente tiene razón, que no estás bien, que tienes que ir a salud mental, y que debes ir mañana porque tu médico te va a ver".</i>

En los verbatimines anteriores se puede apreciar como el uso de la estrategia de captación se desarrolla fundamentalmente por las enfermeras. Cuando las enfermeras ofrecen atención a las mujeres que aún no ha reconocido la situación de malos tratos, esta estrategia se emplea para volver a propiciar un contacto en los centros sanitarios que lleve a la confirmación de la situación. Esto mismo se representa en el discurso de Mónica que reconoce las fases por las que atraviesa la mujer y cuál es la posición que tienen que adoptar las enfermeras. Así, se evidencia como existe una sensibilidad y formación cuando se alude a la fase de "luna de miel" reconocida en la literatura científica como la tercera fase del ciclo de la VG definido por Leonor Walker (Walker, 1991). Una vez existe el reconocimiento por parte de las mujeres de la condición de VG, la estrategia de captación en la consulta

también se vuelve necesaria, puesto que las mujeres necesitan tiempo, avanzan y retroceden en sus decisiones, como de nuevo queda definido en el ciclo de la VG. Las enfermeras cuentan con recursos diversos para conseguir que las mujeres a pesar del reconocimiento de su situación entren de nuevo en el circuito que ofrecen los centros sanitarios. Se representa a través del discurso de Carmen y Luz cuando narra un ejemplo donde a través del trabajo en equipo y gracias a la iniciativa de la enfermera, se consiguió acercar a la mujer a los servicios sanitarios para empezar con el trabajo. Las enfermeras por tanto se muestran sensibles a la VG, tienen conocimiento de las etapas del ciclo de la violencia y son buenas estrategias para conseguir un abordaje integral de las mujeres. Finalmente resaltar que cuando existe riesgo vital no se emplea este tipo de estrategia de captación. Entendemos que dado el carácter de urgencia y peligrosidad de la situación esta estrategia no se emplee puesto que adquieren mayor importancia el desarrollo de otras que garanticen la integridad de las mujeres.

En investigaciones previas no encontramos explícitamente el desarrollo de este tipo de estrategia para abordar desde los centros asistenciales la VG. No obstante, en un estudio previo se señala la importancia de dar y ofrecer apoyo a las mujeres para mantener la asistencia (Daniel & Milligan, 2013), hecho que coincide con nuestros resultados donde las enfermeras mayormente desarrollan estrategias para garantizar la asistencia sanitaria que reciben las mujeres.

### 3) Identificar apoyos.

La estrategia de identificar apoyos consiste en explorar las redes de apoyo socio familiares con las que cuentan las mujeres para poder abandonar la situación de VG. Esta estrategia igualmente se ha cruzado con los diferentes perfiles de mujeres. Esto es, mujeres que no reconocen los malos tratos, mujeres que sí los reconocen y mujeres que presentan peligro extremo para su vida. Esto se ha realizado a través del método de comparación cruzada, resultando que el uso de la estrategia de identificar apoyos aparece asociado a los cuidados que se ofrecen a las mujeres de los tres perfiles. No obstante, solo las enfermeras las ponen en marcha como una estrategia necesaria para el



cuidado de las mujeres de los tres perfiles. Los enfermeros por su parte solo cuentan con este tipo de estrategia cuando ya existe el reconocimiento de la situación de VG. Algunos ejemplos de este tipo de estrategia se reflejan en los siguientes verbatines, recogidos en la tabla 35.

Tabla 35. Identificar apoyos.

Marina (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Entonces mi estrategia, pues empoderar a la mujer y hacerle ver que identifique su situación de opresión y que busque estrategias desde su entorno y desde su familia y desde su ... desde su núcleo para cortar con esa situación de opresión.</i></p> <hr/> <p><i>Fue una cuidadora que me verbalizaba que su marido le ..., que tenía miedo, y yo recuerdo cómo verbalizaba esa mujer la cara: "señorita, es que cuando me mira con esa cara yo me tengo que encerrar", "duermo encerrada", entonces, "pero mire usted, sí, pero es que están mis hijos", y además se daba el caso de que ella era la cuidadora del paciente, y recuerdo hablar yo personalmente con Servicios Sociales, hablar con las hijas, y finalmente se solucionó, las hijas se llevaron a su madre a su casa y al padre pues no sé si lo metieron en la residencia o finalmente le pusieron a una señora que lo cuidara. Pero recuerdo las palabras que ella me decía: "Señorita, si es que ya no hace falta que me pegue, es con la miradita que me echa que yo no duermo, yo no soy capaz de dormir, porque, como me ha dicho que me va a matar, ese, cualquier noche, lo hace".</i></p>
Manuela (M, 43 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Entonces, evidentemente, te hace crecer muchísimo y cuestionarte realmente, que estamos haciendo nosotros bien o mal. Entonces, rápidamente, pues yo, se lo conté al médico, tal cual, la recibimos, tratamos, a la familia, qué pasa, qué tal, qué cual, cómo podemos mejorar esto, porque esto no es normal.</i></p>
Alberto (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Nos lo ha expresado la mujer, que la hemos visto cuál es su red de apoyo, la familia... marroquí. Y se ha hablado con su contacto, ella nos ha dicho su estrategia cuál es. Estamos trabajando con ella. Lo que hace que seamos buenos profesionales, en el sentido de que no nos quememos y que seamos darle a cada uno lo que necesita.</i></p>

A lo largo de estos fragmentos, podemos observar diversas situaciones en las que los enfermeros y enfermeras utilizan la estrategia de identificar apoyos con los que puede contar las mujeres para el abandono de la situación de violencia. Por un lado, y a través del planteamiento que discurre desde la voz de Marina se evidencia lo importante que resulta acompañar este tipo de estrategia junto a otras, como empoderar para alcanzar el objetivo del abandono de la situación de opresión de las mujeres. De dicha actuación depende en gran medida que las mujeres lleguen al reconocimiento de la situación y realicen el camino acompañadas. Como hemos mencionado anteriormente, solo las enfermeras realizan la estrategia

de identificar apoyos cuando hay una situación de riesgo vital para la vida de la mujer, puesto que son ellas las que en mayor medida dan cuenta de esta situación. El planteamiento que se recoge más adelante en la voz de Marina evidencia la importancia de este tipo de estrategia cuando hay peligro extremo para la vida. Además, se demuestra cómo bajo estas circunstancias identificar apoyos se emplea asociado a otras estrategias, como derivar a los servicios sociales y demuestra la coordinación desde los centros asistenciales sanitarios con otros agentes. Asimismo, la estrategia de identificar apoyos también tiene cabida en la actuación que realizan enfermeras y enfermeros para atender a las mujeres cuando existe confirmación de los malos tratos. Se evidencia a través del discurso de Manuela como en un momento determinado es necesario mantener una actitud de autocrítica con los cuidados que se desarrollan para estas mujeres desde los centros sanitarios y como en ocasiones la familia no precisamente se convierte en un apoyo, ya que conoce la situación y puede llegar a justificar los hechos según los casos. El discurso de Alberto demuestra el buen hacer empleando esta estrategia y contemplando como máxima el respeto a la mujer respetando sus circunstancias culturales y su toma de decisión para trabajar desde esa premisa. Nuevamente existe el respeto a la autonomía de la paciente.

Estos resultados son afines a investigaciones previas que sugieren la importancia de identificar las redes de apoyo socio familiares como clave para atender a las mujeres que presentan VG. Los daños que sufre la salud de las mujeres derivada de la situación de violencia a través de actos opresivos y de control, tienen su repercusión en las relaciones sociales de ellas. La privación de la libertad femenina muchas veces es confundida con características propias de amor y cuidado, por lo que se le impone a las mujeres un aislamiento familiar y social (Carneiro et al., 2019). Además, y coincidiendo con nuestros resultados, encontramos una revisión de la literatura que sostiene que las intervenciones para tratar la VG para mujeres migrantes tienen que contemplar el contexto cultural, ya que ello conlleva un aumento de la participación con resultados positivos (Ogunsiji & Clisdell, 2017). Otra investigación que explora la VG que sufren las mujeres inmigrantes recoge la importancia del reconocimiento de la diversidad siendo necesario la inclusión

de la perspectiva de género, así como promover el rol de las asociaciones como parte de las redes de apoyo con las que cuentan, ya que ser mujer inmigrante supone hacer frente a más dificultades y barreras de acceso a los recursos en comparación con la mujer española (Bello Morales, 2013). No obstante, también se recoge en la literatura científica y lo evidenciamos en nuestros resultados que la familia no siempre es un apoyo hacia la mujer, en ocasiones, la familia se convierte en un entorno peligroso donde aparecen conflictos interpersonales, siendo las organizaciones familiares verticales y autocráticas un factor de riesgo de la violencia hacia la mujer (Corsi, 2010).

#### 4) Favorecer la intimidad.

La estrategia de favorecer la intimidad se convierte en un cuidado únicamente desarrollado por las enfermeras. Contemplan su importancia manteniendo la confidencialidad de los datos para favorecer el desahogo emocional de las mujeres. Como en los anteriores resultados, este tipo de estrategia se ha cruzado con los diferentes perfiles de mujeres que pueden atenderse. Por ello, nos encontramos que la estrategia de favorecer la intimidad se emplea cuando las mujeres no reconocen los malos tratos y cuando existe reconocimiento de ellos. No obstante, cuando las mujeres presentan peligro extremo para su vida, no se tiene en cuenta esta estrategia, dado la urgencia de la situación. Esto se ha realizado a través del método de comparación cruzada, resultando que el uso de la estrategia de favorecer la intimidad aparece asociado solo a los cuidados que se ofrecen a las mujeres de los dos primeros perfiles definidos más arriba. Algunos ejemplos de este tipo de estrategia se reflejan en la tabla 36.

Tabla 36. Favorecer la intimidad.

Magdalena (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Con lo cual, la intimidad se favorece y nuestro trabajador social tiene un despacho allí, otro aquí y otro en otro pueblo. Es decir, yo creo que para mí eso es una facilidad porque a lo mejor, mi pareja, yo le puedo decir que voy al médico de cabecera porque me duele la ciática, pero, sin embargo, voy al trabajador social, pero si me ve que voy al otro centro de salud, ¿tú por qué vas al otro si tu médico está en este centro? Yo creo que eso es fundamental.</i>
Maribel (M, 56 años, <10 años en atención primaria)	<i>Había una persona, hiperfrecuentadora, que venía mucho por la consulta, que concretamente esta solía venir acompañada por el marido y entonces nos las teníamos que ingeniar para sacar el marido de la consulta o llevarla a ella a otra consulta y hablar con ella tranquilamente.</i>
Catalina (M, 55 años, <10 años en atención primaria)	<i>Lo primero alguien, o sea, yo puedo acudir a esta persona porque sé que me va a escuchar, sé que además la información que yo dé va a ser absolutamente confidencial.</i>
Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Además, está la custodia de muestras, que ese es un tema que mucha gente tampoco sabe porque no saben cómo se hace una exploración, que hay que hacerla con muchísimo cuidado y no te digo con cuidado sobre las pruebas, sino con cuidado sobre el efecto, en el sentido de que es una persona totalmente vulnerable, destrozada mentalmente, anulada y encima se desnuda delante de profesionales, es evaluada con lupa, es tocada con guantes ... y esas cosas hay que cuidarlas. Porque lo primero que hago es cerrar con pestillo la puerta para que tengan intimidad o si no, nos vamos a otro sitio y bueno dedicarles su tiempo.</i>

En los verbatines anteriores se puede apreciar como el uso de la estrategia de favorecer la intimidad se desarrolla únicamente por las enfermeras. Cuando las enfermeras brindan cuidados a las mujeres que aún no han reconocido la situación de malos tratos, esta estrategia se emplea para conseguir el acercamiento a los centros sanitarios, propiciando situaciones para que acudan solas a consulta. Esto mismo se representa en el discurso de Magdalena. Se demuestra cómo existe una sensibilidad a los indicadores de sospecha de malos tratos que hacen que las enfermeras contemplen el abordaje de las mujeres con unos cuidados integrales. Esta estrategia se acompaña de otras y de la visión holística que la enfermera tiene de las personas a las que atiende. Una vez existe el reconocimiento por parte de las mujeres, la estrategia de favorecer la intimidad también se hace necesaria, en dos vertientes, por un lado y como en el caso anterior para encontrar situaciones a solas en la consulta que permitan el desahogo emocional; por otro lado, ofreciendo el tratamiento confidencial a la

información vertida en el contexto de la consulta de enfermería. Eso mismo se evidencia a través de los discursos de Maribel y Catalina. Igualmente se corrobora el buen hacer de las enfermeras en cuanto a la sensibilidad a la VG, y en el empleo de las estrategias de manera conjunta. En este caso concreto, se acompaña de la escucha activa. Además, el discurso de Mónica evidencia como ante una situación clara de violencia física y/o sexual es importante cuidar la intimidad a la hora de explorar y recoger muestras y cuidar la intimidad en cuanto al efecto que puedan tener nuestras acciones en mujeres que se muestran vulnerables. Finalmente resaltar que cuando existe riesgo vital no se emplea este tipo de estrategia de favorecer la intimidad. Entendemos que dado el carácter de urgencia donde existe peligro esta estrategia no se desarrolle, dando mayor importancia al desarrollo de otras que aseguren la integridad de las mujeres.

En investigaciones previas encontramos resultados afines a los nuestros, puesto que se entiende la intimidad como un aspecto clave desde los centros sanitarios para el abordaje de la VG, siendo necesario crear un ambiente privado y seguro en la atención (Paterno & Draughon, 2016; Williams et al., 2016). Así es como nuestros resultados coinciden en la importancia de crear un ambiente agradable para asegurar la confidencialidad (Estévez Macas, 2017). Se trataría de preguntar sobre la VG creando un ambiente propicio que contemple la seguridad de las mujeres (Bradbury-Jones et al., 2016), hecho que vemos reflejado en las intervenciones que realizan las enfermeras. Por otro lado, encontramos un estudio que recoge la importancia de crear espacios físicos en los servicios de maternidad que faciliten la divulgación por parte de las mujeres de la situación que atraviesa (Bradbury-Jones et al., 2015), hecho que no encontramos en nuestros resultados ya que nuestros participantes no relatan haber atendido a mujeres embarazadas con VG. En nuestros resultados sí se evidencia la atención en caso de violencia sexual contemplando la intimidad, hecho que coincide con estudios que resaltan la importancia de salvaguardar la intimidad, evitando los prejuicios y proporcionando apoyo a través de la escucha activa. Ofrecer anticoncepción si han pasado menos de cinco días también se recoge como intervención (Callahan, 2014), así como considerar los aspectos legales sobre el embarazo y el tratamiento preventivo

de las enfermedades de transmisión sexual (Alonso Lupiáñez, 2017). Encontramos además una investigación de corte cualitativo que valora la experiencia de las mujeres. Ellas señalan como acudir a la consulta es una opción "segura" que no atrae la atención de las parejas. Además, indican como efecto inesperado que participar en la investigación, ayuda a explicar las visitas frecuentes a la consulta (O'Doherty et al., 2016).

## **2.5 Necesidades detectadas por las enfermeras en la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.**

### **2.5.1 Cambio cultural.**

Esta necesidad recoge enunciados que reflejan la importancia del cambio cultural requerido para integrar la VG como un problema de salud. Si no ocurre la transformación de las sociedades que contemple la igualdad entre hombres y mujeres como premisa básica no puede ocurrir la erradicación del fenómeno de la VG. Este cambio cultural tendría su repercusión en los profesionales sanitarios que trabajan y que podrán mejorar la atención integral a las mujeres. Se muestran las áreas de mejora expresadas en los discursos. El simple reconocimiento de dichas áreas de mejora por parte de las enfermeras y enfermeros demuestra la sensibilidad que expresan a la violencia, así como una posición crítica con las sociedades contemporáneas para evidenciar el camino que queda pendiente. Esta necesidad se detecta en los discursos de enfermeras y enfermeros. Para ambos es necesario que se produzca ese cambio cultural. A continuación, se presentan ejemplos de este tipo de necesidad en la tabla 37.

Tabla 37. Necesidad de cambio cultural.

Montserrat (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Las leyes cambian pronto, pero el pensamiento y la cultura va a otro ritmo. Entonces el impacto, me pregunto: ¿por qué? Yo no me veo, pero sé que puedo ser vulnerable. Entonces, el impacto mío, personal, emocional, es "pero ¿por qué?", ¿no?, ¿cómo está ocurriendo esto? Y también el impacto es muchas veces a través de los juicios que hay, y cómo hay jueces que todavía no lo ven, ... A mí me fastidia mucho, a nivel personal, como mujer.</i>
Pedro (H, 46 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo es que pienso que este es un problema que las soluciones no deben ser urgentes ni prioritarias, sino que deben ser educacionales, desde la infancia, desde la escuela, desde la familia. Mientras que no aprendamos a comportarnos como personas, esto va a seguir existiendo. De nada sirve que tú pongas una orden de alejamiento o internes a la señora en una comunidad cuando después va a volver a enfrentarse a su maltratador.</i>
Elena (M, 41 años, >10 años en atención primaria)	<i>Entonces, económicamente, sería rentable trabajar el origen, porque nos ahorraríamos un montón de costes en visitas y hiperfrecuentaciones y tratamientos médicos que no son efectivos porque no están tratando el origen.</i>
Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Otra cosa que yo me planteo es que el programa de violencia tenía que estar también metido en los tíos, en papeles importantes, porque socialmente se considera como un programa de mujeres o de esta gente que son feministas dentro de la Administración. Pero la violencia de género tratada solamente por mujeres no va a llegar a nada. La violencia de género tiene que ser tratada entre todos, hombres y mujeres, y a veces impacta más si lo cuentan ellos. Entonces que no caigamos otra vez en separarnos, que tenemos que estar unidos.</i>

En los verbatines anteriores se puede apreciar cómo se hace evidente la necesidad del cambio cultural para poder erradicar de las sociedades contemporáneas la VG. Ese cambio cultural presenta diferentes vertientes que afectan a diferentes esferas de la sociedad. Por ello, se presenta como necesario para que cale en el abordaje de las mujeres desde los centros de atención primaria. En el discurso de Montserrat se corrobora la situación actual de la que partimos, se trata de sociedades que tienen legislación al respecto, pero que esa legislación no va acompañada del cambio cultural que resulta necesario para erradicar la VG. Que se planteen estas cuestiones críticas desde el ámbito de la enfermería supone una sensibilidad y reconocimiento al problema. En el discurso de Pedro se evidencia la importancia del cambio cultural que debe realizarse desde la infancia. Se trata de un cambio que debe ir de la mano de diferentes instituciones como podría ser el caso de las instituciones educativas. El discurso de Elena se incluye un concepto

empleado con asiduidad por los profesionales sanitarios, el de mujer hiperfrecuentadora. Si se entienden las posiciones de partida de las mujeres que acuden a los centros sanitarios se prestará una mejor atención a la VG. Además, en el discurso de Mónica se señala una idea reveladora para el cambio cultural. Se trataría de incorporar a los hombres sensibilizados con la VG como figuras de autoridad en este fenómeno y para ayudar a su erradicación. Esto nuevamente puede tener su doble rasero, porque se trata de un fenómeno donde las sociedades en su conjunto deben trabajar, pero como seguimos con una sociedad patriarcal el discurso de los hombres se convierte en un discurso de más valor frente al de las mujeres.

En investigaciones previas encontramos resultados afines, puesto que se entiende a la cultura como el pilar básico donde intervenir para erradicar la VG dentro de las sociedades occidentales y donde resulta clave el desarrollo de estrategias integrales de comprensión para responder a las necesidades de las mujeres (Falb et al., 2014). No obstante, el factor cultural también se vuelve un aspecto clave cuando se atiende a mujeres migrantes, ya que supone para los profesionales sanitarios una mayor conciencia cultural con un compromiso de la comunidad que lleve asociado cambio de actitudes hacia la VG en otros contextos culturales (Ogunsiji & Clisdell, 2017).

### **2.5.2 Formación e información.**

La necesidad de formación e información recoge todas aquellas demandas realizadas por los enfermeros y enfermeras para realizar una formación continuada que mejore el abordaje de las mujeres bajo el PAASVG. Se recogen las áreas de mejora vertidas por los profesionales. Consisten, por un lado, en mayor formación continuada ofrecida a los profesionales en materia de VG. Y, por otro lado, en ofrecer más información a las mujeres sobre los recursos disponibles a su alcance para el abandono de la relación. Y más información y formación a la comunidad dentro del ámbito de la promoción de la salud. Esta necesidad se identifica en los discursos de enfermeras y enfermeros, por lo que ambos se muestran receptivos y con una posición crítica a la aplicación del protocolo en estudio. Algunos ejemplos de este tipo



de necesidad se reflejan en los siguientes verbatimines, que se recogen en la tabla 38.

Tabla 38. Necesidad de formación e información.

Begoña (M, 48 años, >10 años en atención primaria)	<i>Por formación la verdad que te digo queda muchísima, muchísima, y para el que no quiere porque diga fuera de mi horario laboral no lo voy a hacer, pues por la mañana siempre hay un día a la semana que hay formaciones acreditadas. ¿Qué hay que repetirla? Se repite, porque a los profesionales se les pide desde las unidades de gestión qué formaciones quieren que se repitan.</i>
Manuela (M, 43 años, >10 años en atención primaria)	<i>Desde los Centros en este aspecto, en este tema, fundamentalmente, con la formación. Pero formación, no de, vamos a ver, intentamos traer a expertos, ahora que se acerca el día de la violencia de género, el 24, que es el viernes que viene, y teníamos preparado una jornada de impacto, pero hemos tenido, aquello de que los grandes expertos están todos como copados, pero sí intentamos ...</i>
Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Y luego yo creo que las mujeres necesitamos bastante formación, pero los hombres más, los hombres mucho más, porque no se manejan en consultas afectivas. Y te estoy hablando de hombres profesionales sanitarios, no te estoy hablando de hombres que tengan formación de psicoterapia, y ellos no saben cómo preguntar, no saben dar los tiempos, cuando una mujer se pone a llorar ellos no saben cómo gestionarlo...</i>
Patricia (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo creo que es fundamental la formación, no abandonar este tema, es decir, igual que un profesional sanitario tiene la obligación de realizar un curso de RCP anual, también deberíamos realizar un curso de maltrato anual. Continuamente estar hablando de violencia, porque la violencia la tenemos en la calle, la tenemos en las consultas, la tenemos en ... Entonces deberíamos abordar la formación en este tema con carácter anual para que no se nos olvide nunca ponernos las gafas de violencia cada vez que entra una persona por la puerta.</i>
Magali (M, 58 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo creo que sería necesario más formación en género, que no en violencia de género, en igualdad de género, sí, ... patologías que se dan en las mujeres, por ejemplo, las fracturas de cadera, ¿son más tontas las mujeres o es que se suben a la escalera para fregar los azulejos? y se caen, ... los tíos no se caen porque no los friegan, ... yo por ahí enfocaría más la formación.</i>
Alicia (M, 37 años, >10 años en atención primaria)	<i>Y también a veces lo que nos falta recurso es a nivel psicológico, sabemos tratar cosas físicas, pero la parte psicológica nos cuesta mucho, ... yo pienso que por ahí sí podemos pedir más formación, ... porque entrar en el mundo de la mente y psicológicamente intentar cambiar y que la mujer vea las cosas de otra forma, ... a nosotros nos cuesta más.</i>
Celia (M, 61 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo pienso que todavía hay muchísimo miedo y falta de información. Miedo al qué dirán, a la familia, no tienen la suficiente confianza con los profesionales para poder abrirse en un tema tan delicado y la falta de información, a lo mejor no saben si los centros son un sitio donde pueden ellos tener una referencia.</i>

A lo largo de estos fragmentos, podemos observar diversos discursos donde los enfermeros y enfermeras identifican como importante la necesidad de formación e información para ofrecer una mejora en la atención a las

mujeres. Por un lado, y a través del planteamiento que discurre desde la voz de Begoña se evidencia una posición de autocrítica con la formación que han recibido los profesionales que sería escasa y además esa autocrítica al sistema donde la formación es de manera esporádica dentro de la jornada laboral y que hace que en ocasiones los profesionales deban formarse de su tiempo personal. Asimismo, la necesidad de formación se lleva a su máximo cuando desde los centros asistenciales sanitarios se intenta formar a través de personas expertas en la materia. Se evidencia a través del discurso de Manuela como contar con personas expertas en la materia puede ser un obstáculo dadas las agendas que presentan. El discurso de Mónica demuestra además como la formación para los enfermeros debe incorporar además el manejo de las emociones y sentimientos de las mujeres. Se hace eco de la importancia de la formación para enfermeras y enfermeros, pero con especial hincapié hacia ellos. El planteamiento que se recoge en la voz de Patricia es muy revelador en cuanto a la posición que debe tener la formación en materia de VG. Para ella, se concede la misma importancia que a otras cuestiones vinculadas a nuestra profesión, por lo que de ahí se evidencia la sensibilidad a la VG y la consideración como problema de salud que debe abordarse desde los centros sanitarios. El discurso de Magali evidencia además que la formación en VG debe enmarcarse en un paraguas mayor que la soporte como es la formación en igualdad de género. Partiendo de esa premisa la actuación hacia el fenómeno de la VG se verá reforzada, porque se llega a la comprensión del fenómeno en su totalidad. En el discurso de Alicia también se demuestra que la formación debe contemplar el aspecto psicológico, aspecto transversal para cualquier actuación que realicen las enfermeras en su ámbito y para el que deben mostrar habilidades. Finalmente, el discurso de Celia contempla la otra vertiente de esta necesidad, se trataría de la falta de información que tienen las mujeres sobre los profesionales sanitarios que pueden atenderla y de los recursos disponibles a nivel comunitario.

Estos resultados son afines a investigaciones previas que sugieren la importancia de educación y entrenamiento para la identificación de la VG por parte de las enfermeras (Bradbury-Jones et al., 2016; Bradbury-Jones et al., 2016<sup>b</sup>; Shavers, 2013; Sprague et. al 2016). Así es como la capacitación en

estrategias de abordaje de los profesionales de la salud hacia mujeres con VG se convierte en una pieza clave de la detección de los casos (Daniel & Milligan, 2013; García-Moreno et al., 2015) y se plantea como novedoso el empleo de simulaciones para entrenar las habilidades de los profesionales (Daniel & Milligan, 2013). Conocer el fenómeno de la VG ayuda a mejorar las propias prácticas, así como aumentar la confianza en sí mismo como profesional (Goicolea et al., 2015). Encontramos una investigación que señala la importancia de formación a los profesionales para atender casos concretos de violencia sexual, ya que solo un porcentaje pequeño de la muestra se sintió capaz de dar cobertura a esta violencia (Baptista et al., 2015). Se trata de desarrollar intervenciones específicamente destinadas a atender la violencia sexual (Hegarty et al., 2016), entre las que se encuentran identificar los trastornos sexuales más frecuentes y una aproximación a las consecuencias para la salud de las mujeres (Alonso Lupiáñez, 2017). Igualmente se trata de tener conocimientos de los recursos disponibles a nivel comunitario y de los dispositivos legales (Chisholm et al., 2017; Estévez Macas, 2017), que se acompañan de la formación continuada que deben recibir los profesionales (Chisholm et al., 2017), tal y como se señala en nuestros resultados. La formación continuada para enfermería como hemos señalado también se vuelve relevante en caso de violencia sexual (Callahan, 2014). Esa formación continuada se suma a la realización de talleres relacionados con el tema (Djikanovic et al., 2010).

### **2.5.3 Consulta de referencia y/o persona referente.**

La necesidad de una consulta de referencia en los centros sanitarios recoge enunciados que reflejan la importancia de la creación de un espacio físico donde abordar los casos. Bajo esta misma área de mejora quedan recogidos los discursos que sostienen además que para mejorar la atención a las mujeres es necesaria también la figura de la persona referente en los centros. Se muestran estas áreas de mejora en los discursos de enfermeras y enfermeros, siendo estos últimos más imperativos en la focalización de los casos a la persona referente una vez existan indicadores de sospecha de malos tratos. El reconocimiento de estas áreas de mejora por parte de los enfermeros tendría una doble vertiente. Por un lado, supone el reconocimiento

como problema de salud. Y, por otro lado, se puede entender como un desprendimiento de situaciones difíciles dada la complejidad que supone atender la VG dentro de sus labores diarias. A continuación, se presentan ejemplos de este tipo de necesidad en la tabla 39.

Tabla 39. Necesidad de consulta de referencia y/o persona referente.

Alberto (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<i>Eso es muy importante, una persona de referencia sería importante. En caso de que hayamos identificado algo ... Más información también, ya no tanto de acudir a ellas sino de tender esa referencia, ese ... y tenerla cerca esa referencia.</i>
Juan Luis (H, 46 años, <10 años en atención primaria)	<i>Yo pienso que debería de haber un referente, en este tipo de ... de ... de recepcionar a los pacientes con estas características, que hubiera un referente con esa sensibilidad, preparado, ... que haya una comunicación más, ... y que todos sepamos que es referente esa persona, para que la comunicación sea más fácil, yo creo que ayudaría.</i>
Manuel (H, 54 años, >10 años en atención primaria)	<i>Y después, quizá se podían habilitar algún tipo de espacios en consultas o a lo largo de la jornada laboral para poder intentar pues tener un espacio por si hace falta, tenerlo libre. Eso en primaria es muy complicado de hacer, ... Entonces, pues a lo mejor tener algún tipo de espacio para que en caso de que se dé... pues poder derivarlo ahí.</i>
Marcos (H, 48 años, < 10 años en atención primaria)	<i>Pero aquí, a nivel de intervención, ¿qué nos faltaría? Tener un nexo rápido y directo con órganos de intervención, policía, juzgado... Pero eso se llama macrointervención... A nivel micro... podría ser interesante que esté alguien permanentemente formándose.</i>
Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Y luego, como todas las cosas, la especialización, tirar de la gente que tenga más sensibilidad para que coordinen un poco el programa en el centro, o para que se actualicen o para que si viene un caso grave y los compañeros te dicen que yo no sé tratarlo porque no tengo las habilidades, pues que estas personas lo asuman.</i>
Manuela (M, 43 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo tendría un referente formado en cada centro, en cada centro. Si realmente queremos darle importancia a este tema, deberíamos tener personal cualificado que conociera al dedillo cual es el protocolo, cuáles son las vías de actuación, a qué puerta tenemos que tocar, o qué teléfono tenemos ... Y eso es cuestión de adiestramiento y formación y no en todos los centros existe.</i>
Carmen (M, 60 años, >10 años en atención primaria)	<i>Está, está así. Está focalizado porque realmente ellos cuando detectan algo nos lo derivan. Siempre. Que no lo mandan ahora a este médico porque es el tuyo, no, no. En eso, y tanto el médico, El médico, el enfermero, incluso en el mostrador. El médico, el enfermero, incluso en el mostrador lo derivan, o a la trabajadora social o a mí.</i>

A lo largo de estos fragmentos, podemos observar diversos discursos donde los enfermeros identifican como importante la necesidad de que exista una consulta y/o persona referente para el seguimiento. A través del planteamiento que discurre desde la voz de Alberto y Juan Luis se evidencia la

necesidad de personal especializado en la problemática de la VG, así como la necesidad de dar a conocer a esas personas al resto del equipo sanitario de los centros para facilitar la comunicación. Se evidencia a través del discurso de Manuel como la persona de referencia debería realizar la labor con las mujeres en un espacio físico destinado a ello en los centros. Espacio que pudiera estar disponible en el momento que las mujeres requieran de asistencia. El planteamiento que se recoge en la voz de Marcos es muy revelador porque apuesta por la persona de referencia que tiene que estar formándose de manera continuada. Así se contribuye a la mejora en la atención a la VG. Los discursos de las enfermeras presentan matices a los planteamientos vertidos por los enfermeros. A través del discurso de Mónica y Manuela se ofrece ese matiz para la selección de la persona que debe operar como personal de referencia. Se debe seleccionar aquella persona que demuestre sensibilidad al fenómeno y pueda ofrecer apoyo al resto de profesionales y debe ser seleccionada en cada centro de manera concreta sin atender a perfiles profesionales concretos, sino en función de la sensibilidad. Finalmente, el discurso de Carmen contempla como en su centro sanitario es la figura de persona referente, y se trabaja con la derivación de los casos a ella junto con la trabajadora social.

Estos resultados son afines a investigaciones previas que hablan de la importancia para la atención a la VG de personal especializado. En una revisión sistemática de la literatura se describe como es importante la capacitación a los profesionales de la salud que estén motivados para el abordaje de la VG, de tal manera que lideren a los miembros del equipo. Este perfil profesional debe cumplir características como habilidades de la comunicación, empatía y el respeto por la confidencialidad de la información y puede desarrollar tareas de derivación o planificación de la seguridad de manera más efectiva (Colombini et al., 2017). En otra investigación se recoge como la rotación del personal derivada de la organización de los sistemas de salud, es una barrera importante para la detección de los casos de VG (Kopčavar Guček et al., 2016).

### 2.5.4 Reforzamiento de las medidas económicas y legales.

La necesidad de reforzar las medidas económicas y legales recoge todas aquellas demandas de las enfermeras y enfermeros para catalogar la VG como una línea prioritaria de actuación y dotar de los medios necesarios para el abordaje de ésta. Bajo esta área de mejora quedan recogidos los discursos que sostienen que para mejorar la atención que se brinda a las mujeres se deben reforzar las medidas legales, las medidas económicas y todos aquellos servicios necesarios para darles cobertura y ayudarlas a abandonar la relación. Este catálogo de áreas de mejora se recoge en los discursos de enfermeras y enfermeros. Ambos recogen en sus testimonios una batería importante de recursos que podrían aumentar la atención que se ofrece a las mujeres que presentan esta condición y que, por tanto, denota la sensibilidad de enfermeras y enfermeros al fenómeno de la VG. A continuación, se presentan verbatimines de ejemplos de este tipo de necesidad en la tabla 40.

Tabla 40. Necesidad de reforzar las medidas económicas y legales.

María (M, 51 años, >10 años en atención primaria)	<i>Mira, yo me acuerdo de una señora que falleció, víctima de malos tratos. Y se hizo todo, se hizo el protocolo, perfectamente. Es que, en realidad, yo la conocía, pero no era paciente. Tenía dos niños menores. Pues al final el marido terminó matándola. Y aunque se le había retirado desde, me parece que pasa por el juez, y el juez determinó que no había temor por la vida de la mujer. Entonces pues, la mujer no estaba ni tan siquiera en su casa. Estaba trabajando, estaba cuidando a una señora mayor. Entonces el marido fue con los niños a buscarla al trabajo y delante de los niños, la hizo que saliese del domicilio y la mató. Entonces la policía, aunque había determinado el juez que no, seguía haciendo el seguimiento a la señora. Pero es que no fue en el domicilio familiar, fue en el domicilio del trabajo. Entonces ahí yo es que la verdad es que, claro como no tenía orden de alejamiento, no tiene orden de alejamiento. Entonces la policía por mucho que estuvo pendiente es que tampoco tenía orden de alejamiento. Entonces ¿cómo eso se estructura eso? Es que es muy complicado, determina un juez si hay orden de alejamiento o no hay orden de alejamiento. Y en este caso se equivocó, ¿no?</i>
Alicia (M, 37 años, >10 años en atención primaria)	<i>Entonces el problema principal del maltrato es que la mujer todavía no ve claro el que vaya a tener una ayuda si ella pone una, una demanda, porque generalmente después te ves el marrón de que no tienen seguridad y de que va a ser peor, y como tienen ese miedo, pues ... yo pienso que lo que habría que adelantar más es lo que es el cuidado de la mujer, una vez que se ha producido el maltrato, eso es lo que yo veo, porque lo que es el protocolo se aplica, ósea el saber que si vienen, ... si van a venir, ... o sí es físicamente, psicológicamente, ... pero lo que es la actuación, ...</i>

*Continúa en la siguiente página*

Juan (H, 44 años, >10 años en atención primaria)	<i>Bueno, pues, por parte de los servicios sociales, si nos metemos en el tema de salud: enfermería y tal, pero por parte de los servicios sociales y policía, yo creo que debería de intensificarse un poco más la vigilancia, ante casos que son reincidentes. Que muchas veces se les pone orden de alejamiento, pero otras veces no son tan efectivos.</i>
Marcos (H, 48 años, <10 años en atención primaria)	<i>Igual debería haber unas garantías legales para que el profesional de a pie o el vecino de a pie tuviera una protección, un anonimato, una cosa muy clara que el usuario sepa que en ningún momento le va a vincular, porque como son personas agresivas ... Muchos profesionales dicen: yo puedo dar la voz de alarma, pero este hombre va a venir al centro de salud todos los días ... Entonces, habría que establecer medidas en las que la denuncia y la intervención sea rápida, fácil y segura para el denunciante, el denunciante que no lo sufre, sino que lo ve. Desde el vecino hasta el enfermero o hasta la de correos ... O hasta el del bar. Para mí, creo que habría que articular medidas rápidas, ágiles, de confidencialidad y seguridad. No que te voy a proteger, sino que nunca van a saber que fuiste tú.</i>
Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Por ejemplo, lo más importante sería quitarle el peligro a las personas que lo está, porque corre riesgos para la vida, que es lo fundamental. Es como un infarto, primero es acudir a las emergencias, catalogar que eso es una emergencia sanitaria dentro de los protocolos y decidir que corre el mismo riesgo que una persona que está sufriendo un infarto o más, entonces, catalogarlo de emergencia y que haya un plan de actuación, claro, que todo el mundo sepa cómo tiene que actuar y que esté abierto a todas las personas que intervenimos, guardia civil, las trabajadoras sociales del ayuntamiento, el del tema de igualdad, todos los responsables que haya en cada pueblo.</i>

En los verbatines anteriores se puede apreciar la necesidad de reforzar las mejoras legales, económicas y sociales para prevenir y solventar la VG desde todas las esferas de actuación e implicando a los diferentes profesionales. En el discurso de María se corrobora la importancia de que existan mejoras a nivel legal para atender las situaciones de VG, con órdenes de alejamiento eficaces y con dotación de los medios necesarios para el trabajo con las mujeres. En lo que refiere a la atención que se brinda desde los centros de atención primaria se presenta la voz de Alicia que señala que para el abandono de la relación de violencia las mujeres presentan dudas e incertidumbres puesto que los medios no son los necesarios para atenderlas. Por ello, la dotación de recursos no debe circunscribirse a los entornos sanitarios, sino que deben ser además recursos sociales. El discurso de Juan y Marcos incluyen un aspecto básico como serían las medidas de protección. Por un lado, a las mujeres una vez existe reconocimiento de la situación de violencia y, por otro lado, a la persona que realiza la denuncia, sea profesional sanitario o cualquier persona dada la magnitud del problema que precisa de

un enfoque de actuación transversal. Nuevamente y desde los centros sanitarios el discurso revelador de Luz apuesta por saber identificar situaciones de peligro extremo para la vida de las mujeres por parte de los profesionales sanitarios. Sostiene en su discurso la importancia de conceder a esta situación la consideración de emergencia sanitaria y como tal, articular toda la actuación que se deriva una vez establecida la emergencia. Aquí se queda reflejada la sensibilidad de la enfermera ante este fenómeno y la consideración de problema de salud con un impacto importante en la vida de las mujeres.

En investigaciones previas se recoge la importancia de los gobiernos en el desarrollo de planes multisectoriales para atender a la VG y donde los sistemas de salud juegan un papel crucial (García-Moreno et al., 2015). Además, se apunta la necesidad de proveer mayores recursos destinados a la atención a la VG (Sprague et. al 2016) y la importancia de documentar los planes de seguridad desarrollados para atender a las mujeres (García-Moreno et al., 2015; Shavers, 2013). Estos planes deben contemplar una evaluación del peligro, estableciendo una configuración prioritaria y plan de acción de seguridad personalizado (Koziol-McLain et al., 2015). Los profesionales sanitarios tienen una oportunidad para detener el ciclo de la violencia y prevenir la muerte de las mujeres por VG (Hewitt, 2015). La falta de financiación supone una barrera que dificulta la detección de los casos de VG en la atención sanitaria (Kopčavar Guček et al., 2016).

### **2.5.5 Trabajo multidisciplinar.**

La necesidad de trabajo multidisciplinar recoge todas aquellas demandas realizadas por las enfermeras y enfermeros para mejorar la actuación que se brinda a las mujeres. Fundamentalmente son enfermeras, las que apuntan la necesidad de atender la VG con implicación de diferentes disciplinas profesionales. Consisten, por un lado, en mayor intervención por parte de equipos multidisciplinarios para atender correctamente a las mujeres. Y, por otro lado, en una mayor coordinación de los diferentes actores para brindar una mejor atención y favorecer la supervivencia de las mujeres en el caso de identificar una situación de peligro extremo. Se reconoce igualmente



el papel importante de las enfermeras en la aplicación del PAASVG. Ejemplos de este tipo de necesidad detectada se reflejan en la tabla 41.

Tabla 41. Necesidad de trabajo multidisciplinar.

Juan Luis (H, 46 años, <10 años en atención primaria)	<i>Yo veo un problema y ... no solamente relacionado con la asistencia, por el trabajo social. Entonces yo creo que tengamos un equipo multidisciplinar que abordar, ... y si es necesario evidentemente, la asesoría psicológica, pues también... ósea que el profesional sanitario tiene que estar en este fenómeno y el trabajo social y el psicólogo.</i>
Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Lo que yo sí propondría es un nuevo programa revisado por profesionales de salud y varios ámbitos como policial, judicial, etcétera, social, instituto de mujer, pero sí haría un decálogo, porque la gente no retiene las cosas si no es sota, caballo y rey. Yo quiero tener un cartelito como el de los derechos de los pacientes que diga: primero tal, segundo tal, hasta dónde llega mi función y a quién se deriva, y que todo el mundo sepa que los pasos son estos, que el teléfono de llamar en cada caso.</i>
Catalina (M, 55 años, <10 años en atención primaria)	<i>Entonces que vea que tenemos, que hay ... una comunicación. Que no va Sanidad, por un lado, los Servicios Sociales por otro, la Policía por otro, la Guardia Civil por otro, sino que estamos todos ahí formando equipos para apoyarla. Más que formación, coordinación, porque formación tenemos, información también. Entonces más coordinación.</i>
Magali (M, 58 años, >10 años en atención primaria)	<i>Pero también yo creo que... saber derivar, ... porque siempre a lo mejor hay personas que tienen más necesidades que otras en cuanto a tratamientos, ¿no? y a lo mejor necesitamos derivaciones a especialistas, porque a lo mejor podemos resolver unos sí... pero todos a lo mejor tampoco, otros son ... con mentes más complicadas.</i>
Javier (H, 46 años, >10 años en atención primaria)	<i>Es como debe ser ... tenemos comunicación, yo por ejemplo con mi médico, en este caso es una doctora, yo tengo mucho, ...nos llamamos por teléfono muy, ... ella está en su consulta y yo en la mía y estamos relativamente a diario, nos llamamos para decirnos, "oye mira que ... ¿esto es violencia de género?"</i>
Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Las trabajadoras sociales hacen los GRUSES, que son grupos socioeducativos que están enfocados a este perfil de mujeres que acuden a muchas consultas por problemas variados, que se supone que hay un trasfondo. ¿Por qué lo hacen? Porque son hiperfrecuentadoras. No porque haya un interés por darle una solución a los problemas de esas mujeres, sino para que no vengan tanto, es que consumen muchos cinco minutos. Entonces los GRUSES se hacen con muy buena fe de parte de la trabajadora social y de las personas que colaboramos para que las mujeres no vengan tanto, y no que sea porque de verdad hacemos una intervención reglada con la mujer. Hay muchas cosas que se pueden hacer si somos capaces de sentarnos en una mesa todos los actores y decir, yo tengo esto y esto, pues bien, vamos a hacer la programación del año; es que no es difícil, solamente hay que tener voluntad política y no la hay.</i>

En los verbatines anteriores se puede apreciar cómo se hace evidente la necesidad del trabajo multidisciplinar una vez que se presenta la situación de VG para abordarla desde todas las esferas de actuación e implicando a los diferentes profesionales. Desde el PAASVG se contempla el trabajo

multidisciplinar. En el discurso de Juan Luis se corrobora la importancia del trabajo con las mujeres desde diferentes esferas, donde cada profesional tiene su función y donde la enfermera tiene una posición privilegiada para el abordaje. Esta misma idea con un matiz importante se presenta en la voz de Mónica que señala igualmente la importancia del trabajo en equipo multidisciplinar, pero este trabajo necesita una coordinación entre todos los profesionales, además de una simplificación en la actuación, detallando claramente los pasos. El discurso de Catalina incluye un aspecto básico del trabajo en equipo en caso de situaciones identificadas de peligro extremo para la vida de la mujer, como es la coordinación de los profesionales llevado a su máximo nivel y la inmediatez de las respuestas que se prestan con el objetivo último de garantizar la supervivencia de las mujeres. En estas situaciones es donde cobra mayor importancia la actuación coordinada de todos los agentes implicados en el tratamiento de la VG. Además, en el discurso de Magali se señala una idea interesante para el abordaje del trabajo en equipo, se trataría de incorporar las derivaciones a especialidades realizadas por las enfermeras según la complejidad de los casos atendidos. En el discurso de Javier se presenta como su centro sanitario si desarrolla la premisa del trabajo en equipo para el abordaje de la VG. La necesidad del trabajo multidisciplinar recoge discursos que apuntan que para que suceda esto, es necesario que ocurran cambios en las políticas de salud para que la VG sea una prioridad a nivel político y se materialice a nivel asistencial. Esto mismo se recoge en el discurso de Luz que es crítica con el sistema y eso denota la sensibilidad que presenta al abordaje de la VG desde los centros de atención primaria.

En investigaciones previas encontramos resultados afines a los nuestros, puesto que se entiende que la VG debe abordarse desde el trabajo multidisciplinar para hacer frente a este problema (Pérez García & Manzano Felipe, 2014). En un estudio desarrollado en el contexto español se muestra como un equipo de atención primaria de salud aprende a responder ante la VG a través de la sensibilidad de sus miembros, la creación de espacios para favorecer el trabajo en equipo y la coordinación entre ellos (Goicolea et al., 2015). En un trabajo posterior de esta misma autora, se evidencia nuevamente

la importancia del trabajo en equipo multidisciplinar para atender a la VG (Goicolea et al., 2017). La coordinación entre los miembros del equipo que atienden a las mujeres resulta clave para la mejora de la atención (Bradbury-Jones et al., 2016). Además, el trabajo interdisciplinar se plantea necesario para el abordaje de los casos de violencia sexual (Callahan, 2014). Ya en el año 2010, en una investigación se señala como a los profesionales de la salud les gustaría formar parte del equipo multidisciplinar junto a la policía y a los servicios sociales (Djikanovic et al., 2010).

### 2.5.6 Mejora en las infraestructuras.

La necesidad de mejora en las infraestructuras recoge los discursos de los profesionales para que se pueda favorecer la intimidad de las mujeres y dar una correcta atención. Se recogen las áreas de mejora vertidas por enfermeras y enfermeros en relación con esta necesidad identificada, que denota sensibilidad al problema. Por otro lado, en el discurso de dos enfermeros y atendiendo a la necesidad de mejora en las infraestructuras, se da cuenta que sería necesario para abordar con confidencialidad no solo la VG, sino cualquier problema de salud que necesite de un trato más riguroso en cuanto al tratamiento de la información y la intimidad. Así es como equiparar la VG con cualquier otro problema de salud de diferente envergadura es significativo, pero también se resta importancia por no hablar directamente o eludir en sus discursos el concepto la VG. Ejemplos de este tipo de necesidad detectada se reflejan en la tabla 42.

Tabla 42. Necesidad de mejora en las infraestructuras.

Begoña (M, 48 años, >10 años en atención primaria)	<i>Pues sí, un sitio separado, una consulta separada, ... respetamos la intimidad y se habla con los familiares en un sitio que nadie sabe, porque vamos cambiando. Lo mismo es en esta consulta que está libre, se va a respetar la intimidad, pues, claro, porque una puerta con algo que ponga "se atiende" ... No, porque no va a acudir nadie. Que luego tú dices maltrato MT, es que terminan enterándose de qué significa.</i>
Javier (H, 46 años, >10 años en atención primaria)	<i>Este edificio no está estructurado para una cosa confidencial, ... ahí llega alguien a urgencias y pobrecito el que llega tiene que meterse en la consulta y allí explicarlo, porque cuando le pregunta el celador "¿qué le pasa?" ,... pues tiene que contarlo. ¿Cuántos metros puede haber ahí? En doce o trece metros cuadrados pues puede haber quince familias esperando que los vea el médico. Y ahora llega cualquiera, ... Así que estructuralmente también habría que mejorar...</i>

*Continúa en la siguiente página*

Ángel (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<i>El problema estructura, de infraestructura, lo tendría, claro. Pero también lo tendría el que tuviera o si viniera un infarto, verás, je, je. Que no sería solo una mejora para el manejo de violencia de género sería una mejora para ... todos los pacientes. Para cualquier cosa que implique intimidad, espacio y disponibilidad de medios.</i>
Fernando (H, 61 años, >10 años en atención primaria)	<i>Todo lo que tiene que ver con la protección de datos, la confidencialidad, ... no existe y es muy difícil hacerlo, es imposible, es imposible ... hay poco espacio ...</i>
Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Espacios e infraestructuras me parece que son fundamentales y también me parece que, mayoritariamente, no en este centro, se pueden conseguir, porque una buena consulta vacía en un momento determinado o lo que sea la puedes conseguir.</i>
Juan José (H, 45 años, >10 años en atención primaria)	<i>Sí, pero lo buscaríamos, estoy seguro de que buscaríamos un sitio en el que la mujer esté tranquila, sin ojos que la estén viendo y que puedan pensar o sospechar que. Lo buscaríamos. Pero es verdad que no hay un espacio, pero estoy seguro de que lo buscaríamos y no me cabe duda de que vamos a hacer todo lo que esté en nuestras manos, sea de quien que sea, por hacerlo lo mejor posible.</i>

A lo largo de estos fragmentos, podemos observar diversos discursos donde enfermeras y enfermeros identifican como importante la necesidad de mejora en las infraestructuras de los centros de atención primaria para que exista una mejora en la atención a las mujeres. A través del planteamiento de Begoña se evidencia la necesidad de mejorar a nivel arquitectónico los edificios y así se mejoraría la intimidad ofrecida a las mujeres. Se propone incluso la creación de una consulta específica pero que no estuviera vinculada a un espacio concreto, sino que fuera cambiante para así ofrecer más garantías a su intimidad. Las deficientes infraestructuras aparecen de manera más llamativa en los espacios de urgencias de los centros de atención primaria. Esta idea queda corroborada a través del discurso de Javier. El planteamiento que se recoge en la voz de Ángel y Fernando tendría su doble lectura e interpretación, ya que, por un lado, la VG tendría consideración de problema de salud dada su comparación con otras patologías y, por otro lado, reflejaría una falta de sensibilidad de los enfermeros a dicha situación manejando un discurso políticamente correcto de la problemática y cayendo en comparaciones poco apropiadas dada la gravedad y complejidad del fenómeno. Finalmente, en el discurso de Mónica y Juan José se contempla como a pesar de las deficiencias arquitectónicas en los centros, llegado el

caso las enfermeras buscarían estrategias de abordaje de acuerdo con la situación que presentara la usuaria, buscando espacios físicos que permitieran el aislamiento y garantizaran los cuidados bajo el PAASVG.

En investigaciones previas encontramos como una barrera para dar respuesta integral a la VG puede ser las características operativas de las instalaciones y la preocupación por las infraestructuras (Williams et al., 2016), hecho que coincide con los resultados alcanzados en nuestra investigación.

### 2.5.7 Consejos de salud.

La necesidad de consejos de salud manifestada por las enfermeras y enfermeros recoge enunciados que apuestan por la importancia de la creación en las comunidades de espacios compartidos para el abordaje de la VG, donde el sector salud tenga su papel relevante. Esta necesidad se identifica en pocos de los participantes en nuestro estudio, solo los discursos de dos enfermeras y un enfermero contemplan esta área de mejora. Queda patente por tanto la sensibilidad al fenómeno y el grado de implicación profesional para contribuir a la erradicación de los malos tratos. A continuación, se muestran los ejemplos de este tipo de necesidad detectada en la tabla 43.

Tabla 43. Necesidad de consejos de salud.

Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Pero ya no solamente en profesionales, sino que habría que hacer como un consejo de salud, que tampoco funcionan en el barrio. Es decir, qué recursos tenemos en el barrio, quiénes son los líderes sociales del barrio, del instituto del barrio, de la guardería del barrio, de las asociaciones de vecinos ... Con los consejos de salud, que la idea es buenísima, pasa que cuando hay crisis la participación ciudadana y la educación para la salud es lo primero que se va a la porra.</i>
Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Al reunimos y haber visto que es que tenemos muchos obstáculos que superar, aquí hay una Mesa de la Violencia en el pueblo, y la propuesta que le he hecho a ella es ver a todos los activos que tenemos, que son muchos, conocer los activos de salud que hay aquí en el pueblo, las actividades educativas, si hay escuela de adultos, todo lo que hay, vamos a hacer un catálogo y quien tiene cada cosa.</i>

En los verbatines anteriores se puede apreciar la necesidad de creación de consejos de salud para prevenir y abordar la VG desde todas las esferas de la comunidad con diferentes actuaciones que impliquen a diferentes

profesionales. En el discurso de Mónica y Luz se evidencia la necesidad de crear estos espacios compartidos para cuantificar las dotaciones y los recursos que existen en las comunidades para el abordaje de la VG. Estos discursos llevan implícito la sensibilidad que presentan estas enfermeras y la implicación en un problema que necesita de soluciones transversales y que afecten al conjunto de la sociedad.

En investigaciones previas se señala la importancia de las colaboraciones con la comunidad cuando aparece la VG, así como la creación de los consejos de salud (Shavers, 2013), hecho que coincide con los resultados de nuestra investigación.

### **2.5.8 La enfermera escolar.**

La necesidad del reconocimiento de la figura de la enfermera escolar recoge todas aquellas demandas realizadas por las enfermeras y enfermeros para mejorar la prevención con el objetivo de disminuir la incidencia de la VG. Desde la promoción de la salud y en el ámbito educativo la enfermera escolar puede desarrollar una función crucial en la educación en valores, para que el inicio de las primeras relaciones en pareja se haga bajo la premisa de igualdad y respeto mutuo entre la población adolescente. Asimismo, puede contribuir al diagnóstico de situaciones que ya supongan una opresión y a la intervención en casos positivos. Tanto enfermeras como enfermeros apuntan la necesidad de esta figura profesional con un gran campo de actuación para tratar esta problemática. Consisten, por un lado, en la demanda de la creación/reconocimiento de esta figura profesional con unas competencias claramente detalladas tal y como existe en otras comunidades autónomas. Y, por otro lado, en una formación específica que debe recibir esta figura profesional para poder actuar en este ámbito desde la promoción de la salud. En la tabla 44 se muestran ejemplos de este tipo de necesidad detectada.

Tabla 44. Necesidad de la enfermera escolar.

Magdalena (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>La enfermera escolar sería fundamental porque además no solamente es por eso, también hay otros problemas de salud. Hay niños diabéticos. Y sobre este tema, habría mucho trabajo que hacer, cuando se está viendo ese repunte, que esas primeras relaciones, se convierten en relaciones de sumisión y de poder. Opiniones de aquí el que manda soy yo, tú eres una niña, eres mi novia y te callas porque aquí el que manda soy yo. ¿Cómo? ¿Perdona? Esto cómo es.</i>
Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Sería muy interesante la figura de la enfermera escolar, que de hecho creo que recientemente lo han aprobado. Lo que pasa que el tema de la enfermera escolar no debe estar solo enfocado para niños diabéticos ... Entonces esa figura tiene que estar muy clara y muy bien formada. Y desde luego una enfermera sería fundamental ya no solo para concienciar a los chavales, sino también al profesorado, porque los chavales van saliendo de allí y los que se quedan son los profesores, y los profesores también tienen que tener una implicación y sobre todo formarse en ese sentido, porque uno de matemáticas te sale con la excusa que él ha estudiado matemáticas, y estas cosas ¿no? Y, sin embargo, tratan con los chavales.</i>
Manuel (H, 54 años, >10 años en atención primaria)	<i>Sería necesario la figura de una enfermera escolar que trabajara eso, no solo para eso, pero sí. Hombre, yo creo que haría falta una formación mucho más reglada en muchos aspectos que es el de sanidad, pero en este caso de todo el tema de la igualdad de género y de lo que significa el concepto de una dominación, aunque no sea física, dejarlo claro sí que es verdad que haría falta ¿la enfermera? Bueno, pues ojalá, ...</i>
Juan José (H, 45 años, >10 años en atención primaria)	<i>Importante la figura del enfermero escolar porque no solamente si vamos a los adolescentes ya estamos llegando tarde. Si el adolescente tiene un sobrepeso, ya hemos llegado tarde. A veces es difícil, porque las circunstancias, los factores, intrínsecos, extrínsecos, la familia, donde vive, tu cultura, no sé cuántos, [...] Educación en los colegios, en los colegios también, no solamente hay que enseñar a un niño de tres años a lavarse las manos. Y a que tiene que comer fruta. Es que el respeto, la igualdad, la sexualidad, todo esto, es que es así.</i>
Manuela (M, 43 años, >10 años en atención primaria)	<i>Claro, porque ellos están acostumbrados a que la mujer reconozca que esto es así, pero el hombre, dónde está la opinión del hombre. Si el hombre lo cuenta, no es que sea más creíble, o podemos decir que, en este caso, hablo en este caso nada más. Que no vaya una enfermera solo siempre mujer a hablar del tema violencia de género, sino que sea un hombre también, el que participe de ello [...] así que interesa la figura de la enfermera y del enfermero escolar. Es que, que un hombre trabaje ese tema con los adolescentes y sea un hombre el que tenga este discurso, yo creo que tendría muchísimo más impacto.</i>

A lo largo de estos fragmentos, podemos observar diversos discursos donde enfermeras y enfermeros identifican como importante la necesidad de reconocimiento de la figura profesional de la enfermera escolar para que exista una intervención directa sobre la población adolescente con el objetivo de disminuir la incidencia. Esto mismo se corrobora a través del planteamiento

de Magdalena. Se recoge entre otras funciones que debería realizar la enfermera escolar la promoción de la salud para el establecimiento de relaciones saludables e igualitarias entre la población adolescente. A través del discurso de Mónica se evidencia que esta figura profesional debe estar acompañada de una formación reglada y específica para poder ejercer sus funciones con unas competencias de actuación claramente definidas, siendo el perfil de la enfermera idóneo para intervenir y para trabajar no solo con la población adolescente, sino con el profesorado de los centros educativos. Esta formación que debe recibir esta figura profesional debe repercutir en la calidad posterior de su trabajo en el ámbito de la promoción de la salud. Esto mismo se evidencia a través del discurso de Manuel. El planteamiento que se recoge en la voz de Juan José apuesta por la figura de la enfermera escolar en todas las etapas educativas, es decir, se trataría de trabajar en el ámbito de la promoción de la salud de manera transversal y desde edades tempranas, etapa de educación infantil y primaria, además de la educación secundaria. Finalmente, en el discurso de Manuela se contempla una doble vertiente en su postura, por un lado, se reivindica un papel activo del enfermero en la promoción de la salud con la población adolescente, para que produzca mayor calado en ella; y, por otro lado, nuevamente se le concede más valor al trabajo desarrollado por los hombres en el marco de sociedades patriarcales como la nuestra.

En una investigación previa encontramos que la enfermera escolar en este ámbito desarrolla actividades de prevención, screening, así como proporciona información de fácil acceso al alumnado. No obstante, relatan que no existen protocolos para responder a casos de VG en los contextos educativos, siendo su existencia clave para disminuir las barreras en la actuación (Khubchandani et al., 2013). No obstante, la identificación y el screening se convierten en pasos clave para la posterior intervención con la población adolescente (Ferreira et al., 2014).



### 3. IDENTIDAD DE LAS ENFERMERAS EN MATERIA DE SENSIBILIZACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Para realizar la descripción y análisis de la identidad de las enfermeras y enfermeros que trabajan bajo las directrices del PAASVG en sus centros de atención primaria, y tomando como referencia los discursos vertidos a lo largo de las entrevistas y grupos de discusión, realizamos una identificación de diferentes posiciones de las enfermeras y los enfermeros, en relación con el protocolo y/o con las medidas que éste incluye. Para ello, se tuvieron en cuenta los discursos ofrecidos, que nos permitieron en un primer momento identificar tres posiciones diferentes de actuación en relación con los cuidados a la VG desde los centros asistenciales sanitarios. En la tabla 45 se puede observar un resumen de las principales identidades en relación con la VG.

Tabla 45. Identidades de las enfermeras y enfermeros.

Tipos de identidades	Extractos
<p><b>Sensibilidad ante la violencia de género reconocida.</b> Enfermeras y enfermeros que han acogido favorablemente el protocolo y son respaldados por el resto de los profesionales de sus centros de atención primaria en lo que respecta a su trayectoria profesional y como personas de referencia para la aplicación del protocolo. La implantación del protocolo supone un respaldo y visibilización a la labor que venían realizando en los centros de atención primaria.</p>	<p>[...] Yo estoy muy sensibilizada en el sentido de que me considero feminista y en el sentido de que tengo formación en cursos y eso (Mónica, M, 53 años, &gt;10 años en atención primaria)</p> <p>Primero agradecerte que trabajes estos temas. Para mí no hace falta el anonimato porque pienso que lo primero es quitarse las caretas y hablar de estos temas con una normalidad que no existe [...] (Luz, M, 53 años, &gt;10 años en atención primaria)</p>
<p><b>Sensibilidad a la violencia de género cuestionada.</b> Enfermeras y enfermeros que han aceptado muy bien la implantación del protocolo, pero son cuestionados por el resto de su entorno profesional, ya que asumen que el cumplimiento de éste debe seguirse de forma obligatoria para todo el centro de atención primaria. Valoran la iniciativa política y desarrollan aspectos positivos del protocolo y de la atención que ellos brindan.</p>	<p>Personalmente, no me cuesta trabajo hablar de ese tema, pero, una vez que tengo la información, realmente, no sé cómo utilizarla [...] (Elena, M, 41 años, &gt;10 años en atención primaria)</p> <p>Pues vamos a ver, mira, por mis conocimientos sobre género yo entiendo la violencia de género en un ámbito global, no solamente la violencia física, sino la violencia instrumental, la violencia psicológica, la violencia del medio, la violencia incluso en las propias estructuras que impiden que una mujer progrese [...] (Marina, M, 42 años, &gt;10 años en atención primaria)</p>

Continúa en la siguiente página

---

<p><b>Sensibilidad a la violencia de género en construcción.</b> Enfermeras y enfermeros que reconocen la problemática que supone la VG para un elevado número de mujeres y entienden el impacto en salud de las mujeres. Sin embargo, sus discursos, sus experiencias profesionales y sus trayectorias no poseen una base suficiente ni en formación, ni en conocimiento del protocolo.</p>	<p><i>[...] Es que no ha lugar, es que no hay forma ni manera, es que estamos un poquito sobrecargados. Por eso te digo que a lo mejor aumentar un profesional que se dedicara a este tema con una consulta aparte [...] (Celia, M, 61 años, &gt;10 años en atención primaria)</i></p> <p><i>[...] Es lo que yo entiendo por violencia de género, y según la ley es dirigido hacia la mujer. Personalmente creo que tendría que ser en ambas direcciones, pero bueno, según la ley, está contemplado hacia la mujer [...] (José Luis, H, 46 años, &lt;10 años en atención primaria)</i></p>
--	---

---

A partir de este primer análisis exploratorio, se seleccionó para un estudio en mayor profundidad de las identidades de los profesionales, los enunciados desarrollados en el transcurso de las entrevistas de 7 enfermeras y 5 enfermeros, atendiendo a: la naturaleza de sus intervenciones en las entrevistas, el valor de sus intervenciones (en un sentido amplio) y el reconocimiento y legitimación como personas de referencia en VG para sus compañeros en sus centros.

Este análisis en profundidad de las posturas que adoptan las enfermeras y enfermeros en relación con el PAASVG se realiza a partir de los discursos de los participantes nombrados más arriba. La muestra de participantes no tiene intención de ser representativa, ni generalizable. Tiene una intención exploratoria con el objetivo de comprender y analizar cómo las enfermeras construyen su identidad en relación con las políticas de igualdad en salud. Esto lo podemos observar a través de los enunciados de las enfermeras que de algún modo asumen el cargo de personas de referencia en sus centros de atención primaria en el desarrollo y puesta en marcha del PAASVG por parte de la Consejería de Salud.

Para conocer cómo la identidad de los profesionales se va configurando a partir de su discurso, hemos aplicado el método de comprobación cruzada con las categorías estrategias y necesidades que los enfermeros y enfermeras ponen en juego para construir un conocimiento y experiencia compartida en la atención que brindan a las mujeres bajo el

marco del protocolo. Esto nos permite conocer cuáles son los posicionamientos que adoptan estos profesionales a partir de las estrategias empleadas y las necesidades que demandan para argumentar sus posiciones en relación con los cambios e innovaciones que conlleva la aplicación del protocolo y los requisitos que serían imprescindibles incluir para dar una atención integral desde la atención primaria de la salud.

### **3.1 Identidades de las enfermeras y enfermeros.**

#### **3.1.1 Sensibilidad ante la violencia de género reconocida.**

Esta forma de identidad aparece en enfermeras y enfermeros que han acogido favorablemente el PAASVG y son reconocidas y reconocidos por el resto de los profesionales de sus centros de atención sanitaria en lo que respecta a su trayectoria profesional y como personas de referencia para la aplicación y puesta en marcha de las directrices que recoge dicho protocolo. El 33,3 % de las enfermeras y enfermeros que han participado en las entrevistas y grupos de discusión tienen este perfil. Se trata de enfermeras y enfermeros que pertenecen a colectivos vinculados al género, con formación reglada y en ocasiones formación autodidacta y con autodeclaraciones de mujeres feministas (para el caso de las enfermeras) y que a lo largo de sus trayectorias laborales han conseguido ser respetadas y valoradas por el resto de los profesionales en sus centros de trabajo. Esta última idea se presenta con algunos matices según la profundidad de análisis de los discursos de las experiencias de estas enfermeras y enfermeros. El PAASVG supone un respaldo y visibilización a la labor que venían realizando en sus centros asistenciales sanitarios.

Son profesionales con una trayectoria en atención primaria que se traduce en aproximadamente 25 años de labor como enfermeras y enfermeros. Este tipo de identidad se refleja, por ejemplo, en enfermeras como Mónica, Luz y Patricia, y un enfermero, que es Marcos, en su caso concreto la trayectoria en atención primaria es menor a 10 años. A través de sus intervenciones, se evidencia el reconocimiento como personas de referencia en sus centros de atención primaria para atender los casos de VG que se presentan. La sensibilidad que presentan les hace reconocer la VG no solo en

el contexto de las relaciones de pareja, sino también la violencia institucional presente en las estructuras de la sociedad. Además, son capaces de evidenciar que nuestra profesión enfermera no tiene el reconocimiento que debería por ser precisamente una profesión que ejercen mayoritariamente mujeres. En el caso de Mónica, Luz y Patricia, se evidencia un bagaje personal y profesional que las ha convertido en las profesionales que son hoy, sensibles a la cuestión de género. Reconocen además un impacto elevado en la vida personal al cuidar de mujeres que presentan VG. Para Marcos, existen en los entornos sanitarios sensibilidad de los profesionales para la detección, pero no tanto para la intervención en situaciones de VG. Identifica como hoy en día siguen existiendo relaciones de pareja machistas y consolidadas, por lo que la violencia aparece en este contexto. Además, habla de los diferentes agentes de socialización en la infancia, como son la casa y la escuela, que contribuyen a la transmisión de valores que después se reproducen en la edad adulta. Igualmente, para Marcos cuidar de estas mujeres supone un impacto elevado en el plano personal. Reconoce el valor de la figura de sus compañeras enfermeras, que ejercen unos cuidados con perspectiva de género. Ejemplos de este tipo de perfiles profesionales, lo podemos ver en los verbatimines recogidos en la tabla 46.

Tabla 46. Enfermeras y enfermeros con identidad sensible reconocida.

Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Yo trabajo el concepto de violencia de género porque mis compañeros me derivan a mi todo lo que para ellos es una patata caliente y, además, como también las enfermeras gestoras de casos somos como una entelequia, en el sentido que no sabe la gente cuál es nuestra función, pues todo lo raro, nos lo derivan. Al mismo tiempo también tengo formación en psicología [...] Yo estoy muy sensibilizada en el sentido de que me considero feminista y en el sentido de que tengo formación en cursos y eso.</i></p> <p><i>Pero a mí me implica ponerme nerviosa en el sentido de que estoy en una situación de mucho riesgo para esa persona y que por mi parte no me quede la culpa de no haber hecho bien algo y proteger a esa persona. En el tema de la confidencialidad y de la intimidad, el tema de los casos que se tienen que derivar a grupos policiales, o al instituto de la mujer, o a casas protegidas, o todo ese tipo de cosas.</i></p> <p><i>Lo primero que hago es cerrar con pestillo la puerta para que tengan intimidad o nos vamos a otro sitio y dedicarles su tiempo. Esto no es una consulta de cinco minutos porque esa persona tiene que desahogarse, lo primero que pasa es que te explora ella a ti, tiene que confiar, porque quiere saber si tú eres una persona que le puede ayudar o no. La primera ayuda que ellos notan es una ayuda emocional o afectiva.</i></p>
--	---

Continúa en la siguiente página

---

*Pero parece que todavía estamos bajo el pie del médico en los aspectos de circuitos burocráticos y sin embargo las enfermeras trabajamos con respuestas humanas, con el tema de los afrontamientos, tenemos un papel fundamental. Sí que ha cambiado un poco la cosa con las enfermeras gestoras de casos, yo te he dicho que cada vez que hay que hacer un informe yo lo hago y lo firmo y me responsabilizo, y el médico hace el suyo, y a veces mandamos tres informes: el del trabajo social, el del médico y el mío. Pero reivindicamos que tenemos que ser responsables de lo que escribimos lo tenemos que defender en juicio o donde sea. Cuando todo el mundo tenga ese concepto claro, que como profesional yo soy experto en cuidados y en enfermería y respondo a lo que firmo, ahí tendremos mucho ganado. Lo que pasa es que las enfermeras todavía no estamos educadas en "eso", en papeleo, en escribir, en redactar [...] Porque eso es también lo que nos ha pasado: la historia de la enfermería que arrastramos, el ser un segundo sueldo, el femenino y a expensas de...eso también nos pesa.*

---

Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)

*Primero agradecerte que trabajes estos temas. Para mí no hace falta el anonimato porque pienso que lo primero es quitarse las caretas y hablar de estos temas con una normalidad, que a veces en los colectivos queda muy bien y todos estamos bajo un protocolo de violencia de género, pero en el ejercicio del día a día es muchísimo más complicado. Un tema de violencia de género no es solo sobre el maltrato hacia las mujeres, sino que estamos hablando del día a día de la mujer, de los micromachismos, y de temas desde luego relacionados con nuestras competencias personales, nuestras casas, nuestras vivencias, en nuestro trabajo y otros sitios.*

---

*Esta mañana se ha quedado colapsado la urgencia porque ha habido un edema agudo de pulmón, el hombre ha llegado vivo al hospital y se va a salvar porque se ha puesto un protocolo en marcha que sí nos creemos todos, incluidos nuestros políticos, gestores, jefes, incluso nosotros; pues el otro día, la muerte de la mujer podía ser inminente porque había un peligro extremo de que ella pudiera recibir malos tratos por haber denunciado al marido, y sin embargo, hubo un fallo estrepitoso precisamente porque no está articulado para que sea una emergencia, no se paraliza nada, te mantiene tu agenda, no se sabe quién es el responsable de esa situación.*

---

*Verás, he ido variando a lo largo de los años. Tuve ese tiempo que me sentí muy frustrada, muy quemada, porque te hacen sentir como que es como un tema tuyo personal [...] Entonces, vemos que hay una incompreensión hacia la víctima y hacia las personas que sí lo ven. Es que eso es como las matemáticas, he llegado a la conclusión de que por más que te formes, hay gente que no ve el número; es decir, primero tienes que tener una sensibilización y tener unas características personales, hay personas que por mucha formación que le den no lo van a ver, con lo cual lo único que hay que hacer es formar a aquellas personas que si lo ven y que sean los referentes.*

---

*Yo me lo llevo a casa. Sí que es verdad que estoy en la etapa ahora de aprender aunque me lo lleve, ya que realmente me preocupa, pero no está en mis manos la solución del problema [...] Yo he estudiado de mayor, esta no iba a ser mi vida, iba a ser otra, yo soy una mujer de un pueblo pequeño, soy la mayor, bueno lo es mi hermano pero es varón, soy la mayor de mis hermanas y me tuve que hacer con nueve años cargo de mis hermanos, probablemente eso me hace sentir más la presión del género. Yo empecé a estudiar cuando me casé, entonces, para mí esta vida no era la que me correspondía.*

*Continúa en la siguiente página*

---

*Nuestra profesión es una profesión feminizada, y precisamente por eso, nuestros políticos no le dan a la Enfermería el valor que tendría que tener, no solamente en esto, sino en derechos laborales [...] Si esto fuera una profesión masculina los enfermeros habríamos conseguido mucho más [...] Entonces, las mujeres asumimos en la mochila, pues la Enfermería está haciendo lo mismo, cogiendo, cogiendo, pero no se le da el valor que tiene que tener; nuestro director, por ejemplo, en este caso con la Enfermería hace eso, los médicos, como no hay médicos no tienen tiempo, todos los programas, lo poco que se hace, los hace Enfermería, pero las agendas están súper masificadas, y yo ya te digo podemos con todo, pero con los medios adecuados.*

Patricia (M, 47 años, >10 años en atención primaria)

*¿Sabes lo que pasa? Que la gestora de casos es dueña de su agenda. Entonces yo tengo la libertad de decir bueno, pues hoy voy a realizar esta entrevista y voy a tardar el tiempo que haga falta. Esa es la ventaja de la gestión de casos. Entonces puedo dedicarle tiempo a esta persona.*

*La base del problema no ha cambiado, es decir, seguimos recibiendo las mujeres los mismos mensajes publicitarios, en películas, o sea, "Pretty woman" es hoy por hoy todavía la película de, ¡ay!, o sea, él la salva de un mundo. Entonces mientras eso no cambie y hoy por hoy que las nuevas tecnologías están metidas en todos los lados y los niños manejan esas tecnologías, yo creo que a través de las nuevas tecnologías sería la clave fundamental para empezar a tratar el género de igual a igual.*

*La necesidad de esa formación que debería ser extrapolable al resto de la comunidad sanitaria. Quiero decir que si yo voy al curso anual de sensibilización yo me debería de encargar de transmitirles a mis compañeros la utilidad de esa formación y darles, a su vez, parte de esa formación para que la cadena no se rompa. ¿Sabes lo que te digo? Es como un anclaje. Entonces tú vas, has anclado el primer eslabón; después ese eslabón consigue anclar el siguiente, y así deberíamos actuar, como eslabones de una cadena, no quedarse solo en el primer [...] Bajo mi punto de vista, eso debería ser el principio de una cadena hasta que el último profesional del último pueblo de cualquier parte de Andalucía sea capaz de hablarnos del protocolo de violencia de género.*

*Para mí es tremendo, es devastador. Cuando yo pregunto si ellas han sufrido por parte de sus maridos algún tipo de violencia y ellas me dicen, porque la mayoría de ellas me dice que sí, que sus maridos les han pegado de jóvenes, o no, mi marido ha sido muy bueno me dijo a mí una vez una, mi marido ha sido muy bueno, mi marido venía del campo y no me daba ni una patada, dices tú, ¡Dios mío! Tremendo, es tremendo. Y que las hijas mantengan esa situación de opresión es que me parece tan fuerte...*

*Cuando empecé en la gestión de casos en el año 2002 que empezó la figura, metí la cabeza porque me entusiasmó el proyecto. Bueno, pues entonces mis niños eran pequeños y yo continuamente me repetía, no es mi momento vital para dedicarme a la gestión porque esto te implica muchas horas, necesitas estar fuera del horario laboral disponible. Mi marido lo entendió, él aceptó que yo trabajara fuera de horas. Entonces mi lucha era con él para que él entendiera mi situación laboral y que no me podía dedicar al 100% fuera del trabajo a la familia, sino que en ciertos momentos tenía que dedicarme al trabajo. Esa historia me costó, más de alguna discusión, pero finalmente él entendió que bueno, que era con lo que yo me identificaba y entonces él empezó a colaborar conmigo. Pero claro, como yo le he dicho siempre a mi marido, es que tú me echas una mano y no se trata eso, se trata de compartir al 50%.*

*Continúa en la siguiente página*

---

Marcos (H, 48 años, <10 años en atención primaria)

*Esa es la experiencia, un ámbito muy muy domiciliario, y de hombres mayores que maltratan a mujeres. Otras circunstancias paradójicas y complicadas son mujeres que, con los años, logran separarse de su agresor, pero cuando este cae enfermo, vuelve a meterlo en su casa o va a cuidarlo. Creen que han roto el nexo con el maltratador, con el padre de sus hijas, porque le cuesta mucho hablar de su marido ...*

*Algo se puede hacer mejor, por decirlo de alguna manera, aunque hemos mejorado bastante. Pero el camino no está ni mucho menos a la mitad. Yo diría que estamos iniciándolo. Encima, como partimos de relaciones machistas muy consolidadas todavía en nuestra sociedad, entonces, del machismo al maltrato hay un paso muy corto.*

*Yo este año me ha sorprendido porque el colegio de mi hijo ha hecho todo de una manera paritaria. Algo que no gusta nada a los padres. Es decir, que el consejo escolar de niños esté constituido por paritarios, que el número de delegados y delegadas sea igual. Que todas las clases tenga un delegado, una delegada. Es decir, que siempre haya... A los padres esto les parece mal, por eso te digo lo arraigado que están.*

*Intervengo con bastante rapidez. Además, con bastante seguridad. Que es muy importante, en esto, saber lo que haces. Yo veo aquí a veces conversaciones de hombres, como te digo, violentando a la mujer verbalmente, en las que manejo la situación con una destreza... Empoderando a la mujer de una manera rápida. En esto dependen también la capacidad del profesional y sus habilidades personales. Pero no debería ser una cuestión personal.*

*A mí sí me desgasta. Yo, de hecho, he de reconocer que estas personas, cuando voy a hacer las visitas domiciliarias regladas, la dejo para el final, porque tengo una sensación de que empleo mucha energía, mucho esfuerzo, porque, como profesional, tienes que tratar esta situación muy profesional, y te genera un desgaste ver situaciones de violencia o pseudoviolenca en el que tu grado de intervención es el que es [...] Cuando un enfermero entra en una casa valora todo el sistema. Entonces, tu desgaste personal es mucho mayor. Tu implicación tanto mayor es.*

*Aquí se habla mucho. No porque sean muy frecuentes, pero porque se habla mucho del machismo. No tanto del maltrato, sino de las relaciones desiguales que siguen existiendo en todos y cada uno de los ámbitos. Hasta la de la consulta de vacuna dice que "hoy me he sorprendido que ha venido un hombre a traer a vacunar a sus hijos". O sea, ¿es normal que los hombres no sean capaces de traer a sus hijos a vacunar, cuando tenemos consulta tres días por la tarde? Que no hay motivo para pensar que un hombre no pueda acompañar a sus hijos para que lo vean como un referente también en este ámbito... Son temas que, a las mujeres del centro, les quema, se habla, se mastica. Entonces, hablarlo es sano. Hablar de desigualdad es sano.*

*Yo tengo compañeras enfermeras que siguen teniendo una relación de pareja desigual. Esas mujeres suelen ser menos receptivas profesionalmente a los casos de desigualdad, de machismo, y de violencia. Son temas en los que ellas no entran. Es decir, ser mujer y profesional lleva un lastrado, en función de su bagaje personal. Diferencias: las mujeres enfermeras y médicas separadas, todavía están más sensibilizadas. La profesión liberal tiene algo muy bueno para la mujer: la posibilidad de no depender económicamente de un hombre. Y son más abanderadas, más proactivas las enfermeras que las médicas. Indistintamente de su situación. ¿Y que puedan abanderar el cambio? Más las mujeres que los hombres. Ahora mismo, tal y como está la situación. Por cantidad, y por sensibilidad. Yo sería un mirlo blanco aquí.*

---

A través de la exposición de estos verbatines de ejemplo, podemos observar diversos discursos donde tres enfermeras y un enfermero reflejan esa identidad sensible a la VG reconocida. Se evidencia a lo largo de la entrevista de Mónica y a través de sus discursos como queda evidenciada esta identidad. Por un lado, la voz de Mónica refleja como en su centro de trabajo es la persona de referencia para trabajar la VG, característica que debe cumplir el profesional con identidad reconocida. Se continúa con la voz de Mónica donde corrobora el impacto emocional elevado que supone para los profesionales de referencia el abordaje de la VG. Además, la identidad sensible reconocida cuida al máximo los aspectos de intimidad y confidencialidad de la información recogida, tal y como deja reflejado Mónica en su discurso. Finalmente, Mónica ofrece unas pinceladas donde da a conocer como la disciplina enfermera ha estado siempre vetada por la disciplina médica, y como gracias a la creación de la figura de la enfermera gestora de casos, se evidencia nuestra labor en VG y en otras muchas áreas donde la función de la enfermera tiene gran peso.

En lo referido al perfil de enfermera con una identidad sensible reconocida, nos encontramos a Luz. Recoge su discurso un agradecimiento personal al trabajo que estamos desarrollando sobre la VG, así como nos muestra cómo esta identidad lleva un reconocimiento a que la VG no está circunscrita únicamente al ámbito de la pareja, sino que se extrapola a otras esferas de la sociedad, donde hombre y mujeres ocupan posiciones diferentes. Más adelante sigue Luz y desarrolla cuáles serían los aspectos que impiden el desarrollo del protocolo con normalidad. Esos aspectos se basan fundamentalmente, en no catalogar estas situaciones como emergencias sanitarias, al igual que otras patologías que afectan a las personas. Más adelante relata Luz que para tener sensibilidad a la VG, hay que tener unas características personales previas, por lo que apoya la idea que venimos desarrollando, donde la formación debería de ofrecerse a las personas con sensibilidad para que sean los profesionales de referencia. El impacto personal, pero protegiendo su espacio, hace de Luz una enfermera con sensibilidad reconocida, así como su bagaje personal, tal y como se muestra en su discurso



donde afirma que su destino dadas sus circunstancias personales no era el que está desarrollando como enfermera. Finalmente, el discurso de Luz refleja como el escaso reconocimiento de nuestra disciplina va asociado a que se trata de una profesión feminizada en su mayoría, por lo que desde la Administración no se concede el valor que se debería.

Continuamos con el análisis de otra de las enfermeras con sensibilidad reconocida. Es el caso de Patricia que valora en su discurso su perfil profesional como enfermera gestora de casos, lo que le permite dedicar tiempo a las mujeres y no tener la presión asistencial que presenta una enfermera comunitaria. Más adelante Patricia concreta que el problema de la VG sigue vigente, porque no se trabaja en la base de éste, es decir, en los diferentes agentes de socialización, y aquí da mención a la publicidad. Apunta, además, que a través de las nuevas tecnologías y de las redes sociales podría trabajarse muy bien este aspecto. Seguimos con la voz de Patricia que evidencia la importancia de la formación en VG y cómo los profesionales formados deben ser los encargados de transmitir las enseñanzas al resto de miembros del equipo. En cierta medida, serían los líderes en VG y los encargados de transmitir la formación recibida. Al igual que ocurría en el caso de las dos enfermeras anteriores con perfil sensible reconocido para Patricia, también lleva implícito una carga emocional atender estas situaciones, tal y como deja reflejado en su discurso. El bagaje personal y profesional de Patricia, la convierte en la profesional que es sensible reconocida, tal y como queda reflejado cuando reflexiona sobre su andadura en la gestión y cómo tuvo que conciliar su vida familiar con la vida profesional (ver anexo 7).

Pasamos al análisis del perfil de un enfermero sensible reconocido. El caso de Marcos que evidencia como en su día a día observa situaciones que se enmarcan en VG y como existen diferentes variantes de presentación, llegando a ser la que expresa una de las más duras, cuando el maltratador presenta alguna patología que necesita de cuidados y la mujer asume esos cuidados aún en casos donde ya se había dado la separación. Otro rasgo característico del perfil sensible reconocido es reconocer como nuestras sociedades se sustentan hoy en día en relaciones desiguales, que son el germen de la VG, así lo refleja Marcos. Continúa más adelante y refuerza su

identidad Marcos con ejemplos de su vida privada y cómo en el colegio de sus hijos han decidido que los órganos de gobierno estén representados de manera paritaria y como esto mismo a algunas familias no les parece acertado. Al igual que sus compañeras con perfil sensible reconocida, Marcos, actúa como persona de referencia en su centro para atender los casos de VG, así queda reflejado en su discurso. Igualmente, para Marcos atender este tipo de situaciones supone un impacto personal elevado, en su discurso recoge como el enfermero comunitario al entrar en casa de los pacientes conoce no solo al paciente, sino a todo el sistema, por lo que el desgaste es mayor. Sigue más adelante Marcos reconociendo la labor del equipo de profesionales que forman parte de su centro de atención primaria donde se habla y trata con naturalidad los aspectos de salud ligados a las desigualdades de género. Finalmente, Marcos reconoce mayor sensibilidad de las mujeres frente a los hombres para tratar estas cuestiones y mayor sensibilidad de las enfermeras, frente a las médicas. Corrobora con su discurso, un aspecto que hemos venido señalando en las enfermeras con sensibilidad reconocida. La importancia del bagaje personal en estas profesionales que las convierte en personas de referencia en sus centros asistenciales de trabajo en materia de género.

La evidencia que se muestra de estos perfiles sensibles supone una afirmación de la labor que desempeñan las enfermeras no solo en VG, sino en otras cuestiones de salud que afectan a la mujer por los roles de género que desarrollan en el transcurso de sus vidas. Además, este perfil se convierte en persona de referencia en los centros de atención primaria para atender estas situaciones, aunque reconocen que existen carencias en el abordaje, ya que no se prioriza ni se cataloga como emergencia sanitaria, hecho que reclaman.

En una investigación previa se habla de las capacidades de los profesionales sanitarios para atender a las mujeres, teniendo formación necesaria que los prepara para detectar síntomas, dificultades y problemas, pero no tanto para potenciar las capacidades de las mujeres, ayudando al empoderamiento para que sean ellas las que dirijan su proceso terapéutico (Salvador Sánchez, 2015). No obstante, en nuestros resultados donde recogemos la identidad sensible reconocida, los profesionales que la sustentan

y trabajan con mujeres maltratadas lo hacen desde la resiliencia, para determinar su valía como persona con cualidades para sobreponerse si reciben el apoyo adecuado. Esta identidad sensible reconocida pasa por conceder un papel importante a la formación para la correcta atención a la VG. Formación que debe ofrecerse desde la etapa pregrado y continuar con formación continuada. Encontramos un estudio que realiza con estudiantes de enfermería una simulación para atender a mujeres que presentan VG, obteniendo que gracias a la simulación mejora la confianza del alumnado de enfermería y el conocimiento para evaluar e intervenir con las mujeres (Blumling et al., 2018). Sin embargo, en un estudio del mismo año que evalúa el impacto de una intervención educativa de preparación a las enfermeras de los centros de atención primaria para detectar y atender a mujeres expuestas a la VG, se concluye que la intervención tuvo un bajo impacto en la preparación de las enfermeras, siendo necesario el apoyo continuo después de la intervención para aumentar la efectividad (Sundborg et al., 2018). Encontramos además la necesidad para las enfermeras del autocuidado emocional y el apoyo mutuo entre los compañeros cuando se trabaja con VG, siendo necesario tener cualidades profesionales como la sensibilidad, la compasión y la protección (Bradbury-Jones et al., 2016; Bradbury-Jones et al., 2016<sup>b</sup>), todas ellas presentes en los perfiles de profesionales que presentamos con sensibilidad a la VG reconocida. Otro aspecto clave, presente en nuestros profesionales con sensibilidad reconocida, es el liderazgo comprometido que deben ejercer en sus centros y la formación continuada (Chisholm et al., 2017). Se trata además de crear espacios en los centros asistenciales sanitarios para el aprendizaje, el trabajo y el estudio de la respuesta terapéutica ofrecida a las mujeres (Goicolea et al., 2015). El apoyo a las mujeres es clave en caso de emergencia (Bradbury-Jones et al., 2016; Daniel & Milligan, 2013) como se recoge en nuestros resultados, así como la creación de planes de seguridad con ellas incluyendo a la descendencia (Bradbury-Jones et al., 2016; Bradbury-Jones et al., 2016<sup>b</sup>; Bradbury-Jones et al., 2017; Chisholm et al., 2017; Falb et al., 2014; García-Moreno et al., 2015; Gupta et al., 2017; Hegarty et al., 2016; Koziol-McLain et al., 2015; Shavers 2013; Sprague et al. 2016).

Concretamente en la atención primaria de la salud se utiliza el término “techo de cristal” para apuntar el declive del actual sistema frente a la atención hospitalaria, y como desde la perspectiva de igualdad y equidad, no sirve declarar la atención primaria de la salud la puerta de entrada al sistema de salud, si quienes la utilizan son aquellas personas que no tienen otras puertas alternativas a otros subsistemas (Simó Miñana, 2009). Aparece además en nuestros resultados como la VG trasciende al ámbito de la pareja y se encuentra presente en nuestras sociedades la violencia institucional, que impide entre otras cosas, el progreso de las mujeres en sus carreras profesionales. Aquí, el término “techo de cristal” alude a las dificultades que impiden una igualdad real en la promoción de las mujeres a puestos de responsabilidad. Éstos han sido estudiados en distintos ámbitos y el ámbito de la salud también. En un estudio publicado en 2015, que describía la presencia de las mujeres en las estructuras directivas de las sociedades científicas de salud en España, se concluye que no existe paridad en ellas, y que ésta disminuye con el nivel de responsabilidad, siendo en las sociedades de enfermería y de primaria la presencia femenina mayor (Casado-Mejía & Botello-Hermosa, 2015).

### **3.1.2 Sensibilidad a la violencia de género cuestionada.**

Para este tipo de identidad nos encontramos con enfermeras y enfermeros que han aceptado muy bien la implantación del PAASVG, pero son cuestionados por el resto de su entorno profesional, ya que asumen que el cumplimiento del protocolo debe seguirse de forma obligatoria para todo el centro de atención primaria. El 55,6 % de las enfermeras y enfermeros que han participado en las entrevistas y en los grupos de discusión posee este perfil. Se trata de enfermeras y enfermeros para los que su formación en VG ha sido ajena al centro y cuentan con experiencia en el tema, pero, no poseen el reconocimiento y respaldo de sus compañeros. Tienen una trayectoria profesional en atención primaria que se traduce en aproximadamente 20 años de labor como enfermeras y enfermeros. Este tipo de identidad se refleja, por ejemplo, en enfermeras como Elena y Marina, y enfermeros como Ángel y Alberto. A través de sus intervenciones, se evidencia el conocimiento del fenómeno de la VG y sus definiciones concuerdan con la definición de la OMS,

entendiendo que la VG siempre es aquella que se ejerce sobre la mujer y con diferentes manifestaciones que trascienden a la violencia física. Por ello, reconocen el problema que supone la VG y reconocen que se trata de un problema de salud, así como la capacidad para detectar en su día a día situaciones de esta envergadura, sin embargo, encuentran limitaciones para poder emplear el protocolo de manera efectiva. Además, en el caso de Elena y Marina se muestran audaces y arrojan soluciones efectivas que llevan pareja la inclusión de la perspectiva de género a toda la atención que brinda a las mujeres, con lo que habría un reajuste de la demanda y la atención prestada, siendo las intervenciones realizadas costo-efectivas. Para ellas, es importante tener "las gafas de VG" para poder detectar estas situaciones en el trabajo que realizan en las consultas de enfermería y es igualmente importante la designación de una persona de referencia en los centros asistenciales sanitarios a quien acudir para dar una atención integral y de calidad a las mujeres. Valoran la iniciativa política y desarrollan aspectos positivos del protocolo y de la atención que brindan. Además, reconocen un impacto personal elevado cuidar de mujeres que presentan VG. Ejemplos de este tipo de perfiles, lo podemos ver en la tabla 47.

Tabla 47. Enfermeras y enfermeros con identidad sensible cuestionada.

Elena (M, 41 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Sí, sí. Lo veo. No se declara, no se dice o es latente, o puede pasar inadvertido. O por lo menos a mí me lo parece. A lo mejor estoy equivocada, pero en ciertas ocasiones el hombre considera que su mujer es una propiedad. Y, por tanto, puede decidir por ella y obligarla ... a hacer determinadas cosas, o presionarlas para que tomen unas decisiones que, a lo mejor, si no tuviera esa pareja, no las tomaría.</i></p>
	<p><i>Entonces, creo que esa falta de determinar quién es el responsable o delegar la responsabilidad en un médico que haga un parte de lesiones, en un momento dado, o una derivación al juez, en caso de violencia de género, hace que el resto de los profesionales se desvinculen, porque consideran que no pueden hacer nada.</i></p>
	<p><i>Personalmente, no me cuesta trabajo hablar de ese tema, pero, una vez que tengo la información, realmente, no sé cómo utilizarla. Y, además, no sé si va a ser beneficioso, porque sé que en ese momento puntual la señora se va a sentir muy bien, escuchada, que se ha desahogado, ... Incluso puede tomar conciencia ... Pero, yo, con esa información, ... Aunque lo refleje la historia, no sé cómo optimizarla.</i></p>
	<p><i>El hecho de ser maltratada, psicológica o físicamente, va a generar muchísimos más problemas de salud, porque esa baja autoestima va a repercutir en otras enfermedades que son por las que esa persona está consultando. Casi siempre, al final, acaba en fibromialgia. Casi siempre al final acaban en síndromes depresivos.</i></p>

Continúa en la siguiente página

	<i>A mí, personalmente, bastante, por mujer. Porque, incluso compañeras mías tienen actitudes machistas. No hay perfil. Gente universitaria, con trabajo remunerado, o incluso gana más que el marido, y, sin embargo, se vive el machismo en su casa. Y digo: "pero si es mi compañera de toda la vida, ¿cómo puede ser?"</i>
Marina (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Pues vamos a ver, mira, por mis conocimientos sobre género yo entiendo la violencia de género en un ámbito global, no solamente la violencia física, sino la violencia instrumental, la violencia psicológica, la violencia del medio, la violencia incluso en las propias estructuras que impiden que una mujer progrese. Y, de hecho, esta es nuestra profesión; nuestra profesión es una profesión feminizada, pero los cargos directivos los ocupan hombres siempre, casi siempre.</i></p> <p><i>Pero cuando se trata de detectar situaciones ocultas, como un problema de salud que es, porque si alguien viene con otro problema de salud tú intentas hacerle una entrevista, una anamnesis, para poner una etiqueta, un diagnóstico. Eso no creo que se trabaje suficientemente y es por la no percepción de que la violencia de género es un problema de salud. En definitiva, yo tengo que hacer parte de lesiones, que eso sí es salud, pero si no hay parte de lesiones eso es la trabajadora social y a Servicios Sociales. No te preocupas de que ese tratamiento antidepressivo, todas esas molestias sin justificar pueden estar detrás de otro problema: te derivó al neurólogo, al psiquiatra ...</i></p> <p><i>Yo no sé si ha sido mi trabajo y mi implicación por el puesto en el que estaba lo que me ha generado más sensibilidad y te explico: yo veo en un inicio una sensibilización por parte de cuando se ponen en marcha los protocolos, cuando se ponen en marcha, antes del 2008 en el que se genera, incluso paralelo a ese protocolo veo como un boom en cuanto a sensibilización que se ha ido manteniendo, y la situación de unos años para acá, parece que como por ley o por obligación estamos determinados profesionales a realizar un curso de formación cada equis años porque es protocolo, parece que tenemos que estar "formados en", pero parece que la implicación del profesional la veo más como rechazo, como algo impuesto que como algo necesario. De ser algo necesario y demandado por los profesionales en un inicio, ahora, que se ha institucionalizado, verlo como para cubrir expediente, con lo cual no hace que tengan la implicación que se debiera o que yo al menos observaba en el inicio.</i></p> <p><i>Que se incluya en pacientes hiperfrecuentadoras, pacientes con trastornos depresivos, pacientes con fibromialgia, personas cuidadoras en general. Creo que ahí hay un elenco de colectivos que repercuten en salud que, si somos capaces de a los médicos y enfermeros de primaria expresarles que todos esos problemas de salud que son tan molestos para ellos pueden estar muy íntimamente relacionados con problemas de género, que empoderando a la mujer se solucionan esos problemas, yo creo que si somos capaces de que tomen conciencia de que los problemas de género a ellos les repercuten en su carga de trabajo, puede conseguirse una proactividad.</i></p> <p><i>Y yo muchas veces que te vienen crisis de ansiedad y estas de las bolsas, te metes y hablas largamente con la persona en cuestión. Y a mí me dejan actuar, será que ya los años de experiencia hacen que nadie te ponga pegas a nada de lo que dices, pero a mí me dejan actuar en urgencias siempre que quiero y que creo que es necesario.</i></p>
Ángel (H, 52 años, >10 años en atención)	<i>Violencia de género de hombre a mujer. También hemos tenido casos de hijos a madres, pero eso no es violencia de género, eso es otro tipo de violencia. Entonces, bueno, pues el maltrato generalmente es psicológico, difícil de abordar por otro lado.</i>

Continúa en la siguiente página

primaria)	<p><i>En general, los profesionales no conocen los protocolos, pero sí pueden tener la sospecha, y yo creo que el 90% de los profesionales darían una alerta de una sospecha; no seguirían un protocolo muy estricto, pero sí llamarían a mí a lo mejor o al trabajador social o a la persona que pueda ser de referencia con relación al sitio donde estás.</i></p> <p><i>Hablando de cuidadoras que el marido le dice: 'levántame, siéntame, cógeme, dame agua, quítame agua, ponme esto o lo otro, eres muy floja...' Eso es maltrato doméstico, ... Entonces tú ahí lo que intentas es pues bueno, manejar a alguien que está sufriendo un problema. Lo valoro como un problema, como si tuviera otro problema cualquiera, o sea que sí, que es un problema para mí.</i></p> <p><i>Lo que vale es la potenciación de ... Tú no le puedes resolver el problema a la persona, lo tiene que resolver ella sola. Puedes ayudarla a buscar una solución, pero no vas a ser tú el que le diga 'oye, no le pegues más'. O, 'no la trates así'. No. 'Mire usted, ¿usted se da cuenta que la está tratando mal? ¿No se da cuenta de que cuando usted hace esto él dice ...? ¿Usted se da cuenta ...? [...] '¿Quieres que hable con ...?' '¿Cómo es esto?' No sé, no ... Tú no puedes ... La confrontación con el agresor creo que sería absurda, vamos. No, no. No veo que eso sea una salida para nada. Sirve para recrudescer... Es más, sería dejar a la mujer en más peligro, digamos.</i></p>
Alberto (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Pues para mí la violencia de género sería una situación de imposición de poder, de fuerza ejercida por el hombre ante la mujer. Esa fuerza que puede implicar una violencia física o una violencia psicológica, o una ... o un poco incluso, no permitirle ciertas cosas ¿no? Pues con tus amigas, "¿quién ha llamado?" "Pues, ahora no vas a salir, pues, el dinero lo administro yo". Como con matices económicos, sociales, no solo físicos ...Y algo así, sin llegar a esa punta del iceberg que sería la agresión física.</i></p> <p><i>Hombre, el protocolo lo veo importante porque en esa línea de sensibilización y visibilización del problema ... Porque es algo que, un poco, nos cuesta verlo ¿no? ... O paramos a pensar que es que puede ser real. Porque como no se expresa con claridad ... Tienes que tener unas gafas de ver la violencia. Porque... como ese mundo íntimo de la familia y de las parejas, que cuando sale se transforma en algo pues, posiblemente, socialmente maravilloso. En cambio, por dentro, cada casa es un mundo ¿no?</i></p> <p><i>Pues en verdad, estamos para resolver problemas y para ayudar a las personas. Algo así importante pues te haría sentir bien en cuanto tú puedas ser de ayuda para esa mujer [...] sería dejar de hacer cosas que no han demostrado una eficacia evidente para hacer otra cosa que ... en las que podamos aportar más ¿no? Pues yo lo metería en ese, en ese ... en ese grupo. Pero habría que dejar de hacer cosas, claro, o aumentar recursos.</i></p> <p><i>Te ... te llega a ti como persona. Y... vamos me acuerdo yo recientemente. Y supone un impacto en lo personal. Supone un impacto, claro. Supone un impacto, que luego me ha pasado, que he visto a la pareja y un poco a él lo he visto con menos afecto. Por mi parte. Y ... eso ... Lo cual, profesionalmente, no es bueno. Pero me ha pasado.</i></p>

Con el desarrollo de estos verbatines de ejemplo, podemos observar diversos discursos donde las enfermeras y enfermeros reflejan esa identidad sensible a la VG cuestionada. Se evidencia a lo largo de la entrevista de Elena con sus discursos como se materializa esta identidad. Elena refleja cómo en su

día a día existe una manifestación de la VG que no se circunscribe a la violencia física, sino a la psicológica, que no se declara y sobre la que es más difícil intervenir. Sigue más adelante en su discurso Elena y evidencia cómo la ausencia de persona referente en algunos centros sanitarios es un hándicap para trabajar de manera integral la VG, para ella, sería fundamental esta figura que liderara la atención. Se continúa con la voz de Elena donde corrobora la habilidad que presenta para obtener información relevante que lleve a la confirmación de una sospecha, registrar y derivar, pero se evidencia una falta de recursos al alcance para trabajar los casos. Más adelante afirma Elena que la atención que se brinda desde la atención primaria de salud debería ser una atención que incorporara la perspectiva de género para optimizar los recursos humanos y materiales y atender de manera integral a las mujeres. Además, el cuidado que se ofrece a estas mujeres lleva implícito una carga emocional elevada, tal y como deja reflejado Elena en su discurso.

El discurso de Marina muestra cómo esta identidad tiene formación en género que les hace ver otras formas de violencia, como puede ser la violencia institucional que impide el desarrollo de una carrera profesional a la mujer, conocido con el techo de cristal en la literatura. Se reafirma más adelante Marina afirmando que existe un colectivo importante de usuarias con problemas de salud, donde si los profesionales son capaces de relacionar con problemas de género, se avanzaría hacia la atención integral. Finalmente, el discurso de Marina refleja cómo esta identidad no tiene el apoyo reconocido por el resto de los compañeros, pero sí gracias a su formación le permiten actuar según sus conocimientos y criterio propio (ver anexo 8).

Pasamos al análisis del perfil de dos enfermeros con identidad sensible cuestionada. En primer lugar, abordaremos el caso de Ángel. El discurso de Ángel refleja correctamente la definición de VG, sabiendo distinguirla de otros tipos de violencia como puede ser la violencia familiar y supone un apoyo al perfil cuestionado, ya que tiene claro las diferentes manifestaciones de la VG, pero, no obstante, trata de reseñar las dificultades del abordaje de la violencia psicológica. Más adelante Ángel concreta que un grueso importante de profesionales no conocen los protocolos, pero sí actuarían ante una sospecha por lo menos alertando a la persona de referencia del centro. Al igual que



ocurría en el caso de las enfermeras con perfil cuestionado para Ángel, también lleva implícito una carga emocional atender estas situaciones, tal y como deja reflejado en su testimonio. Finalmente, el discurso de Ángel desvela otro rasgo característico del perfil cuestionado que sería el empleo de estrategias como puede ser el empoderamiento para ayudar a la mujer en el camino para la búsqueda de soluciones.

En segundo lugar, abordaremos el caso de Alberto. El discurso de Alberto evidencia nuevamente el conocimiento del fenómeno de la VG y sus diferentes manifestaciones. Además, para la elaboración de su discurso Alberto reconoce, al igual que sus compañeros, la importancia de incorporar la perspectiva de género en los cuidados, hecho que él llama “*tener unas gafas de ver la violencia*”. Más adelante el discurso de Alberto corrobora que los cambios deben estar desde las propias estructuras institucionales de los entornos sanitarios, donde habría que incorporar la perspectiva de género para cambiar el paradigma e intervenir en esferas que pueden redundar en mayor medida en la salud de la población, como el caso concreto de los malos tratos. Finalmente, el discurso de Alberto trata nuevamente el impacto tan elevado que supone atender a las mujeres que presentan VG, rasgo presente en el perfil sensible cuestionado.

La evidencia que se muestra de estos perfiles sensibles a la VG con identidad cuestionada supone un reconocimiento de la formación en materia de VG que presenta este grupo profesional, así como de las habilidades para atender a las mujeres. Además, da cuenta de la importancia de incorporar la perspectiva de género en los cuidados a nivel micro, en el entorno de las consultas y a nivel macro, en las propias instituciones sanitarias. Hecho que pudiera contribuir al abordaje de manera integral de la VG desde la atención primaria de salud.

Estos resultados son afines a investigaciones previas que hablan de la importancia de la atención primaria como marco para transformar la comprensión del género como determinante de la salud y para trabajar el género y la salud. Estas intervenciones podrían desempeñar un papel importante en la mejora de la calidad de vida de millones de niñas y mujeres

en el mundo (Pederson et al., 2014). Nuestros profesionales con un perfil de identidad sensible cuestionada recogen la importancia de incorporar la perspectiva de género para optimizar los recursos humanos y materiales en la atención que realizan a la población. Se recoge en la literatura como la enfermera escolar supone un recurso indispensable para la promoción de la salud de los niños y niñas y de la población adolescente (Mroczkowska, 2019). En nuestro entorno más inmediato, no existe reconocimiento profesional para la enfermera escolar, pero nuestros resultados incluyen la importancia de la promoción de la salud como eje vertebrador para transformar las relaciones desiguales entre hombres y mujeres. Se trata de centrar la atención en el reconocimiento y sensibilización sobre la VG (Oliveira et al., 2016), trabajando la relación existente entre salud y VG (Rojas Loría, 2014). Nuestros profesionales con identidad sensible cuestionada ofrecen claramente esa sensibilidad a la VG y la reconocen en sus diferentes manifestaciones, no solo la violencia física y no solo en el ámbito de las relaciones de pareja, sino también en las propias instituciones, como ya aparece en el perfil sensible a la VG reconocida, negando la posibilidad de desarrollo profesional a las mujeres. En el contexto español, la Ley Orgánica 3/2007, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, anima a adoptar medidas específicas a favor de las mujeres, entre ellas se destaca la participación en un 40% en los cargos de responsabilidad. Señalamos en su momento como una necesidad para el abordaje de la VG pasaba por el reconocimiento de una persona de referencia en los entornos sanitarios. Así es como esta identidad, señala esa necesidad y esa carencia en algunos de los centros. Encontramos un estudio previo que señala la rotación del personal derivada de la organización de los sistemas de salud, como barrera importante para la detección de los casos de VG (Kopčavar Guček et al., 2016). La carencia de recursos para trabajar con los casos confirmados también lo identifican este grupo de profesionales. En ese sentido, es importante proporcionar información desde diferentes espacios públicos sobre los servicios de apoyo disponibles y la legislación actual (Estévez Macas, 2017; Finfgeld-Connett, 2017). Otro aspecto relevante de este tipo de identidad que presentan nuestros participantes es el trabajo realizado para empoderar a las mujeres con el objetivo de contribuir al abandono de la relación. Esto se sostiene en la literatura con diferentes estudios que avalan la

importancia del empoderamiento a través del apoyo y la empatía (Bradbury-Jones et al., 2016; Bradbury-Jones et al., 2017; García-Moreno et al., 2015; Sánchez-Herrero et al., 2017). Asimismo, para este perfil el cuidado de las mujeres tiene un impacto emocional elevado, por lo que es importante reducir los sentimientos negativos y no desvalorizar a las mujeres, llegando a delegar en otros miembros del equipo si existe fatiga en el abordaje (Estévez Macas, 2017), teniendo en cuenta el proceso de cambio en el que se encuentren (Baidés Noriega, 2018) y el apoyo mutuo entre los compañeros (Bradbury-Jones et al., 2016), rasgo este último que no obtiene la identidad sensible cuestionada.

### **3.1.3 Sensibilidad a la violencia de género en construcción.**

Este tipo de identidad aparece en enfermeras y enfermeros que reconocen la problemática que supone la VG para un elevado número de mujeres y entienden el impacto en la salud de ellas. Sin embargo, sus discursos, sus experiencias profesionales y sus trayectorias no poseen una base suficiente en formación, ni en conocimiento del PAASVG. Solo dos enfermeras y dos enfermeros que han participado en las entrevistas y grupos de discusión tienen este perfil identificado. Representando solo el 11,1 % de los participantes en la investigación.

De las entrevistas y los grupos analizados, hemos extraído que este perfil identitario que incluye enfermeras con una trayectoria importante profesional en atención primaria que se traduce en más de 30 años de labor como enfermera comunitaria y con una formación y experiencia previa en VG escasa. Estos son los casos de Lidia y Celia que entienden que nuestra disciplina no puede ser referente en VG donde otros profesionales tienen más que aportar para su atención, y donde sus discursos están mediatizados por la sociedad patriarcal donde han sido socializadas como mujeres y enfermeras. Por ello, reconocen el problema que supone la VG, así como la repercusión para la vida de las mujeres, de ahí que tengan un discurso desigual e irregular puesto que hay aspectos que integran con facilidad frente a otros donde muestran más reticencias como es el caso del seguimiento ante indicadores de sospecha de malos tratos. Por otro lado, en este perfil se incluyen dos

enfermeros, José Luis y Manuel, con formación y experiencia previa en VG escasa. Para ellos, la acogida que realizan los profesionales a la iniciativa del protocolo no lleva implícita una alta implicación. Igualmente presentan en sus discursos irregularidades, puesto que no tienen tan claro la función que deben realizar las enfermeras bajo el PAASVG. No obstante, valoran la iniciativa política y los cambios que han acontecido en materia de VG, pero en sus discursos utilizan estrategias de desviación a otros temas de salud donde se encuentran más cómodos. En la tabla 48 se muestran ejemplos de este tipo de perfiles profesionales.

Tabla 48. Enfermeras y enfermeros con identidad sensible en construcción.

Lidia (M, 55 años, >10 años en atención primaria)	<p><i>Somos más accesibles para ciertas cosas, para otras cosas, no. Cuando una persona llega a un servicio de urgencias ... normalmente quiere hablar con el médico y cerrando la puerta, etc. Entonces, que se deriva a enfermería ... pocos casos. Normalmente, se deriva a trabajo social. Entonces, salvo que tú tengas confianza, el paciente, no suele acudir a la enfermera para este tipo de cuestiones.</i></p> <hr/> <p><i>Si por ejemplo iba a una cura, si yo veía algo, me iba a la consulta del médico, "Mire, yo creo que hay una sospecha de maltrato" y le hacía pasar ... Porque, ya te digo... Quieren siempre con el médico, la mayoría de las veces, a puerta cerrada, y como algo muy oculto. Pero, vamos, mi forma de transmisión era esa. Yo creo que hay un maltrato, y ya ... Se empezaba, lo mismo entraba en la consulta del médico y decía: pues mira, no ha soltado nada. O estaba el marido esperándola en la puerta. O al revés. Que no solo es el maltrato hacia un género. Es hacia los dos.</i></p> <hr/> <p><i>Porque es que estamos súper saturados. Y es que es todos los días algo nuevo. Es que es ya ... imposible. Y como nada de lo antiguo se quita, ... Una enfermera de familia que tiene a los pacientes que vienen a tomarse la tensión, el azúcar. Están las consultas abarrotadas ... Poco tiempo, y llevando eso, el cupo de dos y tres compañeros, en vez de uno solo ... Y, vamos, yo, desde mi punto de vista personal, me parece mal también que ya una cosa que de entrada se establece, vaya para enfermería.</i></p> <hr/> <p><i>Pero creo que hay que instruirlos, ... para que sean fuertes. Fuertes y se convenzan de sus propios principios. Yo creo que es una persona débil, y una persona, pero que se aprovecha de ella. Y el impacto personal ... Me produce tristeza. Mucha tristeza. Cada vez que viene algo así da mucho coraje. Porque me entran ganas de decirle al innombrable: eres gilipollas, y a la otra: y es que más gilipollas eres tú.</i></p> <hr/> <p><i>Y luego la inmigración ... Más bien ha hecho que haya una subida tremenda. Porque es más típico de ciertos países que se peguen. Que siempre lo ha habido, pero no tanto. Porque, en un principio, parecía que los sudamericanos y tal, pero es que los árabes ... [resopla] Tela, ¿eh? Pero ellas se callan más. Las árabes se callan más.</i></p>
Celia (M, 61 años, >10 años en atención)	<p><i>Yo llevo ya muchos años en primaria y en la consulta de enfermería no se me ha dado el caso jamás de ... o no se han llegado a abrir, porque me imagino que existen dentro de los pacientes que han venido.</i></p>

Continúa en la siguiente página

primaria)	<p>Antiguamente no, antiguamente era ..., pero como trabajamos con cupos ya se hacen a ti. Entonces la confianza la tienen, pero a lo mejor el sitio no es el más adecuado. O a lo mejor si hubiese una consulta específica para ese tema pues entonces ya se encontrarían con otra ... Como pasaba en el caso de "plani" antiguamente no había planificación y ahora ya las chavalas jóvenes vienen decididas a ir a esa consulta a buscarla. Entonces si hubiese una consulta específica para el tema, sí, creo.</p> <p>mplicados sí lo vivirían, lo que pasa es que, como tú tienes falta de tiempo, es como si yo te digo a ti aparte de tu trabajo tienes que hacer tres cosas más. Es que no ha lugar, es que no hay forma, es que estamos un poquito sobrecargados. Por eso te digo que a lo mejor aumentar un profesional que se dedicara a este tema con una consulta aparte y un seguimiento a esa persona, porque es que no, no es posible.</p>
José Luis (H, 46 años, <10 años en atención primaria)	<p>Cualquier acción dirigida contra la mujer en la que hay una relación de poder por parte del hombre y una intención de hacerle algún tipo de daño tanto por acción como por omisión. Incluye daño físico, psicológico, va más allá de la agresión, es lo que yo entiendo por violencia de género, y según la ley es dirigido hacia la mujer. Personalmente creo que tendría que ser en ambas direcciones, pero bueno, según la ley, está contemplado hacia la mujer.</p> <p>Hace poco hemos hecho la formación aquí de la revisión del protocolo, porque lo planteó la trabajadora social, que había fallos al realizar los partes y había que dejar claro de nuevo que tiene que haber un vínculo afectivo, que es solo hacia la mujer, ... En general, creo que es fundamental, nosotros aquí, lo hicimos en diciembre y lo hemos vuelto a hacer ahora, o sea que más o menos cada seis meses estamos haciendo algo.</p> <p>No, reticencias no lo sé, pero implicación alta no. Yo creo que cuando te llega alguien ... también depende de cómo llegue, pero normalmente parece que si es una mujer está más sensibilizada, si es un hombre, depende. Es como que muchas veces, bueno, mañana han hecho las paces.</p> <p>Enfermería yo creo que todavía no se implica al 100%, que depende de la persona. Y eso, no debería ser, o sea, te coge una persona más receptiva y ..., pero a lo mejor te coge un doctor o enfermera que lleva aquí toda la vida o de los que vienen del hospital de 40 años y es que lo que hace es quitarle importancia, ... O sea que creo que no están preparados para manejar una situación de este tipo. Creo que es más cómodo curar la herida y decir no te preocupes, que a lo mejor activar todo el protocolo, escucharla y reflejar la historia. Yo creo que falta ese paso, en enfermería.</p> <p>El tema de la violencia, yo creo que ellas ya están más sensibilizadas con el tema, porque, claro, ... son más capaces de empatizar, por supuesto, es que si tú escuchas en la tele han muerto 50 mujeres, yo creo que si yo fuera mujer todavía me sentiría peor, porque es por el hecho de ser mujer, ... Entonces yo creo que no es un inconveniente, creo que debería ser un punto a favor. Yo creo que lo es.</p>
Manuel (H, 54 años, >10 años en atención primaria)	<p>Sí, hay veces en que es muy difícil entrar en una situación, es decir, en violencia de género quizás menos, pero lo he visto algunas veces más en lo que es violencia hacia los ancianos. No es lo mismo, pero bueno... es una situación que no es buena, que no es la ideal, pero si yo rompo la relación de confianza con la persona que cuida a un anciano, al final, qué beneficios tiene el anciano. Pero es que se dan casos así, no es violencia franca, no es que haya una agresión física pero sí notas que a lo mejor ... hay un maltrato. El trato de la persona de ... .. pues a lo mejor no es el adecuado.</p>

Continúa en la siguiente página

---

*Yo no tengo tan claro que sea una enfermera en exclusiva la que tenga que hacerlo; es verdad que por nuestro perfil profesional tenemos a lo mejor una visión mucho más integral de lo que es la persona y a lo mejor tenemos más facilidad para hacer, tener más ... el acercamiento. Más accesibilidad y más acercamiento, pero también depende del profesional.*

---

*Es que es muy complicado, es decir, es ... Una cosa es lo que tú tienes que hacer porque lo tienes que hacer, porque está dentro de tus funciones, entre comillas, que es coser, por ejemplo, y otra cosa es una serie de temas que se supone que son funciones tuyas pero que no están tan claras. Por ejemplo, el tema de la violencia de género. Entonces, pues dependiendo del profesional que sea, ni siquiera del profesional sino de la persona, pues podrá indagar qué es lo que tiene que hacer, por lo menos indagar ... o informarse. Indagar, o sea, preguntar. Y habrá personas pues que no, pues ni siquiera se lo plantean; es más cómodo no planteárselo, de quitarte el problema.*

---

*Hombre, yo creo que quizás una mujer es más sensible a este tema, o por lo menos debería ser más sensible, y, además, yo creo que una mujer se abre más ante otra mujer que ante un hombre. Entonces por eso te he dicho que debería ser más fácil. Sí que es verdad que si te pones a pensar en lo que es la cultura en la que estamos inmersos, que todavía hay una serie de patrones que son, no me gusta la palabra, pero que son machistas por el predominio o de dar más ventajas al hombre, pues a lo mejor eso puede estar inculcado también entre el profesional sanitario; no te digo que no.*

---

A lo largo de estos ejemplos de verbatim, podemos observar diversos discursos donde las enfermeras y enfermeros reflejan esa identidad sensible a la VG en construcción. Se evidencia a lo largo de la entrevista de Lidia con sus discursos como se materializa esta identidad. Por un lado, Lidia refleja cómo nuestra disciplina profesional adopta un segundo plano en el abordaje de la VG desde la atención primaria de la salud, donde otros profesionales tienen mayor peso en el abordaje. Sigue más adelante en su discurso Lidia y evidencia una buena praxis en lo que respecta a la derivación de los casos identificados, pero se confunde en cuanto a la definición de VG y lo que engloba, siendo para nosotros un ejemplo claro del perfil identitario en construcción. Se continúa con la voz de Lidia donde nuevamente arroja una reivindicación por las condiciones de trabajo soportadas por las enfermeras de atención primaria, discurso que soporta la idea primaria de que las enfermeras no deben ser referentes en VG en los centros asistenciales sanitarios. Más adelante afirma Lidia que la atención que se brinda a estas mujeres supone un impacto emocional importante para ella como enfermera, pero la actitud empática sería un aspecto a reforzar en su perfil en construcción. Finalmente,

el discurso de Lidia ofrece una postura que contribuye al refuerzo de estereotipos presentes en la VG, como es el caso de la inmigración.

El discurso de Celia muestra cómo debe existir una actitud pro que alerte a la enfermera en busca de indicadores de sospecha de malos tratos y esta actitud está por desarrollar en el perfil en construcción, ya que se respalda en no haber tratado casos a pesar de una larga trayectoria profesional. Continúa más adelante Celia y muestra esa sensibilidad, viendo necesario el abordaje de esta problemática con consultas específicas para ello, donde las mujeres encuentren una posibilidad de contar lo que están viviendo. Finalmente, el discurso de Celia refleja nuevamente la reivindicación que ya vertió Lidia sobre las condiciones de trabajo y como el seguimiento del protocolo supone un trabajo "añadido" a las funciones habituales.

Pasamos al análisis del perfil de los dos enfermeros. En primer lugar, abordaremos el caso de José Luis. El discurso de José Luis supone un perfil en construcción, ya que tiene claro las diferentes manifestaciones de la VG, pero al igual que ocurría en el caso de Lidia, existe una deficiencia en cuanto a la dirección de la violencia para ser entendida como VG. Continúa el discurso de José Luis valorando el protocolo y la formación recibida por parte de los profesionales de forma positiva, hecho que da cuenta de la sensibilidad en construcción. Más adelante José Luis concreta que no existe una implicación alta a nivel profesional en VG, que las enfermeras suelen ser más sensibles que los enfermeros y que existen estereotipos que denotan la falta de conocimiento con respecto al ciclo de la violencia (Walker, 1991) que hacen que no se comprenda los comportamientos de muchas mujeres. Seguimos con la voz de José Luis que evidencia nuevamente que no existe una implicación elevada por parte de los profesionales, dando lugar a deficiencias en la atención prestada. Finalmente, el discurso de José Luis vuelve a la idea de que existe mayor sensibilidad para atender la VG en las enfermeras frente a los enfermeros (ver anexo 9).

En segundo lugar, abordaremos el caso de Manuel. Para la elaboración de su discurso Manuel extrapola el fenómeno de la VG a otros problemas de salud donde se siente más cómodo por tener mayores conocimientos, como

en el caso de la violencia a los ancianos. Más adelante el discurso de Manuel desarrolla otro rasgo característico del perfil en construcción, se trata nuevamente como ya ocurría en el caso de Lidia y de Celia, de reforzar la idea de que las enfermeras no deben ser referentes en VG en los centros asistenciales sanitarios, a pesar del perfil profesional con el que cuentan. Más adelante Manuel recoge aquellas deficiencias en la atención fruto de la no consideración de la VG como un problema de salud, donde las enfermeras tienen un papel importante que desarrollar. Y ya para terminar, el discurso de Manuel se va modulando conforme avanza. En un primer momento, respalda la idea de José Luis reconociendo a las enfermeras como profesionales más sensibles, pero después el discurso vira ya que reconoce la existencia de sociedades con patrones de conducta machista, que pueden ser transmitidos a las enfermeras como profesionales. La evidencia que se muestra de estos perfiles sensibles a la VG en construcción supone un reconocimiento de las limitaciones existentes, como primer paso para el trabajo posterior a realizar que ahonde en la implicación profesional y que contribuya a la mejora de la atención prestada en los centros de atención primaria.

Estos resultados son afines a estudios previos que hablan de las actitudes de los médicos de familia, ya que, en una investigación cualitativa, algunos profesionales dudaron de la violencia de la pareja porque él también era conocido como paciente (Loeffen et al., 2017). Encontramos otra investigación que corrobora nuestros resultados ya que los profesionales muestran una actitud de incertidumbre. Se recoge como las mujeres pueden ser subjetivas en sus declaraciones y la importancia de escuchar a ambas partes. Además, la ausencia de una única definición de VG con un umbral mínimo cuando hablamos de violencia psicológica dificulta la detección de los casos (Kopčavar Guček et al., 2016). Localizamos una investigación cualitativa donde los profesionales de la salud expresan su interés en descubrir las "razones" que precedieron a la violencia, señalan la violencia como una responsabilidad compartida entre la pareja y evalúan críticamente las actitudes de ambos. Algunos de estos profesionales, recogen la mediación como una estrategia para la resolución de conflictos violentos en la pareja (Djikanovic et al., 2010).



### **3.2 Prácticas profesionales desde la perspectiva de género en los cuidados.**

En este apartado vamos a desarrollar las prácticas profesionales enmarcadas dentro del ámbito de la promoción de la salud que emplean las enfermeras y enfermeros teniendo presente el tipo de postura o identidad que cada una de ellas ha adoptado con respecto a los cambios en salud. Por ello, se han pasado a explorar las prácticas profesionales de los perfiles identitarios con sensibilidad reconocida y cuestionada a la VG. Se trata de: 1) Un conjunto de actividades desarrolladas con el objetivo de disminuir la incidencia de la VG en la población adolescente; 2) Acciones para identificar situaciones de opresión en el marco de relaciones no igualitarias entre adolescentes; e 3) Intervenciones desarrolladas por los profesionales una vez se ha identificado dichas situaciones. Todo ello se ha realizado a través del método de comparación cruzada, con los perfiles que muestran una sensibilidad a la VG reconocida y cuestionada, entendiendo que el perfil en construcción no desarrolla prácticas de esta índole. Se han obtenido los resultados que se presentan a continuación.

#### 1) Prácticas educativas.

Dentro de este tipo de prácticas lo que se pretende es potenciar el modelo de relaciones igualitarias entre la población adolescente a través de la formación con programas de promoción de la salud que son desarrollados desde los centros asistenciales sanitarios para ser impartidos en los centros educativos. Este tipo de intervenciones de carácter educativo son desarrolladas tanto por enfermeras como por enfermeros, siendo la presencia de ellas más frecuente. Queda patente por tanto el reconocimiento por parte de las enfermeras y enfermeros de situaciones desiguales y de control en la población adolescente. Se corrobora con ello la sensibilidad al problema y cómo para su erradicación es necesario el abordaje transversal y desde edades tempranas donde el sector salud tiene un papel importante que jugar. A continuación, en la tabla 49 se muestran ejemplos de este tipo de prácticas detectadas.

Tabla 49. Prácticas educativas.

Marcos (H, 48 años, <10 años en atención primaria)	<i>Hablamos de la intervención, pero hay que hablar, de la promoción. Nosotros en atención primaria, cuando hacemos intervención en institutos de Forma Joven, cuando hablamos de ... una relación sana, una relación desigual, que es una relación de acoso, que es una relación de machismo ... No sé cuál es el motivo, pero tengo la sensación de que hay tantos chicos machistas ahora que pueden ser potenciales maltratadores ... O sea, que hay que intervenir muy chicos. A corto plazo, con medidas rápidas para salvar mujeres, a medio y largo plazo, medidas de promoción.</i>
Catalina (M, 55 años, <10 años en atención primaria)	<i>Yo sí he trabajado, el tema de violencia de género sí lo trabajaba con los jóvenes. La prevención. Y la prevención tiene que ser ellas y ellos. Porque ellos están también muy desconcertados, ellos tampoco piensan que la presión sea una manera de violencia y ... Entonces a lo mejor ellos piensan que ese modelo machista es querer a una mujer.</i>
Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Desde Forma Joven, otro tema es cuando hemos ido a los institutos y hemos hecho el tema de educación sexual y era alucinante. Y yo pensaba que esto cambiaría con los tiempos, pero no está cambiando. Si en la violencia la gente no está concienciada, yo creo que los micromachismos y los machismos que hay en los jóvenes son alarmantes y la verdad es que me preocupa muchísimo, me preocupa muchísimo.</i>
Juan José (H, 45 años, >10 años en atención primaria)	<i>Los padres tienen que estar también formados e informados en eso ... si ellos, si ellos van a educar a sus hijos en los mismos valores que ellos están educados con sus abuelos, ... a lo mejor ahí hay un problema ... "y nos tenemos que conformar" y "hemos elegido esta pareja y no podemos elegir otra" ... quiero decir la clave de formar a los padres, de educar a los padres, de invitar también a los padres a esas charlas que se plantean en los centros, ... y dar a conocer a los padres estas charlas.</i>
Carmen (M, 60 años, >10 años en atención primaria)	<i>Más formación ya desde más pequeño. Que el niño cuando llega a una edad adolescente, que ellos ya eso lo tengan más que estudiado. Que son iguales. Y que tienen que tener un respeto máximo, y entonces no puede tener esa supremacía sobre la mujer, en niños que son adolescentes, que tú te quedas muerta cuando en un instituto obligan a las niñas de 13, 12, 13, 14 años de vestirse de esta forma, de que tengas estos amigos, y de que tú el móvil te lo tengo yo que estar mirando diario, entonces eso tiene que ser casi desde primaria. Desde guarderías, exactamente. Que es cuando empiezan a jugar. Y a relacionarse. Claro, y a tener juguetes no sexista, y en las casas y el entorno familiar. Eso es muy importante ... y todos los días del año, no en el mes de noviembre porque es el día de...de la violencia de género.</i>
<i>Continúa en la siguiente página</i>	
Lorenzo (H, 59 años, <10 años en atención primaria)	<i>En Forma Joven, he tenido necesidad de implantar este tema en los talleres, porque veo que la juventud en los niveles formativos de la ESO, ¡es una población de riesgo! De riesgo en este sentido. Yo he hecho experiencias allí de talleres de hacer 10 preguntas, porque yo le llamo el decálogo para el noviazgo. Lo hago todos los años en los talleres. Preguntas como: ¿Tu novio te mira el móvil? ¿Te deja pintarte? ¿Te controla cuando llegas a casa? Y raro es el curso, que no salen dos o tres casos que lo ven lógico y lo justifican. Tanto ellos como ellas. Entienden que mirar el WhatsApp es un sistema de protección, el que yo te llame a casa para ver si has llegado a las 10, lo entienden como sistema de protección, porque te quiere y se preocupa por ti. Y raro es el año que en los talleres que hemos hecho, no salten situaciones de ese tipo.</i>

A lo largo de estos fragmentos, podemos observar diversos discursos donde las enfermeras y enfermeros realizan prácticas educativas con la población adolescente. Identifican como importante la necesidad promoción de la salud como una medida para erradicar la VG que tendrá su repercusión a medio y largo plazo. Esto mismo se evidencia a través del planteamiento que discurre desde la voz de Marcos. Resaltan además la importancia de trabajar desde la promoción de la salud tanto con los adolescentes como con las adolescentes, un trabajo que contemple a ambos. A través del discurso de Catalina se contempla la promoción de la salud que incluya a ellas y ellos para trabajar las relaciones igualitarias a través de diferentes técnicas educativas. El planteamiento que se recoge en la voz Mónica es muy revelador porque se apuesta por desmontar desde la promoción de la salud a la población adolescente toda una serie de conductas machistas que tienen un carácter micro y que perpetúan modelos de relaciones no igualitarias. El discurso de Juan José demuestra además que una buena práctica educativa debe contemplar también la promoción de la salud que incluya a los progenitores. Abordando la problemática desde los diferentes agentes de socialización como la casa y la escuela, se pueden obtener mejores resultados. A través del discurso de Carmen se ofrece un abanico de prácticas educativas realizados desde los centros asistenciales sanitarios en coordinación con los recursos comunitarios y destinados a la población adolescente. Además, Carmen señala la importancia de la educación en valores que tiene que estar presente en todas las etapas educativas, desde que los niños y las niñas aprenden a relacionarse. Finalmente, el discurso de Lorenzo contempla una práctica educativa concreta a través de la realización de talleres grupales destinados a la población adolescente. En estos talleres se vierten una serie de cuestiones destinadas a explorar el patrón de conducta de las primeras relaciones entre la población adolescente, se trabaja en colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y se incluye el uso de las redes sociales como nueva forma de ejercer violencia. El trabajo posterior que se realiza a través de las respuestas que emiten contribuye a la detección de situaciones de riesgo a estas edades tan tempranas. La evidencia que se muestra de todas estas prácticas educativas recoge nuevamente la sensibilidad de las enfermeras y enfermeros a la VG y

su implicación profesional en la prevención del problema a través del trabajo realizado con la población adolescente.

Estos resultados son afines a investigaciones previas que hablan de la importancia del personal de enfermería en el ámbito de la promoción de la salud con la población adolescente trabajando el reconocimiento y la sensibilización sobre la VG (Goicolea et al., 2017; Oliveira et al., 2016). Además, se recoge la importancia de actividades preventivas desarrolladas por la enfermera escolar (Khubchandani et al., 2013). Nuestros resultados también vierten nuevos modelos de violencia que aparecen en la población adolescente y que se encuentran vinculados al uso de redes sociales donde es importante resaltar el respeto dentro de la pareja y trabajar los límites. En un estudio previo encontramos que la enfermera escolar, junto con otros miembros del equipo escolar, puede diseñar estrategias preventivas del abuso cibernético en la población adolescente. Estas estrategias contemplan explicar los límites, proporcionar consejos sobre seguridad y guardar evidencia del abuso recibido, entre otras (Van Ouytsel et al., 2016). En nuestros resultados no se realiza promoción de la salud a grupos concretos de adolescentes, a diferencia de un estudio previo que resalta la importancia de identificar factores de riesgo en la población adolescente, tales como, comportamientos antisociales, experiencias íntimas precoces, entre otros, y realizar programas específicos para estos grupos (Smith et al., 2015). Encontramos en la literatura científica una guía que ayuda a las enfermeras a abordar la violencia sexual y contempla la importancia de enseñar prácticas para evitar violaciones y formación en defensa personal, además de la educación a ambos sexos (Callahan, 2014), aspecto este último que si se confirma en nuestros resultados. Un estudio más reciente revela la importancia de los programas educativos y de la evaluación de estos también en la etapa universitaria, donde se mostraron cambios positivos en la percepción y las actitudes hacia la violencia de pareja, siendo las mujeres las que mostraron una mejoría mayor frente a los hombres (Amin & Chandra-Mouli, 2014; Lazarevich et al., 2015).

## 2) Prácticas para la detección.

Dentro de este tipo de prácticas lo que se pretende es realizar intervenciones que contribuyan al diagnóstico entre la población adolescente de situaciones que muestren relaciones no igualitarias y comportamientos sugestivos de VG. Este tipo de intervenciones para la detección son desarrolladas únicamente por enfermeras, y los enfermeros no participan. En este sentido, las enfermeras dentro de la promoción de la salud se muestran hábiles para el reconocimiento de situaciones desiguales y de control entre la población adolescente. A través de los siguientes verbatim se muestran algunas de las prácticas que llevan a cabo para la detección de este tipo de situaciones, recogidos en la tabla 50.

Tabla 50. Prácticas para la detección.

Catalina (M, 55 años, < 10 años en atención primaria)	<i>A mí lo que me gustaba era las niñas, yo las espabilaba, las hacía reflexionar. Digo: ¿tú crees que una persona que hace eso contigo te quiere? ¿Te quiere porque te controla? ¿Eso es lo que tú crees? Y la mayoría te miran ...desconcertadas. Muchas de ellas es que desconocen otro modelo de relación. Muchas vienen de familias con ese esquema de relación, con lo cual lo repiten y además no saben identificar qué es lo que hace una pareja que la quiere, o sea, se creen que eso es querer [...] De verdad, yo estaba alucinada con las historias, porque lo que yo hacía en "Forma Joven" era tratar de que ellos me contaran. Yo les lanzaba a lo mejor un pildorazo y luego decía: "¿y tú qué piensas de esto? una pregunta que siempre hacía: "¿los preservativos quién los tiene que llevar?" Todas: "El hombre". Digo olé, ¡anda que estáis espabiladas también! Pero, vamos a ver, "¿por qué?" Y ya empezábamos a hacer un análisis de esas respuestas.</i>
Carmen (M, 60 años, >10 años en atención primaria)	<i>Nosotros creamos una agenda, fuera del instituto por si los niños no querían asistir para que no los viera nadie, para las consultas, para una asesoría, y tuvimos que abrir de nuestra agenda un tramo, para que esos jóvenes vinieran a la consulta, y venían aquí más que allí. Por la tarde ¿eh? Yo por ejemplo que estaba los miércoles por la tarde, pues venían y atendía [...] entonces claro, a los chavales les daba vergüenza, porque es una edad criminal. Entonces, cosas serias, realmente serias que tenían los niños. Luego dábamos muchísimas charlas y jornadas en el instituto.</i>
Elena (M, 41 años, >10 años en atención primaria)	<i>En el mismo programa Forma Joven, como trata muchos temas, mucha temática, en un instituto concreto, sí me pidieron que trabajara intensivamente ese tema. Entonces, estuve 3 días completos, a jornada completa, encuestando a todo el instituto sobre violencia de género, para percibir si realmente existía ese trato desigual. Entonces, sí detecté que es verdad que los chicos piensan que son superiores a las chicas y piensan que ellos no pueden barrer y limpiar, que la persona que tienen al lado, como su madre, les limpia y arregla, pues ya tienen una sustitución de su madre, y están obligados a recibir ese trato especial, porque ellos son reyes, emperadores y yo que sé tienen esclavos a su servicio. Entonces, sí lo he detectado. Y, por supuesto, son su propiedad.</i>

Continúa en la siguiente página

---

Montserrat (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Sí es verdad que en un taller de cuidadora vino una chavala, porque además me vino la madre muy preocupada y dijo: mira, que voy a dar la sesión de tema de género y de las relaciones igualitarias ... Y le vino muy bien a la chavala. Vino con una amiga y se quedó ... aparentemente, satisfecha ... Verás ... que se le iluminaba la cara. Y después la madre me lo agradecía ... Yo pienso en los jóvenes, los mecanismos de llegar a ellos. Bueno, no sé en Forma Joven, pero si buscas el líder, o la líder, o alguien ... que cale ... y se le adiestra para que vaya dando mensajes o para que vaya denunciando en un momento dado, pues mira, muy bien.</i>
--	---

---

A través de los siguientes verbatimines podemos observar diversos discursos donde únicamente las enfermeras realizan prácticas para el reconocimiento y detección de conductas de riesgo entre la población adolescente. Resaltan la importancia de realizar asesorías de carácter privado manteniendo la confidencialidad de la información, de realizar igualmente el cribado a la población adolescente para el diagnóstico de situaciones sobre las que ya se deba intervenir y del empleo de habilidades de la comunicación para lograr la detección. El planteamiento que se recoge en la voz de Catalina vierte diferentes técnicas para la detección a través del empleo de habilidades de la comunicación. Nuevamente, las enfermeras son hábiles en el uso de herramientas de la comunicación adaptando el lenguaje a la población a la que atienden. A través de la voz de Carmen se evidencia la efectividad para la detección a través de un espacio en las agendas de trabajo destinado a la asesoría. Se corrobora, como las enfermeras se muestran disponibles a la atención tanto en los centros educativos como en los centros asistenciales sanitarios para garantizar el anonimato y con el objetivo de identificar situaciones de riesgo entre la población adolescente. A través del discurso de Elena se contempla como otra práctica para la detección pasa por el cribado a la población adolescente en los centros educativos. La criba se convierte en una pieza clave para la intervención posterior que puede realizarse con la población adolescente. Más adelante el discurso de Montserrat demuestran que, en ocasiones, una vez se ha realizado la detección de situaciones de riesgo, la enfermera interviene a través de talleres reglados que pretenden la educación en valores de las relaciones igualitarias y sanas. Los talleres ofrecen oportunidades para una primera intervención de este tipo de situaciones una vez se realizado la detección de casos en la población adolescente. Los resultados de las prácticas de detección efectuadas por las enfermeras

evidencian la sensibilidad al fenómeno y la implicación profesional de ellas a la atención que ofrecen a la población adolescente.

Estos resultados son afines a investigaciones previas que hablan de la importancia del personal de enfermería, y en concreto, de la enfermera escolar en el ámbito de la promoción de la salud con la población adolescente trabajando la detección a través del screening y facilitando información de fácil acceso al alumnado (Ferreira et al., 2014; Khubchandani et al., 2013). Además, la enfermera tiene una posición privilegiada dentro del equipo, y puede convertirse en una figura fundamental para acercarse a la población adolescente y sus familias. De esta manera, puede contribuir una vez detectada la violencia a través de la red, al uso seguro y saludable de Internet, especialmente a través de acciones coordinadas con los centros educativos (Ferriani et al., 2019). Existe evidencia que indica que la intención de búsqueda de ayuda informal y formal de la población adolescente que presenta violencia en el noviazgo es elevada (Hedge et al., 2017). Al igual que en nuestros resultados, encontramos en la literatura la importancia de incluir a los progenitores en programas con población adolescente con comportamientos antisociales, alcanzándose resultados positivos con una disminución de sus conductas problemáticas. No obstante, estaría pendiente extender el programa para considerar el impacto en las relaciones románticas de los jóvenes, pudiendo ser una vía fructífera para el futuro (Pepler, 2012).

### 3) Prácticas para la intervención.

Dentro de este tipo de prácticas lo que se pretende es realizar intervenciones directas con la población adolescente para que a través de actuaciones concretas se interrumpan las relaciones abusivas entre las parejas adolescentes. En ocasiones, se trata de coordinar a los centros educativos y a los centros sanitarios con el fin de intervenir sobre situaciones que muestren relaciones no igualitarias y comportamientos sugestivos de VG. Llama la atención como se detectan y se interviene en actitudes que denotan una violencia sexual a las adolescentes. Este tipo de prácticas para la intervención directa son desarrolladas por las enfermeras y los enfermeros. En este sentido, los profesionales dentro de la promoción de la salud se muestran hábiles para

intervenir ante situaciones desiguales y de control entre la población adolescente. A través de los siguientes ejemplos, recogido en la tabla 51, se muestran algunas de las prácticas de intervención.

Tabla 51. Prácticas para la intervención.

María (M, 51 años, >10 años en atención primaria)	<i>Sí que me consta que estamos muy despiertos. Si alguien nos cuenta, pues mira mi hija me ha contado. Y qué te ha contado tu hija de 15 años, que tiene una amiga que tiene, y como se llama esa amiga que tiene. Quiero decir, que siempre estamos con las orejas pendientes. Y si nos cuentan algo, al menos hablar con el colegio para ratificar. Por supuesto si una amiga íntima te cuenta algo de ese tipo, ahí hay algo.</i>
Alicia (M, 37 años, >10 años en atención primaria)	<i>Se nos olvida una actuación importante que sí se está haciendo en los institutos a través de Forma Joven, que también se han detectado y además está estadísticamente demostrado que cada vez a nivel de adolescentes hay más maltratos por los jóvenes hacia las niñas y sí que se están detectando en institutos casos que ha habido incluso que avisar a los padres, a la policía, es decir, ahí si estamos actuando nosotros porque somos las primeras que con los profesionales del colegio, que son los cuidadores de ellos, los que detectan ... y cuando va Enfermería se lo comentan y lo ponemos en manos de trabajadora ... de madre ... de ... incluso ha habido que separar al niño ... así que sí que hemos actuado en esos casos. Y se detectan en institutos que eso ya es más alarmante.</i>
Begoña (M, 48 años, >10 años en atención primaria)	<i>Y entonces este año, porque yo he entrado hace dos semanas aquí, pues tenemos una chica, teníamos una chica en seguimiento. En seguimiento por posible, bueno, maltrato y estas cosas, violencia de género. Como ya lo está viendo ella normal en su casa, que, si vive en un ambiente normal, pues ella después ya lo ve normal.</i>
Lorenzo (H, 59 años, <10 años en atención primaria)	<i>Cuando hacemos luego las sesiones individuales, le he dicho alguna: ¿tú sabes que empieza mirándote el móvil, después pegándote una voz, después un empujón, y esto puede ir a más? Dice: "¡No! Es que lo hace porque me quiere". Yo intento abrir los ojos, pero ... sí, sí, muy preocupante, ¿eh? Te estoy hablando de unos niveles formativos donde hay 20 o 25 personas en cada curso. Si salta uno o dos, en un instituto donde hay 4 líneas, estamos hablando de 12 niveles formativos, donde puede haber de 12 a 15 casos en un instituto de los 33 que hay en Sevilla, y Sevilla es una provincia de 8 en Andalucía, o sea, que es preocupante. Se está haciendo poco.</i>
Rosa (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>En los institutos en el programa "Forma Joven" he visto niñas, que me han pasado casos de violencia de género, que no lo ven, y lo que he hecho es ponerle a prueba, y en la siguiente semana en la siguiente consulta lo he hecho siempre un seguimiento a las chicas de violencia de género, me cuentas cómo ha reaccionado el chico con el que has estado saliendo [...] Tú le llamas a tu madre y le dices que te dé 1,5 euros. Vas a quedar con tus amigas. Tú me estás diciendo que él te deja, ¿no? Vale, pues te vas a ir con tus amigas a tomar la coca cola. Ahora vas a observar el campo que te rodea por si ves que él está. Luego quedas con él, más tarde y me vas a decir qué preguntas te hace, ¿dónde has estado?, ¿con quién has estado?, lo típico. Pues si te cambias de ropa para que diga a ver si cae en algo, pues en la ropa y, ¿tú no ibas vestida de rosa?, ¿pues tú no llevabas una blusa blanca?</i>

Continúa en la siguiente página



Fernando (H, 61 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo sí que he estado ... en Forma Joven había una ... determinada edad, sobre todo las niñas más mayorcitas que venían en alguna ocasión que ... se sentían un poco, había algunas, en alguna ocasión, te decía que se sentía como no obligada, pero sí como, ... culpables, culpabilizadas de no ceder, ... ellas te planteaban "oye yo tengo que ceder" ... te planteaban si era bueno o no, porque ellas se sentían como un poco culpables o se les hacía sentir, mejor dicho ... de forma inconsciente su pareja les hacía sentir como culpables de no tener relación, no hay una presión física, una presión de ... pero sí a través de estrategias psicológicas, hay una cierta estrategia psicológica ahí que les hace sentir culpables. Y eso te lo manifestaban en alguna que otra ocasión, ahí nosotros mucha labor de hablar y hablar.</i>
Magdalena (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Hay... un importante aumento del machismo en la gente joven y una sumisión de las niñas. Impresionante. Yo en una Forma Joven, una sesión, yo iba al instituto y de forma anónima pues recibía a los niños y a las niñas. Y esa niña pues me parece que tenía 14 añitos. Una especie de consultoría o asesoría. Y esa niña venía porque se había tomado la píldora del día después durante 2 o 3 veces ya, con 14 años. Pero bueno, tú ya la asesoras, le dices que hay otros medios. Y por qué has hecho eso. Una vez que tú ya la asesoras y que la niña tenga un poquito más de confianza contigo. Respuesta de la niña. Es que, su pareja, su "noviete", que era del mismo curso, un curso por arriba, pues no quería mantener relaciones sexuales con preservativos porque a él le gustaba menos, le daba menos placer. Que por lo tanto eyaculaba y que cuando eyaculaba pues que se la tenía que tomar después. Y tú ahora pues intentas citarlas. Tú conoces a sus padres, tú conoces a su familia, una niña lindísima. Está siendo coaccionada.</i>
Federico (H, 56 años, >10 años en atención primaria)	<i>Trabajando en Forma Joven del caso de una chica, menor, con su pareja, mayor de edad, que la orientadora del instituto me solicita una cita urgente con esta chica por un tema de sospecha de embarazo. ¿Por qué? Porque tiene relaciones con su pareja, mayor que ella, y su pareja no quiere utilizar un método anticonceptivo. Entonces, en mi intervención, en mi discurso, le hago ver y le manifiesto que eso es un tipo de maltrato. Y así se lo hago ver, sinceramente. Y era una menor, pero si es mayor, hago exactamente igual. Es un tipo de maltrato porque lo que menos que te puede pasar es que te quedas embarazada. Pero, y las enfermedades de transmisión sexual, porque tú no sabes la otra persona qué tiene detrás. Y así está reconocida la violencia sexual. No se trata de que te empuje ahí contra la pared en contra tuya. No solo eso.</i>

A través de los siguientes verbatimines podemos observar diversos discursos donde los enfermeros y enfermeras realizan prácticas para la intervención sobre conductas violentas entre la población adolescente. A través de la voz de María y Alicia se evidencia la coordinación que existe entre los centros educativos y los centros asistenciales sanitarios para intervenir sobre situaciones de violencia declarada entre la población adolescente. Resaltan, además, la importancia de realizar las intervenciones con coordinación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y los progenitores. A través del discurso de Begoña se contempla como otra práctica para la intervención pasa por el

seguimiento de los casos confirmados de VG entre la población adolescente. El planteamiento que se recoge en la voz de Lorenzo corrobora intervenciones directas con las adolescentes a través del empleo de habilidades de la comunicación. El objetivo último de este tipo de prácticas pretende ser el reconocimiento de la chica de que ese tipo de conductas no forman parte de una relación igualitaria basada en el respeto. Más adelante el discurso de Rosa recoge un ejemplo práctico de intervención directa a través de la recreación de una situación concreta de la relación del chico y la chica. Se evidencia como existe también en la población adolescente la violencia de carácter económico. Otro tipo de violencia presente en esta población es la de carácter sexual. A través del discurso de Fernando se evidencia como existe un mecanismo psicológico de presión por parte de los chicos a las chicas para el inicio de las primeras relaciones sexuales. Con el discurso de Magdalena y Federico se evidencia como la intervención directa con asesorías es viable también para los casos detectados de violencia sexual en la población adolescente. Los resultados demuestran que las prácticas de intervención son efectuadas en la mayoría de las situaciones en coordinación con los centros educativos que demandan la intervención de las enfermeras cuando detectan situaciones manifiestas de la VG entre su alumnado.

Estos resultados son afines a una investigación previa que relata la importancia del personal de enfermería en el ámbito de la promoción de la salud con la población adolescente donde predomina la violencia de carácter psicológico, y donde la actitud de la población adolescente está fuertemente influenciada por el género y el inicio de las primeras relaciones sexuales (Ferreira et al., 2014). En un estudio previo se evalúa la eficacia de una intervención dirigida a reducir la violencia en el noviazgo y el comportamiento de riesgo sexual en las adolescentes con exposición previa a la violencia física en el noviazgo, y los resultados indican que es factible y bien recibido administrar una intervención de prevención de riesgo sexual a las adolescentes que han tenido una experiencia previa (Rizzo et al., 2018). Existe además una investigación que evalúa la intervención de un programa de prevención para adolescentes cubanoamericanos con actividades que incluyen la perspectiva de género y donde los resultados arrojaron unos efectos medios sobre la

victimización y perpetración de violencia para la población de chicos, pero no para las chicas. Con el tiempo, los efectos no fueron estadísticamente significativos (González-Guarda et al., 2017). Otra investigación evalúa un programa de promoción de la salud sexual junto con otros temas relacionados, como roles de género, relaciones románticas saludables y no saludables, y la violencia de pareja, además de contenido sobre abstinencia, embarazo, enfermedades de transmisión sexual y anticoncepción. Alcanzan resultados positivos, aunque deben interpretarse con precaución, determinando que la violencia en el noviazgo era menos aceptable y las creencias de género menos estrictas, de la población adolescente que participó en el programa (Scull et al., 2018). Por ello, la enfermería debe contemplar como parte de su agenda el reconocimiento y la atención a la población adolescente como una práctica propia e integral. Así es importante que haya respeto por la no universalidad de ser una persona adolescente, teniendo en cuenta los diversos aspectos que la convierten en vulnerable o la protegen (Ferriani et al., 2019).

### **3.3 Obstáculos y dificultades para la adopción de la perspectiva de género.**

En este apartado se presentan las limitaciones y sus raíces que viven las enfermeras y enfermeros que tienen una identidad sensible a la VG y adoptan la perspectiva de género en sus cuidados. Analizamos un conjunto de obstáculos y dificultades que se presentan en los centros de atención primaria fruto de la cultura patriarcal y de la socialización que reciben los profesionales de la salud como cualquier ciudadano, que desembocan en la resistencia ofrecida para abordar la VG. Igualmente se presenta la resistencia al cambio que viven las enfermeras y enfermeros innovadores en materia de VG por parte de quienes comparten su centro de trabajo, pero no su visión del género. Todo ello se ha realizado a través del método de comparación cruzada, con los tres perfiles identificados, es decir, aquellos que muestran una sensibilidad a la VG reconocida, cuestionada y en construcción. Se han obtenido los resultados que se presentan a continuación.

### 3.3.1 Cultura patriarcal-socialización.

Dentro de este tipo de dificultades para la implementación de la perspectiva de género en el abordaje de las mujeres bajo el PAASVG, se encuentran los obstáculos que hablan de la necesidad de una revisión y transformación de la cultura patriarcal a través de la socialización. Este tipo de dificultades para la implementación son elaboradas en los discursos de las enfermeras y de los enfermeros, siendo la presencia similar. Queda patente por tanto el reconocimiento de barreras que obstaculizan la aplicación del protocolo debido a la cultura patriarcal. A continuación, se muestran ejemplos de este tipo de obstáculos detectados a través de los siguientes verbatim y recogidos en la tabla 52.

Tabla 52. Obstáculos de la cultura patriarcal-socialización.

Marina (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<i>La violencia de género en salud mi impresión es que parece que queda medianamente claro lo que es violencia física, sobre todo cuando la mujer lo verbaliza: "Me han pegado". Parece que los médicos están bastante concienciados de lo que tienen que realizar, de la documentación adjunta, pero la otra parte de la violencia de género, que es la que a mí me parece realmente importante, que tiene más que ver con la cultura de género que haya en salud, eso me parece que es muy deficitario.</i>
Mónica (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Sí que han cambiado aspectos, pero a un paso muy lento. La cultura judeocristiana lleva dos mil años y esto no se cambia en tan poco tiempo. Lo que creo es que no se trabaja lo que se debería y no se le da la importancia que se debiera. Creo que tendría que ser un programa prioritario y un programa que cuente con hombres. Es que la gente tiene un concepto de la sociedad muy mal definido, porque asocia el machismo con el feminismo, y el tema de que es una cosa de familia como de intimidaciones. Por eso es un programa que desde mi punto de vista no está lo suficientemente instaurado.</i>
Ángel (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<i>Lo que hay que cambiar es la sensibilización, hay que cambiar la cultura. Es que los cursos, los conocimientos no cambian siempre las sensibilidades. Lo que cambia los pensamientos es los cambios de bueno, yo que sé, no sé cuál es la palabra ... cambio cultural, cambio de concepción de la relación entre los géneros. La formación si es para dar claves como tú has dicho de dónde hay que llamar, vale.</i>
Patricia (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo creo que hacía mucho tiempo que nos hacía falta un protocolo, aunque reconozco que todavía muchos profesionales no lo tienen en cuenta, es decir que pasan mujeres por su consulta y no ven la posibilidad de que puedan ser víctimas de maltrato, a pesar de todas las señales de alarma que vienen recogidas en el protocolo que debemos tener en cuenta a la hora de atenderlas [...] Yo es que creo que un porcentaje elevado de los profesionales de la salud no están concienciados en el tema. Por eso de ahí la importancia de la formación anual. No solamente para estar actualizados en técnicas o en los últimos protocolos de reanimación cardiopulmonar, sino que en el tema de violencia deberíamos de solicitar una formación anual para concienciarnos.</i>

*Continúa en la siguiente página*

Marcos (H, 48 años, <10 años en atención primaria)	<i>Aspectos macros creo que no hay muchos cambios. Hay mucha legislación, pero con un impacto mínimo. Creo que hay un alto grado de sensibilización, pero un escaso grado de implicación. Es decir, seguimos viendo leyes muy potentes ... O leyes que aspiran a ser muy ambiciosas, pero que se quedan a medio vaso. No sé cuál es el motivo. Si es que están hechas fundamentalmente por hombres que cuentan solo con mujeres, salvo en consejos asesores... Ya no solo el impacto último, que vemos muchas muertes en los telediarios, que seguimos viendo que esto es la misma epidemiología, y que siempre, para más inri, el problema lo tiene ella porque nunca denunció. También me parece ya que el maltrato institucional es aberrante. Esos telediarios, y esas noticias de que ella nunca ... Y, por eso, como nunca lo denunció, por eso se murió, por eso la mató. Es una ecuación que no resulta, porque muchas de estas mujeres también tenían órdenes de alejamiento de sus exparejas.</i>
Isabel (M, 36 años, <10 años en atención primaria)	<i>Entonces, seguimos teniendo una sociedad machista. Sigue siendo así. Y el problema es que ahora no se ve. El problema de ahora es que ahora se ve menos sociedad machista, o los hombres tienen menos impresión. Ellos tienen menos impresión de que seguimos en una sociedad machista. Mi marido dice: "no, ya muchísimo menos". Digo: "muchísimo menos no". Esas son las apariencias, pero luego, en el fondo, seguimos igual. Lo que pasa es que ahora somos más pringadas [...] Ahora trabajamos fuera todos, pero que dentro trabajamos... También somos nosotras las que trabajamos más y llevamos más carga. Y ahí hay muchos conflictos de pareja. Luego habrá o no ... maltrato o lo que sea, pero que ahí hay muchos conflictos. Vamos, no nos queda nada... Madre mía, para dejar de tener una sociedad machista, nos queda lo más grande, vamos, ...</i>

A través de los siguientes verbatimines podemos observar diversos discursos donde los enfermeros y enfermeras relatan las dificultades y obstáculos derivados de la cultura patriarcal donde también han sido socializados, por lo que en ocasiones reproducen resistencias a los cambios o son capaces de identificar dichas resistencias. A través de la voz de Marina se evidencia como desde los centros asistenciales sanitarios la violencia física tiene su consideración y abordaje, sin embargo, las otras manifestaciones de la VG pasan más inadvertidas debido a la falta de sensibilidad al problema. La falta de sensibilización conduce a una falta de detección y por tanto al descenso de las oportunidades para la intervención. El planteamiento que se recoge en la voz de Mónica refleja como la VG no es prioritaria para los sistemas de salud. Convertirla en una prioridad con la implicación de toda la sociedad sería un paso para la erradicación. Más adelante el discurso de Ángel reflexiona sobre la importancia del cambio cultural para redefinir las relaciones entre hombres y mujeres. Con el discurso de Patricia se evidencia la importancia de la existencia de protocolos de actuación, pero no está

acompañado de una sensibilidad de los profesionales para abordar de manera integral la VG. De ahí, la importancia que cobra la formación de los profesionales que debe situarse al mismo nivel que otros problemas de salud tradicionales. El planteamiento más macro lo encontramos en el discurso de Marcos que contempla como a pesar de los cambios legislativos en las sociedades se ejerce un maltrato institucional a las mujeres que les devuelven la responsabilidad del maltrato que padecen. Por otra parte, y en un nivel más micro encontramos la voz de Isabel que nos devuelve como los conflictos que aún siguen presentes en el seno de las familias se deben a la cultura patriarcal. Los resultados demuestran que los obstáculos que hunden sus raíces en la cultura patriarcal y la socialización se deben a la reflexión crítica que realizan de las prácticas profesionales y de los entornos sanitarios donde se da cobertura a la VG, así como del conjunto de la sociedad que es cómplice del mantenimiento de la situación.

Estos resultados son afines a investigaciones previas que sostienen como la cultura tiene un peso importante en el mantenimiento de la VG. En una investigación cualitativa se señala como los aspectos culturales de la violencia fueron barreras para la detección activa de los casos (Kopčavar Guček et al., 2016). Estos aspectos culturales cobran mayor importancia en el caso de la atención a mujeres inmigrantes. En el contexto español, encontramos un estudio previo de corte cualitativo donde se señala como la inexistencia de servicios culturalmente apropiados y el acceso a ellos, ya que se requiere tener un permiso de residencia como requisito, así como la falta de capacitación específica de profesionales en temas de VG e inmigración, son las principales barreras en la atención de la VG para mujeres inmigrantes (Briones-Vozmediano et al., 2015).

### **3.3.2 Consideración de problema de salud.**

Dentro de este tipo de obstáculos para la implementación de la perspectiva de género en el abordaje de las mujeres bajo el PAASVG, nos encontramos las dificultades que se encuentran las identidades profesionales con sensibilidad para considerar la VG como un problema de salud, donde el sector salud debe jugar un papel importante desde sus centros de atención

primaria. Este tipo de dificultades para la aplicación práctica son elaboradas en los discursos de las enfermeras y enfermeros. Queda patente con ello, el reconocimiento de barreras que obstaculizan la aplicación del protocolo debido a la falta de consideración de la VG como problema de salud. A continuación, se muestran ejemplos de este tipo de dificultades detectadas en la tabla 53.

Tabla 53. Obstáculos de la consideración de problema de salud.

Alberto (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<i>Hoy ha cambiado mucho en sensibilización. En realidad, supongo que ha disminuido, pero como se ha visibilizado pues ha sacado a la luz pública una realidad. Hay más conciencia de que es un problema social y un problema de salud. Sobre todo, se considera que es social. En la repercusión en salud ... no sé cuesta más. Antes no existía este problema. Existía esa realidad, pero no se contemplaba como un problema.</i>
Ángel (H, 52 años, >10 años en atención primaria)	<i>La sensibilización como un problema. Antes era lo que se vivía con más normalidad y ahora se intuye que es un problema. Aunque sigue habiendo resistencias por profesionales, por mujeres, por hombres, por pacientes, clientes, usuarios, administrativos, celadores, médicos, enfermeros, enfermeras ... Ahora, sin embargo, bueno ... aunque sigue estando el foco de resistencia, pero bueno ya se sabe que es un problema, se sabe que algo hay que hacer, aunque no se tenga muy claro qué es lo que es, pero cuando es un problema evidente pues se busca a alguien que te ayude.</i>
Manuela (M, 43 años, >10 años en atención primaria)	<i>O sea, que el problema de la violencia de género está demasiado, aunque es una moda, por favor está de moda, por desgracia, porque es obligatorio el hecho de decir, señores, hay un problema de salud pública, pero que nosotros mismos tenemos nuestros propios prejuicios y además una cosa llamativa y es observacional, y es propia, es mi opinión, pero, intento ser muy neutral, mientras más edad tengan los profesionales, mayor resistencia. La gente más joven como que lo tiene normalizado en el día a día, pero los profesionales de una cierta edad y, además con género masculino, pues se resisten más a la hora de poner que es violencia de género en un parte.</i>
Begoña (M, 48 años, >10 años en atención primaria)	<i>Ha cambiado que yo de pensar en un principio cuando yo era jovencita y empecé: 'cuidado la pesada esta otra vez aquí con el Dogmatil, y que quiere otra vez el Dogmatil, qué pesadita es, y ya le han hecho todas ...' Y luego empezaba pues vamos a mandarla a hacerle pruebas a ver si neurológicamente tiene algo, y venga el Dogmatil y ella no expresaba nada más que estaba mareada, era lo único que expresaba, hasta que, claro, ya con el tiempo, claro, son años en que te das cuenta de que es víctima, es una víctima. Y hoy en día lo capto rápidamente, no me hace falta tiempo, una simple conversación.</i>
Mabel (M, 56 años, >10 años en atención primaria)	<i>En realidad, yo creo que hoy en día vivimos en un clima de sensibilización general, por eso, por las cosas que pasan que lo vemos todos los días, en telediarios, las cosas que vemos nosotras al tratar directamente con los pacientes, yo creo que somos sensibles en general todos, ... ahora después otra cosa es después como cada uno actúe, ... pero sensibles sí, ... y yo para mí violencia de género es que hay de todo tipo, ... de todo tipo, física, psicológica, económica, ... todo lo que sea una desigualdad de trato a las mujeres.</i>

A través de los siguientes verbatimines podemos observar diversos discursos donde los enfermeros y enfermeras encuentran resistencias para considerar la VG como un problema de salud. Se resalta en nuestros resultados la sensibilidad a la VG, sensibilidad presente en el conjunto de las sociedades, pero no es del todo compartido la consideración de la VG como un problema de salud. A través del discurso de Alberto se contempla como hay resistencias a considerar la VG como problema de salud, siendo unánime la consideración de problema social. El planteamiento que se recoge en la voz de Ángel vierte diferentes perfiles profesionales y de la sociedad que ofrecen su resistencia a la consideración de la VG como problema de salud. Más adelante el discurso de Manuela incide nuevamente en las resistencias que ofrecen los profesionales a la VG, encontrando mayores resistencias en profesionales hombres de mayor edad. El discurso de Begoña evidencia como existe una asistencia y tratamiento de la sintomatología que presenten las mujeres, dada la presión asistencial a la que se ven sometidos los profesionales y la no consideración de la violencia como problema de salud, abordando las manifestaciones clínicas de un problema que tiene raíces más profundas. Finalmente, el discurso de Mabel refleja la sensibilidad de los profesionales y del conjunto de la sociedad a la VG, pero el abordaje va a depender de la consideración que se tenga frente a si es o no un problema de salud. Los resultados demuestran que existen resistencias que vencer desde el momento que existen dudas sobre si la VG es un problema de salud que afecta a la mitad de la población.

Estos resultados hablan de la necesidad del abordaje de la VG desde el sector salud, donde la atención primaria tiene un papel relevante. En una investigación cualitativa previa las mujeres mayoritariamente expresan como una barrera revelar la violencia a la que están sometidas, por pensar que los profesionales solo se centran en los problemas físicos. No obstante, una mujer describió darse cuenta de que los profesionales están allí para más atenciones que solo las afecciones físicas, aunque mantenía las dificultades para contar lo sucedido, "no tengo un brazo roto, tengo un corazón roto" (O'Doherty et al., 2016).



### 3.3.3 Resistencia al cambio.

Dentro de este tipo de dificultades para la implementación de la perspectiva de género en el abordaje de las mujeres bajo el PAASVG, nos encontramos los obstáculos que hacen referencia a las oposiciones que se encuentran las enfermeras y enfermeros innovadores en materia de VG en sus centros de atención primaria por parte del conjunto de profesionales que conforman dicha comunidad. El rechazo u oposición por parte de las administraciones y otros organismos son barreras con las que se encuentran estos profesionales. También identificamos situaciones donde los profesionales muestran en sus discursos sus propias resistencias fruto de los prejuicios que se desarrollan en las sociedades frente a la VG. Este tipo de dificultades para la aplicación práctica son elaboradas en los discursos de las enfermeras y enfermeros, estando más presente su reconocimiento por parte de las ellas. A continuación, se muestran ejemplos de este tipo de dificultades detectadas en la tabla 54.

Tabla 54. Obstáculos de la resistencia al cambio.

Isabel (M, 36 años, <10 años en atención primaria)	<i>Es que antes de ayer, en la guardia, estuvimos hablando de violencia de género, el médico que estaba decía que en la última guardia le había venido un hombre al que le habían pegado dos mujeres: la mujer y la hermana ... o no sé quién [...] Claro, estuvimos ahí hablando, porque decían: "es que hay veces que vienen y mienten las mujeres ... Y ya siempre, de entrada, el hombre va al calabozo, y cuando es al revés, no ..." Y, tú sabes ...</i>
Luz (M, 53 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo tengo un compañero muy moderno, que dijo que estoy anticuada, porque eso de las guerras de los roles, está anticuado. Entonces, lo único que le dije es que su postura era la más machista que había visto en mi vida, no lo entendía, "cómo va a ser eso", digo "porque cuando hay un problema real", ...no solo no verlo, decir que no existe eso es lo peor que le puede pasar a una persona con un problema de verdad, negar la evidencia, las mujeres que matan no existen, ya está superado, porque en tu entorno sois todos muy modernos y no tenéis ese problema, entre otras cosas porque no tenéis pareja; claro, es muy difícil que haya problema de género en tu casa, peleas de lo cotidiano, es muy complicado, es difícil, entonces ese es el machismo más grande.</i>
Magdalena (M, 47 años, >10 años en atención primaria)	<i>Nos queda muchísimo porque sigue habiendo profesionales, por desgracia que siguen viendo a una mujer nerviosa o con dolor torácico, y con varias consultas en urgencias y lo primero que dicen, ya tenemos otra vez a la pesada, o a la nerviosa, o, perdón, "mal follada". Y eso sigue existiendo. Y es muy lamentable. Pero en todos los gremios. No voy a decir que lo diga solamente el celador, o los tenga el auxiliar de clínica. Desde el médico hasta el último tiene...esos prejuicios. Cada vez menos, es cierto.</i>

*Continúa en la siguiente página*

Catalina (M, 55 años, <10 años en atención primaria)	<i>Hay un dato que me llama mucho la atención y son las opiniones de mucha población masculina que, de las denuncias por violencia de género, sigan diciendo que la mayoría son mentira, que es falso, cuando tenemos un porcentaje, que es el 0,018. Y además se sancionan y son investigadas. Eso es patético que la población masculina se justifique diciendo que la mayoría son falsas. Y simplemente con tú decir que me ha pegado, ya está en la cárcel. Muchísima violencia de género no se denuncia.</i>
Pamela (M, 42 años, >10 años en atención primaria)	<i>Hay mucha resistencia, hay mucha resistencia. Mueren 100 mujeres, vale, pero si una utiliza la herramienta y hay un perjudicado, ostras, entonces todavía tenemos esa, y ya te digo en colectivo de una determinada edad, porque la gente joven o se lo calla, o no lo emite en público.</i>
Manuela (M, 43 años, >10 años en atención primaria)	<i>Y es una de las resistencias que más nos encontramos. El hombre, y hablo de hombres con una carrera universitaria, de un nivel socioeconómico medio alto, le cuesta trabajo hacer un parte de lesiones, que no es un parte de lesiones, si no, que es un parte de violencia de género y ya encontramos una resistencia en los profesionales sanitarios [...] Y esto es muy llamativo. ¿Qué argumentaban? A los profesionales sanitarios, que son los médicos, los que hacen partes de lesión, partes de violencia de género, les cuesta trabajo poner que es violencia de género, porque ya ellos piensan que eso es una denuncia, y no lo es, y nos ha costado que entendieran ... que hay una discriminación positiva, porque tiene que serlo así, porque si es una agresión de hombre a mujer es violencia de género y si es de mujer a hombre es un parte de lesión, punto. Y ya el juez dirá. Porque si es un parte de lesiones tiene una vía mucho más lenta que si es un parte...de violencia de género, pues te puedo asegurar que nos encontramos una resistencia y eso ya es difícil trabajarlo.</i>
José Luis (H, 46 años, <10 años en atención primaria)	<i>Sí, eso sí, o sea que aquí la respuesta que le vas a dar es una respuesta sanitaria, porque tampoco ..., muchas veces vienen los dos si se han pegado. No es tampoco habitual, pero que se puede dar, que siempre que hay una pelea vienen a lo mejor las dos partes, o va cada una a un centro. O se escucha, por ejemplo, que hay personas que lo han hecho para quitarle la custodia al marido. De hecho, tengo un referente personal que ella lo hizo para quedarse con la custodia de los niños, y al cabo del tiempo reconoció que era mentira. Entonces bueno, estas cosas también se comentan y muchas veces hasta qué punto tú te implicas si no estás seguro.</i>
Lidia (M, 55 años, >10 años en atención primaria)	<i>¿Qué somos más sensibles? Sí, pero ... pensando con cabeza. Que, de entrada, porque te venga una mujer contándote ... habrá que ver. No de entrada, tú ya dices: el tío un canalla, y la mujer buenecita. Porque puede ser al revés. Por eso, un protocolo que vaya discriminando sería fantástico. Yo no creo que haya diferencia. Por ser mujer, ser más sensible.</i>
Manuel (H, 54 años, >10 años en atención primaria)	<i>Yo me he encontrado veces en que una cuidadora, después de escarbar un poco, ... te das cuenta de que es una relación mala, de falta de cariño, de falta de cuidados en realidad de la cuidadora hacia la persona, entonces claro, cuando escarbas un poco pues tú ves que ha habido una relación de maltrato durante muchos años; incluso cuidadoras que se han separado del marido y que después ... Cuando el marido enferma pues se hacen cargo de él, con la falta de cariño que conlleva esta situación. Eso sí lo he vivido; más de una vez [...] Entonces, claro cuando indago y cuando hablo incluso con la hija, nos contó la situación, entonces claro, a mí esto me sentaba ... Yo comprendía a la mujer, pero claro, el que estaba sufriendo ahora era él, no era... Bueno, tampoco puedes hacer muchas cosas en determinadas situaciones.</i>

Con el desarrollo de los verbatines presentados podemos observar diversos discursos donde los enfermeros y enfermeras relatan las oposiciones que se encuentran para atender a la VG en sus centros sanitarios. A través de la voz de Isabel se evidencia como desde los centros asistenciales sanitarios existen resistencias al tratamiento de la VG, por no saber diferenciar el concepto de VG y lo que implica. Eso mismo se ve materializado a través de un ejemplo entre diferentes profesionales que conforman un equipo de salud. El planteamiento de Luz refleja como las resistencias las plantea también el sistema que no forma con la intensidad necesaria a los profesionales para atender situaciones de VG. Igualmente, en su discurso se ofrecen oposiciones por parte de compañeros al cambio que supone incorporar la perspectiva de género en salud, llegando incluso a invisibilizar la situación que supone la VG a muchas mujeres en la actualidad. Más adelante el discurso de Magdalena reflexiona sobre la existencia en las sociedades contemporáneas de prejuicios y estereotipos que conducen a reproducir roles de género que invaden la atención sanitaria ofrecida a la mujer. Más adelante el discurso de Catalina reflexiona sobre la creencia extendida del grueso que supone las denuncias falsas por VG, siendo los hombres en mayor medida quienes la expresan. Más adelante el discurso de Pamela ofrece un ejemplo claro de resistencia cuando pesa más si existe un hombre perjudicado por un mal uso de la ley frente a la gran cantidad de mujeres que continúan siendo asesinadas a mano de sus parejas o exparejas. A través del discurso de Manuela se evidencia como las resistencias están presentes de una manera más marcada en un colectivo profesional concreto, que muestra sus reticencias a la hora de cumplimentar la documentación necesaria cuando se atiende una situación de VG.

Finalmente, también identificamos situaciones donde los profesionales muestran en sus discursos sus propias resistencias fruto de los prejuicios que se desarrollan en las sociedades contemporáneas frente a la VG. En el discurso de José Luis se presentan sus propias resistencias fruto de una mala interpretación del concepto de VG que genera un discurso donde cobra importancia las denuncias falsas. Más adelante el discurso de Lidia también evidencia sus propias resistencias en la atención ofrecida a las mujeres,

evidenciando como el profesional debe tener una sensibilidad a la problemática, pero con recelos. El discurso de Manuel refleja igualmente sus resistencias personales cuando esboza una atención ofrecida a un usuario del sistema que durante años maltrató a su mujer, pero en la actualidad debido a un deterioro de su salud precisa cuidados que son ofrecidos por su mujer. Los resultados mostrados ayudan al conocimiento de los obstáculos y dificultades que se encuentran las enfermeras y enfermeros con sensibilidad a la VG en sus entornos de atención sanitaria y que propiamente expresan profesionales con una identidad sensible en construcción. Del conocimiento de estos obstáculos se pueden generar medidas para trabajarlos y minimizarlos. Así es como, entre las personas participantes del estudio se han identificado resistencias al cambio que supone incorporar la perspectiva de género en salud. Estos profesionales reproducen estereotipos fruto de las sociedades patriarcales donde han sido socializados, primero como persona y posteriormente como profesional de la salud.

Estos resultados son afines a investigaciones previas que sostienen como la identificación y abordaje de la violencia depende en gran medida de las actitudes de profesionales de la salud, ya que, en una investigación cualitativa, estos profesionales consideraban a las mujeres que presentan VG como un grupo difícil con responsabilidad propia para salir de su situación violenta (Loeffen et al., 2017).

## **CAPÍTULO VII. LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA DEL ESTUDIO**



## 1. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

A continuación, vamos a analizar desde una crítica constructiva el estudio realizado y a plantear las limitaciones y dificultades que hemos ido encontrando a lo largo del desarrollo de la investigación.

Una de las primeras limitaciones de nuestro estudio es que la muestra de participantes no posibilita establecer generalizaciones a partir de los resultados. No obstante, el propósito de nuestra investigación era dar cuenta de las intervenciones implementadas y conflictos generados de la aplicación práctica del PAASVG, tomando para ello el análisis de los discursos sobre sus prácticas y dilemas que elaboran en un contexto compartido con otros compañeros y compañeras que viven su misma situación, para los grupos de discusión y con la investigadora principal, en el caso de las entrevistas individuales.

Otra limitación tiene que ver con que sólo se han podido establecer dos grupos de discusión, cuando en el diseño de la investigación, se contemplaron hasta cuatro. El perfil teórico pretendía diferenciar dos grupos profesionales, según sexo, con menos de 10 años de experiencia en atención primaria *versus* profesionales con más de 10 años. No obstante, y dado el perfil de los profesionales de este contexto sanitario, a la hora de seleccionar a los profesionales de menos de 10 años de experiencia, y dado los cambios recientes en las plantillas de profesionales nos aparecían profesionales que incumplían el criterio de inclusión en cuanto al tiempo mínimo requerido en el servicio (1 año). En ese sentido, se optó por no incluir este perfil teórico ya que su bagaje en este entorno difícilmente le habría dado la oportunidad de atender situaciones bajo el marco del protocolo. Los dos grupos realizados ofrecieron una estrategia metodológica muy útil para indagar en las prácticas y conflictos derivados de la puesta en marcha del protocolo. En lo que respecta a las entrevistas individuales, nos interesaba el discurso de las personas referentes de la aplicación del protocolo, ya que actuarían como informantes clave, pero en el campo nos hemos encontrado que algunos centros de atención primaria no tenían designada esta figura, o al menos no formalmente. Por todo ello, hemos realizado un primer acercamiento, pero

resulta claramente insuficiente para construir una imagen exacta y completa sobre la variedad de perfiles identitarios en relación con la atención a la VG, así como sobre la naturaleza del proceso de construcción de esas identidades. Otras estrategias metodológicas serían complementarias como la narrativa autobiográfica para conocer la trayectoria profesional de las enfermeras con perfil innovador en materia de atención a la VG, ya que se ha visto que el bagaje personal influye directamente en la construcción de sus identidades y poder derivar de ahí resultados más concluyentes para la formación de las enfermeras en esta cuestión.

En tercer lugar, el abanico de estrategias implementadas en el estudio entendemos representan la evidencia recogida en el desarrollo de la investigación analizando aquellas que se describían y explicaban por parte de las enfermeras y enfermeros en el marco de los grupos de discusión y las entrevistas individuales para expresar y manifestar las principales prácticas implementadas en sus centros, así como su sentido. No obstante, los resultados de esta investigación no pretenden una descripción y análisis detallados de las estrategias de atención a la VG por las enfermeras y enfermeros en el marco del protocolo, sino cómo se plantean su práctica enfermera por parte de quiénes son en cierta medida responsables de la aplicación del protocolo en sus centros y qué obstáculos encuentran como consecuencia de asumir esta responsabilidad.

## **2. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.**

### **2.1 Relativos a la aplicación del PAASVG en los centros de atención primaria:**

- En el desarrollo del protocolo aparecen resistencias de distinta naturaleza propiciadas por las políticas de salud relacionadas con la complejidad del fenómeno, con barreras derivadas de los sistemas de salud y por la posición que adoptan muchas mujeres.
- Con respecto a la complejidad del fenómeno de la VG las dificultades surgen de la confrontación con los hombres y de la comunicación con la familia de las mujeres.



- En lo referido a las barreras derivadas de los sistemas de salud, el factor tiempo es una de las más importantes, ya que este tipo de situaciones requiere de un abordaje sin límite de tiempo; también existen dificultades entre los compañeros que perciben la VG como un problema social y no un problema de salud; y dificultades que atañen a la falta de intimidad, de registros sanitarios y de recursos disponibles para el correcto abordaje.
- Y finalmente, detectamos aquellos conflictos que emanan de las mujeres, como describen los y las profesionales. De este modo, identifican la resignación, la huida, la baja adherencia y la posición defensiva de las mujeres como cortapisas que impiden una correcta atención y devuelven la responsabilidad de su situación a ellas.
- Una de las materias más controvertidos se concreta con la falta de reconocimiento y nombramiento de la figura del profesional responsable del protocolo para el desarrollo en los centros de atención primaria, tal y como se concibió.
- Otra materia controvertida sería la implicación profesional tanto en la actuación como en el seguimiento de la VG, aspecto clave relacionado con la sensibilidad de los y las profesionales.
- Las personas responsables sienten que su labor en el desarrollo del protocolo es una función que necesita un mayor apoyo y respaldo por parte del equipo de los centros. Por ello, consideran que debe primar el desarrollo profesional de nuestra disciplina, para contribuir a la atención integral y a cubrir todas las necesidades de las mujeres.
- Existe un impacto emocional elevado para los y las profesionales que cuidan de las mujeres y que trasvasa el plano profesional para invadir el plano personal. Se trata de un fenómeno derivado de las relaciones interpersonales con las mujeres, por lo que las enfermeras y enfermeros sienten una carga afectiva y emocional en los cuidados que brindan.

## **2.2 Con respecto a las estrategias de implantación y necesidades derivadas de la aplicación del PAASVG, resaltar:**

- El apoyo emocional es la estrategia más utilizada junto a la utilización de habilidades de la comunicación y la alerta ante indicadores de sospecha de malos tratos.
- Es importante resaltar las diferencias de género que se observan. Así, las enfermeras están más atentas para propiciar situaciones que ayuden a las mujeres a entrar en los circuitos de atención, a favorecer la intimidad y/o identificar las redes de apoyo sociofamiliares. Las enfermeras asumen más responsabilidades para confirmar los casos, para ofrecer acompañamiento y asesoramiento en el desarrollo de planes de seguridad en caso de valoración de riesgo vital, insistiendo en la necesidad del trabajo multidisciplinar coordinado.
- Sin embargo, ellos se muestran más atentos en la derivación a otros profesionales de otras disciplinas con los que trabajan en colaboración (Medicina de Familia y Trabajo Social). Aluden a la necesidad de mejora de las infraestructuras, pero teniendo en cuenta que estas mejoras revertirían en todas las personas usuarias del sistema y no solo para la atención a la VG.
- Tanto las enfermeras como los enfermeros consideran necesario un cambio cultural para erradicar la VG que concretan en mayor formación continuada a los profesionales; más información a las mujeres sobre los recursos que tienen a su alcance; y el desarrollo de la enfermera escolar con formación específica para trabajar desde la promoción de la salud con la población infantil y sobre todo con la adolescente, donde tiene lugar el inicio de las primeras relaciones de noviazgo.

### **2.3. Relativo a la identidad de las enfermeras y enfermeros innovadores en materia de sensibilización a la violencia de género:**

- La identidad sensible a la VG reconocida se atribuye a enfermeras que tienen formación teórica sobre el maltrato (estudios de segundo y tercer ciclo). Son legitimadas por el resto del equipo profesional. Solo un enfermero tiene este perfil y también tiene formación. Aceptan de forma positiva el cambio, adecuando competencias y prácticas, hecho que les ha servido para reafirmarse profesionalmente. Las nuevas condiciones han sido un estímulo para adecuar sus expectativas, su bagaje personal y su vocación profesional, siendo profesionales referentes en VG en sus centros. Los cambios han propiciado un compromiso aún mayor con la profesión.

- La identidad sensible a la VG cuestionada se manifiesta con el inicio del protocolo. La imagen propia no concuerda con la imagen social de la profesión. Estos profesionales con conocimientos y experiencia en VG, se cuestionan su identidad profesional debido al choque entre la formación y la praxis para poder aplicar el protocolo. Este cuestionamiento produce vulnerabilidad en las prácticas, consecuencia de la excesiva demanda de servicios por parte de las mujeres y la atención prestada. De ahí que se centran en redefinir estrategias de la profesión para adaptarse a la aplicación del protocolo, entendiendo que su aplicación en los centros es de obligado cumplimiento.

- La identidad sensible a la VG en construcción solo engloba a dos enfermeras y dos enfermeros. Estos profesionales entienden que la VG es una problemática para las mujeres y para su salud, pero sus discursos y sus trayectorias profesionales no poseen una base suficiente de conocimiento. Tienen una larga trayectoria profesional y sus discursos están mediatizados por la sociedad, de manera que reproducen estereotipos. Mantienen discursos irregulares debido a la escasa formación, pero no se muestran contrarios a los nuevos procesos de cambio, valorando la iniciativa política. Muestran una actitud favorable

al cambio, pero eso les provoca una crisis de identidad porque no tienen claro el papel de las enfermeras en la aplicación del protocolo.

- Se identifican prácticas profesionales desde la promoción de la salud en coordinación con los centros educativos. Las enfermeras y enfermeros realizan actividades de carácter educativo cuyo fin es disminuir la incidencia de la VG en la población adolescente, germen de la vida adulta. Solo las enfermeras realizan prácticas para la detección de situaciones de opresión en relaciones de noviazgo entre adolescentes, como la asesoría individual y el cribado. Y enfermeras y enfermeros realizan intervenciones con la población adolescente una vez se han detectado comportamientos sugestivos de malos tratos, como violencia psicológica y violencia sexual, entre otras.

- Los principales obstáculos y dificultades que definen los tres perfiles identitarios son: la cultura patriarcal donde los profesionales, al igual que la ciudadanía, han sido socializados, encontrándose barreras culturales que dificultan la detección y abordaje de la VG; los obstáculos derivados de no considerar la VG como un problema de salud, identificado esto mismo en los discursos de las enfermeras con perfil innovador; las dificultades derivadas de la resistencia al cambio que presentan el conjunto de profesionales que conforman la comunidad sanitaria y las propias resistencias de los profesionales con perfil en construcción.

A todo lo expuesto anteriormente se resalta el sentir de los enfermeros y enfermeras en relación con la importancia que tiene la construcción de las intervenciones hacia la VG de una forma colaborativa. La creación de estos espacios de diálogo que generan debate es imprescindible para alcanzar un objetivo común, brindar atención de calidad a las mujeres para cubrir todas sus necesidades en todas sus dimensiones. En este estudio, hemos podido constatar cómo las entrevistas y los grupos de discusión, cada uno con sus particularidades, han servido como espacio para la reflexión y el intercambio de conocimientos e ideas, favoreciendo la creación de espacios compartidos

de significados respecto al abordaje de la VG desde los centros de atención primaria de la salud.

### **3. PROSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN.**

A partir de la investigación realizada, hemos podido detectar algunos ámbitos que servirán para orientar nuestro trabajo futuro con lo que suponen los estudios de género en salud. Se dará paso a continuación, a las principales derivaciones metodológicas e implicaciones prácticas.

#### **3.1. Derivaciones metodológicas.**

A nivel científico, creemos que sería conveniente tener presente para futuros proyectos de investigación, lo que sigue:

1. Ampliar la muestra del estudio, incorporando en la investigación a enfermeras innovadoras en materia de atención a la VG de otros contextos sanitarios, como la atención hospitalaria.
2. Estudiar en profundidad la trayectoria de las enfermeras referentes de la aplicación del protocolo en los centros de atención primaria a través de entrevista autobiográficas, con el fin de conocer sus experiencias antes, durante y después de la aplicación del PAASVG. Sería interesante indagar en el impacto y reconocimiento del feminismo en la trayectoria como enfermeras y su conexión.
3. Analizar la relación de las emociones de las enfermeras en relación con los cambios promulgados en materia de atención a la VG, analizando las emociones desde una perspectiva de género a través de las narrativas.
4. Indagar cuáles son las estrategias implementadas aplicadas por las enfermeras y enfermeros en los grupos de discusión y en las entrevistas individuales que tienen más éxito en los centros de atención primaria y que pueden ser extrapolables a otros centros y entornos sanitarios en lo que se refiere a la atención a la VG, a través de estudios etnográficos. Profundizar en la genealogía de estas prácticas en relación con los contextos y con las personas que las hacen posible sería un elemento clave para profundizar en los

cambios, ya que surte de recursos y estrategias a otras enfermeras sensibilizadas que comienzan a acercarse a este tema.

### **3.2. Implicaciones prácticas.**

A nivel profesional, este estudio nos ha sido realmente útil para tener presente en futuros protocolos de atención sanitaria a la VG que, por un lado, es muy necesario la formación de las enfermeras, en un momento inicial y de forma continuada. Formación que incluya la importancia de unos cuidados bajo la perspectiva de género poniendo de manifiesto, que aunque la legislación es una herramienta para la transformación social y crea nuevos espacios para la convivencia y la práctica de la ciudadanía, el sistema de salud, con el conjunto de costumbres y valores que lo caracterizan, no cambia de manera inmediata por la aprobación de la ley y los protocolos de actuación derivados. La acción de los profesionales, los equipos directivos, los usuarios de los servicios, etc. es clave para la transmisión de nuevos valores, prácticas y costumbres. Conocer las prácticas y estrategias que emprenden las enfermeras responsables del protocolo en los centros de atención primaria para hacer efectivo el protocolo, y, por ende, para transformar la cultura sanitaria incorporando la perspectiva de género de manera transversal se revela como una faceta clave en la aplicación del PAASVG en los centros sanitarios. En este sentido, Goicolea et al., (2015) plantea la importancia de conocer el fenómeno de la VG, ya que esto ayuda a mejorar las propias prácticas de las enfermeras, así como a aumentar la confianza en sí misma como profesional que puede dar una respuesta a las mujeres. Se trata de ofrecer un programa de actuación individualizado, basado en el establecimiento de una relación de confianza, siendo un instrumento fundamental la creación de espacios para el aprendizaje conjunto, el trabajo en equipo y el estudio de la respuesta terapéutica ofrecida a las mujeres. Para ello, es necesario la creación de un modelo de formación que empieza en el grado (Macías-Seda et al., 2012) y que debe continuar con la formación continuada de las enfermeras que sea capaz de cuestionar una concepción androcéntrica de la ciencia y de las ciencias de la salud, y de la oportunidad de producir conocimiento y aplicarlo desde el propio reconocimiento de la

importancia de incluir la perspectiva de género en los sistemas de salud, en un proceso de colaboración y análisis de la realidad sanitaria, permitiendo que aparezcan nuevos enfoques de atención en la cultura de género y dándoles las herramientas y recursos necesarios.

La asignación de la persona de referencia en la aplicación del protocolo es otro de los temas a reforzar, porque a pesar de ser una premisa en el desarrollo normativo del protocolo, la realidad asistencial nos devuelve que la asignación de esta persona no existe de manera formal, aunque son mayoritarios los centros que han participado en la investigación y que tienen designada a esta persona en un contexto informal. La creación y nombramiento de esta figura responsable de la aplicación práctica del protocolo se hace necesaria, ya que como estudios anteriores nos indican, un aspecto clave es el liderazgo comprometido de las enfermeras que tienen sensibilidad a la VG, para poder ejercer sus funciones en sus centros (Chisholm et al., 2017).

Los resultados de este estudio sugieren la necesidad de fortalecer la formación inicial de las enfermeras en materia de VG. Gran parte de la labor de las enfermeras innovadoras y con sensibilidad a la VG reconocida se ha centrado en el entorno de sus consultas, siendo conscientes de la necesidad de sensibilidad para abordar las cuestiones de género. En los grupos de discusión y en las entrevistas individuales no han participado profesionales con menos de cinco años de experiencia laboral, por lo que quedaría por determinar si las promociones actuales de Graduadas en Enfermería cuando desarrollen sus funciones en los centros sanitarios de atención primaria mostrarán la sensibilidad a la VG, competencia que se trabaja actualmente en gran parte del contexto español en los estudios de grado.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- AlAzzam, M., AbuAlRub, R. F., & Nazzal, A. H. (2017). The Relationship Between Work-Family Conflict and Job Satisfaction Among Hospital Nurses. *Nursing Forum*, 52(4), 278–288. <https://doi.org/10.1111/nuf.12199>
- Alhalal, E. (2020). Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *International Nursing Review*. <https://doi.org/10.1111/inr.12584>
- Almeida, R., Filho, J. B., Braga, J., Magalhães, F., Macebo, M., & Silva, K. (2013). Man, road and vehicle: risk factors associated with the severity of traffic accidents. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 718–731. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003657>
- Al-Modallal, H., Al-Omari, H., Abujilban, S., & Mrayan, L. (2016). Intimate Partner Violence and Female Nurses' Employment: Disclosure and Consequences. *Journal of Family Violence*, 31(2), 161–166. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9755-1>
- Almost, J. (2006). Conflict within nursing work environments: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 444–453. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03738.x>
- Al-Natour, A., Gillespie, G. L., Wang, L. L., & Felblinger, D. (2014). A comparison of intimate partner violence between Jordanian nurses and Jordanian women. *Journal of Forensic Nursing*, 10(1), 13–19. <https://doi.org/10.1097/JFN.000000000000016>
- Al-Natour, A., Qandil, A., & Gillespie, G. L. (2016). Nurses' roles in screening for intimate partner violence: a phenomenological study. *International Nursing Review*, 63(3), 422–428. <https://doi.org/10.1111/inr.12302>
- Alonso Lupiañez, J. (2017). Atención enfermera a la sexualidad de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual. *MUSAS: Revista de Investigación En Mujer, Salud y Sociedad*, 2(2), 102–134. <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2.6>
- Álvarez, C. P., Davidson, P. M., Fleming, C., & Glass, N. E. (2016). Elements of effective interventions for addressing intimate partner violence in Latina women: A systematic review. *PLoS ONE*, 11(8), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160518>
- Alzoubi, F. A., & Ali, R. A. (2018). Jordanian Men's and Women's Attitudes Toward Intimate Partner Violence and Its Correlates with Family Functioning and Demographics. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–25. <https://doi.org/10.1177/0886260518769368>
- Amezcuá, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 13(2), 112–117.

- Amin, A., & Chandra-Mouli, V. (2014). Empowering adolescent girls: Developing rjehrerhejjhgghr. *Reproductive Health*, 11(1), 11–13. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-75>
- Antai, D. (2011). Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role of community-level factors? *BMC Women's Health*, 11(December). <https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-56>
- Arratia, A. (1999). Bioética y Toma de Decisiones en Enfermería. *Cuadernos de Bioética*, 3, 512–521. <http://aebioetica.org/revistas/1999/3/39/512.pdf>
- Arredondo-Provecho, A. B., Pliego Pilo, G. del, Nadal Rubio, M., & Roy Rodríguez, R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*, 18(4), 175–182. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2713174>
- Arroyo-Rodríguez, A. (2017). *Discursos sociales del alumnado y profesorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla vinculados con el género*. [Tesis doctoral, Universidad de Sevilla]. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>
- Arroyo-Rodríguez, A., Chillón-Martínez, R., Lancharro-Tavero, I., Morillo-Martín, M.S., Romero-Serrano, R. & Calvo-Cabrera, I.M. (2014). Evaluación cualitativa de la asignatura "Género y salud" en estudiantes de Enfermería: estudio piloto de innovación docente. *Temperamentvm*, 19. <http://www.index-f.com/temperamentum/tn19/t9272.php>
- Arroyo-Rodríguez, A., Lancharro-Tavero, I., Romero-Serrano, R., & Morillo-Martín, M. S. (2011). La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermeria*, 20(4), 248–251. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008>
- Ayats Plana, M., Cirici Amell, R., & Soldevilla Alberti, J. M. (2008). Grupos de terapia para mujeres víctimas de violencia de género. *Psiquiatría Biológica*, 15(2), 29–34.
- Baidés Noriega, R. (2018). Violencia de Género: Papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. *Enfermería Global*, 51, 484–496. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.307241>
- Ballan, M. S., & Freyer, M. (2019). Intimate partner violence and women with disabilities: The role of speech-language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(4), 1692–1697. [https://doi.org/10.1044/2019\\_AJSLP-18-0259](https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-18-0259)
- Baptista, R. S., Chaves, O. B. B. de M., França, I. S. X. de, Sousa, F. S. de, Oliveira, M. G. de, & Leite, C. C. da S. (2015). Sexual violence against women: nurses' practice. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 16(2). <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000200010>

- Başar, F., & Demirci, N. (2018). Attitudes of nursing students toward gender roles: a cross-sectional study. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 54(3), 333–344. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1504623>
- Baylina, M. (1997). Metodología cualitativa y estudios de geografía y género. *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 30, 123–138.
- Bello Morales, A. (2013). *El contexto migratorio como determinante de la violencia de género en mujeres inmigrantes*. [Tesis doctoral, Universidad de Alicante]. [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33040/1/tesis\\_santa\\_ana\\_bello.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33040/1/tesis_santa_ana_bello.pdf)
- Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., Newman, F. L., & Dunlop, B. (2007). External barriers to help seeking for older women who experience intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 22(8), 747–755. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9122-y>
- Berkman, L. F., Liu, S. Y., Hammer, L., Moen, P., Klein, L. C., Kelly, E., Fay, M., Davis, K., Durham, M., Karuntzos, G., & Buxton, O. M. (2015). Work-family conflict, cardiometabolic risk, and sleep duration in nursing employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(4), 420–433. <https://doi.org/10.1037/a0039143>
- Blanco Prieto, P. (2004). La atención a las mujeres que acuden con frecuencia a nuestras consultas. Necesidad de incorporar el análisis de género. *Salud 2000*, 95(23).
- Blumling, A., Kameg, K., Cline, T., Szpak, J., & Koller, C. (2018). Evaluation of a standardized patient simulation on undergraduate nursing students' knowledge and confidence pertaining to intimate partner violence. *Journal of Forensic Nursing*, 14(3), 174–179. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000212>
- Bonder, G. (1999). Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente. En S. Montecino & A. Obach King (Comp.), *Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas*. (pp. 29–55). Lom Ediciones.
- Borges, M. da S., & Silva, H. C. P. (2010). Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 823–829. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000500021>
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2007). 5ª Monografía. Sociedad Española de Epidemiología. Investigación en género y salud. Sociedad Española de Epidemiología.
- Botía-Morillas, C. (2013). Cómo diseñar una investigación para el análisis de las relaciones de género. Aportaciones metodológicas. *Papers*, 98(3), 443–470.

- Bourdieu, P. (2009). *La eficacia simbólica: religión y política*. Bómbos.
- Bradbury-Jones, C., Breckenridge, J. P., Devaney, J., Duncan, F., Kroll, T., Lazenbatt, A., & Taylor, J. (2015). Priorities and strategies for improving disabled women's access to maternity services when they are affected by domestic abuse: A multi-method study using concept maps. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0786-7>
- Bradbury-Jones, C., Appleton, J. V., & Watts, S. (2016). Recognising and responding to domestic violence and abuse: The role of public health nurses. *Community Practitioner*, *89*(3), 24–29.
- Bradbury-Jones, C., Clark, M. T., Parry, J., & Taylor, J. (2016)<sup>b</sup>. Development of a practice framework for improving nurses' responses to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(15–16), 2495–2502. <https://doi.org/10.1111/jocn.13276>
- Bradbury-Jones, C., Clark, M., & Taylor, J. (2017). Abused women's experiences of a primary care identification and referral intervention: a case study analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(12), 3189–3199. <https://doi.org/10.1111/jan.13250>
- Briones-Vozmediano, E., La Parra, D., & Vives-Cases, C. (2015). Barriers and facilitators to effective coverage of Intimate Partner Violence services for immigrant women in Spain. *Health Expectations*, *18*(6), 2994–3006. <https://doi.org/10.1111/hex.12283>
- Bryant, R. A., Schafer, A., Dawson, K. S., Anjuri, D., Mulili, C., Ndogoni, L., Koyiet, P., Sijbrandij, M., Ulate, J., Harper Shehadeh, M., Hadzi-Pavlovic, D., & van Ommeren, M. (2017). Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: A randomised clinical trial. *PLoS Medicine*, *14*(8), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002371>
- Burguete Ramos, M. D., Martínez Riera, J. R., & González Martín, G. (2010). Gender attitudes and stereotypes in nursing. *Cultura de Los Cuidados*, *14*(28), 39–48. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010978740&lang=es&site=ehost-live>
- Burin, M. (2001). Estudios de género. Reseña histórica. En M. Burin & M. I. Meler (Ed.), *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. (pp. 19-30). Paidós Ibérica.
- Butler, J (2006). *Deshacer el género*. Paidós.
- Cabrera Mercado, R., & Carazo Liébana, M. J. (2009). *Análisis de la legislación autonómica sobre violencia de género*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. <https://doi.org/800-10-022-6>

- Cáceres-Matos, R., Gil-García, E., Barrientos-Trigo, S., Porcel-Gálvez, A. M., & Cabrera-León, A. (2020). Consecuencias del Dolor Crónico no Oncológico en la edad adulta. Scoping Review. *Revista Saúde Pública*, 54(39), 1–13. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001675>
- Cala Carrillo, M. J., Godoy Hurtado, M. S., & Rebollo Catalán, M. Á. (2009). Mujeres que recuperan el control de sus vidas: Estrategias y recursos que utilizan para superar una relación de maltrato. En I. Vázquez (Coord). *Investigación y Género. Avance en las Distintas Áreas de Conocimiento: I Congreso Universitario Andaluz Investigación y Género*, (pp. 191–209). Facultad de Ciencias del Trabajo de la Universidad de Sevilla. [https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/39254/Pages from InvestigaciónyGénero\\_09-5.pdf?sequence=1](https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/39254/Pages%20from%20Investigaci%3FyG%3Fnero_09-5.pdf?sequence=1)
- Cala Carrillo, M. J., & Trigo Sánchez, E. (2004). Metodología y procedimientos de análisis. En E. Barberá Heredia, M. Benlloch & A. Bonilla Campos (Eds.), *Psicología y Género*. (pp. 81–106). Pearson Educación.
- Callahan, D. L. (2014). Addressing Sexual Violence Through Preventive Nursing Practice. *Nursing for Women's Health*, 18(6), 476–484. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12160>
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., & Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences: Policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 162(10), 1157–1163. <https://doi.org/10.1177/0886260504269685>
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., & Benavides, F. G. (2012). Desigualdades de género en salud laboral en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 343–351. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.025>
- Cano Martín, L. M., Berrocoso Martínez, A., De Arriba Muñoz, L., De Quirós Lorenzana, R. B., Alamar Provecho, J. D., & Cardo Maza, A. (2010). Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(1), 10–17.
- Caprile, M. (Coord) (2012). *Guía práctica para la inclusión de la perspectiva de género en los contenidos de la investigación*. Fundación Cirem. [https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/UMYC/Guia\\_practica\\_genero\\_en\\_las\\_investigaciones.pdf](https://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/UMYC/Guia_practica_genero_en_las_investigaciones.pdf)
- Carneiro, J. B., Gomes, N. P., Campos, L. M., da Silva, A. F., da Cunha, K. S., & Da Costa, D. M. D. S. C. (2019). Understanding marital violence: A study in grounded theory. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3116.3185>
- Caro García, C. (2015). *Formación en género y detección precoz de la violencia contra las mujeres a partir de las creencias sobre el amor romántico: Un estudio cualitativo en jóvenes universitarios/as de Grado en Enfermería*. [Tesis doctoral, Universidad de Sevilla]

<https://idus.us.es/handle/11441/39200;jsessionid=7EB224C496FB98C7F222CB54A60B11F0?>

- Carmona-Torres, J. M., Recio-Andrade, B., & Rodríguez-Borrego, M. A. (2018). Violence committed by intimate partners of physicians, nurses and nursing assistants. *International Nursing Review*, 65(3), 441–449. <https://doi.org/10.1111/inr.12433>
- Casado-Mejía, R., & Botello-Hermosa, A. (2015). Representatividad de las mujeres en las sociedades científicas españolas del ámbito de la salud en 2014. *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 209–212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.09.010>
- Castañeda Abascal, I. E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2), 1–20. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662007000200011>
- Ceballos Vásquez, P., Valenzuela Suazo, S., & Paravic Klijn, T. (2014). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Avances en Enfermería*, XXXII(2), 271–279.
- Chan, M. F., Ko, C. Y., & Day, M. C. (2005). The effectiveness of an osteoporosis prevention education programme for women in Hong Kong: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1112–1123. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01224.x>
- Chang, M., & Hsu, L. (2006). Qualitative research: an introduction to focus group methodology and its application. *Journal of Nursing*, 53(2), 67–72.
- Chisholm, C. A., Bullock, L., & Ferguson, J. E. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: screening and intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(2), 145–149. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.043>
- Cho, J. Y., & Lee, E. H. (2014). Reducing confusion about grounded theory and qualitative content analysis: Similarities and differences. *Qualitative Report*, 19(32), 1–20. <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR19/cho64.pdf>
- Cirici Amell, R., Querol Viñas, N., & Ripoll Ramos, A. (2010). La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género? *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 17(8), 550–559. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(10\)70213-9](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(10)70213-9)
- Cobo Bedia, R. (2005). El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 249–258. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0505110249A>
- Colarossi, L. G., Breitbart, V., & Betancourt, G. S. (2010). Screening for intimate partner violence in reproductive health centers: An evaluation study. *Women and Health*, 50(4), 313–326. <https://doi.org/10.1080/03630242.2010.498751>

- Colombini, M., Dockerty, C., & Mayhew, S. H. (2017). Barriers and Facilitators to Integrating Health Service Responses to Intimate Partner Violence in Low- and Middle-Income Countries: A Comparative Health Systems and Service Analysis. *Studies in Family Planning*, 48(2), 179–200. <https://doi.org/10.1111/sifp.12021>
- Connell, R. (2013). Género, salud y teoría: conceptualizando el tema en perspectiva mundial y local. *Nómadas*, 39, 62–77.
- Cole, T. B., & Grennan, D. (2019). Incorporating Intimate Partner Violence Interventions in Nurse Home Visitation Programs-Reply. *JAMA the journal of the American Medical Association*, 322(11), 1104–1105. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.10606>
- Collins, S. E. (2006). Communication Resolves Nurse Conflicts. *The Pennsylvania Nurse*.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Rodríguez, D., & Santiñà, M. (2007). Violencia intrafamiliar y de género vista por los profesionales de la salud. *Medicina Clínica*, 128(8), 317–319.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Rodríguez, D., Farràs, U., Millá, J., & Santiñà, M. (2008). Percepción de la violencia de género por el personal sanitario. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 618–620.
- Corsi, J. (2010). La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. En *Fundación Mujeres* (pp. 1689–1699). [https://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/obrasportales/op\\_20120308\\_01.pdf](https://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/obrasportales/op_20120308_01.pdf)
- Costa, M. F. B. N. A., Andrade, S. R., Soares, C. F., Pérez, E. I. B., Tomás, S. C., & Bernardino, E. (2019). The continuity of hospital nursing care for primary health care in Spain. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 53, 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017803477>
- Damra, J. K., Abujilban, S. K., Rock, M. P., Tawalbeh, I. A., Ghbari, T. A., & Ghraith, S. M. (2015). Pregnant Women's Experiences of Intimate Partner Violence and Seeking Help from Health Care Professionals: A Jordanian Qualitative Study. *Journal of Family Violence*, 30(6), 807–816. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9720-z>
- Daniel, M. A., & Milligan, G. (2013). Intimate partner violence: How clinicians can be an asset to their patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(6), 20–26. <https://doi.org/10.3928/02793695-20130404-01>
- Danjou, A. M. N., Fervers, B., Boutron-Ruault, M.-C., Philip, T., Clavel-Chapelon, F., & Dossus, L. (2015). Estimated dietary dioxin exposure and breast cancer risk among women from the French E3N prospective cohort. *Breast Cancer Research: BCR*, 17, 39. <https://doi.org/10.1186/s13058-015-0536-9>

- DeBoer, M. I., Kothari, R., Kothari, C., Koestner, A. L., & Rohs, T. (2013). What are barriers to nurses screening for intimate partner violence? *Journal of Trauma Nursing: The Official Journal of the Society of Trauma Nurses*, 20(3), 2–8. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3182a171b1>
- De Miguel Álvarez, A. (2005). La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 231–248.
- Demir, G. (2017). Intimate partner violence in the elderly women, risk factors, coping strategies and health consequences: a qualitative study. *Turkish Journal of Geriatrics-Turk Geriatri Dergisi*, 20(3), 242–248.
- Djikanovic, B., Celik, H., Simic, S., Matejic, B., & Cucic, V. (2010). Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: Opportunities and barriers for response improvement. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 88–93. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.028>
- Domenech del Rio, I., & Sirvent Garcia del Valle, E. (2017). The Consequences of Intimate Partner Violence on Health: A Further Disaggregation of Psychological Violence—Evidence from Spain. *Violence Against Women*, 23(14), 1771–1789. <https://doi.org/10.1177/1077801216671220>
- Domínguez Bilbao, R., & García Dauder, S. (2005). Conflicto constructivo e integración en la obra de Mary Parker Follet. *Athenea Digital*, 7(primavera), 1–28.
- Durán Heras, M. Á. (1996). Mujeres y hombres en el futuro de la ciencia. En *Mujeres y Hombres en la formación de la teoría sociológica* (pp. 1–36). Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Eagar, S., Cowin, L. S., Gregory, L., & Firtko, A. (2010). Scope of practice conflict in nursing: A new war or just the same battle? *Contemporary Nurse*, 36(1–2), 086–095. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.36.1-2.086>
- Eaton, A., Temkin, T. L., Fireman, B. H., McCaw, B. R., Kotz, K. J., Amaral, D., & Bhargava, R. (2016). A Description of Midlife Women Experiencing Intimate Partner Violence Using Electronic Medical Record Information. *Journal of Women's Health*, 25(5), 498–504. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5205>
- Eriksson, L., & Mazerolle, P. (2015). A Cycle of Violence? Examining Family-of-Origin Violence, Attitudes, and Intimate Partner Violence Perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(6), 945–964. <https://doi.org/10.1177/0886260514539759>
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2013). Orientation among multiple truths: An introduction to qualitative research. *African Journal of Emergency Medicine*, 3(2), 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2012.04.005>



- Esscher, A., Binder-Finnema, P., Bødker, B., Högberg, U., Mulic-Lutvica, A., & Essén, B. (2014). Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the "migration three delays" model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 141. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-141>
- Esteban, M. L. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero Vela, M. J. Barral Morán & T. Yago Simón (Eds.), *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. (pp. 25-52). Minerva Ediciones.
- Estévez Macas, E. P. (2017). Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en las consultas de atención primaria de salud. *MUSAS: Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, *2*(2), 75–101. <https://doi.org/10.1344/musas2017.vol2.num2>.
- Evans, D. P., Shojaie, D. Z., Sahay, K. M., DeSousa, N. W., Hall, C. D., & Vertamatti, M. A. F. (2019). Intimate Partner Violence: Barriers to Action and Opportunities for Intervention Among Health Care Providers in São Paulo, Brazil. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–15. <https://doi.org/10.1177/0886260519881004>
- Falb, K. L., Diaz-Olavarrieta, C., Campos, P. A., Valades, J., Cardenas, R., Carino, G., & Gupta, J. (2014). Evaluating a health care provider delivered intervention to reduce intimate partner violence and mitigate associated health risks: Study protocol for a randomized controlled trial in Mexico City. *BMC Public Health*, *14*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-772>
- Fernandes, M. C., Silva, L. M. S. da, Silva, M. R. F. da, Torres, R. A. M., Dias, M. S. de A., & Moreira, T. M. M. (2018). Identity of primary health care nurses: perception of "doing everything." *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(1), 142–147. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0382>
- Ferreira, M., Lopes, A., Aparício, G., Cabral, L., & Duarte, J. (2014). Teens and dating: Study of factors that influence attitudes of violence. *Atención Primaria*, *46*(S5), 187–190. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70089-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70089-7)
- Ferriani, M. das G. C., Campeiz, A. B., Martins, J. E., Aragão, A. de S., Roque, E. M. de S. T., & Carlos, D. M. (2019). Understanding and contextualizing teen dating violence. *Escola Anna Nery*, *23*(3), 1–9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0349>
- Fingeld-Connett, D. (2017). Intimate Partner Violence and its Resolution among Mexican Americans. *Issues in Mental Health Nursing*, *38*(6), 464–472. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1284968>
- Flick, U. (2007). *Introducción a la investigación cualitativa* (2ª ed.). Morata.
- Foester, R., Eisele, C., Bruckner, T., Bostel, T., Schlampp, I., Wolf, R., Debus, J., & Rief, H. (2015). Bone density as a marker for local response to radiotherapy

- of spinal bone metastases in women with breast cancer: a retrospective analysis. *Radiation Oncology*, 10, 62. <https://doi.org/10.1186/s13014-015-0368-x>
- Fritz, P. A. T., Slep, A. M. S., & O'Leary, K. D. (2012). Couple-level analysis of the relation between family-of-origin aggression and intimate partner violence. *Psychology of Violence*, 2(2), 139–153. <https://doi.org/10.1037/a0027370>
- Fuentes García, D., & Ramírez Muñoz, G. (2009). Implicaciones anestésicas en el manejo de un paciente con hemofilia a sometido a cirugía de resección de metástasis hepáticas. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 56(3), 1–2. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Cartas+al+director#0>
- Fujimoto, N., Kubo, T., & Tomisaki, I. (2015). Cessation of Primary Androgen Deprivation Therapy for Men with Localized Prostate Cancer. *Clinical Genitourinary Cancer*, 13(4), 359–363. <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2015.02.013>
- Galindo Huertas, M. S., & Herrera Giraldo, S. L. (2017). La categoría de género en la investigación y producción de conocimiento en enfermería en Iberoamérica: aportes para el debate. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 5(46), 177–201. <https://doi.org/10.32870/lv.v5i46.6041>
- Galletta, M., Portoghese, I., Melis, P., Gonzalez, C. I. A., Finco, G., D'Aloja, E., Contu, P., & Campagna, M. (2019). The role of collective affective commitment in the relationship between work-family conflict and emotional exhaustion among nurses: A multilevel modeling approach. *BMC Nursing*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0329-z>
- García-Calvente, M. del M., del Río Lozano, M., Castaño López, E., Mateo Rodríguez, I., Maroto Navarro, G., & Hidalgo Ruzzante, N. (2010). Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria*, 24(4), 293–302. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.02.011>
- García-Calvente, M. del M., del Río Lozano, M., & Marcos Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25(SUPPL. 2), 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.006>
- García-Calvente, M. del M., Jiménez Rodrigo, M. L., Martínez Morante, E., & del Río Lozano, M. *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública. [https://www.incliva.es/site/files/upload/files/EASP\\_Guia\\_incorporar\\_perspectiva\\_de\\_genero.pdf](https://www.incliva.es/site/files/upload/files/EASP_Guia_incorporar_perspectiva_de_genero.pdf)
- García Díaz, V., Fernández Feito, A., Rodríguez Díaz, F. J., López González, M. L., Mosteiro Díaz, M. del P., & Lana Pérez, A. (2013). Gender violence in nursing students during their dating relationships. *Atención Primaria / Sociedad*

*Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 45(6), 290–296.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.11.013>

- García-Martínez, J., Guerrero-Gómez, R., & Orellana-Ramírez, M. C. (2009). Terapia de víctimas de violencia de género. En I. Vázquez (Coord). *Investigación y Género. Avance en las Distintas Áreas de Conocimiento: I Congreso Universitario Andaluz Investigación y Género*, (pp. 1689–1699). Facultad de Ciencias del Trabajo de la Universidad de Sevilla.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- García-Moreno, C., Hegarty, K., D'Oliveira, A. F. L., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2014). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 385(9977), 1567–1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61837-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61837-7)
- García Vivar, C. (2006). Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 201–206.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00554.x>
- Garner, A. K., & Sheridan, D. J. (2017). Influence of intimate partner violence and depression on undergraduate nursing students: A literature review. *Journal of Nursing Education*, 56(7), 397–403.  
<https://doi.org/10.3928/01484834-20170619-03>
- Gil García, E. (2009). Mainstreaming de género: Un enfoque en las políticas de igualdad. En M. E. Fernández Fraile, N. Avilés Romo, N. Bonaccorsi & C. Lagunas (Comp.), *Los estudios de las mujeres de España y Argentina: propuesta para el debate* (pp. 37–55). Prometeo Libros.
- Gil-García, E. (2015). Análisis de datos cualitativos (NVivo 10). En A. Pantoja Vallejo (Ed.), *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación* (pp. 301–325). Eos.
- Gil-García, E. (2020). Introducción al análisis de la investigación cualitativa. Itinerario formativo en metodología de investigación. Consejería de Salud y Familia. EASP-Granada.
- Gil-García, E., Cáceres-Matos, R., Núñez-Claudel, B., Gálvez-Zambrano, A., Vázquez-Santiago, S., Cabrera-León, A., & Romo-Avilés, N. (2020). Consumo de psicofármacos en Andalucía. Un análisis de la Encuesta Andaluza de Salud desde la perspectiva de género. *Revista Española de Drogodependencias*, 45(1), 52–68.
- Gil-García, E. & Cansino-Romero, J. (2020). Introducción a la metodología cualitativa y su relación con los diseños metodológicos. Itinerario formativo en metodología de investigación. Consejería de Salud y Familia. EASP-Granada
- Goicolea, I., Hurtig, A. K., San Sebastian, M., Vives-Cases, C., & Marchal, B. (2015). Developing a programme theory to explain how primary health care teams learn to respond to intimate partner violence: A realist case-

- study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0899-8>
- Goicolea, I., Mosquera, P., Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., García-Quinto, M., & Vives-Cases, C. (2017). Atributos de atención primaria y respuestas a la violencia de compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 187–193. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012>
- Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1645–1654. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x>
- González de Chávez, M. A. (1999). Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Publicaciones.
- González-Guarda, R., Guerra, J., Cummings, A., Pino, K., & Becerra, M. (2015). Examining the Preliminary Efficacy of a Dating Violence Prevention Program for Hispanic Adolescents. *Journal School Nursing*, 31(6), 411–421. <https://doi.org/10.1177/1059840515598843>.
- González Sala, F., & Gimeno Collado, A. (2009). Violencia de Género: Perfil de Mujeres con Ayuda Social. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 165–175. <https://doi.org/10.5093/in2009v18n2a7>
- Greer, J., Xu, R., Propert, K. J., & Arya, L. A. (2014). Urinary incontinence and disability in community-dwelling women: A cross-sectional study. *Neurourology and Urodynamics*, 543(April 2014), 539–543. <https://doi.org/10.1002/nau>
- Guillery, M. E., Benzies, K. M., Mannion, C., & Evans, S. (2012). Postpartum nurses' perceptions of barriers to screening for intimate partner violence: A cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-2>
- Gupta, J., Falb, K. L., Ponta, O., Xuan, Z., Campos, P. A., Gomez, A. A., Valades, J., Cariño, G., & Olavarrieta, C. D. (2017). A nurse-delivered, clinic-based intervention to address intimate partner violence among low-income women in Mexico City: Findings from a cluster randomized controlled trial. *BMC Medicine*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0880-y>
- Gutiérrez, M. G. R. & Morais, S. C. R. V. (2017). Systematization of nursing care and the formation of professional identity. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2), 436–441. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>
- Hedge, J. M., Hudson-Flege, M. D., & McDonell, J. R. (2017). Promoting informal and professional help-seeking for adolescent dating violence. *Journal of Community Psychology*, 45(4), 500–512. <https://doi.org/10.1002/jcop.21862>
- Hegarty, K., Tarzia, L., Hooker, L., & Taft, A. (2016). Interventions to support recovery after domestic and sexual violence in primary care. *International*

Review of Psychiatry, 28(5), 519–532.  
<https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1210103>

Hendel, T., Fish, M., & Berger, O. (2007). Nurse/Physician Conflict Management Mode Choices. *Nursing Administration Quarterly*, 31(3), 244–253.  
<https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000278938.57115.75>

Hewitt, L. N. (2015). Intimate partner violence: the role of nurses in protection of patients. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 27(2), 271–275.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.02.004>

Hidalgo, L. (2006). Confiabilidad y validez en el contexto de la investigación y evaluación cualitativa. *Paradigma*, 27, 07–33.  
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Confiabilidad+y+Validez+en+el+Contexto+de+la+Investigaci+n+y+Evaluaci+n+Cualitativas#0>

Hlahane, M. S., Greeff, M., & du Plessis, E. (2006). Professional nurses' perceptions of the skills required to render comprehensive primary health care services. *Curationis*, 29(4), 82–94.

Hooker, L., & Taff, A. J. (2019). Incorporating Intimate Partner Violence Interventions in Nurse Home Visitation Programs. *JAMA the journal of the American Medical Association*, 322(11), 1103.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2019.10598>

Hwang, Y., Kang, M., Cho, I., Jeong, I., Ahn, K., Chung, H., & Lee, M. (2014). Association between the Circulating Total Osteocalcin Level and the Development of Cardiovascular Disease in Middle-aged Men: A Mean 8.7-year Longitudinal. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 22(2), 136–143. <https://doi.org/10.5551/jat.25718>

Insetta, E. R., Akers, A. Y., Miller, E., Yonas, M. A., Burke, J. G., Hintz, L., & Chang, J. C. (2015). Intimate partner violence victims as mothers: Their messages and strategies for communicating with children to break the cycle of violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(4), 703–724.  
<https://doi.org/10.1177/0886260514535264>

Izaguirre, A., & Calvete, E. (2014). Kapaya Mothering Experiences. *Psychosocial Intervention*, 23(3), 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2014.07.010>

Jack, S. M., Olds, D. L. & MacMillan, H. L. (2019). Incorporating Intimate Partner Violence Interventions in Nurse Home Visitation Programs-Reply. *JAMA the journal of the American Medical Association*, 322(11), 1103-1104.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2019.10602>

Ji, E., Weickert, C. S., Lenroot, R., Catts, S. V, Vercammen, A., White, C., Gur, R. E., & Weickert, T. W. (2015). Endogenous testosterone levels are associated with neural activity in men with schizophrenia during facial emotion processing. *Behavioural Brain Research*, 286, 338–346.  
<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2015.03.020>

- Johansen, M. L., & Cadmus, E. (2016). Conflict management style, supportive work environments and the experience of work stress in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 211–218. <https://doi.org/10.1111/jonm.12302>
- Joyner, K., & Mash, B. (2014). Quality of care for intimate partner violence in South African Primary Care: A qualitative study. *Violence and Victims*, 29(4), 652–669. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-13-00005>
- Kapaya, M., Boulet, S. L., Warner, L., Harrison, L., & Fowler, D. (2019). Intimate Partner Violence before and during Pregnancy, and Prenatal Counseling among Women with a Recent Live Birth, United States, 2009-2015. *Journal of Women's Health*, 28(11), 1476–1486. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7545>
- K  rouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette A., & Major, F. (1996). El pensamiento enfermero. Masson.
- Khubchandani, J., Telljohann, S. K., Price, J. H., Dake, J. A., & Hendershot, C. (2013). Providing Assistance to the Victims of Adolescent Dating Violence: A National Assessment of School Nurses' Practices. *Journal of School Health*, 83(2), 127–136. <https://doi.org/10.1111/josh.12008>
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16(1), 103–121. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023>
- Kop  avar Gu  ek, N., Petek, D., Svab, I., & Selic, P. (2016). Barriers to Screening and Possibilities for Active Detection of Family Medicine Attendees Exposed to Intimate Partner Violence. *Zdravstveno Varstvo*, 55(1), 11–20. <https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0002>
- Koziol-McLain, J., Vandal, A. C., Nada-Raja, S., Wilson, D., Glass, N. E., Eden, K. B., McLean, C., Dobbs, T., & Case, J. (2015). A web-based intervention for abused women: The New Zealand isafe randomised controlled trial protocol Health behavior, health promotion and society. *BMC Public Health*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1395-0>
- Lagarde, M. (1996). La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo. En M. González Marín (Coord.), *Metodología Para Los Estudios de Género*. (pp. 1–12). Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México. <http://roa.ult.edu.cu/handle/123456789/2435>
- Lancharro-Tavero, I., Romero-Serrano, R., Arroyo-Rodríguez, A., Morillo-Martín, M. S., Alemany-Lasheras, F. J., & Chill  n-Martínez, R. (2013). Estereotipos de violencia de género en estudiantes de Enfermería del Centro Universitario de Enfermería "San Juan de Dios" de Sevilla. *Temperamentvm*, 18, 1–6. <http://www.index-f.com/temperamentum/tn18/t7843.php>

- Larizgoitia, I. (2006). La violencia también es un problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(Supl 1), 63–70.
- Lasheras Lozano, M. L., Pires Alcaide, M., & Rodríguez Gimena, M. del M. (2004). Género y Salud. En *Unidad de igualdad y género*. (pp. 1–77). Junta de Andalucía.
- Lazarevich, I., Irigoyen-Camacho, M. E., Velázquez-Alva, M. del C., & Salinas-Ávila, J. (2015). Dating Violence in Mexican College Students: Evaluation of an Educational Workshop. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(2), 183–204. <https://doi.org/10.1177/0886260515585539>
- Lee, A., McDonald, L. R., Will, S., Wahab, M., Lee, J., & Coleman, J. S. (2019). Improving Provider Readiness for Intimate Partner Violence Screening. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 204–210. <https://doi.org/10.1111/wvn.12360>
- Lee, L. C., Chen, C. H., & Yang, Y. O. (2001). The Effect of Gender on Caregiving: A Study of Male Nurses. *The Journal of Nursing*, 57(1), 77–82.
- Lenzen, S. A., Daniëls, R., van Bokhoven, M. A., van der Weijden, T., & Beurskens, A. (2018). What makes it so difficult for nurses to coach patients in shared decision making? A process evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.005>
- Leonard, P. (2003). "Playing" doctors and nurses? Competing discourses of gender, power and identity in the British National Health Service. *Sociological Review*, 51(2), 218–237. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.00416>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, número 274 de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Ley 30/2003, de 13 de octubre, sobre medidas para incorporar la valoración del impacto de género en las disposiciones normativas que elabore el Gobierno. *Boletín Oficial del Estado*, número 246 de 14 de octubre de 2003. <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-18920&p=20031014&tn=3>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, número 313 de 28 de diciembre de 2004. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. *Boletín Oficial del Estado*, número 157 de 2 de julio de 2005. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-11364>

- Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio. *Boletín Oficial del Estado*, número 163 de 9 de julio de 2005. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-11864>
- Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. *Boletín Oficial del Estado*, número 65 de 16 de marzo de 2007. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-5585>
- Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. *Boletín Oficial del Estado*, número 71 de 23 de marzo de 2007. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6115>
- Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, número 247 de 18 de diciembre de 2007. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-2493>
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, número 240 de 5 de octubre de 2011. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>
- Lila, M. (2010). Investigación e Intervención en Violencia contra la Mujer en las Relaciones de Pareja. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 105–108. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n2a1>
- Liu, N. Y., Hsu, W. Y., Hung, C. A., Wu, P. L., & Pai, H. C. (2019). The effect of gender role orientation on student nurses' caring behaviour and critical thinking. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 18–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.005>
- Loeffen, M. J. W., Daemen, J., Wester, F. P. J. F., Laurant, M. G. H., Lo Fo Wong, S. H., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2017). Mentor mother support for mothers experiencing intimate partner violence in family practice: A qualitative study of three different perspectives on the facilitators and barriers of implementation. *European Journal of General Practice*, 23(1), 27–34. <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1267724>
- López Vallejo, M., & Puente Alcaraz, J. (2019). Institutionalisation of the case management nurse in Spain. Comparative analysis of health systems of the Spanish autonomous communities. *Enfermería Clínica*, 29(2), 107–118. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.09.007>
- Lorente Acosta, M. (2008). Violencia y maltrato de género (I): aspectos generales desde la perspectiva sanitaria. *Emergencias: Revista de La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 20(3), 191–197. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2665314%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2665314&orden=160545&info=link>



- Lubinga, S., Levine, G., Jenny, A., Ngonzi, J., Musaka-Kivunike, P., Stergachis, A., & Babigumira, J. (2013). Health-related quality of life and social support among women treated for abortion complications in western Uganda. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1), 118. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-118>
- Lucasey, B. (2000). Taking the mystery out of research: qualitative research and focus group methodology. *Orthopaedic Nursing*, 19(1), 54–55.
- Luengo Martínez, C., & Paravic Klijn, T. (2016). Autonomía Profesional Factor clave para el ejercicio de la Enfermería Basada en la Evidencia. *Index de Enfermería*, 14(51), 79–80. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962005000300019&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300019&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Macías-Seda, J., Gil-García, E., Rodríguez-Gázquez, M. de los Á., González-López, J. R., González Rodríguez, M. del M., & Soler Castells, A. (2012). Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género. *Index de Enfermería*, 21(1–2), 9–13.
- Magnussen, L., Shoultz, J., Oneha, M. F., Hla, M. M., Brees-Saunders, Z., Akamine, M., Talisayan, B., & Wong, E. (2004). Intimate-partner violence: a retrospective review of records in primary care settings. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(11), 502–512. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2004.tb00430.x>
- Maquibar, A., Hurtig, A., Vives-Cases, C., Estalella, I., & Goicolea, I. (2017). Mapping training about Gender Based Violence in nurse education programmes in Spain. *European Journal of Public Health*, 27(suppl\_3), 269. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.714>
- Maquibar, A., Hurtig, A. K., Vives-Cases, C., Estalella, I., & Goicolea, I. (2018). Nursing students' discourses on gender-based violence and their training for a comprehensive healthcare response: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 68, 208–212. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.06.011>
- Maquibar, A., Estalella, I., Vives-Cases, C., Hurtig, A. K., & Goicolea, I. (2019). Analysing training in gender-based violence for undergraduate nursing students in Spain: A mixed-methods study. *Nurse Education Today*, 77, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.01.017>
- Márquez Serrano, M., Rodríguez-Bolaños, R. de los Á., & Kageyama-Escobar, M. de la L. (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública de México*, 47(2), 134–144. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1192202&orden=96922&info=link>
- Martín Criado, E. (1997). El grupo de discusión como situación social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 79, 81–112.

- Martínez Benlloch, I., & Bonilla Campos, A. (2000). Metodología y técnicas cualitativas. En Martínez Benlloch I., & Bonilla Campos A. (Eds.). *Sistema sexo-género, identidades y construcción de la subjetividad* (pp. 219–232). Universitat de València: Valencia.
- Martins, C., Gouveia, A., Chaves, M., Lourenço, R., Marques, S., & Santos, T. (2014). Dating violence and nursing student well-being. *Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, *46 Suppl 5*, 129–134. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70079-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70079-4)
- Mayi-Tsonga, S., Oksana, L., Ndombi, I., Diallo, T., de Sousa, M. H., & Faúndes, A. (2009). Delay in the provision of adequate care to women who died from abortion-related complications in the principal maternity hospital of Gabon. *Reproductive Health Matters*, *17*(34), 65–70. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(09\)34465-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(09)34465-1)
- Mazarrasa L., Germán C., Sánchez A., Sánchez A., Merelles A. & Aparicio V. (2003). *Salud pública y enfermería comunitaria*. (2ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T., & Raynor, P. (2005). Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical decision making: findings from an exploratory study. *Family Practice*, *22*(5), 490–497. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi042>
- McFarlane, J., Malecha, A., Gist, J., Watson, K., Batten, E., & Smith, S. (2004). Increasing Ae Safety-Promoting Behaviors. *American Journal of Nursing*, *104*(3), 40–51.
- Mertin, P., Moyle, S., & Veremeenko, K. (2015). Intimate partner violence and women's presentations in general practice settings: Barriers to disclosure and implications for therapeutic interventions. *Clinical Psychologist*, *19*(3), 140–146. <https://doi.org/10.1111/cp.12039>
- Messing, J. T., Campbell, J. C., & Snider, C. (2017). Validation and adaptation of the danger assessment-5: A brief intimate partner violence risk assessment. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(12), 3220–3230. <https://doi.org/10.1111/jan.13459>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. *Sanidad*, (pp. 1–72). <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
- Miqueo, C., Tomás, C., Tejero Vela, C., Barral Morán, M.J., Fernández, T., & Yayo Simón, T. (2001). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Minerva Ediciones.
- Miró-Bonet, M., Gastaldo, D., & Gallego-Caminero, G. (2008). ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la

- identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica*, 18(1), 26–34. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(08\)70690-9](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(08)70690-9)
- Morales-Asencio, J. M. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería Clínica*, 24(1), 23–34. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.002>
- Mroczkowska, D. (2019). School Nurses: An Indispensable Resource for Health Promotion in Ontario's Children and Adolescents. *Western Journal of Legal Studies*, 9(2), 1–19. <https://doi.org/10.5206/uwojls.v9i2.8075>
- Murillo, S., & Mena, L. (2006). *Detectives y camaleones: el grupo de discusión. Una propuesta para la investigación cualitativa*. Talasa.
- Naciones Unidas. (1994). Resolución 48/104 de la Asamblea General de Naciones Unidas, Declaración sobre la erradicación de violencia contra la mujer (pp. 1–7). [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&referer=/english/&Lang=S](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/48/104&referer=/english/&Lang=S)
- O'Doherty, L., Taket, A., Valpied, J., & Hegarty, K. (2016). Receiving care for intimate partner violence in primary care: Barriers and enablers for women participating in the weave randomised controlled trial. *Social Science and Medicine*, 160, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.017>
- Ogunsiji, O., & Clisdell, E. (2017). Intimate partner violence prevention and reduction: A review of literature. *Health Care for Women International*, 38(5), 439–462. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1289212>
- Oliveira, R. N. G. De, Gessner, R., Brancaglioni, B. de C. A., Fonseca, R. M. G. S. da, & Egry, E. Y. (2016). Preventing violence by intimate partners in adolescence: an integrative review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 50(1), 137–147. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100018>
- Oliveros, A. D., & Coleman, A. S. (2019). Does Emotion Regulation Mediate the Relation Between Family-of-Origin Violence and Intimate Partner Violence? *Journal of Interpersonal Violence*, 1–20. <https://doi.org/10.1177/0886260519867146>
- ONU Beijing. (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. [http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing\\_full\\_report\\_S.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing_full_report_S.pdf)
- Ortiz Gómez, T. (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En E. Ramos García (Coord.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. (pp. 29–42). Instituto de la Mujer.
- Ortiz Gómez, T. (2004). Interacciones entre salud, historia y feminismo: una revisión historiográfica. *Diálogo Filosófico*, 59, 229–244.

- Ortiz Gómez, T. (2006). *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. KRK Ediciones.
- Otero-García, L., Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., García-Quinto, M., Sanz-Barbero, B., & Goicolea, I. (2018). A qualitative study on primary health care responses to intimate partner violence during the economic crisis in Spain. *European Journal of Public Health, 28*(6), 1000–1005. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky095>
- Panisello Chavarria, M. L., & Mateu Gil, M. L. (2012). Estudiantes de enfermería: conocimientos y actitudes sobre el género. *Paraninfo Digital, Año VI* (15). Recuperado de <http://www.indexf.com/para/n15/022p.php>
- Panisello, M. L., & Pastor, I. (2015). Health with equality: a proposal for the incorporation of the gender perspective in health care systems. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(5), 1555–1563. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.10942014>
- Paterno, M. T., & Draughon, J. E. (2016). Screening for Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery and Women's Health, 61*(3), 370–375. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12443>
- Pederson, A., Greaves, L., & Poole, N. (2014). Gender-transformative health promotion for women: A framework for action. *Health Promotion International, 30*(1), 140–150. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau083>
- Pepler, D. (2012). The Development of Dating Violence: What Doesn't Develop, What Does Develop, How Does it Develop, and What Can We Do About It? *Prevention Science, 13*(4), 402–409. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0308-z>
- Pérez García, C., & Manzano Felipe, M. Á. (2014). La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. *Cultura de Los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades, 40*, 107–115.
- Pinzón-Estrada, C., Aponte-Valverde, M. V., & Useche-Morillo, M. L. (2017). ¿Sexismo en enfermería? Una mirada desde la perspectiva de género a roles feminizados como el cuidado. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención Social, 23*, 123–146.
- Plan de Acción contra la violencia doméstica 1998-2000. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración 10*, (pp. 143-156).
- II Plan Integral contra la violencia doméstica 2001-2004. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, 40* (pp. 125-134).
- Plazaola-Castaño, J., & Ruiz Pérez, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica, 122*(12), 461–467. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(04\)74273-6](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(04)74273-6)

- Plichta, S. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: Policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1296–1323. <https://doi.org/10.1177/0886260504269685>
- Pujadas, J. J. (2002). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Puleo García, A. (2017). ¿Qué es el ecofeminismo? *Quaderns de la Mediterrània*, 25, 210–215.
- Rasmussen, P., Henderson, A., Andrew, N., & Conroy, T. (2018). Factors influencing registered nurses' perceptions of their professional identity: An integrative literature review. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(5), 225–232. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180417-08>
- Redorta, J. (2004). *Cómo analizar los conflictos. La tipología de conflictos como herramienta de mediación*. Paidós.
- Repullo Labrador, J. R., & Segura Benedicto, A. (2006). Salud pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. *Revista Española de Salud Pública*, 80(5), 475–482. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272006000500006>
- Rice, N. M., Grealy, M. a, Javaid, A., & Millan Serrano, R. (2011). Understanding the social interaction difficulties of women with unipolar depression. *Qualitative Health Research*, 21(10), 1388–1399. <https://doi.org/10.1177/1049732311406449>
- Rico, R., Aldasoo, E., Salcedo, F., Calvo, M., Barandiaran, M., López De Argumedo, M., Berrocal, M., Martín, U., Arcelay, A., Reviriego E., Bacigalupe, A., & Sobradillo, N. (2013). *Guías de Práctica Clínica libres de sesgos de género*. Departamento de Salud, Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.  
[http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/osteba\\_publicaciones/en\\_osteba/adjuntos/GPC%20libres%20de%20sesgos%20de%20g%C3%A9nero%2027\\_11\\_2013%2015h%20\\_2\\_.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/en_osteba/adjuntos/GPC%20libres%20de%20sesgos%20de%20g%C3%A9nero%2027_11_2013%2015h%20_2_.pdf)
- Rivas-Diez, R., Brabete, A., Ruiz-García, C., & Rodrigo-Holgado, I. (2014). EPA-1303 - Consequences on physical and mental health in Chilean and Spanish women exposed to intimate partner violence. *European Psychiatry*, 29(1), 1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(14\)78525-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(14)78525-6)
- Rizzo, C. J., Joppa, M., Barker, D., Collibee, C., Zlotnick, C., & Brown, L. K. (2018). Project Date SMART: A dating violence (DV) and sexual risk prevention program for adolescent girls with prior DV exposure. *Prevention Science*, 19(4), 416–426. <https://doi.org/10.1007/s1121-018-0871-z>
- Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: How registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36(6), 572–576. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.008>

- Robinson, S. R., Maxwell, D., & Williams, J. R. (2019). Qualitative, Interpretive Metasynthesis of Women's Experiences of Intimate Partner Violence During Pregnancy. In *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* (Vol. 48, Issue 6, pp. 604–614). <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.08.002>
- Rodríguez-Borrego, M. A., Vaquero Abellán, M., Bertagnolli, L., Muñoz-Gomariz, E., Redondo-Pedraza, R., & Muñoz-Alonso, A. (2011). Violencia del compañero íntimo: estudio con profesionales de enfermería. *Atención Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 43(8), 417–425. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.07.009>
- Rohlf, I., Borrell, C., & Fonseca, M. D. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria (Ed. Impr.)*, 14, 60–71.
- Rohlf, I., & Valls-Llobet, C. (2003). Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 263–265. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(03\)71744-0](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(03)71744-0)
- Rojas Loría, K. (2014). *La violencia de género desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los profesionales de la salud. Estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/10803/283955>
- Romo Avilés, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 269–272.
- Rubio, M. J., & Varas, J. (2011). *El análisis de la realidad en la intervención social Métodos y técnicas de investigación* (4ª ed.). Editorial CCS.
- Ruiz-Cantero, M. T., & Verdú-Delgado, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1), 118–125. <https://doi.org/10.1157/13062260>
- Ruiz-Cantero, M. T., Vives-Cases, C., Papi Gálvez, N., LaParra Casado, D., Mateo Pérez, M. Á., Pereyra Zamora, P., & Cabrera Ruiz, V. (2004). *Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud desde la perspectiva del análisis de género*. 1–96.
- Ruiz-Cantero, M. T. (2011). Salud pública desde la perspectiva de género: hitos e innovación. *Feminismo/S*, 18, 11–14. <https://doi.org/10.14198/fem.2011.18.01>
- Ruiz Moral, R., Alba Dios, A., Dios Guerra, C., Jiménez García, C., González Neubauer, V., Pérula de Torres, L. Á., & Barrios Blasco, L. (2011). Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud. *Enfermería Clínica*, 21(3), 136–142. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.01.006>

- Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P., & Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.2), 4–12. <https://doi.org/10.1157/13061990>
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., & Del Río-Lozano, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health*, 17(5), 437–443. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl280>
- Ruiz-Pérez, I., Pastor-Moreno, G., Escribà-Agüir, V., & Maroto-Navarro, G. (2018). Intimate partner violence in women with disabilities: perception of healthcare and attitudes of health professionals. *Disability and Rehabilitation*, 40(9), 1059–1065. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1288273>
- Sabri, B., Huerta, J., Alexander, K., St.Vil, N., Campbell, J., & Callwood, G. (2015). Multiple Intimate Partner Violence Experiences: Knowledge, Access, Utilization and Barriers to Utilization of Resources by Women of the African Diaspora. *Journal Health Care Poor Underserved*, 26(4), 1286–1303. <https://doi.org/10.1353/hpu.2015.0135>
- Salmond, S. W., & Echevarria, M. (2017). Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. *Orthopaedic Nursing*, 36(1), 12–25. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000308>
- Salvador Sánchez, L. (2015). Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 0(1), 103–113. [http://www.uam.es/UAM/IUEM-Revista/1242687572640.htm?language=es&nodepath=IUEM Revista](http://www.uam.es/UAM/IUEM-Revista/1242687572640.htm?language=es&nodepath=IUEM%20Revista)
- Sánchez-Herrero, H., Duarte-Clímets, G., González-Pérez, T., Sánchez-Gómez, M. B., & Gomariz-Bolarín, D. (2017). Cuidados en el síndrome postraumático por violencia de género: a propósito de un caso clínico. *Enfermería Clínica*, 27(4), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.05.004>
- Sancho Raimundo, S. E., Hernando Gómez, A., Vallejo Del Río, A., & Gamarra Lousa, M. (2017). La prevención como herramienta en la violencia de género. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria: RIdEC*, 9(2), 15–29. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=6333153>
- Sans, M., & Sellarés, J. (2010). Detección de la violencia de género en atención primaria. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3), 104–109.
- Schwartz, D., & Rao, V. (2013). Seized by a desire to get high by snorting (bupropion insufflation leads to seizures). *Journal of Investigative Medicine*, 61(2), 376. [http://journals.lww.com/jinvestigativemed/Abstract/2013/02000/Southern\\_Regional\\_Program\\_Abstracts.12.aspx](http://journals.lww.com/jinvestigativemed/Abstract/2013/02000/Southern_Regional_Program_Abstracts.12.aspx)
- Scull, T. M., Kupersmidt, J. B., Malik, C. V., & Morgan-Lopez, A. A. (2018). Using media literacy education for adolescent sexual health promotion in middle

school: Randomized control trial of Media Aware. *Journal Health Communication*, 23(312), 1051–1063.  
<https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1548669>

- Sharma, J., Dhar, R. L., & Tyagi, A. (2016). Stress as a mediator between work-family conflict and psychological health among the nursing staff: Moderating role of emotional intelligence. *Applied Nursing Research*, 30, 268–275. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.010>
- Shavers, C. A. (2013). Partner Violence Primary Care. *The Nurse Practitioner*, 38(12), 39–46.
- Simó Miñana, J. (2009). The «glass ceiling» of Spanish primary care. *Atención Primaria*, 41(10), 572–577. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.12.009>
- Siu, H., Laschinger, H. K. S., & Finegan, J. (2008). Nursing Professional Practice Environments: Setting the stage for constructive conflict resolution and work effectiveness. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 250–257. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312772.04234.1f>
- Smith, C. A., Greenman, S. J., Thornberry, T. P., Henry, K. L., & Ireland, T. O. (2015). Adolescent Risk for Intimate Partner Violence Perpetration. *Prevention Science*, 16(6), 862–872. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0560-0>.Adolescent
- Soleimani, R., Ahmadi, R., & Yosefnezhad, A. (2017). Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran. *Psychology, Health and Medicine*, 22(7), 845–850. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1263755>
- Souto, R. Q., Guruge, S., Merighi, M. A. B., de Jesus, M. C. P., Egit, S., & Knowles, L. (2016). Intimate partner violence among Portuguese speaking immigrant adult women in Canada. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 50(6), 905–912. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000700005>
- Sprague, S., Slobogean, G. P., Spurr, H., McKay, P., Scott, T., Arseneau, E., Memon, M., Bhandari, M., & Swaminathan, A. (2016). A scoping review of intimate partner violence screening programs for health care professionals. *PLoS ONE*, 11(12), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168502>
- Sprague, C., Hatcher, A. M., Woollett, N., & Black, V. (2017). How Nurses in Johannesburg Address Intimate Partner Violence in Female Patients: Understanding IPV Responses in Low- and Middle-Income Country Health Systems. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(11), 1591–1619. <https://doi.org/10.1177/0886260515589929>
- Stacey, D., Murray, M. A., Légaré, F., Dunn, S., Menard, P., & O'Connor, A. (2008). Decision Coaching to Support Shared Decision Making: A Framework, Evidence, and Implications for Nursing Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(1), 25–35.



- Stanley, H. (2012). Sairey Gamps, feminine nurses and greedy monopolists: discourses of gender and professional identity in the *Lancet* and the *British Medical Journal*, 1886-1902. *Canadian Bulletin of Medical History = Bulletin Canadien d'histoire de La Médecine*, 29(1), 49–68. <https://doi.org/10.3138/cbmh.29.1.49>
- Sutherland, M. A., & Hutchinson, M. K. (2019). Organizational influences on the intimate partner violence and sexual violence screening practices of college health care providers. *Research in Nursing and Health*, 42(4), 284–295. <https://doi.org/10.1002/nur.21950>
- Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: A quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, 11, 10–14. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-1>
- Sundborg, E., Törnkvist, L., Wändell, P., & Saleh-Stattin, N. (2018). Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 902–913. <https://doi.org/10.1111/scs.12521>
- Taskiran, A. C., Ozsahin, A., & Edirne, T. (2019). Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. *Primary Health Care Research & Development*, 20, 15–20. <https://doi.org/10.1017/s1463423619000288>
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2010). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (3ª ed.). Paidós Básica.
- Tójar, J. C. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. La Muralla.
- Traynor, M., Boland, M., & Buus, N. (2010). Professional autonomy in 21st century healthcare: Nurses' accounts of clinical decision-making. *Social Science and Medicine*, 71(8), 1506–1512. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.029>
- Tubert, S. (2003). *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Cátedra.
- Ulrich, B. (2019). The Transformation of Nursing and Health Care. *Nephrology Nursing Journal*, 46(6), 573. <https://doi.org/10.2307/834071>
- Ushiro, R., & Nakayama, K. (2010). Gender role attitudes of hospital nurses in Japan: Their relation to burnout, perceptions of physician-nurse collaboration, evaluation of care, and intent to continue working. *Japan Journal of Nursing Science*, 7(1), 55–64. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2010.00138.x>
- Ustaoglu, M., Bakir, T., Bektas, A., Cure, O., & Gungor, B. (2009). Incisional hernia as an unusual cause of hepatic encephalopathy in a 62-year-old man with

- cirrhosis: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 3, 7315. <https://doi.org/10.4076/1752-1947-3-7315>
- Vaismoradi, M., Jones, J., Turunen, H., & Snelgrove, S. (2016). Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(5), 100–110. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n5p100>
- Vaismoradi, M., & Snelgrove, S. (2019). Theme in Qualitative Content Analysis and Thematic Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Ethnografía Virtual*, 20(3), 1–9.
- Valdés Sánchez, C. A., García Fernández, C., & Sierra Díaz, Á. (2016). Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Atención Primaria*, 48(10), 623–631. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>
- Valentine, A., Akobirshoev, I., & Mitra, M. (2019). Intimate partner violence among women with disabilities in Uganda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph16060947>
- Valls-Llobet, C. (1991). Compartir las decisiones entre médico y paciente. ¿Utopía o el próximo reto de la calidad en la asistencia primaria? *Quaderm CAPS*, 15, 70-75.
- Valls-Llobet, C. (2001). El estado de la investigación en salud y género. En C. Miqueo, C. Tomás, C. Tejero Vela, M. J. Barral Morán & T. Yago Simón (Eds.), *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas* (pp. 179-198). Minerva Ediciones.
- Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Debolsillo.
- Van Ouytsel, J., Walrave, M., Ponnet, K., & Temple, J. R. (2016). Digital Forms of Dating Violence: What School Nurses Need to Know. *NASN School Nurse (Print)*, 31(6), 348–353. <https://doi.org/10.1177/1942602X16659907>
- Velasco Arias, S. (2006). *Intersección de teorías de la salud y teoría feminista*. Material docente del Diploma de Especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud (pp. 1–30).
- Vieira, E. M., Dos Santos, M. A., & Ford, N. J. (2012). Seizing an Opportunity to Help-Knowledge and Attitudes of Doctors and Nurses Toward Women Victimized by Intimate Partner Violence in Brazil. *Health Care for Women International*, 33(3), 228–249.
- Visentin, F., Vieira, L. B., Trevisan, I., Lorenzini, E., & da Silva, E. F. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(3), 556–564. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a20>

- Vives-Cases, C., Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M., & Álvarez-Dardeta, C. (2006). La violencia de género en la agenda del Parlamento español (1979-2004). *Gaceta Sanitaria*, 20(2), 142–148. <https://doi.org/10.1157/13087325>
- Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Gil-González, D., Torrubiano-Domínguez, J., Rohlf, I., & Escribà-Aguir, V. (2009). Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 410–414. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.02.007>
- Vranda, M., Kumar, C., Muralidhar, D., Janardhara, N., & Sivakumar, P. (2018). Barriers to Disclosure of Intimate Partner Violence among Female Patients Availing Services at Tertiary Care Psychiatric Hospitals: A Qualitative Study. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 9, 326–330. <https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp>
- Walker, L. (1991). *Ciclo de la agresión*. Ilanud.
- Warchol, N. (2007). La consultation infirmière. Un pas vers l'autonomie professionnelle. *Recherche En Soins Infirmiers*, 4(91), 76–96.
- West, C. (1993). Reconceptualizing gender in physician-patient relationships. *Social Science and Medicine*, 36(1), 57–66. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90305-N](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90305-N)
- Williams, J. R., Halstead, V., Salani, D., & Koerner, N. (2016). Intimate Partner Violence Screening and Response: Policies and Procedures Across Health Care Facilities. *Women's Health Issues*, 26(4), 377–383. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.03.006>
- Wilson, K. S., Silberberg, M. R., Brown, A. J., & Yaggy, S. D. (2007). Health needs and barriers to healthcare of women who have experienced intimate partner violence. *Journal of Women's Health*, 16(10), 1485–1498. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0385>
- World Health Organization. (2007). 60ª Asamblea Mundial de la Salud. (pp. 1–106). [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHASSA\\_WHA60-Rec1/S/WHASS1\\_WHA60REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/S/WHASS1_WHA60REC1-sp.pdf)
- World Health Organization. (2010). Expert meeting on Health-sector responses to violence against women. (pp. 1–30). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241500630/en/>
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., & Ford-Gilboe, M. (2004). Regenerating Family. Strengthening the Emotional Health of Mothers and Children in the Context of Intimate Partner Violence. *Advances in Nursing Science*, 27(4), 257–274. <https://doi.org/10.1097/00012272-200410000-00003>
- Yilmaz, E. B., & Öz, F. (2018). Assessing the Relation Between Attitudes Towards Gender Roles and Domestic Violence of Nursing and Paramedic Students.

*Clinical and Experimental Health Sciences*, 3, 160–165.  
<https://doi.org/10.5152/clinexphealthsci.2017.459>

Yun, Y. H., Lim, M. K., Jung, K. W., Bae, J.-M., Park, S. M., Shin, S. A., Lee, J. S., & Park, J.-G. (2005). Relative and absolute risks of cigarette smoking on major histologic types of lung cancer in Korean men. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 14(9), 2125–2130. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-05-0236>

Zapata-Sepúlveda, P., Fernández-Dávila, P., & Sánchez-Gómez, M. C. (2012). Violencia de género en mujeres con ascendencia étnica aymara en el extremo norte de Chile. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(3), 167–172. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.02.003>

Zhang, Y., Duffy, J. F., & de Castillero, E. R. (2017). Do sleep disturbances mediate the association between work- family conflict and depressive symptoms among nurses? A cross-sectional study. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing*, 24(8), 620–628. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>

**Anexo 1. Cuestionario variables sociodemográficas participantes (ANÓNIMO).**

**I. CENTRO DE TRABAJO DE PROCEDENCIA:**

**II. SEXO:**

VARÓN

MUJER

**III. EDAD:**

**IV. OTROS ESTUDIOS:**

**V. EXPERIENCIA LABORAL COMO ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA (AÑOS):**

**VI. ESTADO CIVIL:**

**VII. N° HIJOS:**

**VIII. FORMACIÓN/EXPERIENCIA VINCULADA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO:**

**IX. PERTENENCIA A ALGUN COLECTIVO RELACIONADO CON EL GÉNERO:**

**X. OTRAS EXPERIENCIAS VINCULADAS AL GÉNERO:**

## Anexo 2. Informe favorable Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía (PEIBA).

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES  
Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación  
Comité Coordinador de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía

### DICTAMEN UNICO EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA

ANTONIO VELÁZQUEZ MARTÍNEZ, COMO SECRETARIO DEL COMITÉ COORDINADOR DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE ANDALUCÍA

### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado a propuesta del promotor Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, código de protocolo ILT2013, el estudio de investigación titulado:

**Estrategias y Conflictos de las Enfermeras en la Aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género**  
Protocolo octubre 2013 HIP/CI, 22/11/2013

y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y se ajusta a los principios éticos aplicables a este tipo de estudios.

El procedimiento para obtener el consentimiento informado y el plan de reclutamiento de sujetos previstos son adecuados.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.

Que el alcance de las compensaciones económicas previstas no interfieren con respecto a los postulados éticos

Y que este Comité considera, que dicho estudio puede ser realizado en los Centros que se relacionan en el protocolo, para lo cual corresponde a la Dirección del Centro correspondiente determinar si la capacidad y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.



Código Seguro De Verificación:	MNo51LkqUQ1Urpt40f6HGA==	Fecha	14/11/2014
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Antonio Velazquez Martinez		
Url De Verificación	<a href="https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/coda/MNo51LkqUQ1Urpt40f6HGA==">https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/coda/MNo51LkqUQ1Urpt40f6HGA==</a>	Página	1/2



**ANTONIO VELÁZQUEZ MARTÍNEZ, COMO SECRETARIO DEL COMITÉ COORDINADOR DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE ANDALUCÍA**

**C E R T I F I C A**

Que este Comité ha ponderado y evaluado en sesión celebrada el veinticuatro de junio de dos mil catorce (Acta 06/14), y a propuesta del promotor Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios, código de protocolo ILT2013, el estudio de investigación titulado:

**Estrategias y Conflictos de las Enfermeras en la Aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género**

Protocolo octubre 2013 HIP/CI, 22/11/2013

Que a dicha sesión asistieron los siguientes integrantes del Comité:

- Sr. D. Demetrio Mariano Aguayo (Presid. Medicina Interna. H. Juan Ramón Jiménez. Huelva)
- Sr. D. Fernando Antúnez (Vicep. Médico-Lodo. Derecho. Delegación Prov. de Salud. Granada)
- Sr. D. Antonio Velázquez Martínez (Secretario. Medicina Preventiva y SP. CISPS )
- Sra. Da Teresa Aldabó (Vocal. Medicina Intensiva, Hosp. Univ. Virgen del Rocío)
- Sra. D<sup>a</sup> Macarena Anchóriz Esquitino (Pediatria. Hosp. Univ. Virgen del Rocío)
- Sr. D. Miguel Angel Arrabal (Vocal. Urología, Hospital la Inmaculada de Huércal Overa)
- Sra. D<sup>a</sup> Encarnación Blanco Reina (Vocal. Farmacóloga Clínica. Universidad de Málaga)
- Sr. D. Francisco Miguel Bombillar Sáenz. (Vocal. Dr. en Derecho. Universidad de Granada)
- Sra. Da. María Victoria Casas Mata. (Vocal. Loda. en Derecho. Consejería de Salud. Sevilla)
- Sra. D<sup>a</sup> Celia Castillo Valverde (Vocal. Ldo. En Derecho. Hosp. Torrecárdenas. Almería)
- Sra. Da. Isabel García Ríos. (Vocal. Oncología Radioterápica. Hosp. Regional Univ. de Málaga)
- Sr. D. Daniel Palma (Vocal. Farmacéutico, Distrito Sanitario Sevilla)
- Sra. Da Angela Ortega (Vocal. Enfermera, Complejo Hospitalario de Huelva)
- Sr. D. Enrique Raya Álvarez. (Vocal. Reumatología. Hosp. Univ. San Cecilio. Granada)
- Sr. D. Jaime Torelló Iserte (Vocal. Farmacología Clínica. Hosp. Univ. Virgen del Rocío)
- Sr. D- José María Villagrán Moreno. (Vocal. Psiquiatría. Hosp. De Jerez. Cádiz)
- Sr. D. Alberto Delgado García (Vocal. Radiofarmacia. Hosp. Reg. Univ. de Málaga)

Que dicho Comité, está constituido y actúa de acuerdo con la normativa vigente y las directrices de la Conferencia Internacional de Buena Práctica Clínica.



Código Seguro De Verificación:	MNo51LkqUQ1Urpt40f6HGA==	Fecha	14/11/2014
Normativa	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
Firmado Por	Antonio Velazquez Martinez		
Url De Verificación	<a href="https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/MNo51LkqUQ1Urpt40f6HGA==">https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/MNo51LkqUQ1Urpt40f6HGA==</a>	Página	2/2



### Anexo 3. Árbol de categorías y subcategorías.

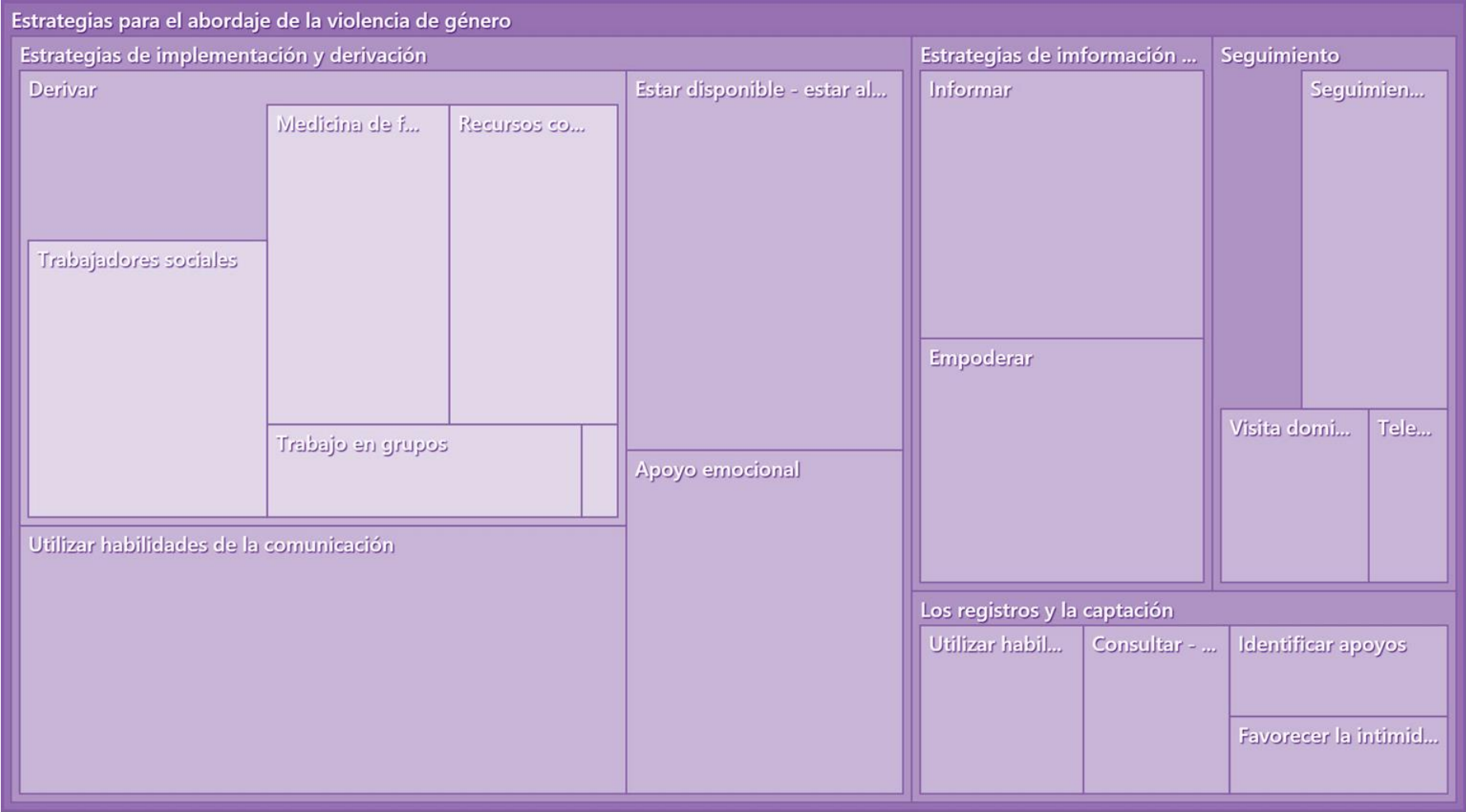
Categorías	Subcategorías
Tipos de conflictos	Del fenómeno de la violencia de género
	Del sistema sanitario
	De las mujeres
Materia del conflicto	Normativa
	Formativa
	Clima
	Emocional
Estrategias de implementación y derivación	Apoyo emocional
	Habilidades de la comunicación
	Estar disponible-estar alerta
	Derivar
Estrategias de información y empoderamiento	Informar
	Empoderar
Seguimiento	Seguimiento en consulta
	Telefónico
	Visita domiciliaria
Registros y captación	Consultar-registrar en la historia clínica
	Habilidades para la captación
	Identificar apoyos
	Favorecer la intimidad
Necesidades	Cambio cultural
	Formación e información
	Consulta y/o persona de referencia
	Reforzamiento de las medidas económicas y legales
	Trabajo multidisciplinar
	Mejora en las infraestructuras
	Consejos de salud
	Enfermera escolar
Identidades	Sensible reconocida
	Sensible cuestionada
	Sensible en construcción
Prácticas	Educativas
	Detección
	Intervención
Obstáculos	Cultura patriarcal-socialización
	VG como problema de salud
	Resistencia al cambio



**Anexo 4. Mapa jerárquico: conflictos.**



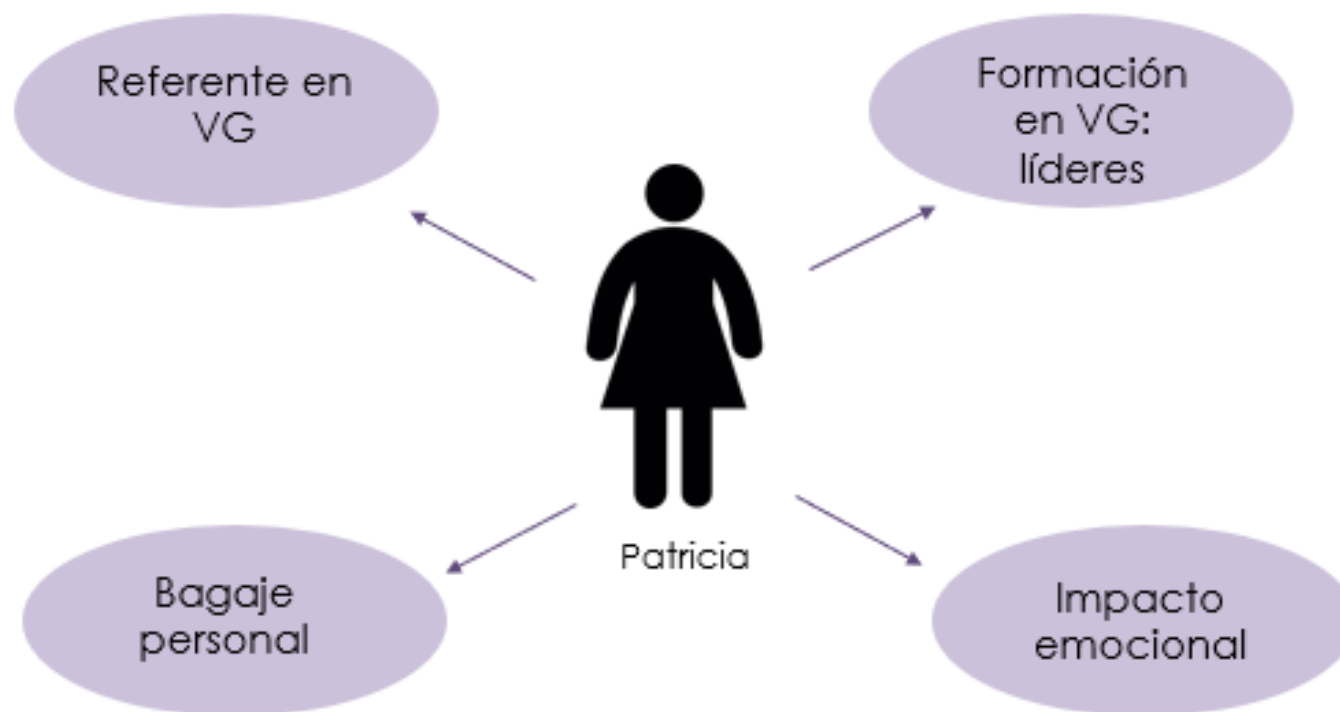
**Anexo 5. Mapa jerárquico: estrategias.**



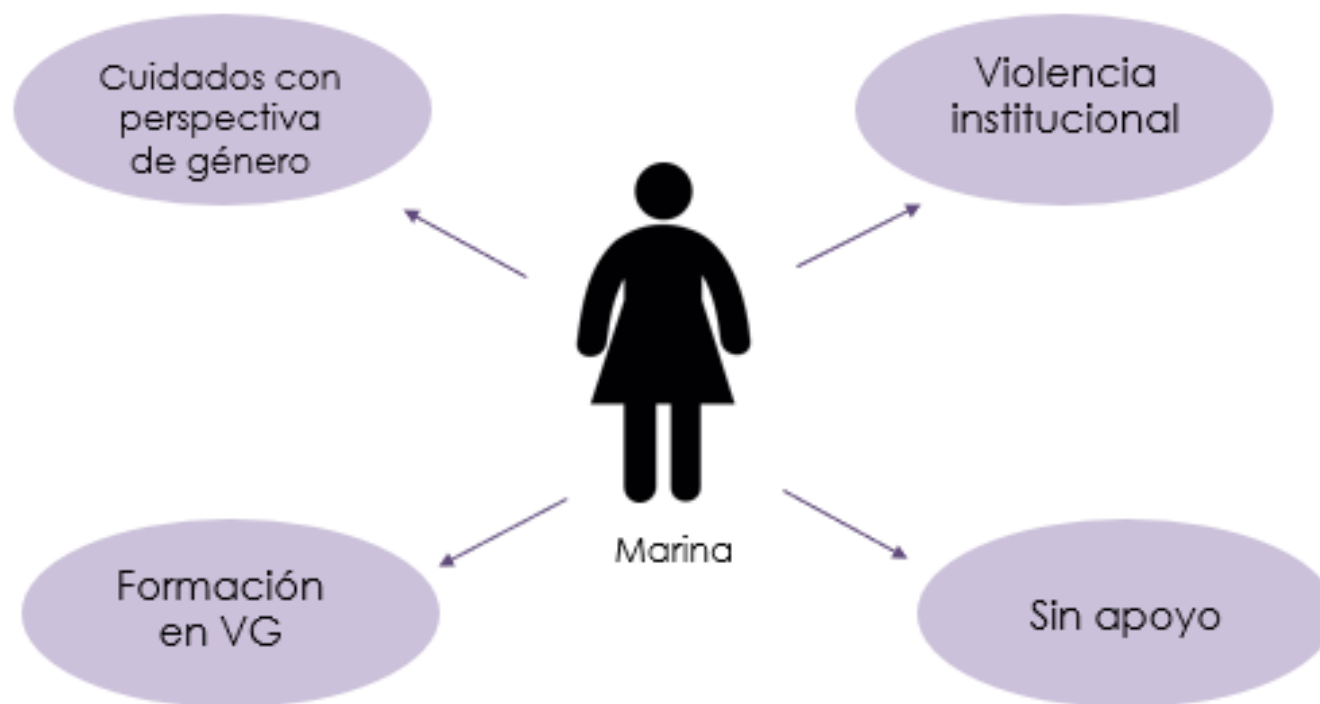
## Anexo 6. Mapa jerárquico: necesidades.



Anexo 7. Perfil sensible a la violencia de género reconocida.



Anexo 8. Perfil sensible a la violencia de género cuestionada.



Anexo 9. Perfil sensible a la violencia de género en construcción.

