



CARTAS CIENTÍFICAS

Conflictos de las enfermeras comunitarias en la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género



Conflicts of nurse community health in the application of the Andalusian Protocol for Health Action against Gender Violence

Inmaculada Lancharro-Tavero^{a,*}, Rocío Romero-Serrano^a, Dolores Torres-Enamorado^a, Almudena Arroyo-Rodríguez^a, Juana Macías-Seda^b y Eugenia Gil-García^b

^a Departamento de Enfermería, Centro Universitario de Enfermería «San Juan de Dios», Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^b Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Disponible en Internet el 17 de enero de 2022

La violencia de género es un problema de salud pública¹ y el interés en su prevención y abordaje ha aumentado en las sociedades contemporáneas. En España hay políticas de salud para la actuación sanitaria ante la violencia de género, pero con desarrollo desigual por autonomías. De estas políticas deriva la elaboración de protocolos de actuación.

En Andalucía está vigente el «Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género» que tiene como objetivos proporcionar a los profesionales sanitarios pautas de atención homogéneas, en la prevención y diagnóstico precoz, en la actuación y seguimiento de la violencia contra las mujeres². Siguiendo este marco quisimos explorar los conflictos que identifican las enfermeras comunitarias

en la aplicación del protocolo en los centros de atención primaria.

Tras aprobación del Portal de Ética de la Investigación Biomédica de Andalucía (PEIBA) y acuerdo con la Dirección del Distrito Sanitario Aljarafe-Sierra Norte y Distrito Sevilla se realizaron dos grupos de discusión, cinco enfermeras y seis enfermeros con más de 10 años de experiencia en atención primaria y de diferentes centros. Además se realizaron 26 entrevistas a informantes clave, mediante muestreo intencional, 17 enfermeras y nueve enfermeros. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado y se utilizaron pseudónimos, garantizando el anonimato. Se elaboraron dos guiones, uno para los grupos de discusión y otro para las entrevistas, en los que se trataron las percepciones de la violencia de género como problema de salud y las dificultades percibidas durante la aplicación del protocolo. Fueron grabados y transcritos y se realizó análisis de contenido³ utilizando el QSR NudisNivo12®.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: inmaculada.lancharro@sjd.edu.es (I. Lancharro-Tavero).

Tabla 1 Conflictos derivados de la aplicación del Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género

<p>Complejidad y dificultad en el abordaje Marina (M, 42 años, > 10 años en atención primaria)</p>	<p>«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»</p>
<p>Confrontación con los hombres Alicia (M, 37 años, > 10 años en atención primaria)</p>	<p>«... 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»</p>
<p>Comunicación con la familia Manuela (M, 43 años > 10 años en atención primaria)</p>	<p>«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»</p>
<p>Limitación de tiempo Catalina (M, 55 años, < 10 años en atención primaria)</p>	<p>«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 explaye, 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 ...»</p>
<p>Relación de compañerismo Luz (M, 53 años, > 10 años en atención primaria)</p>	<p>«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»</p>
<p>Falta de intimidad Juan (H, 44 años, > 10 años en atención primaria)</p>	<p>«Yo creo que deberíamos tener en la consulta un poco más personalizada, porque la verdad es que muchas veces perdemos la intimidad, y eso corta 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»</p>
<p>Falta de registro Maribel (M, 56 años, < 10 años en atención primaria)</p>	<p>«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»</p>
<p>Baja adherencia de las mujeres Montserrat (M, 47 años, > 10 años en atención primaria)</p>	<p>«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»</p>
<p>Ausencia de persona responsable Alberto (H, 52 años, > 10 años en atención primaria)</p>	<p>«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»</p>
<p>Impacto emocional Mónica (M, 53 años, > 10 años en atención primaria)</p>	<p>«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 se la llevan a una casa de acogida, aunque me hunde más también cuando se va a su propia casa»</p>

Se identificaron conflictos para atender la violencia psicológica y para la detección, abordaje y seguimiento de los casos de violencia de género. Estos conflictos evidencian discrepancias para atender dentro del sistema sanitario a las mujeres con violencia de género y señalan que el trabajo comunitario está basado en el voluntarismo de sus profesionales⁴. Los participantes además identificaron conflictos cuando la pareja asiste a la consulta con la mujer y describieron que la familia no siempre brinda apoyo y protección.

Señalaron déficits institucionales como la falta de tiempo para llegar a la confirmación de los casos y para atender los casos corroborados. Coincidían en que las actitudes negativas entre los profesionales son un conflicto que dificulta el cribado y la atención a través de protocolos⁵, junto con la falta de intimidad debido a barreras arquitectónicas y al tratamiento confidencial de la información. Asimismo, manifestaron una falta de sensibilidad en el registro de la información para su posterior uso legal.

Los profesionales sentían que tomaban decisiones por las mujeres, cuando su función debería ser ofrecer información y recursos para acompañarlas en el abandono de la relación. Identificaban situaciones donde las mujeres habían salido de la relación de maltrato y volvían para cuidarlos cuando debutaba alguna enfermedad. Había acuerdo en señalar que esas posturas adoptadas por las mujeres eran un obstáculo para la atención integral, como la tolerancia, el estigma, la vergüenza y el rol pasivo⁶. Demostraron conocimientos del ciclo de la violencia y de la importancia de las habilidades de la comunicación para evitar la huida de las mujeres, y asociaron la baja adherencia con la negativa a la denuncia por parte de las mujeres por falta de protección y miedo a las represalias.

En la aplicación del protocolo la falta de reconocimiento de la figura del responsable y su difusión evidenciaban una brecha entre teoría y práctica. Opinaban que el clima laboral influye en la capacidad de ver y reconocer escenarios de malos tratos y que el cuidado de estas mujeres lleva implícito un impacto emocional que traspasa el plano profesional para invadir el plano personal. El trabajo con violencia de género requiere autocuidado, sin embargo, los sistemas de salud en general no contemplan espacios para ello. La **tabla 1** muestra *verbatim*s de algunos conflictos.

El conocimiento de estos conflictos y su naturaleza supone el reconocimiento de la complejidad de la violencia de género. De manera natural, la formación brindada en

adelante a los profesionales debería incorporar los conflictos identificados para mejorar la atención a las mujeres y así reforzar la detección, confirmación y seguimiento de los casos de violencia de género desde los entornos sanitarios.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Grissom M, Iroku-Malize T. Violence and Public and Personal Health: Intimate Partner Violence. *FP essent.* 2019;480:22–7.
2. Consejería de Salud. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Junta de Andalucía. 2015 [Consultado Feb 27 2021]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion-General/p-2.p-2.planes-integrales/protocolo-violencia-genero?perfil=org>.
3. Vaismoradi M, Jones J, Turunen H, Snelgrove S. Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *J Nurs Educ Pract.* 2016;6:100–10, <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v6n5p100>.
4. Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, García-Quinto M, Vives-Casesb C. Atributos de atención primaria y respuestas a la violencia de compañero íntimo en España. *Gac Sanit.* 2017;31:187–93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012>.
5. Colombini M, Dockerty C, Mayhew SH. 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. *Stud Fam Plann.* 2017;48:179–200, <http://dx.doi.org/10.1111/sifp.12021>.
6. Kopčavar Guček N, Petek D, Švab I, Selič P. Barriers to Screening and Possibilities for Active Detection of Family Medicine Attendees Exposed to Intimate Partner Violence. *Zdr Varst.* 2016;55:11–20, <http://dx.doi.org/10.1515/sjph-2016-0002>.