



Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat.
Trabajo de Final de Grado

**Intervenciones de enfermería para detectar la
violencia de género en mujeres.**

Revisión Sistemática de la Literatura

Autor: Samanta Bayas Tixe

Tutora: Meritxell Sastre Rus.

Curso académico 2020 - 2021

Sant Cugat del Vallès, junio, 2021

ESCOLES UNIVERSITÀRIES GIMBERNAT GRAU D'INFERMERIA

PRESENTACIÓ TREBALL FINAL DE GRAU

Nom i Cognoms autor/a: Samanta Bayas Tixe.

Títol treball: Intervenciones de enfermería para detectar la violencia de género en mujeres. Revisión Sistemática de la Literatura

Nom i cognoms tutor/a: Meritxell Sastre Rus

Autoritzo a que aquest sigui presentat el proper mes de juny del 2021.



2021/05/25 10:00:00

Sant Cugat del Vallès, 25 de maig del 2021.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEÓRICO	10
Concepto de violencia de género y tipos	10
Violencia de género y mutilación genital femenina.	18
Dispositivos asistenciales para el manejo de la VG	19
Prevención y detección de la VG	22
Consecuencias de la VG	23
METODOLOGÍA	25
DESARROLLO	42
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAFIA	59

Índice de tablas.

Tabla 1: Formulación de pregunta de investigación con metodología PICO.

Tabla 2: PICO en terminología Mesh.

Tabla 3: Diagrama de flujo basado en las sugerencias de la declaración PRISMA.

Tabla resumen 4: Plan de cuidados a una mujer víctima de violencia de género.

Tabla resumen 5: Florida, violencia doméstica.

Tabla resumen 6: Violencia contra la mujer: factores que afectan y métodos de afrontamiento para las mujeres.

Tabla resumen 7: Una comparación del uso que hace la pareja íntima y otras sobrevivientes de agresión sexual de diferentes tipos de servicios especializados en violencia basados en hospitales.

Tabla resumen 8: Intervención del departamento de emergencias contra el alcohol: efectos sobre la violencia y depresión en el noviazgo.

Tabla resumen 9: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012.

Tabla resumen 10: La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje.

Tabla resumen 11: Papel de la enfermería ante la violencia de género.

Tabla resumen 12: Interventions for reducing and/or controlling domestic violence among pregnant women in low-and middle-income countries: a systematic review.

Tabla 13: Violencia doméstica y violencia de género – Año 2019.

Tabla 14: Denuncias presentadas por violencia de género en España.

Tabla 15: Diagrama de atención a casos de violencia de género.

RESUMEN

Introducción:

La violencia de género es definida como “cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coacción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada”. Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Objetivo:

Realizar una revisión sistemática, crítica e integrada de la literatura para poder determinar las intervenciones de enfermería en la violencia de género en cualquier etapa de la vida.

Desarrollo

Se realiza una revisión sistemática, en la cual se examina todos los artículos con evidencia científica con relación a la violencia de género, se incluirán los artículos que o citas que cumplan con unos criterios de inclusión y exclusión propuestos. Se usaron bases de datos científicas, como PubMed, Scielo, Cuidem.

Resultados

Se obtuvieron 198 artículo tras la primera búsqueda en bases de datos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Finalmente se escogieron nueve artículos que responden a la pregunta de investigación planteada y se incluyeron en el análisis de la lectura crítica.

Conclusión

La violencia de género es un problema de salud mundial, no existen estudios realizados con alta precisión de las intervenciones de enfermería y su aplicación en estos casos, la evidencia científica demuestra que la aplicación de protocolos centrados en las pacientes aporta una serie de cuidados con resultados favorecedores a los pacientes. La prevención y promoción ante casos de violencia de genero se consideran herramientas bases para abordar los casos de violencia de género.

Palabras clave: Palabras clave: violencia de género, enfermería, intervención/actuación de enfermería, detección, prevención

ABSTRACT

Introduction:

Gender violence is defined as "any act or intention that causes physical, sexual or psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether in public or private life".

The specific needs of these women are multidimensional, so health interventions are required that take into account biological, psychological and social aspects.

Objective:

Carry out a systematic, critical, and integrated review of the literature in order to determine the nursing interventions in cases of gender violence at any stage of life.

Developing

A systematic review is carried out, in which all the articles with scientific evidence in relation to gender violence are examined, the articles that or citations that meet the proposed inclusion and exclusion criteria will be included. Scientific databases were used, such as PubMed, Scielo, Cuidem.

Results.

198 articles were obtained after the first search in databases, taking into account the inclusion and exclusion criteria. Finally, nine articles were obtained that respond to the research question posed and were included in the analysis of critical reading.

Conclusion.

Gender-based violence is a global health problem, there are no studies carried out with high precision of nursing interventions and their application in these cases, scientific evidence shows that the application of patient-centered protocols provides a series of care with results flattering to patients. The prevention and promotion of cases of gender violence are considered basic tools to address cases of gender violence.

Keywords: gender violence, nursing, nursing intervention / action, detection, prevention

INTRODUCCIÓN

La realización de este trabajo de fin de grado tiene como finalidad el poder identificar las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería ante casos de violencia de género (VG), en este caso la violencia directa o indirecta hacia el género femenino en cualquier etapa de la vida.

Para ello, se realizará un análisis metodológico y sistemático de la bibliografía existente, de la cual se obtuvo la información necesaria para identificar las carencias de información que los profesionales de enfermería tienen en la actualidad con relación a la VG en España.

La violencia doméstica (VD) contra la mujer es un grave problema de salud mundial y su prevención es una prioridad de salud pública dada su extensión, magnitud y consecuencias en las mujeres y en sus familias. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2011, la define como, “todo comportamiento que, en una relación de pareja, causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos los actos de agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y los comportamientos dominantes” (1).

El rol enfermero es uno de los que intervienen cuando la víctima ha decidido realizar la denuncia. En España los casos de violencia de género son de diversos ámbitos, tanto domésticos, laborales o parejas temporales y cónyuges.

No existen grandes diferencias con la definición que la OMS impuso al concepto de VG, la cual, define el concepto de violencia contra la mujer como un acto de agresivo, daño físico, sexual o psicológico para la mujer, en los que se incluyen las amenazas, coacción ya sean en ámbitos público como privados (2).

La OMS presenta la su campaña mundial de prevención de la violencia y salud en el cual expone medidas de actuación para abordar las causas, consecuencias y expone acciones de prevención (3).

Si observamos las cifras que nos proporciona la OMS hay un predominio de violencia ejercida entre cónyuges, ya sean estos de carácter sexual, físico o psicológico. Según los últimos datos se confirma que una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido algún caso de violencia a lo largo de su vida. Se estima que un 30% de las mujeres han sufrido alguna clase de ataque por parte de sus parejas o exparejas. Este tipo de acciones indican que un 38% de los verdugos o atacantes de las mujeres han tenido una relación sentimental con las víctimas (4).

En España los datos de violencia de género rondan entre un 25 – 30% por su invisibilidad,

la falta de denuncias, en el caso que se produzca una denuncia de VG, predominan las agresiones físicas y mentales, seguidas por complicaciones de salud, daños ginecológicos y obstétricos. Las primeras instituciones en las cuales las víctimas realizan las denuncias son los centros de atención primaria o urgencias, debido a la confianza que transmiten el personal sanitario, desde mi punto de vista esto se debe a la empatía, confianza, accesibilidad, contacto directo y continuado, que predomina a la hora de realizar la consulta de los pacientes.

En algunos países de Europa, el nivel de conocimiento las enfermeras en relación siguen siendo menor al de los médicos, no todos los profesionales pueden reconocer signos o síntomas que indiquen algún tipo de maltrato, algunas afirman que es incómodo realizar test o preguntas sobre el maltrato.

España presenta un nivel medio de conocimientos sobre la VG entre sus profesionales sanitarios de los centros de atención primaria (AP) en Madrid, de estos solo un 35% de las enfermeras de AP creen que la VG es un problema con alta importancia.

En el caso de denuncia por VG, los profesionales afirman que existen dos tipos de situaciones, la primera; si la víctima denuncia es debido a la presencia de agresiones físicas, seguidas de maltrato psicológico, en cambio la segunda situación, es cuando la víctima no denuncia y esto se debe a que predomina el maltrato psicológico como el más habitual.

Aunque se usen protocolos vigentes para la detección de las agresiones sexuales, los profesionales aclaran y afirman que son poco usados, ellos se basan en las pruebas y lesiones visibles, diagnósticos etc.

El uso de protocolos es escaso debido a que los profesionales tienen miedo o incomodidad de realizar preguntas de carácter privado, ya que desconocen la reacción de los pacientes, la cual, puede provocar conflictos u ofensas (5).

Por todo ello, creemos necesaria e interesante la realización del presente trabajo, en el cual se pretende las intervenciones de enfermería existentes para detectar la violencia de género en mujeres para poder ofrecer más herramientas a las enfermeras y mejorar la calidad de los cuidados a las mujeres que sufren de violencia de género en nuestra sociedad.

MARCO TEÓRICO

El rol de enfermería es el primero en mantener el contacto con las víctimas de violencia de género al ser atendidas en los centros hospitalarios, por lo tanto, se realiza una simplificación del rol que cumplirán las enfermeras en los casos de violencia de género, se plantean una diversidad de dudas e incertidumbre. Las más destacables son las actuaciones prioritarias ante un caso de violencia de género, y el nivel de conocimientos necesarios de que disponen los profesionales para atender casos de violencia.

En la presente investigación, se optó por realizar una búsqueda amplia del tema a tratar en los últimos años, el análisis de los datos obtenidos, la determinación del margen de edad y ámbito de actuación, el número de casos, la forma de actuación de las enfermeras ante estas situaciones.

Concepto de violencia de género y tipos

En primer lugar, es imprescindible definir algunos conceptos que regirán el siguiente análisis, pasando desde su definición y concepto a su abreviación, por ende, su posterior uso a lo largo del análisis.

La violencia se define como el uso de forma intencional de la fuerza física, amenazas contra una persona o uno mismo, un grupo o comunidad que tiene como consecuencias un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte (6).

La ley orgánica 1/2004 en el artículo 1, define la violencia de género (VG) como *“Todo acto de violencia (...) que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. (...) que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”* (2).

La violencia doméstica (VD) se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables como niños, mujeres y ancianos el cual comporta graves riesgos para la salud, que genera un factor de desequilibrio para

la salud mental tanto de las víctimas como de los convivientes (3).

Se desconoce la edad precisa en la cual se producen los actos violentos, los cuales crean un impacto importante en la salud física, psicológica y reproductiva que conlleva a complicación a mujeres en etapa de gestación (4).

Anteriormente la VD estaba normalizada y se consideraba un asunto familiar, que pertenecía a la intimidad, en la actualidad se considera un problema de salud que va evolucionado desde el ámbito privado al público, pasando a ser considerado de interés social.

El fenómeno de VD se ha convertido en un fenómeno complejo, confuso y heterogéneo, no obstante, es un acto en la cual la víctima sufre daños físicos, psicológicos o sexuales, incluyendo amenazas de libertad o coacción. Al tratar temas de VG también se abarcan temas domésticos, debido a su problemática de salud, tiene pocas características sociales y demográficas que vienen condicionadas por factores externos, culturales y sociales. Al tratarse de una problemática de salud mundial, las causas no se han determinado, en ocasiones se atribuyen a los niveles de educación. En el contexto de violencia de género abarcan términos como violencia familiar, violencia de género prenatal, de pareja entre otros.

En cuanto a las formas de violencia encontramos las siguientes:

- Física: lesiones corporales infligidas de forma intencional como golpes, quemaduras, agresiones con armas, etc.
- Psicológicas: humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, no permitir tomar decisiones.
- Sexual: todos los actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad, siendo estas las relaciones sexuales forzadas, abusos, violaciones (5).

La VG puede optar por diversos nombres como, violencia doméstica, violencia por un compañero íntimo (VCI), violencia contra la mujer en la pareja o violencia conyugal. En el mismo contexto encontramos la violencia infligida por parte de una pareja íntima, la cual predomina la violencia física, sea por un exmarido o novio actual, al hablar de “violencia de pareja íntima” se incluye la violencia sexual y también abuso psicológico, estas dos formas de abuso suelen ir acompañadas de actos violentos que causan daños físicos.

Los factores como la convivencia en núcleos familiares no se observa un índice de casos altos, siendo la excepción familias numerosas, en países como Nicaragua el primer incidente de violencia se observa durante los primeros años de matrimonio, en cambio en países más desarrollados se relaciona con diferencias en la educación e ingresos económicos, según las diferencias sociales y demográficos (7).

Para tratar los conflictos de VG es imprescindible hacer partícipe a la familia, esta participación la podemos conseguir mediante intervención psicológica, en la cual podemos intervenir como profesionales.

Es necesario, definir la violencia de pareja íntima, como un comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psicológico o sexual en la cual incluyen:

- Agresiones físicas: golpes, patadas, mordidas y palizas.
- Violencia psicológica: intimidación, humillación constante.
- Relaciones sexuales forzadas y otras coacciones sexuales.
- Conductas de control: aislamiento de familiares y amigos, seguimiento de movimientos, control financiero y restricciones del acceso a los servicios (8).

Se observa que estas mujeres que conviven con el maltratador o son víctimas de coacciones acuden con mayor frecuencia a servicios de atención primaria, salud mental, traumatología y urgencias, en los cuales el primer contacto lo realizan con profesionales de enfermería.

En el caso de mujeres en etapa de gestación o violencia de género prenatal (VGP), el primer contacto se realiza en los centros de atención prenatal, observamos que las parteras presentan un papel importante en la atención y cuidado posterior de las mujeres. Aunque estudios e investigaciones anteriores afirman que las parteras presentan un nivel escaso de habilidades comunicativas, ya sea por miedo, falta de conocimiento cultural y étnico de las gestantes (9).

Otro punto por tratar son los casos de VG en embarazadas, que se puede asociar a coacciones reproductivas, a embarazos no deseado, intencionados, debido a la condición física de la gestante, es decir al escaso aumento de peso, también a abortos espontáneos, sangrado vaginal, partos prematuros y problemas de salud mental, todas estas complicaciones pueden derivar a una malformación y falta de desarrollo fetal.

De ahí que, los factores de riesgo en la VGP encontramos a mujeres jóvenes, algunas presentan adicciones como drogas y alcohol, hay un predominio de mujeres de clases social baja con recursos económico también bajos, en algunos casos con historia previa de abuso. Uno de los grupos sociales que encontramos son la población inmigrante del cual existen datos que el predominio de VGP, esto se debe al aislamiento social, las barreras idiomáticas, separación del núcleo familiar, la discriminación, todos estos factores favorecen a una disminución de autoestima y seguridad, por lo cual las mujeres maltratadas, optan por callar y no denunciar a los agresores cuando aparecen los primeros signos de violencia.

Es necesario recalcar el escaso conocimiento para abordar el tema de VGP, las madres afirman que no cuentan sus vivencias debido a que no tienen una respuesta clara sobre cómo actuar y resolver la situación, además porque sus parejas las acompañan a las visitas. Afirman que la confianza con la partera debe ser fundamentan y necesaria, si analizamos la situación entre parteras y mujeres inmigrantes, el tema de la comunicación debe ser abordada teniendo en cuenta las creencias del apaciente, ya que, en ocasiones, debido a la cultura algunas acciones no se consideran maltrato, mientras que en otras es un acto de maltrato. Como hemos dicho debe existir una confianza entre profesional y paciente, este hay que crearlo con bases de comunicación, confianza continua desde el inicio hasta el final del embarazo (7-8).

Por consiguiente, la VGP las madres gestantes se ven en ocasiones perdidas al no saber cómo actuar ante la situación, no se descarta la coacción, amenazas y maltrato si ellas denuncian a su agresor ya que se encuentran en una situación en la que predomina más la vida del feto que la de ellas, por eso muchos profesionales consideran que es un buen momento para iniciar a educar u concienciar a las mujeres sobre los abusos, en la mayoría de los casos ellas afirman que “lo harían todo por sus bebés”.

Los sanitarios deben actuar de forma inmediata, realizar una educación y aportar información necesaria y útil para ayudar a las madres gestantes, ya que la inseguridad, miedo ya sea por su bebe o por su salud aumentara con el paso de los meses, por lo tanto, el personal sanitario debe actuar e identificar los primeros signos de violencia durante las revisiones prenatales (10).

Durante el embarazo es una etapa de la mujer en la cual el índice de riesgo de violencia es mayor debido a los cambios emocionales y hormonales que conlleva la gestación. A nivel mundial, el 5% de las mujeres embarazadas han sufrido violencia por parte del compañero intimo (VCI) y el 19,8% violencia se presenta en el ámbito doméstico.

En España, encontramos pocos estudios sobre las mujeres embarazadas que son o fueron víctimas de VG por parte de su compañero, y estas oscilan entre el 2,6%-5% en el contexto de Atención Primaria a la salud y entre el 7,7% - 21,3% en el contexto hospitalario (11).

Al calificar este tipo de violencia con el vocablo de “genero”, se acepta que estamos tratando un tipo de violencia que deriva de la violencia el cual se acepta que estamos ante una situación de desigualdad de género en la cual el género femenino es sometido por el masculino, es decir se presenta un patriarcado.

Al adentrarnos en esta problemática mundial y amplia, debido al número de casos que son visibles cada año, hablamos sobre el papel de la mujer y sus daños psicológicos, físicos y sociales, pero no hablamos de cómo sus hijos se sienten al estar en un ambiente en el cual uno de sus progenitores agrede al otro. Existe una probabilidad alta en la cual los niños con madres maltratadas, también se convierten en víctimas, además desarrollan miedos, estrés y daños mentales (12).

En cuanto a la prevención y detección de la VG, es y seguirá siendo un problema de salud, la cartera de servicios de atención primaria en Madrid se incluyen los servicios de detección de riesgo de maltrato familiar desde el año 2007 a partir, de estos datos de riesgo se opta por formar al personal para capacitarlos y que puedan realizar una detección precoz del problema y así intervenir, creando un proceso y actuando ante la problemática, usando técnicas ya actividades de recuperación y rehabilitación de las mujeres en grupos de educación para la salud, sin embargo en la atención ordinaria las estrategias son escasas y los profesionales se encuentran poco informados (13).

Como herramientas para erradicar la VG se basaría en la sensibilización, la información y, sobre todo, por la educación en igualdad como medida de prevención que promueve el cambio de las estructuras sociales, económicas y culturales para lograr la igualdad y la equidad de género entre mujeres y hombres (14).

Relación entre VG y variables sociodemográficas.

Si comparamos el nivel de educación con la prevalencia de casos de VG, las mujeres que se encuentran en un bajo nivel educativo están menos protegidas a este tipo de maltratos físicos o psicológicos, la relación entre empoderamiento y riesgo de violencia no es lineal. A diferencia de muchos problemas de salud la violencia se usa para confrontar la identidad masculina, que viene relacionada con la pobreza o incapacidad para controlar a las mujeres. Se han cuestionado las causas que provocan la violencia, los estudios

realizados no determinan una causa exacta ni lo relaciona con una edad determinada, concluyen en una semejanza en la cual, el predominio de casos se debe al desarrollo de los países (15).

Desde el ámbito sanitario es interesante realizar una comparativa entre la VG con las enfermedades crónicas (EC) las enfermedades tienen una base biológica, las cuales, se pueden investigar y se encuentran en un contexto social, pero la violencia de pareja íntima se presenta en un contexto social. Es decir, se convierte en un desafío para los profesionales determinar cuáles son las causas que inicia los primeros actos de violencia. Además, las condiciones sociales se consideran factores de riesgo, como el estado de la mujer, las normas de género, estado socioeconómico, las dificultades de la pareja ya sean externos (estrés, trabajos, familias), como internos (celos, desconfianza, falta de comunicación).

Las nuevas tecnologías, especialmente entre las personas jóvenes, pueden ser un medio para ejercer o recibir VG. Según los estudios de Ivethe et al. Existe un porcentaje alto de adolescentes españoles que manifiestan conductas de celos, control e intrusión, por este motivo se debe valorar las redes sociales y las nuevas tecnologías como medio de ejercer y recibir violencia, especialmente psicología en personas jóvenes (16).

La incorporación de nuevas tecnologías permitió el ascenso de mujeres a puestos de trabajo en la cual desempeñan altos cargos, se observa una evolución significativa y por lo tanto la situación laboral actual toma un protagonismo favorable al género femenino, siendo este una de las causas de actos de VG durante el trabajo (17).

Violencia de género y enfermería

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres a pesar de los avances hasta hoy parecen no ser reconocidas, ni diagnosticadas, tampoco tratadas de forma adecuada, en parte debido al estigma social que acompaña este fenómeno. Frecuentemente los profesionales se dejan llevar por los estereotipos sociales y solo se centran en las lesiones visibles y físicas. La atención prestada por enfermería a las víctimas de violencia, en todos los niveles de atención la salud, debe estar relacionada con los aspectos terapéuticos y preventivos, en la tentativa de evitar que tales situaciones ocurran nuevamente.

Un alto porcentaje de profesionales enfermeros son mujeres, no podemos descartar ni ignorar que existan enfermeras que sean víctimas de VG y este de como resultado una falta de respuesta y acción ante las mujeres que acuden a las consultas por ayuda (18).

Si hacemos una comparativa entre las mujeres que han sido o son víctimas de VG con un

grupo de mujeres que no han sufrido violencia, podemos observar que las víctimas de VG se presentan más agresiva, con baja autoestima, presentan dificultades de relación interpersonal, algunas son consumidoras de estupefacientes, presentan problemas de salud reproductiva como infertilidad, sin olvidar las secuelas como la depresión, ansiedad, pensamientos suicidas, estrés postraumático, agresividad, impulsividad, delincuencia y abuso de sustancias químicas.

Las intervenciones de los profesionales deben ser ejecutadas de forma positiva y efectiva para tratar a las víctimas, una formación continuada de estos profesionales nos ayudaría a abordar los casos desde su inicio y a tratarlos de forma personalizada según la víctima (19).

La atención primaria que desempeñan los profesionales se basa en guías adecuadas para abordar los temas a tratar y ofrecer respuestas de salud a la población distinguiendo el género. Estas acciones se traducen en unas funciones básicas como el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, actividades de prevención y promoción de consultas, atención continuada, atención domiciliaria, educación sanitaria y acciones preventivas, vigilancia epidemiológica, derivación de usuarios a otros niveles asistenciales y otras prestaciones sanitarias.

El personal sanitario se encarga de transmitir una cultura, unos valores y procedimientos determinados, al igual que los transmiten pueden ayudar a modificarlos, si tienen la información necesaria para realizarlo, por lo cual la educación en nuevos ámbitos es imprescindible, para tener resultados favorables como educar apartando los modelos sexistas (13).

Los profesionales sanitarios deben formarse continuamente con la creación de un protocolo común para las comunidades autónomas, ayudan a la práctica asistencial, cubren las necesidades de formación para los profesionales sanitarios (20).

Una de las formas de abordaje del maltrato gestacional (MG) empezaría con las primeras visitas a la matrona o los servicios de ginecología, es decir empezaríamos una la atención de la embarazada con antecedentes es conveniente que exista una buena relación de la paciente, con su matrona y el pediatra del recién nacido, con el trabajo de los diferentes equipos en un mismo caso aportamos un seguimiento más eficaz de la salud del paciente. Cabe destacar, que los jóvenes de 15 a 18 años se consideran un grupo de edad vulnerable a estas prácticas, ya que se excluyen del programa del niño sano, lo que dificulta realizar un control periódico del estado de salud de los adolescentes (12-20).

Es importante conocer los procedimientos para la detección e intervención precoz de la

VG desde la atención primaria, ya que es un problema grave que afecta a la salud de las mujeres, la enfermería de la AP tiene un papel fundamental por su gran accesibilidad y contacto frecuente con la mujer a lo largo del ciclo vital, pudiendo detectar precozmente la VG, y esto lo conseguiremos con una formación continua a los profesionales sanitarios. La enfermería es uno de los pilares del sistema de salud, se observa un trabajo en equipo con más profesionales, y soporte del sistema de salud tradicional, sin embargo, la enfermera de practica avanzada (EPA) representa un rol más autónomo, como proponente de políticas y acciones que transforman la realidad en salud, como emprendedora de soluciones creativas y tecnológicas capaces de modificar los resultados en salud y como investigadora para resolver los desafíos de la atención avanzada, es poco conocida en el mundo (21).

Sin embargo, un estudio realizado en Reino Unido, que consistía en la búsqueda de técnicas y métodos para mejorar la calidad en la atención de la salud, demostró que el desempeño de las enfermeras mediante el fortalecimiento y la expansión de sus habilidades pueden mejorar la salud, promover la igualdad de género y ayudar al crecimiento económico.

Del mismo modo, el informe Triple Impacto de la Enfermería (2016) de la APPG establece que, sin fortalecer el rol de las enfermeras, no es posible lograr la salud universal.

Estas conclusiones y recomendaciones fueron enviadas al gobierno del Reino Unido, la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud (OMS) y fueron tan bien recibidas que se decidió lanzar una campaña global llamada Nursing Now, en asociación con la OMS e International. Consejo de Enfermería (CIE). Por otro lado, cabe destacar que la campaña Nursing Now tiene tres años (2018-2020) y tiene como objetivo mejorar la salud a nivel mundial, elevando el estado y la educación de enfermería y enfermeras.

Los EPA son profesionales con habilidades clínicas y competencia para tomar decisiones complejas para mejorar la práctica de enfermería, promover una mayor inclusión y una mejor atención en la atención de la salud en el contexto de la practica basada en la evidencia y la innovación de la tecnología Siguiendo el hilo de la EPA uno de los objetivos se basa en su mayor parte a conseguir la autonomía del enfermo en el cuidado prenatal, parto y puerperio; establecer métodos de actuación que ayude a la transformación de la enfermera de salud de la mujer con mujeres víctimas de violencia y en temas relacionados con salud mental y reproductiva, opciones sexuales y de género.

La intención es formar a los profesionales de atención primaria con competencias de la

EPA en el área de la mujer, para conseguir una autonomía tanto profesional como práctica, desarrollo de actividades de casos, para poder gestionar e identificar los primeros síntomas y signos de agresión y VG. Enfermería cumple uno de los papeles principales a la hora de los cuidados en una víctima de violencia de género, el primer contacto se realiza en las consultas de ginecología, en atención primaria, se observa que falta conocimientos en el personal de enfermería a la hora de realizar un seguimiento o intervenir por primera vez ante un caso de violencia de género. Una de las formas en cómo se puede mejorar la atención e identificación de los casos de VG, es la implementación de protocolos adaptados a las situaciones, por lo cual, las enfermeras de práctica avanzada desarrollan y mejoran las habilidades clínicas y de investigación innovadoras, que consisten en protocolos para mejorar los resultados de intervención, la inclusión de los pacientes en el sistema de salud y la ampliación de los límites de la práctica avanzada (22).

Al detectar un caso claro de VG, los profesionales siguen el protocolo de actuación desde el momento en que la víctima entra a urgencias hasta que se deriva a los asuntos sociales y centros de ayuda dirigidos a las mujeres.

El papel de la enfermería es clave en la detección precoz de los casos de violencia de género, por el contacto directo con las mujeres y la empatía y agudeza de los profesionales. Pero es una gran responsabilidad que tiene que estar respaldada por una formación, ya que actualmente esta formación es escasa.

Cuando las enfermeras se enfrentan a estas situaciones complejas de su rol, como atender a VG, no tienen idea de cómo abarcar el caso, ya que incluso estas mismas enfermeras pueden pertenecer a este grupo, se puede decir que aparecen tres formas básicas de expresar el maltrato.

Por un lado, se observa en primer lugar, la evasión de toda discusión racional y afectiva además hay una verdad objetiva y evidencia física de golpes. En la segunda expresión pervive la lógica de la indiferencia de la irresponsabilidad por el desconocimiento de las leyes que obligan a actuar ante la violencia y de la alienación frente al sentido complejo que constituye el acto del cuidado y una herida que se cura.

Por último, en la tercera experiencia se evidencia la existencia por fortuna de una lógica crítica acompañada de una actitud reflexiva y participativa (23).

Violencia de género y mutilación genital femenina.

Al tratar la VG no solo abarcamos daños físicos, psicológicos o verbales, también

podemos incluir los rituales o actos culturales, en este caso podemos hablar de la mutilación genital femenina (MGF) que se realiza en la infancia, que dará como resultado complicaciones de salud en las niñas.

Según la definición de la ONU, la MGF fue incluida como una forma de violencia contra la mujer, en la “Declaración y Plataforma de Acción de Beijing” de 1995, durante la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas. Pero no fue hasta el año 1979 cuando la “violencia de género” fue tratada de forma específica por la Asamblea General de la ONU.

En la cual se crea, el 18 de diciembre de 1979, la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” (CEDAW), incorporando a las mujeres al ámbito de los derechos humanos. En España se trata de un delito de lesiones recogidas en el art 149.2 del código penal, en la ley orgánica de 26/2015 en el art 11, recogen la protección de los menores contra todo tipo de violencia, incluida la MGF.

No existen datos sobre el número de casos oficial de mujeres y niñas que han sufrido esta práctica, sin embargo, en Cataluña se usan códigos específicos para diagnosticar, del cual obtenemos un número estimado de casos, según la investigación se determina un término de diagnóstico de enfermería denominado “riesgo de mutilación genital femenina”.

En el año 2015 el ministerio de sanidad público un protocolo común sanitario en caso de MGF, al mismo tiempo cada comunidad autónoma crea y establece sus propios protocolos de actuación. Ahora bien, no es lo mismo hablar del continente europeo, que americano o asiático, si comparamos dos países con el mismo idioma, pero con diferente cultura.

Según el artículo sobre los estudios de diferencias culturales se observan los porcentajes más altos en el país latinoamericano debido a que las leyes de defensa hacia las mujeres solo reconocen como violencia los daños y lesiones observables, aun así, estos datos demuestran que la problemática es predominante en la actualidad independientemente de la cultura, pero se observa que hay una relación entre la VG y el nivel de estudios (20).

Dispositivos asistenciales para el manejo de la VG.

La AP forma el primer nivel asistencial y se caracteriza por tener alta accesibilidad, capacidad para abordar íntegramente problemas de salud y atender a la comunidad de una forma integral, integrada, permanente, continuada y activa.

Estos centros son lugares privilegiados para ello, considerando que aproximadamente el 30% de las mujeres que acuden a los CS están sufriendo violencia por parte de su pareja, desde los servicios sanitarios solo se diagnostica un pequeño porcentaje con un retraso de entre 6 y 10 años desde el inicio de las agresiones.

Los profesionales de enfermería deben saber interpretar los indicadores que nos proporcionan las mujeres víctimas de VG.

Existe más probabilidad de VG en:

- Mujer con antecedentes como: maltrato infantil o violencia en la familia.
- Hábitos de vida como el uso de alcohol, drogas o psicofármacos.
- La presentación de las repercusiones en la salud de la VG puede actuar como indicadores de sospecha de VG.
- En caso de embarazo, puerperio y/o problemas gineco-obstétricos: lesiones abdominales sin justificación adecuada, inicio tardío en visitas de control prenatal, depresión postparto que no remite, demanda frecuente de anticonceptivos de emergencia.
- Ante lesiones físicas evidentes: relato incoherente del mecanismo lesivo, alta frecuencia de incidentes, lesiones de diferente estadio evolutivo o crisis de ansiedad.
- Mujer que se comporta de la siguiente forma: mirada huidiza, ropa inadecuada a la época del año, nerviosa, falta de cuidado personal, actitudes de aceptación de la violencia.
- El comportamiento de la mujer cuando acude con su pareja a la consulta suele ser con temor al responder, mira a su pareja antes de hablar y busca constantemente su aprobación.
- La utilización de los servicios sanitarios por estas mujeres se caracteriza por alternar periodos de hiper frecuentación con otros de abandono, incumplimiento de citas, uso repetitivo de los servicios de urgencias, frecuentes hospitalizaciones, acudir en pareja cuando antes no lo hacía.
- Hombre que acompaña a su pareja y se comporta de la siguiente forma: es la pareja la que explica los síntomas de la enfermedad de la mujer, controla la medicación, solicita estar presente en todas las visitas de atención primaria, además desvaloriza las capacidades de la mujer y suele ser agresivo con el equipo sanitario solicitando atención para ella (24).

Los profesionales sanitarios deben conocer todos los recursos para poder ayudar a las víctimas que acuden a las consultas, como hemos visto anteriormente, enfermería se considera uno de los primeros profesionales en tener contacto con las víctimas tanto en AP y consultas, por este motivo es imprescindible dotar a los profesionales de todos los recursos necesarios, la información adecuada para que esta pueda ser transmitida a las mujeres.

Algunos de estos recursos son:

- Una **guía de derechos** en la que expone el concepto de VG y los derechos que poseen las mujeres, ya que en ocasiones la mujer lo desconoce.
- La **web de recursos** de apoyo y prevención ante casos de VG, este se asocia a la web del ministerio de sanidad, política social e igualdad que localiza los mapas de cedés policiales, judiciales, atención y asesoramiento en casos de violencia hacia la mujer.
- **Llamadas al 016** por VG, a los servicios telefónicos de información y asesoramiento jurídico en materia de VG, un servicio con disponibilidad de 24 horas los 365 días del año y adaptado a la situación personal de las víctimas de violencia de género que garantiza el cumplimiento del derecho de información, reconocido en el artículo 18 de la Ley Integral a las mujeres víctimas de violencia de género garantizando la confidencialidad de los datos prestados y derivando automáticamente aquellas llamadas de emergencia y/o urgencia a los centros 112 autonómicos.
- **Ayuda tele asistemática** para víctimas de VG, es decir a personas mayores y discapacitado, otros departamentos también actúan ofreciendo teleasistencia con temas judiciales de protección. Ofrecen servicios telemáticos a mujeres con órdenes de alejamiento o protección, que no conviva con el maltratador
- **Contratos bonificados** de mujeres víctimas de violencia y contratos de sustitución de víctimas de VG, en la cual se establecen una serie de derechos laborales según la ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre.
- **Ayuda económica** prevista en el artículo 27 de la ley integral en la cual se garantiza la percepción de una ayuda social (25).

Prevención y detección de la VG

Encontramos la prevención secundaria, que consiste en detectar precozmente el problema y aplicar intervenciones dirigidas a impedir o retrasar el desarrollo de enfermedades, la cual es una tarea fundamental dentro de los equipos de atención primaria.

Los Centros de Salud (CS) son lugares fundamentales para ello, considerando que frecuentemente las mujeres que sufren VG acuden a los CS. Según Cirici et al, aproximadamente el 90% de mujeres maltratadas acude al centro de AP durante el año siguiente de haber sido agredida. se observa una infra detección desde los servicios sanitarios de la CG (26).

Aun así, el uso de una escala para detectar la VG y su nivel de intensidad como, por ejemplo, la versión española de *Index Of. Spouse Abuse (ISA)*: formada por 30 ítems, mide violencia física, sexual y emocional, conductas de control y aislamiento y la gravedad de la violencia contra la mujer, útil para realizar estudios más profundos de investigación sobre la violencia.

- El *PMWI-SF*, mide el grado de maltrato psicológico. Este cuestionario es una versión corta del original, incluye comportamientos abusivos que pueden sufrir las mujeres víctimas de VG.

La valoración integral de la situación incluirá 3 valoraciones:

1. **Valoración Biopsicosocial:** debe incluir una exploración de lesiones, síntomas físicos y situación, familiar, emocional y/o económica.
2. **Valoración de la situación de violencia:** Tipo, frecuencia, intensidad de VG, tiempo de evolución y alcance de salud, afectación a otros miembros del núcleo familiar, mecanismos de afrontamiento desarrollados por la mujer y fase del proceso de motivación para el cambio en el que se encuentra la víctima.
3. **Valoración de seguridad y riesgo vital:** se realiza para valorar riesgo de lesiones graves o peligro de vida para la mujer, sus hijos/as o familiares

Para el abordaje del problema se deben seguir los principios éticos profesionales recogidos en la Ley de Autonomía del paciente y el código deontológico de Enfermería, se trata de un conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional (27).

Ante todo, se deben evitar prejuicios con las intervenciones (principio de no maleficencia), además de velar por el beneficio de la salud (principio de beneficencia).

Es importante recordar que el Código Deontológico de la Enfermería Española señala que

la Enfermería tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales (Art. 55) teniendo un papel primordial en la salvaguarda de los derechos humanos. (Art. 53). También es importante tener presente los derechos y obligaciones en cuanto a la información y documentación clínica (Ley de Autonomía del Paciente y Ley de Protección de Datos). La confidencialidad, privacidad e intimidad, deben mantenerse en toda intervención. Se debe respetar la autonomía de la mujer para la toma de decisiones, sin embargo, en España, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento la situación de posible hecho delictivo a la autoridad judicial.

Los profesionales pueden encontrarse ante el dilema de comunicar la situación o el derecho de autonomía de la mujer, cuando ésta no desea revelar la situación. Ante este dilema ético la ley de protección a la mujer de 2004 establece y especifica que, en caso de sospecha de delito, la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta, teniendo los profesionales sanitarios la obligación de comunicar situaciones de posibles hechos delictivos a las autoridades judiciales.

La finalidad de la intervención es restablecer la salud, y promocionar el desarrollo de una vida en un entorno saludable y libre de violencia. Tras la confirmación de una sospecha, el personal sanitario debe realizar una función de soporte en educación e información a la mujer, atención en consulta y derivación cuando se requiera. La respuesta de las mujeres ante una situación de violencia de género está condicionada entre otras causas por los recursos psicosociales y apoyos de los que dispone.

Es probable que cuando las mujeres llegan al CS, hayan realizado un proceso de reflexión, incluso tomando decisiones, por lo tanto, importante tener en cuenta el proceso de cambio en el que se encuentra la mujer para no cometer errores en la intervención, la intervención sanitaria dependerá de la valoración de riesgo vital, cuando ésta resulte negativa, dependerá de la fase de motivación para el cambio en la que se encuentre la mujer (28).

Consecuencias de la VG

En España, los casos más graves de VG suelen terminar con la muerte de las mujeres, se calculan que mueren aproximadamente 70 mujeres al año, este número nos da una idea aproximada de mujeres que piden ayuda, a posibles agresiones posteriores, se trata de una

muestra de emergencia y también de la salida a la luz de un problema que puede ser detectado previamente, evitando causas mayores como la muerte de una mujer (12).

En los últimos diez años la posición de las mujeres ha sufrido un cambio, a causa de diferentes factores, en los que se incluyen los cambios científicos incluyendo el desarrollo en las medidas de planificación familiar, aumento de derechos de la mujer, el acceso a la formación ha ido en aumento en todos los niveles.

Se observa una disminución de ideales en la cual los hombres aplican la violencia para obtener respeto y sumisión, aunque aún existen hombres que buscan mujeres que puedan ser dominadas, entienden la agresividad, los insultos como única solución para someter a la mujer cuando “no cumple las expectativas personales” (25).

METODOLOGÍA

DISEÑO

Se realizó una revisión sistemática y crítica de la bibliografía.

OBJETIVO

El objetivo principal es identificar las intervenciones de enfermería para el abordaje de los en casos de violencia de genero.

Como objetivos secundarios, que se relacionaran con el objetivo principal son:

- Valorar el nivel de conocimientos acerca de este tipo de violencia entre el personal sanitarios incluyendo protocolos y normas de actuación.
- Conocer la experiencia, tanto laboral como personal previo de esta violencia.
- Conocer las limitaciones, tanto institucionales como personales que impiden el diagnóstico de un mayor número de casos.

Criterios de inclusión

- Artículos publicados en idiomas tanto español como inglés.
- Los que hagan referencia las intervenciones o actuación de enfermeras en casos de violencia de género o doméstica.
- Formaran parte de este trabajo los artículos de acceso completo.
- Se incluyen protocolos de actuación.

Criterios de exclusión

- Se excluyen artículos publicados antes del 2010.
- Se excluyen publicaciones de acceso de pago y suscripción.
- Se excluyen los artículos encontrados que no sean de bases de datos escritas anteriormente (literatura gris).

Como primer paso, se plantea una pregunta de investigación, la cual, la obtendremos mediante la metodología PICO, que nos permitirá la realización de una búsqueda de los artículos de interés y posteriormente la lectura, su análisis sistemático y crítico de la información bibliográfica encontrada teniendo en cuantas los filtros aplicados para poder descartar los artículos que no sean relevantes para la realización de esta revisión bibliográfica.

La metodología PICO es mayoritariamente usada por los profesionales de la salud para la elaboración de preguntas clínicas o de investigación. Su diseño se basa en la adhesión

de cuatro elementos diferentes, este acrónimo PICO facilita recordar los componentes de la siguiente estructura:

- **(P) Paciente o problema** de interés, hace referencia a las características del paciente o grupo de pacientes; características del problema o condición.
- **(I) Intervención:** intervención principal a considerar (terapéutica, preventiva, diagnóstica, exposición de riesgo, etc.).
- **(C) Intervención de comparación**, que es la alternativa con la que comparar la intervención principal (hay que tener en cuenta, que en ocasiones no se dispone de una intervención con la que comparar).
- **(O) (outcomes)** resultado a valorar: efectos de la intervención, en términos de mejora, efectos secundarios, etc.

Hoy en día, la metodología PICO se usa en la construcción de preguntas de indagación en todos los ámbitos, no solo en estudios de medicina o relacionados con disciplinas de ciencias de la salud y similares (29).

Teniendo presente los componentes de la metodología PICO, con el objetivo de sintetizar y secuenciar el pensamiento enfermero basándonos en la selección idónea de la evidencia científica, se formula la pregunta de investigación, en este caso no realizamos una comparativa, por lo tanto, el acrónimo C (comparación) no interviene en la pregunta de investigación.

Tabla 1: Formulación de pregunta de investigación con metodología PICO

FORMULACION DE PREGUNTA DE INVESTIGACION CON METODOLOGIA	
P.I.C. O	
P (Paciente)	<i>¿Cuáles son las principales características del paciente o problema?</i>
	Mujeres Víctimas de violencia de género
I (Intervención)	<i>¿Qué intervención, factor pronóstico o exposición se considera?</i>
	Intervenciones Enfermeras Actuación de enfermería
C (Comparador)	<i>¿Cuál es la principal alternativa a comparar con la intervención?</i>

O (Resultados)	<i>¿Qué se espera lograr, medir, mejorar o afectar?</i>
	Prevención Detección

Tras la aplicación de la metodología PICO obtenemos nuestra pregunta de investigación.
¿Cuáles son las intervenciones de enfermería para detectar o prevenir la violencia de género en mujeres?

Palabras clave: violencia de género, enfermería, intervención/actuación de enfermería, detección, prevención.

Para ampliar la búsqueda bibliográfica, se incorpora sinónimos de nuestras palabras clave, con el objetivo de encontrar un número considerable de artículos que serán revisados y descartados si no cumplen los requisitos de aceptación para la realización de este trabajo.

Una vez elegido las palabras clave o de búsqueda las usaremos en una base de datos, pero para obtener una búsqueda más amplia usaremos HoNSelect. (30)

El cual, es un catálogo de términos médicos y un integrador de búsqueda estrictamente para recuperar asuntos médicos y de salud, debido a que combina cinco tipos de información, en la cual incluyen, un tesoro de referencia, términos Mesh, artículos

científicos, noticias de atención de salud, sitios Web y multimedia, por lo cual es una herramienta con una gran eficacia y ayuda para transformar nuestras palabras clave en términos Mesh.

Tabla 2: PICO en terminología Mesh

P	Mujeres maltratadas	Battered Women
	Víctimas de violencia de genero	Victims of gender violence
	Violencia domestica	Domestic violence
	Violencia familiar	Violence family
I	Intervenciones enfermeras	Nursing intervention
	Plan de cuidados de enfermería	Care plan, nursing
	Salud de la mujer	Women's Health Primary
	Enfermería de atención primaria	Health Care
	Personal de salud	Health Personnel
C	-----	
O	Prevención	Prevention
	Detección	Detection

Con las palabras claves en términos Mesh, se usarán en una base de datos para realizar búsquedas específicas relacionadas con el tema del trabajo, con el uso de operadores booleanos, “OR” y “AND”, estos nos ayudan a afinar los resultados a la hora de implementarlos en las bases de datos, el uso de comillas nos sirve para realizar una búsqueda de frases masa exactas y el uso de paréntesis para indicar las preferencias de búsquedas. Como resultado se obtiene una ecuación de búsqueda que posteriormente se introducirán en las bases de datos en este caso PubMed, Scielo, Cuiden y Google Scholar.

Ecuación preliminar de búsqueda:

- Battered Women **OR** Victims of gender violence **OR** Domestic violence **OR** Violence family **AND** Nursing intervention **OR** Care plan, nursing **OR** Women's Health **OR** Primary **OR** Health Care **OR** Health Personnel **AND** Prevention **OR** Detection

Se realizo un diagrama de flujo (Tabla 1) con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados para favorecer la visualización de la metodología de

búsqueda. Todos los términos definidos en este trabajo son referenciados, para su aceptación e inclusión se optó por seguir criterios de autenticidad y vigencia de páginas web.

Búsqueda en base de datos:

1. CUIDEN

- *Battered Women OR Violence domestic OR Victims of gender violence AND Nursing intervention OR Nursing performance OR Primary Health Care AND Prevention OR Detection*

Se realiza una búsqueda en Cuiden usando los mismos términos de búsqueda expuestas en la pregunta PICO, se obtiene como resultado 20 artículos que incluyen los términos de búsqueda, se analizan los artículos usando los mismos términos de exclusión e inclusión, se eligen 9 artículos que guardan relación con el tema del presente trabajo

2. Google Scholar

Se realizó una búsqueda con las palabras claves procedentes de la aplicación de la metodología PICO, con los mismos operadores booleanos descritos anteriormente, se obtienen 22.000 resultados, a continuación, se describen los criterios de búsqueda y filtros: intervalo específico (2010-2020), búsqueda en inglés y español, se incluyen patentes y citas, de acceso gratis.

Se obtienen 17 artículos que presentan los criterios de búsqueda, para complementar el desarrollo del trabajo.

3. PUBMED

Siguiendo el mismo hilo y metodología de búsqueda se realizó una búsqueda conforme a las palabras clave resultantes de la metodología PICO, y con los criterios y filtros establecidos para la búsqueda de artículos.

- Primera búsqueda:

((((((((Battered Women) OR (gender violence)) OR (Domestic violence)) OR (Violence family)) AND (Nursing intervention)) OR (Care plan, nursing)) OR (Women's Health)) OR (Primary Health Care)) OR (Health Personnel)) AND (Prevention)) OR (Detection)

Se realizó la búsqueda con todas las palabras clave en términos Mesh y se obtienen 2.603.920 artículos, se aplican los criterios de exclusión anteriormente mencionados y obtenemos 540.676, pero en la revisión previa de cada artículo se descartan los que no guardan relación con el tema principal, guardando 172 artículos, los cuales se realizan un análisis de su contenido para profundizar la búsqueda.

De manera paralela, se llevó a cabo una lectura de los artículos y posterior análisis más detallado sobre su contenido, para obtener una cierta relevancia.

El diagrama de flujo que aplicaremos en el presente trabajo es PRISMA, el cual deriva de una ampliación de la Declaración QUOROM, tras modificaciones la plantilla de PRISMA se basa en un diagrama de cuatro fases, en la cual se muestra de forma resumida, visible la cantidad de artículos usados para el análisis de trabajo (31).

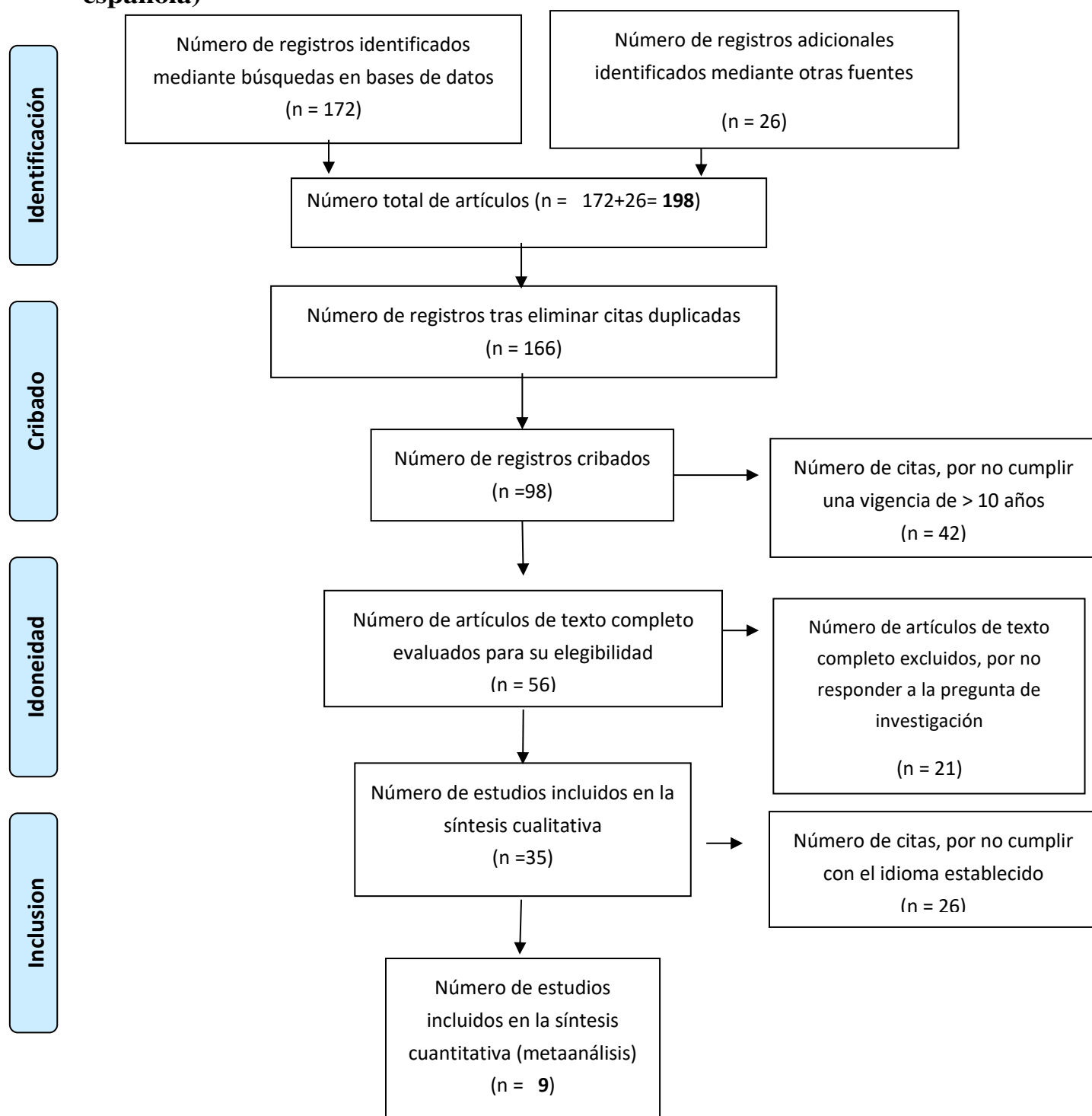
Posteriormente, se realiza una lectura y selección crítica y sistemática de aquellos artículos o citas que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión propuestos, y que tenían relación con el tema en cuestión de este trabajo (intervenciones de enfermería para abordar casos de violencia de género); descartando la bibliografía duplicada y demás fuentes, siendo explicado en el diagrama de flujo anterior. Finalmente, se llega a la conclusión de que 16 artículos responden o ayudan a responder la pregunta de investigación de esta revisión.

Tabla 3: Diagrama de flujo basado en las sugerencias de la declaración

PRISMA.



PRISMA 2009 Diagrama de Flujo (Spanish versión - versión española)



Fuente: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097 Para más información, visite: www.prisma-statement.org

Resultados

Para realizar una evaluación de calidad de los artículos posteriormente usados en el desarrollo del este trabajo, se realiza una lectura crítica de calidad de forma sistemática, lo cual, se usó una plataforma digital “Fichas de lectura Crítica (FLC 3.0)” se caracterizan por estar validadas por expertos encargados de evaluar artículos de carácter sanitario, se pretende una visualización resumida del artículo mediante el uso de tablas, con el objetivo de facilitar el acceso a una evaluación de calidad y sintetizado.

Se optó por realizar una lectura crítica de los artículos más detallados resultantes de una búsqueda previa, para valorar y resaltar aspectos metodológicos de interés e importantes.

- **Tabla resumen 4:** Florida, violencia doméstica (32).
- **Tabla resumen 5:** Intervención del departamento de emergencias contra el alcohol: efectos sobre la violencia y depresión en el noviazgo (35).
- **Tabla resumen 6:** Violencia contra la mujer: factores que afectan y métodos de afrontamiento para las mujeres (36).
- **Tabla resumen 7:** Plan de cuidados a una mujer víctima de violencia de género (39).
- **Tabla resumen 8:** Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012 (40).
- **Tabla resumen 9:** La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje (41).
- **Tabla resumen 10:** Papel de la enfermería ante la violencia de género (42).
- **Tabla resumen 11:** Interventions for reducing and/or controlling domestic violence among pregnant women in low-and middle-income countries: a systematic review (43).
- **Tabla resumen 12:** Una comparación del uso que hace la pareja íntima y otras sobrevivientes de agresión sexual de diferentes tipos de servicios especializados en violencia basados en hospitales (44).

Tabla resumen 4: Plan de cuidados a una mujer víctima de violencia de genero (39).

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Fernández, 2016	<p>Diseño: Plan de cuidados enfermeros</p> <p>Objetivos: Realizar un plan de cuidados semanales a paciente víctima de violencia de genero por parte de su exmarido.</p> <p>Localización y periodo de realización: Estudio se realiza en centro de salud de atención primaria, en consultas de enfermería durante un periodo de 2 meses</p>	<p>Población: No</p> <p>Intervención: Sin información</p> <p>Comparación: Sin información</p> <p>Resultados analizados: Sin información</p>	<p>Tipo de estudios incluidos: Plan de cuidados</p> <p>Método evaluación calidad: No</p>	<p>Nº estudios incluidos: Sí</p> <p>Resultados: No</p>	<p>Hay que tener en cuenta que se puede desempeñar un papel fundamental desde los servicios sanitarios para ayudar a las mujeres que sufren violencia de género, ya que la mayoría de estas, entran en contacto con alguno de ellos en algún momento de su vida y frecuentemente es la consulta de enfermería.</p> <p>Son necesarios más recursos para reforzar la prevención de la violencia de género, con la idea de que no se produzca un primer episodio</p> <p>La enfermera/o tiene la responsabilidad de facilitar la creación y puesta en marcha del plan de cuidados individualizado con la suficiente flexibilidad como para modificar los resultados e intervenciones según vaya siendo necesario, asegurando la actuación sobre los aspectos generales estandarizados, así como una buena coordinación entre niveles asistenciales.</p>	ALTA

Tabla resumen 5: Florida, violencia doméstica (32).

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Houseman,2021	<p>Diseño: Revisión sistemática de bibliografía.</p> <p>Objetivos: vacío</p> <p>Localización y periodo de realización: Florida.</p>	<p>Población: Define e integra información relevante para el estudio</p> <p>Intervención: Parcialmente</p> <p>Comparación: Sin información</p> <p>Resultados analizados: Parcialmente</p>	<p>Tipo de estudios incluidos: Estudio epidemiológico con un objetivo general descriptivo de intervenciones de enfermería.</p> <p>Método evaluación calidad: No</p>	<p>Nº estudios incluidos: No</p> <p>Resultados: No</p>	<p>Es importante conocer los estatutos federales y estatales que rigen el abuso doméstico y familiar. Recuerde que denunciar la violencia doméstica y familiar a las fuerzas del orden público no evita la documentación detallada en el expediente médico. No informar el abuso infantil es ilegal en la mayoría de los estados.</p> <p>No informar el abuso de la pareja íntima y de los ancianos es ilegal en muchos estados. El maltrato es un delito y el paciente debe saber que hay ayuda disponible. Si el paciente desea ayuda legal, se debe llamar a la policía local. En algunas jurisdicciones, la denuncia de violencia doméstica es obligatoria.</p> <p>Se debe explicar al paciente la obligación legal de denunciar el abuso.</p> <p>Se debe informar al paciente cómo las autoridades locales suelen responder a tales informes y proporcionar procedimientos de seguimiento. Abordar el riesgo de represalias, la necesidad de refugio y posiblemente una orden de protección de emergencia (disponible en todos los estados y el Distrito de Columbia).</p> <p>Si existe la posibilidad de que la seguridad del paciente se vea comprometida, el médico debe trabajar con el paciente y las autoridades para proteger mejor al paciente y al mismo tiempo cumplir con las obligaciones legales de notificación.</p> <p>El papel clínico en el manejo de un paciente abusado va más allá de obedecer las leyes que exigen la denuncia; Existe la obligación primordial de proteger la vida del paciente.</p> <p>El médico debe ayudar a mitigar el daño potencial que resulta de la notificación, para brindar la atención continúa adecuada y preservar la seguridad del paciente.</p> <p>El profesional de la salud debe permanecer durante la entrevista si el paciente lo desea y la policía lo acepta.</p> <p>El registro médico debe reflejar el incidente descrito por el paciente y cualquier hallazgo del examen físico. Incluya la fecha y hora en que se tomó el informe y el nombre y número de placa del oficial.</p>	MEDIA

Tabla resumen 6: Violencia contra la mujer: factores que afectan y métodos de afrontamiento para las mujeres (36).

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Duran,2019	<p>Diseño:</p> <p>El estudio descriptivo y transversal se realizó de septiembre a diciembre de 2017 y comprendió a mujeres casadas que vivían en Kesan, un distrito de la provincia turca de Edirne. Se utilizó un cuestionario autogenerado para recopilar datos sociodemográficos y la exposición de las mujeres a la violencia doméstica. Se utilizó SPSS 16 para analizar los datos.</p> <p>Objetivos:</p> <p>Determinar la exposición de las mujeres a la violencia doméstica, factores que afectan y métodos de afrontamiento.</p> <p>Localización y periodo de realización:</p> <p>población en Kea san, en Turquía a un grupo de mujeres casadas en 2017</p>	<p>Población:</p> <p>Grupo de mujeres con antecedentes de violencia de genero</p> <p>Enfermedad:</p> <p>sí, determina el número de mujeres que han sido víctimas de violencia verbal o emocional.</p> <p>Exposición:</p> <p>sí, se tiene en cuenta los criterios de exclusión para la realización del estudio</p>	<p>N casos y controles:</p> <p>CASO: mujeres casadas sin problemas de comunicación o mentales</p> <p>Criterios casos:</p> <p>Se incluyó a mujeres casadas de 15 años o más que no tenían problemas de comunicación o mentales y se ofrecieron como voluntarias para participar. Se excluyó a quienes tuvieran algún trastorno de percepción y / o mental o no estuvieran dispuestos a participar</p> <p>Criterios controles:</p> <p>No</p> <p>Exposición casos:</p> <p>Parcialmente</p> <p>Exposición controles:</p> <p>Sí</p>	<p>De los 586 sujetos, 321 (55%) tenían hasta 40 años, mientras que 265 (45%) tenían 41 años o más. La violencia doméstica fue denunciada por 156 (26,6%) mujeres. La paliza ocupó el primer lugar entre los comportamientos de violencia física informados por 83 (14,2%) sujetos. Los insultos y los gritos ocuparon el primer lugar entre los comportamientos de violencia verbal informados por 118 (20,1%). Mantener a las mujeres a cierta distancia ocupó el primer lugar entre las conductas de violencia emocional, reportado por 95 (16,2%). La no compra de las necesidades fundamentales del hogar ocupó el primer lugar entre las conductas de violencia económica, reportado por 38 (6,5%). Finalmente, 14 (2,4%) informaron haber sido forzados físicamente a participar en un acto sexual, lo que ocupó el primer lugar entre los comportamientos de violencia sexual. De entre las mujeres abusadas, 114 (66,7%) mujeres dijeron que la violencia se produjo debido a la ira instantánea de sus parejas, y 69</p>	<p>Las mujeres prefirieron guardar silencio sobre la violencia doméstica. Es necesario introducir programas de prevención urgentes para poner fin a la violencia doméstica.</p>	ALTA

Tabla resumen 7: Una comparación del uso que hace la pareja íntima y otras sobrevivientes de agresión sexual de diferentes tipos de servicios especializados en violencia basados en hospitales (44).

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
DuMont,2017	<p>Diseño:</p> <p>Examina la evidencia científica de un grupo de mujeres víctimas de violencia de género y posterior uso de centros sanitarios.</p> <p>Objetivos:</p> <p>Determinar el uso de servicios especializados en mujeres víctimas de violencia de género.</p> <p>Localización y periodo de realización:</p> <p>Todos los datos se recopilaron de forma prospectiva desde el 1 de abril de 2009 hasta el 30 de junio de 2011, los clientes fueron entrevistados por los SANE asistentes como parte de la prestación de atención clínica, en hospitales provinciales</p>	<p>Población:</p> <p>Personas que acudieron a centros de salud tras agresiones sexuales y violencia domestica</p> <p>Intervención:</p> <p>Determinar el número de casos de mujeres agredidas</p> <p>Comparación:</p> <p>No</p> <p>Resultados analizados:</p> <p>Sin información</p>	<p>Tipo de estudios incluidos:</p> <p>Estudio epidemiológico descriptivo y analítico</p> <p>Método evaluación calidad:</p> <p>Se usan localidades con las que pueden extraer datos fiables, se realiza un análisis la población estableciendo un tiempo de estudio,</p>	<p>N° estudios incluidos:</p> <p>Se examino datos de 619 mujeres de 16 años o más que fueron agredidas sexualmente por un agresor.</p> <p>Resultados:</p> <p>Las mujeres agredidas sexualmente por una pareja íntima actual o anterior tenían menos probabilidades que las agredidas por otro agresor conocido o un extraño de haber recibido anticoncepción de emergencia</p>	<p>Las mujeres agredidas sexualmente por parejas íntimas actuales o anteriores utilizaron los servicios ofrecidos por los centros de tratamiento de agresión sexual y violencia doméstica de manera diferente a las agredidas por otros agresores y extraños conocidos. Esto puede reflejar sus diferentes necesidades sanitarias, forenses y sociales, así como la importancia de ofrecer una atención adaptada a sus circunstancias particulares.</p>	ALTA

Tabla resumen 8: Intervención del departamento de emergencias contra el alcohol: efectos sobre la violencia y depresión en el noviazgo (35).

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Ngo 2018	<p>Diseño: Ensayo controlado aleatorio</p> <p>Objetivos: Con este estudio, examinamos los resultados secundarios de una intervención breve (BI) basada en el departamento de emergencias (ED) sobre la perpetración y victimización de violencia en el noviazgo y los síntomas de depresión durante 3, 6 y 12 meses.</p> <p>Localización y periodo de realización: El estudio se realiza durante 3 meses, con participantes al azar para evaluar el riesgo de alcohol relacionado con la violencia.</p>	<p>Población: Si, se revisó registros medicos electronicos para identificar a pacientes en un rango de edad de 14 a 20 años.</p> <p>Intervención: Consumo de alcohol</p> <p>Comparación: Violencia en el noviazgo.</p> <p>Resultados analizados: Sin información</p> <p>Tiempo de seguimiento: El impacto de la intervención fue evidente a los 3, 6 y 12 meses después de la intervención, incluso después de tener en cuenta los efectos de la sesión de refuerzo posterior a la DE después de la evaluación de 3 meses.</p>	<p>N° participantes/grupo: Número de participantes en total 4389 jóvenes evaluados</p> <p>Intervención grupo experimental: De los pacientes evaluados en el ensayo, no se establecido una diferencia de sexo</p> <p>Intervención grupo control: Después de la evaluación de 3 meses, los participantes fueron asignados al azar para recibir la condición de control o breve intervención posterior al departamento de emergencia</p> <p>Método enmascaramiento: Sin información</p> <p>Pérdidas post aleatorización: No</p>	<p>Efectos clínicos beneficiosos: Un total de 836 pacientes se inscribieron en el ensayo controlado aleatorio de 4389 pacientes examinados y 1054 que informaron consumo de riesgo. Se utilizaron modelos de regresión para examinar los efectos longitudinales del IB del alcohol en la perpetración de violencia en el noviazgo, la victimización por violencia en el noviazgo y los síntomas de depresión.</p> <p>El BI del terapeuta dio como resultado una reducción significativa de la perpetración de violencia en el noviazgo hasta los 12 meses (índice de tasa de incidencia [TIR] = 0,53; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,37?0,77) y los síntomas de depresión hasta los 3 meses (TIR = 0,85; IC 95%: 0,72-1,00) tras la intervención. La BI por computadora resultó en una reducción de la perpetración de violencia en el noviazgo (TIR = 0,52; IC del 95%: 0,35?0,76) y los síntomas de depresión (TIR = 0,78; IC del 95%: 0,66?0,94) 6 meses después de la intervención. Los IB posteriores al DE se asociaron con una menor perpetración a los 12 meses y una menor victimización a los 6 y 12 meses, independientemente de la aleatorización de la intervención de IB al inicio del estudio; sin embargo, no afectaron los síntomas de la depresión</p> <p>Efectos adversos: No</p>	<p>Un ED BI de una sola sesión que se reveló anteriormente para ser prometedor en la reducción del consumo de alcohol por menores también demuestra ser prometedor en la prevención de la violencia en el noviazgo y los síntomas de depresión. Estos BI mejorados con tecnología podrían ser particularmente útiles dado el potencial para un uso más eficiente de los recursos y la facilidad de implementación futura.</p>	ALTA

Tabla resumen 9: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de genero. 2012 (40).

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Rodríguez 2012	<p>Diseño:</p> <p>Revisión sistemática, protocolo</p> <p>Objetivos:</p> <p>El objetivo general de este protocolo es establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el Sistema Nacional de Salud (SNS), tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de estos. Además, cuenta con objetivos específicos; actualizar el conocimiento basado en la experiencia y la evidencia científica de los últimos años y proporcionar al personal sanitario más y mejores herramientas para la toma de decisiones en la intervención con las mujeres en situaciones de violencia de género, resaltando la colaboración y coordinación con profesionales y recursos dentro y fuera del sistema sanitario. Promover el empoderamiento y la capacitación de las mujeres que sufren maltrato para el reconocimiento de su situación, la búsqueda de soluciones y alternativas, y la recuperación de su salud y su autonomía psicosocial. Continuar la sensibilización y formación del personal sanitario del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud. Dar a conocer al personal sanitario las consecuencias de la violencia contra las mujeres en su salud y en el desarrollo físico, psicológico y social de sus hijos e hijas. Hacer visibles las situaciones de especial vulnerabilidad, que dificultan en las mujeres el reconocimiento de la violencia y la toma decisiones para terminar con las situaciones que las producen.</p> <p>Contribuir desde el SNS a la sensibilización de la población general sobre este problema</p> <p>Localización y periodo de realización:</p> <p>vacío</p>	<p>Población:</p> <p>Mujeres víctimas de violencia de genero</p> <p>Intervención:</p> <p>Intervenciones de enfermería y protocolos específico, así como referencias a contextos de vulnerabilidad.</p> <p>Comparación:</p> <p>Parcialmente</p> <p>Resultados analizados:</p> <p>Sí</p>	<p>Tipo de estudios incluidos:</p> <p>vacío</p> <p>Método evaluación calidad:</p> <p>Revisión sistemática de bibliografía.</p>	<p>N° estudios incluidos:</p> <p>No</p> <p>Resultados:</p> <p>No</p>	<p>Proporciona información que y guías de actuación ante casos de violencia</p>	<p>ALTA</p>

Tabla resumen 10: La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje (41).

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
<p>Calvo González 2014</p>	<p>Diseño: Búsqueda de la literatura y revisión sistemática relevante, incluyendo los documentos principales relacionados con la violencia contra mujeres en España durante los últimos diez años, acentuando estrategias nacionales y regionales para la asistencia médica.</p> <p>Objetivos: Los objetivos de este trabajo se centran en profundizar en los aspectos más relevantes sobre la violencia de género, analizando la situación actual, la normativa vigente y las líneas estratégicas de actuación, así como las consecuencias que sufren las mujeres afectadas y las implicaciones a nivel social y sanitario.</p> <p>Localización y periodo de realización: El estudio se realizó en España, desde el año 2000 al primer semestre de 2013</p>	<p>Población: Si, análisis de la situación actual relacionado con conceptos de violencia de género, las principales implicaciones a nivel social y sanitario y las dificultades existentes en su abordaje</p> <p>Intervención: Sin información</p> <p>Comparación: Sin información</p> <p>Resultados analizados: En los últimos años, la violencia de género se ha convertido en un creciente problema de salud pública que afecta a millones de mujeres en todo el mundo, aunque se estima que las cifras irán disminuyendo gradualmente. El perfil de las mujeres afectadas se relaciona con un nivel socioeconómico bajo y bajos niveles educativos. Las consecuencias de la violencia de género en la salud de la mujer incluyen las manifestaciones físicas, problemas emocionales y una mayor utilización de los servicios sanitarios, siendo algunas veces inespecífico el motivo de consulta. Entre las principales dificultades encontradas en la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género cabe destacar la infra detección y la falta de coordinación entre los distintos organismos implicados.</p>	<p>Tipo de estudios incluidos: Revisión sistemática cualitativa, analítica y descriptiva</p> <p>Método evaluación calidad: Parcialmente</p>	<p>Nº estudios incluidos: Se usaron 68 artículos, de los cuales se seleccionaron por la relevancia de sus contenidos y por su rigor metodológico un total de 43.</p> <p>Resultados: No</p>	<p>Los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental en la prevención, detección y tratamiento, siendo necesario potenciar una formación específica en este campo y articular mecanismos y protocolos de coordinación entre los distintos servicios sociosanitarios, que garanticen una atención integral e integrada a las mujeres afectadas.</p>	<p>MEDIA</p>

Tabla resumen 11: Papel de la enfermería ante la violencia de género (42).

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Zamora 2016	<p>Diseño:</p> <p>Revisión sistemática se examina toda la evidencia científica relacionado con el papel que cumple enfermería en la violencia de género. Se analiza la información siguiendo un orden característico de las revisiones sistemáticas, se incluye un meta-análisis combinando resultados estadísticos para mostrar resultados cuantitativos sobre el número de víctimas de violencia de género.</p> <p>Objetivos:</p> <p>OG: El objetivo de este trabajo consiste en conocer cuál es el papel de la enfermería en la atención de la violencia de género.</p> <p>OE: Conocer el origen de la violencia de género y reconocer factores de riesgo. Identificar las consecuencias en la salud de la mujer de la violencia contra la mujer. Analizar el papel de la enfermería en la detección de la VG y en la identificación de signos y síntomas de VG.</p> <p>Localización y periodo de realización:</p> <p>La estrategia de búsqueda se ha centrado en bases de datos nacionales de España y en bases de datos internacionales para la obtención de revisiones y estudios para conocer el papel de la enfermería ante la violencia de género. se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en el periodo de enero a abril de 2016.</p>	<p>Población:</p> <p>Mujeres víctimas de violencia domestica</p> <p>Intervención:</p> <p>Papel de enfermería en la violencia de genero.</p> <p>Comparación:</p> <p>No</p> <p>Resultados analizados:</p> <p>Los documentos seleccionados han sido en total 85 tras leerlos he decidido quedarme con 34 documentos para analizar y redactar los resultados. En cuanto a los tipos de estudios seleccionados hay revisiones, estudios e investigaciones. Para ordenarlos se usó una temática común por apartados debido a su gran diversidad.</p>	<p>Tipo de estudios incluidos:</p> <p>Revisiones sistemáticas, investigaciones y estudios para analizar el pronóstico de la población expuesta</p> <p>Método evaluación calidad:</p> <p>No</p>	<p>Nº estudios incluidos:</p> <p>En una primera búsqueda se obtienen 85, tras aplicación de criterios de inclusión y exclusión se obtienen 34 artículos usados en la revisión sistemática</p> <p>Resultados:</p> <p>No</p>	<p>Existe una falta de conocimientos por parte de los profesionales sanitarios para el abordaje de casos. además de la falta de investigaciones centradas en el rol de enfermería. Se observa que la VG se produce por la desigualdad entre otros factores.</p>	ALTA

Tabla resumen 12: Interventions for reducing and/or controlling domestic violence among pregnant women in low-and middle-income countries: a systematic review (43).

CITA ABREVIADA	ESTUDIO	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSIONES	CALIDAD DEL ESTUDIO
Sapkota 2019	<p>Diseño:</p> <p>Se realizaron búsquedas sistemáticas en bases de datos electrónicas, y la búsqueda se amplió con revisiones bibliográficas y consultas de expertos. Debido al número limitado de estudios y a la variedad de resultados, no fue posible realizar un metanálisis. Se utilizaron las directrices sobre elementos de notificación preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA), como marco para esta revisión. El protocolo de revisión se registró en el Registro internacional prospectivo de revisiones sistemáticas (PROSPERO) (CRD42017073938) y se publicó en las revisiones sistemáticas.</p> <p>Objetivos:</p> <p>El objetivo principal de esta revisión fue obtener una representación completa de las intervenciones disponibles en los países de ingresos bajos y medianos para reducir o controlar la VD entre las mujeres embarazadas y evaluar su efectividad. Se desarrolló un borrador de TdC para ilustrar el mecanismo de trabajo de las intervenciones de DV en un entorno del mundo real.</p> <p>Localización y periodo de realización:</p> <p>Las búsquedas se actualizaron sistemáticamente durante el proceso de redacción, la última actualización se realizó en febrero de 2018.</p>	<p>Población:</p> <p>Mujeres embarazadas de cualquier edad, de países con ingresos bajos y medios que han denunciado agresiones violentas.</p> <p>Intervención:</p> <p>Se planeó utilizar el riesgo de sesgo en estudios no aleatorios de intervenciones (ROBINS-I) para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios no aleatorios (NRS).</p> <p>Comparación:</p> <p>No</p> <p>Resultados analizados:</p> <p>No</p>	<p>Tipo de estudios incluidos:</p> <p>Se realizaron búsquedas sistemáticas en bases de datos electrónicas, y la búsqueda se amplió con revisiones bibliográficas y consultas de expertos. Dos revisores evaluaron la elegibilidad y la calidad de los estudios y extrajeron los datos de forma independiente. El tercer revisor participó para resolver cualquier discrepancia entre los revisores.</p> <p>Método evaluación calidad:</p> <p>Se utilizó Endnote (V.X8) para gestionar y almacenar estudios relevantes. Después de eliminar los duplicados, dos revisores evaluaron de forma independiente la elegibilidad de los estudios y, cuando se produjo una diferencia de opinión, el problema se resolvió con un consenso que incluyó a un tercer revisor.</p> <p>El texto completo de los artículos potencialmente relevantes también fue revisado de forma independiente por dos revisores. Se llevaron a cabo varias reuniones interactivas entre los revisores para tomar una decisión final de inclusión o exclusión de los artículos completos. Las razones para excluir los estudios se proporcionan en el archivo adicional</p>	<p>Nº estudios incluidos:</p> <p>Las búsquedas sistemáticas generaron 2368 artículos (2361 de bases de datos electrónicas y 7 de fuentes adicionales). Un total de cinco estudios cumplieron los criterios de inclusión y se incluyeron en la revisión.</p> <p>Resultados:</p> <p>Un total de cinco estudios cumplieron los criterios de inclusión y se incluyeron en la revisión. De los cinco estudios, dos eran ECA y tres eran estudios cuasiexperimentales (antes y después). Entre los cinco estudios incluidos, tres fueron estudios piloto. Los estudios identificados se publicaron entre los años 2010 y 2013.</p>	<p>Esta revisión intentó abordar la brecha de conocimiento mediante la recopilación de pruebas sobre las intervenciones destinadas a abordar la VN entre las mujeres embarazadas en los países de ingresos bajos y medianos. El desarrollo de una TdC fue fundamental para comprender cómo determinadas actividades condujeron a los resultados deseados. Esta ToC puede orientar el diseño de futuras investigaciones y el desarrollo de pautas de práctica. Se recomienda la participación participativa de las partes interesadas para perfeccionar la TdC actual para apoyar su desarrollo futuro para la práctica.</p>	ALTA

DESARROLLO

Los Servicios de Salud juegan un papel importante en el análisis de la VG, dentro de éstos, las enfermeras constituyen un grupo fundamental, no sólo en la atención, sino en la detección precoz y en la identificación de casos.

El grado de preocupación por el aumento de casos de VG se observan desde el sistema nacional de salud. Se fomenta la promoción en la investigación y desarrollo de métodos o técnicas que favorezcan el abordaje de casos, además de propuestas que permitan conocer previamente las incidencias, magnitud y las consecuencias posteriores.

Existen barreras que dificultan la detección de la VG, ya sean barreras de carácter personales de los profesionales o de los pacientes que acuden a las consultas, que dificultan el diagnóstico ante cualquier caso sospechoso, además del desconocimiento del problema, la actitud que opta el paciente para poder intervenir, en ocasiones la negación, el miedo, desconocimiento e impotencia y tolerancia al problema.

El análisis de datos se basará en una breve comparación de dos continentes diferentes en la cual se trata la VG como el problema de salud que afecta a la población. En el estado de Florida existe una legislación que otorga a todos los médicos, osteópatas, enfermeras, dentistas e higienistas dentales, parteras, psicólogos y psicoterapeutas, a tener acceso a dos horas de educación sobre la VD cada trimestre. El Centro de Recursos de Datos sobre Violencia Doméstica (DVDRC) y los Equipos de Revisión de Muertes por Violencia Doméstica, examinaron casos de VD, para identificar cambios potenciales, con el objetivo de prevenir muertes futuras. Cabe destacar que la pena de prisión asciende a 5 días, en casos con violencia física, entre otras penas dependiendo el delito.

En USA se estima que la violencia familiar o doméstica afecta a 10 millones de personas cada año, siendo este un problema de salud nacional destaca la presencia de algún caso directo con personal sanitario.

Desafortunadamente, la violencia presenta un ciclo de abuso, a menudo se observa desde los niños expuestos hasta sus relaciones adultas, hasta el cuidado de ancianos. En casos de violencia infligida por la pareja, destaca el acoso, la violencia física y sexual, la psicológica por parte de una pareja actual o anterior.

En los Estados Unidos, hasta una de cada cuatro mujeres y uno de cada nueve hombres son víctimas de violencia doméstica, la cual, un número elevado de casos no se denuncian,

lo que conlleva a una disminución de la salud física y psicológica, de la misma forma una disminución de la calidad de vida. Los datos nos demuestran que los sanitarios presentan problemas a la hora de detectar o manejar un caso de violencia de género, por lo cual, las siguientes preguntas pueden formar una guía para empezar el abordaje.

- ¿Cuáles son los factores de riesgo, los signos y síntomas de la violencia familiar o doméstica?
- ¿Cuáles son las características que definen la violencia doméstica o familiar?
- ¿Qué información está disponible para ayudar a los profesionales de la salud a atender las necesidades de las víctimas de violencia doméstica o familiar?
- ¿Cuáles son los requisitos de presentación de informes éticos y legales?

La respuesta a estas preguntas se basa en la formación continua de los profesionales y la implementación de protocolos vigentes en centros de salud. Para obtener resultados visibles y aplicables; para que los profesionales puedan identificar a las víctimas de VG y a posibles abusadores, además de poder evaluar a todos los pacientes en busca de abuso y ofrecer un asesoramiento, reeducación y derivación si el caso lo requiera. La facilidad de distinción entre posibles abusos emocionales, físico y psicológicos, demostrando empatía y comprensión a las víctimas.

Uno de los puntos claves, es reconocer los signos y síntomas de una enfermedad, dolencia y lesión mental y física relacionadas con la violencia.

En Florida los delitos relacionados con VG se aproximan a 200 muertes cada año. En relación con la violencia propiciada por una pareja íntima se observa que una de cada seis mujeres y uno de cada nueve hombres han experimentado acoso, lo que nos proporciona un porcentaje alto de mujeres agredidas sexualmente o con actos violentos. La VD puede ser difícil de detectar cuando la víctima está asustada e insegura, por lo tanto, el uso de protocolos favorece a las intervenciones.

La evaluación comenzará con una historia clínica y un examen físico detallado, los médicos deben evaluar a todas las mujeres para detectar violencia doméstica y derivar a las mujeres que den positivo. Esto incluye a las mujeres que no presentan signos o síntomas de abuso. Si no existe un peligro inmediato, la evaluación se centra en la salud

mental y física, para establecer el historial de abuso actual o pasado, ya que estas respuestas nos dirigirán a la aplicación de unas determinadas intervenciones.

Una de las intervenciones que se aplican es al escucha activa del relato de la paciente, ya que esta nos ayudara a poder derivar a la víctima al departamento adecuado a su situación. Entre las intervenciones que se realizan son las de laboratorio, para detectar anomalías, infecciones de abuso de sustancias toxicas, en la realización de estas pruebas el rol enfermero interviene activamente, proporcionando seguridad y apoyo emocional a la víctima.

En cuanto a la atención en centros de emergencia, se optan por las siguientes intervenciones.

- Proporcionar un ambiente seguro.
- Diagnosticar lesiones físicas y otros problemas médicos o quirúrgicos.
- Tratar lesiones físicas agudas o potencialmente mortales.
- Identificar posibles fuentes de VD.
- Evaluar el estado emocional y tratar.
- Determinar los riesgos para la víctima y evaluar las opciones de seguridad.
- Determinar si es necesario la intervención legal y denunciar el buso cuando sea apropiado o por mandato.
- Desarrollar un plan de seguimiento

Para conseguir todas estas intervenciones es necesario revisar referencias que proporcionen resultados viables y aplicables a los casos.

Se aplican cuestionarios de Kempe Family Stress Inventory que evalua el maltrato en mujeres jóvenes solteras de nivel socioeconómico bajo. Se debe desvestir al adulto con sospecha de abuso y se debe realizar un examen físico completo. Se debe examinar la piel en busca de hematomas, mordeduras, quemaduras y lesiones en diferentes etapas de curación. Algunos expertos creen que las pruebas de detección solo deben realizarse cuando existen signos y síntomas. El cribado de rutina puede, de hecho, ser problemático porque puede estigmatizar a los pacientes y provocar ansiedad (32).

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) proporciona diversas herramientas para ayudar a los profesionales, se incluyen:

- AAS (Abuse, Assessment, Screen): una herramienta utilizada para detectar el abuso limitado a las mujeres.
- HITS (Hurt, Insult, Threaten, Scream): una herramienta de detección utilizada en consultorios médicos ambulatorios.
- PVS (Partner, Violence, Screen): una herramienta abreviada de detección del departamento de emergencias.
- RADAR (de rutina, preguntar, documentar, evaluar, revisar): ayuda a los proveedores a reconocer y tratar la violencia infligida por la pareja íntima.
- WAST (Woman, Abuse, Screening, Tool): una herramienta de detección utilizada por médicos familiares y de emergencia.

Otro ejemplo de VG basado en las culturas encontramos a la mutilación genital femenina (MGF), el cual este certificado que no presenta ningún beneficio para la salud solo causa daños en los genitales femeninos.

Se observa que la incisión realizada o lesión de los tejidos interfiere en las funciones naturales del cuerpo, provocando algias de intensidad mayor, hemorragias, inflamación de tejidos genitales, fiebre, infecciones, seguido de problemas urinarios incluyendo la muerte (33).

La OMS calcula que entre 100 y 400 millones de niñas y mujeres de todo el mundo ha sido sometida a uno de los tres tipos de MGF, hoy en día se estima una prevalencia de 91,5 millones de mujeres mayores de 9 años en África son víctimas de estos actos cada año. Siendo este un acto de violencia se observa como una práctica tradicional en varios países, según los datos recogidos de encuestas demográficas y de salud o encuestas de indicadores múltiples publicadas por UNICEF, en Somalia en el año 2006 se observa un 97.9 de casos (34).

Por otra parte, si analizamos los casos de violencia podemos determinar que un porcentaje de estos se asocia al consumo de alcohol, que conlleva una serie de desequilibrios en la química del cerebro, afectando al comportamiento, pensamientos y sentimientos. Se

determinan que una intervención breve en adolescentes de temprana edad puede reducir el riesgo de desarrollar conductas violentas con sus parejas. Se proponen intervenciones con terapeutas mediante enlaces online o presencial, ya que se ha observado que, a mayor flexibilidad de atención y consulta, mayor acceso de los jóvenes a las intervenciones, lo cual se observa una reducción y concienciación del consumo de alcohol en adolescentes en un plazo de 12 meses.

Partiendo de una hipótesis en la cual se aplican intervenciones de prevención e información necesaria sobre el consumo de alcohol en adolescentes, teóricamente esperaríamos que las intervenciones aplicadas nos den como resultado una disminución de casos de violencia de pareja relacionados con el consumo de alcohol y que a su vez provoquen depresión. La adolescencia es una etapa en la cual se descubre y se opta por una identidad, por lo tanto, el consumo de drogas y sustancias nocivas es lo más habitual en esta etapa, no obstante, si continuamos con el mismo hilo, podemos decir que el consumo de alcohol es una daga de doble filo, al mismo tiempo puede causar un estado de éxtasis, pero a su vez conlleva efectos negativos, depresivos, de violencia. En consecuencia, la reducción, promoción e intervenciones dirigidas a menores de edad temprana nos dará como resultado la disminución de posibles casos de agresión o violencia.

En el estudio sobre las intervenciones del departamento de emergencias por alcohol de Quyen M. Ngo et al. nos proporciona información positiva y aplicables debido a los resultados obtenidos, se observa que la implementación de una intervención breve mediante medidas digitales es más eficiente que una presencial, es decir, reduce las tasas de incidencia de síntomas de agresión y depresión, debido a que los adolescentes recurren con más frecuencia al uso del internet que a los centros de salud. Pero no se descarta que sea necesario las intervenciones presenciales de profesionales debidamente formados ya que en jóvenes con un predominio alto de consumo de alcohol es importantes incidir en los posibles riesgos y consecuencias que conlleva los actos de violencia hacia una pareja. Actualmente no se ha centrado en intervenciones contra el alcohol en los servicios de urgencias que se relacionen con la VD, pero si hay existen resultados de una intervención en el servicio de urgencias para adolescentes basadas en una intervención breve, denominada Real Talk, la cual ha revelado evidencia viable y acetada, siendo esta muy prometedora, pero teniendo como limitaciones factores como tiempo y espacio, debido a que se realizó por un trabajador social (35).

El alcance de la VD presenta un impacto de salud física y mental, tanto a largo o corto plazo, por otra banda, las víctimas de violencia por sus parejas tienen más probabilidades de presentar lesiones físicas, pérdida de conocimiento, consumo de drogas y alcohol, depresión, insomnio, pensamientos suicidas, aislamiento social y laboral.

El estudio de Songul Duran, demuestra que un 55% de mujeres de aproximadamente 40 años son víctimas de violencia con al menos una o dos veces al mes, siendo estas lesiones físicas, seguido por insulto y gritos, en algunos casos y con porcentajes menores de 2,4% agresiones sexuales forzadas. Ante estos casos de violencia con agresión sexual forzada es imprescindible realizar una valoración que conlleve un examen físico, psicológico y asesoramiento por parte del personal sanitario sobre como guiar a la mujer.

Se recomienda que las enfermeras psiquiátricas, forenses y de salud pública realicen encuestas públicas para determinar las tasas de violencia social, así como para proteger y educar a las mujeres sobre la violencia doméstica.

Se sugiere introducir programas de apoyo e informativos para las mujeres, ya que según los resultados del mismo estudio se observó que las mujeres optan por continuar con el maltratador debido a la situación económica o familiar, poniendo a los hijos de por medio y usando su presencia como justificación a aguantar los malos tratos, sin tener en cuenta que indirectamente los hijos son receptores de violencia (36).

Se analizó el número de mujeres víctimas de VG y se observó un aumento de 2% en el año 2019, llegando a 31.911 casos, paralelamente el número de víctimas de VD creció un 3.6%.

Tabla 13: Violencia doméstica y violencia de género – Año 2019.

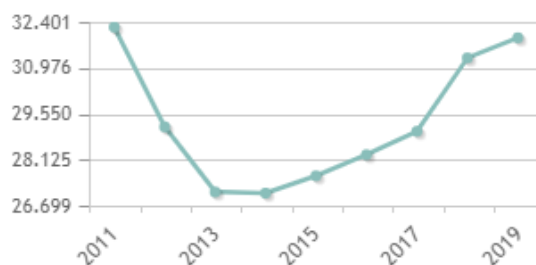
Instituto nacional de estadística.

Violencia doméstica y violencia de género - Año 2019

		Violencia de género	Violencia doméstica
Victimas	1.2	31.911	7.654
Personas denunciadas	1.3	31.805	5.395
Personas condenadas	3.4	30.495	5.428
Personas absueltas	3.4	5.149	662

1. Se refiere a asuntos incoados en el año de referencia
2. En violencia de género solo se puede referir a mujeres. En violencia doméstica se puede referir tanto a hombres como a mujeres
3. En violencia de género solo se puede referir a hombres. En violencia doméstica se puede referir tanto a hombres como a mujeres
4. Se refiere a sentencias firmes en el año de referencia, que pueden haberse incoado ese mismo año o en anteriores

Victimas. Violencia de género



En la gráfica podemos observar el predominio de casos de VG con respecto a la VD, además se observa un número mayor de casos denunciados relacionados con VG, siendo este un problema más difícil de tratar. Con respecto al número de víctimas se observó un descenso de casos en 2013 teniendo un repunte de casos en 2019, reafirmando que el número de víctimas continua en aumento siendo un problema de salud mundial (37).

Las víctimas mortales a causa de la VG en el mes de abril del presente año ascienden a 6, según el balance del ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes e igualdad.

Los juzgados españoles recibieron un total de 40.491 denuncias por violencia de género en trimestre 4 de 2020, lo que supone una variación del -11,94% respecto al mismo periodo del año anterior, según los últimos datos aportados por el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ).

Tabla 14: Denuncias presentadas por violencia de género en España cada año.

Fuente CGPJ. www.epdata.es

	Denuncias de violencia de género en el conjunto del año (Denunci.			
	2020	2018	2017	2016
	Trimestre 4	Trimestre 4	Trimestre 4	Trimestre 4
Servicios asistencia-Terceros en general	632	1310	1032	725
Presentada directamente por victima en el juzgado	527	562	832	631
Presentada directamente por familiares	19	138	84	59
Parte de lesiones recibido directamente en el juzgado	1455	1185	1292	1092
Atestados policiales	22,191	23,770	23,719	19,028

Los datos que obtenemos en esta grafica demuestran que en el año 2020 se obtuvieron 632 casos denunciados por servicios de asistencia, el cual podemos incluir en este grupo centros de salud, urgencias. Si conceptualizamos las afirmaciones anteriores, sobre que las mujeres buscan ayudan en los centros de salud como primera opción con estos datos se demuestra que existe mayor predisposición a acudir a atestados policiales.

Sin embargo, del mismo modo que hablamos de mujeres agredidas con actos violentos podemos incluir a víctimas mortales del género masculino, existiendo un total de 22 hombres asesinados por mujeres que tiene o tuvieron alguna relación sentimental, en comparación con las víctimas mortales femeninos se observa un mayor número, 151 muertes, en el mismo periodo (2016-2018) (38).

Relacionando los datos anteriormente citados del Instituto nacional de estadística, podemos citar los del 2015 de mujeres con órdenes de protección y medidas cautelares llegando a 27.087 mujeres. Cada vez es mayor la sensibilización de la sociedad por este tema, ya sean por medio de campañas transmitidas por medios de comunicación o redes sociales, por lo cual es necesario el desarrollo de un plan de cuidados centrados en los casos de VG para poder conocer las técnicas e intervenciones de abordar desde el rol enfermero.

Con respecto al ámbito legal, los planes de actuación desde los servicios de urgencias serán diferente según la situación o contexto del maltrato que presente la mujer y el contexto asistencial en el que se desarrolla, ya sea urgencias, hospitalaria o

extrahospitalaria. Por lo cual se crea un listado de con elementos comunes aplicables a las practicas sanitarias con respecto al tratamiento de este tipo de casos.

- El personal facultativo de Urgencias que atienda a la mujer lo hará juntamente con personal de enfermería siempre que sea posible, en el lugar de ubicación de la mujer.
- Respetar los tiempos y las decisiones de la mujer en como continuar con el caso.
- Realizar una entrevista clínica atendiendo a las recomendaciones de las fases del proceso de cambio.
- Registra en la historia clínica todas las actuaciones realizadas a la mujer.
- Registrar las siglas CMT (caso de malos tratos) o ISMT (indicador de sospecha de malos tratos).
- Cuando proceda emitir parte al juzgado o comunicación a fiscal delegado o provincial de violencia a la mujer antes SMT.
- Registrar pruebas físicas de lesiones junto con previo consentimiento informado.

En el Parte al Juzgado debe de ir reflejado toda información que tengamos en nuestro poder de asistencias previas prestadas a la mujer por malos tratos o sospechosas de ello, que puedan ser de relevancia para la autoridad judicial al aportar información acerca de la habitualidad del maltrato.

- Establecer medidas de protección y derivación a otros dispositivos sanitarios tras proporcionar los servicios asistenciales necesarios.
- Los informes de alta detallaran las lesiones que presenta la mujer y su estado emocional.

La enfermera/o tiene la responsabilidad de facilitar la creación y puesta en marcha del plan de cuidados individualizados que permita una flexibilidad para modificar los resultados e intervenciones según vaya siendo necesario, asegurando su abordaje y actuación sobres los aspectos generales estandarizados, así como una buena coordinación entre niveles asistenciales.

Es imprescindible construir y mantener una red social de apoyo con profesionales sanitarios, núcleo familiar y amigos, ya que permite el abordaje de forma integral las consecuencias del problema y necesidades de la víctima (39).

Se desarrollo un protocolo común con respecto a la actuación ante casos de VG, actualizada en el año 2012. En este, encontramos apartados relacionados con recomendaciones para la prevención desde el sistema sanitario, además de las dificultades para identificar la VG por parte de las mujeres.

Como punto importante, aborda el tema de indicadores de sospecha mediante antecedentes y características de la mujer, incluyendo las consultas, proporciona una guía de recomendaciones viables para la anamnesis ante un caso sospechoso.

El objetivo de este protocolo es ofrecer orientaciones al personal sanitario para la atención integral – física, psicológica, emocional y social a las mujeres que acuden a un centro sanitario, para poner fin a las relaciones de maltrato que son causa de una mayor morbimortalidad.

El personal sanitario se enfrenta directamente con testimonios de mujeres agredidas, es un testigo principal cuando realiza un examen físico de las lesiones, por lo cual se observa que el cumulo de sensaciones y emociones puede repercutir negativamente en la toma de decisiones con respecto a la continuidad del asesoramiento de las víctimas. Es importantes desarrollar estrategias de autoconciencia y autocuidado para disminuir el impacto emocional.

Las necesidades e intervenciones deben ser multidisciplinarias, tendrán en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, para conseguir abordar todos los aspectos se establece un modelo de atención integral a la salud.

Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa, por lo tanto, la escucha activa previa a cualquier pregunta será necesaria, debido a que podemos determinar si es una posible víctima o no.

Dentro de las funciones mínimas durante la entrevista incluiremos preguntar con regularidad, sobre la existencia de VD, una observación activa y alerta a posibles signos y síntomas de maltrato. En la mayoría de los casos es necesario informar y remitir a los pacientes los recursos disponibles, manteniendo la privacidad y confidencialidad.

En el ámbito de la sensibilización y formación de profesionales se reitera la formación continuada, en aspectos de prevención, detección y atención, sin olvidar la inclusión de temas interculturales y tipos de vulnerabilidad.

Se aconseja la realización de sesiones clínicas multi e interdisciplinarias incluyendo casos de menor o mayor vulnerabilidad. Otro de los ámbitos que pueden ser abordados es difundir información necesaria mediante carteles y folletos en lugares visibles, fomentar las relaciones entre sanitario y paciente, las actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer. La detección; el profesional sanitario debe investigar la posibilidad de maltrato que acude a consulta y no figure en su historia, se inicia con preguntas psicosociales o de forma directa, informando que debido a aumento de casos actuales de VG es una pregunta rutinaria que se realiza a todas las mujeres que acuden a consultas.

Es importante conocer y mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar indicios de violencia, se observa mayor predominio en mujeres que han vivido otras relaciones de maltrato, o maltrato en la infancia, abusos y agresiones sexuales. También se puede relacionar la presencia de lesiones frecuentes, problemas de salud como dolores, trastornos del sueño y de alimentación, abuso de alcohol u otras drogas.

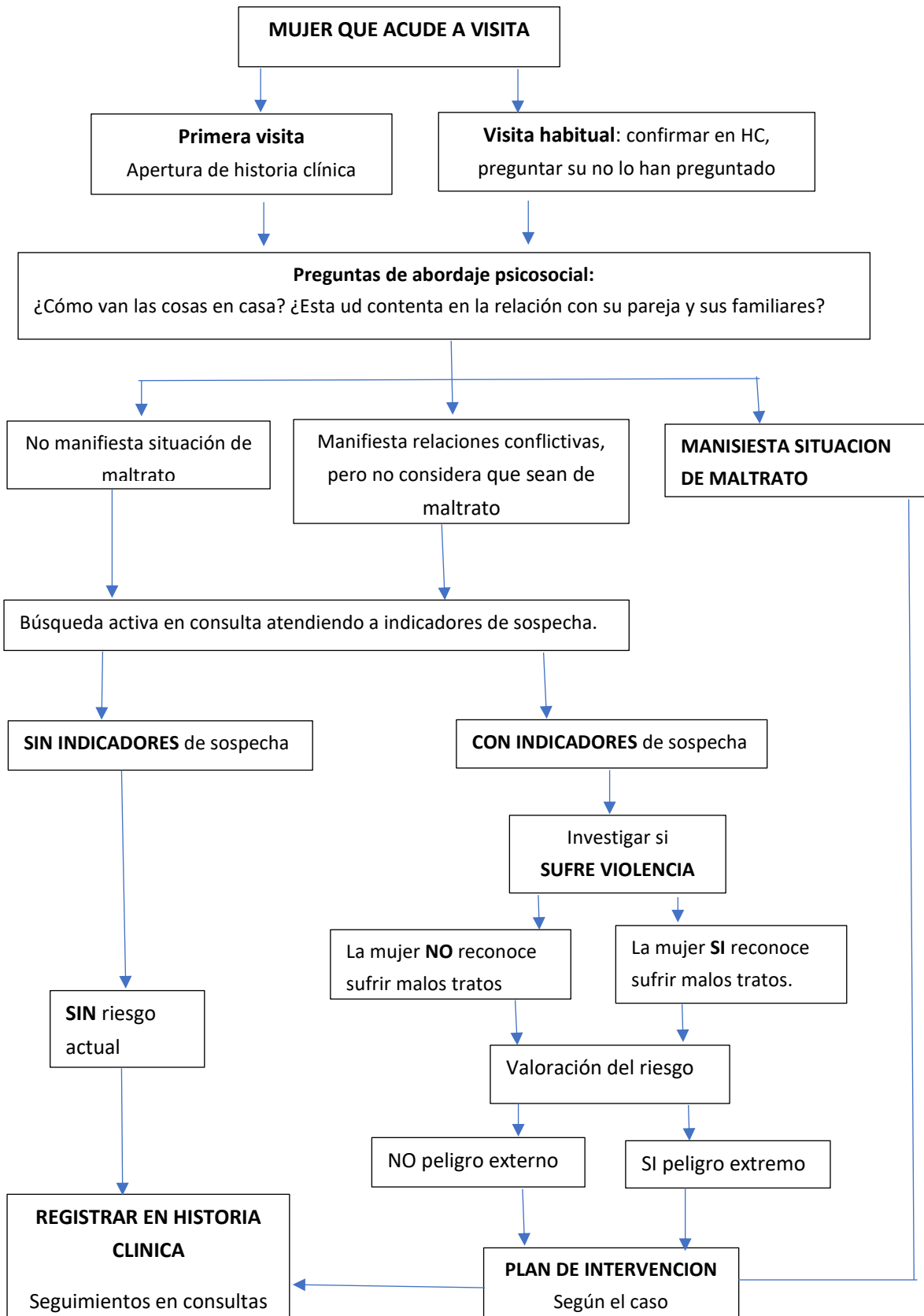
En caso de sospecha tras realizar la revisión de antecedentes del paciente se sugiere abordar el caso mediante una serie de preguntas que permita a la paciente expresar su versión, por ejemplo:

- He repasado su historial y encuentro algunas cosas que me gustaría comentar con usted.
- Veo que: (relatar los hallazgos), ¿a qué cree que se debe su malestar ó problema de salud?
- La veo algo intranquila ¿qué le preocupa? ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?, ¿qué me puede decir a esto? ¿cree que todo está relacionado? (40).

Con el fin de obtener información más detallada y precisa, iniciando un primer acercamiento de confianza con la mujer.

Tabla 15: Diagrama de atención a casos de violencia de género

Fuente- violenciadenero.igualdad.gob.es



Las dificultades y barreras son diversas, en la cual destaca la infradotación ya que pasa inadvertida por algunas mujeres, es decir no reconocen la línea delgada entre la relación y maltrato, en este caso hablamos de violencia psicológica el cual presenta un mayor número de casos, mujeres inexpertas que no saben diferenciarlo. Como consecuencia, solo se diagnostican un pequeño porcentaje de estos y con una demora de 6 a 10 años desde las primeras lesiones.

En cuanto a las barreras organizativas encontramos la falta de protocolos de detección y asistencia, la alta presión asistencial que limita el tiempo de asistencia y ausencia de personal cualificado.

Diversos organismos nacionales e internacionales coinciden en la importancia otorgada a una formación adecuada de los profesionales implicados en la atención a las víctimas de violencia doméstica. En la mayoría de las ocasiones, los profesionales de salud no detectan que el origen de los síntomas o signos se debe a las barreras psicológicas y culturales existentes que dificultan que las mujeres hablen del tema, unido en muchos casos a la falta formación y tiempo en dichos profesionales.

En el presente artículo se afirma que dos centros hospitalarios de Madrid, encontró que el 97,7% de los profesionales valoraba la violencia contra la mujer como un problema importante y que habitualmente pasaba desapercibido, sin embargo, el 66,7% no lo planteaba como diagnóstico diferencial ante una paciente con lesiones físicas a pesar de tener un nivel medio de conocimientos sobre el tema (41).

En España en el año 2004, la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género, en su artículo 15, se estableció que las administraciones sanitarias deben promover las actuaciones de los profesionales sanitarios para detectar la VG y proponer medidas para la lucha contra esta violencia por medio de programas de sensibilización y formación continuada de profesionales.

Tras la creación del protocolo común para el sistema sanitario español; cuya revisión y actualización fue el año 2012. Las comunidades autónomas crean protocolos de actuación, por ejemplo, en Andalucía, existe un plan de actuación en el servicio de urgencias.

La sociedad parte desde varios puntos y opiniones con relaciona a la VG, siendo esta la encargada de hacer visible y natural la violencia en el ámbito privado de las parejas, con

creencias sexistas para justificar las agresiones, creencias implantadas desde la infancia como “el amor verdadero se le perdona todo”, “la mujer sola está incompleta, “los abusos sexuales dentro del matrimonio no se consideran violencia”.

Según datos de la American Medical Association, se estima que un 25-35% que las mujeres que acuden al servicio de urgencias lo hacen por ser víctimas de algún suceso de VG, el 14% acuden a centros de atención primaria con antecedentes de malos tratos y el 28% los padecieron en el pasado. También se recoge que el 25% de mujeres que se han intentado suicidar ha sido por esta causa y el mismo porcentaje acude a servicios psiquiátricos por la misma razón (42).

El estudio sobre las intervenciones en la VD en etapas de embarazos demuestra que hay un mayor predominio de casos en países en desarrollo que en países desarrollados, se asocia a la diferencia cultural, económica. En este tipo de casos podemos observar desde gritos hasta dobles homicidios, partos prematuros, abortos espontáneos, mala calidad de vida, en conclusión, el estado de gestación presenta un mayor riesgo de VG.

Se establece que la detección y empoderamiento de las mujeres embarazadas son una de las intervenciones que proporcionan resultados positivos antes el abordaje de estos casos, seguido por estrategias facilitadoras para que las mujeres obtengan y refuercen su aprendizaje, fortalecer las capacidades comunicativas de los profesionales y no profesionales, sin olvidar lo antes mencionado, la implementación y aplicación de un programa integral (43).

El estudio de Janice Du Mont et al, sobre el uso de los servicios especializados en hospitales por parte de víctimas de agresiones sexuales, refleja un mayor número de casos derivados de una persona cercana que de un desconocido. Abordamos, los mitos creados por la sociedad en la cual asocian una agresión sexual con justificaciones como: las mujeres mienten sobre la violación, las mujeres que beben o visten ropa sexy merecen ser agredidas ya que van “provocando”, mitos que no hacen más que justificar agresiones sexuales innecesarias.

Sin embargo, el mito más grande, se asocia a la agresión sexual por un extraño, se afirma que predominan casos en los cuales el agresor es un ser cercano. Estos actos realizados por una pareja íntima dejan secuelas mayores a las que se presentan con un extraño, adema de una prevalencia menor de acudir a los centros de salud y buscar ayuda (44).

Actualmente se vive una pandemia, en la cual el número de casos de VG y VD aumento significativamente, las victimas se quedaron encerradas en hogares con sus agresores debido a las normal nacionales. Por lo cual el gobierno de España junto con el ministerio de igualdad creó una guía de actuación para mujeres que sufren VG en domicilios derivados por el estado de alarma por COVID 19.

Se estableció el 016 con funcionalidad las 24horas, los siete días de la semana, brindando apoyo psicológico, usando redes sociales y telemáticas. Incluyendo un apartado que contempla, la vivencia con el agresor y las restricciones que puede tener la mujer para contactar con servicios de ayuda. Recomiendan que antes una situación de peligro, acudir a los recursos policiales, judiciales sin ser sancionados. Durante el confinamiento domiciliario, se habilito centros de emergencia y acogida para las personas que deciden abandonar su domicilio para resguardarse de cualquier acto violento (45).

Antes de la existencia de COVID-19, 1 de cada 3 mujeres y niñas eran víctimas de una pareja abusiva, con la presencia de la pandemia este número se triplico, mostrando un aumento notable de llamadas durante las primeras semanas de confinamiento.

El asesoramiento mediante plataformas digitales aumento, existe una creciente evidencia de aceptación y viabilidad de intervenciones digitales o entradas digitalmente informadas sobre el trauma que previenen la violencia ;, aumenta la seguridad y la toma de decisiones de las personas en una relación abusiva, vinculándolas con personas de confianza.

Se usaron aplicaciones como: myPLan, I-DECIDE e iSafe, siendo esas gratuitas y de fácil acceso, siendo estas probadas previamente con ensayos controlados aleatorios para su verificación y utilidad (46).

CONCLUSION

En este estudio, además, y coincidiendo con los resultados de trabajos anteriores, se destaca las diferencias existentes en la percepción global del fenómeno entre mujeres y hombres, siendo éstos últimos quienes muestran una actitud más sexista, respondiendo así a la presión social que marcan los estereotipos masculinos.

Estas creencias disminuyen tanto en hombres como en mujeres a medida que aumenta su formación específica en el tema. Por tanto, es evidente la importancia de la formación profesional para la detección, seguimiento y apoyo en la toma de decisiones.

Esta necesidad continua de capacitación efectiva de los profesionales de la salud para abordar la violencia de pareja contra las mujeres se ha puesto de manifiesto en numerosas ocasiones por organismos internacionales, así como por las propias organizaciones profesionales (Consejo General de Enfermería, 2013) (47).

Las limitaciones son varias, una de ellas el uso de artículos de bases de datos de acceso gratuito, pocos artículos que traten el tema principal del trabajo de forma detallada, estudios descatalogados, en cuanto al nivel de los estudios no ofrecen datos válidos, algunos ensayos no presentaban resultados fiables, se encontraron muchos artículos que se relacionan con la violencia de género, pero carecían de bases fiables.

Una de las implicaciones a la práctica de enfermería es proporcionar puntos base para poder abordar un caso de VG, se recopila técnicas e información necesaria para mejorar la calidad del cuidado y bienestar de las personas implicadas, además de recomendar una continua formación a los profesionales de la sanidad.

Las dificultades para abordar la VG, un reto para la salud pública, aunque la violencia es un problema muy extenso presente en todos los ambientes ya sean público como privados, en el trabajo o en la calle incluyendo el ámbito doméstico y familiar, este tipo de acto se presenta en ambos géneros, aunque predomina en el género femenino y sus causas son múltiples, lo mismo que los factores que influyen a la violencia.

Es más frecuente la violencia física que deja un rastro de lesiones y cicatrices en el cuerpo de la víctima, seguidas de las agresiones y humillaciones, es complicado para un profesional indagar en este tipo de datos cuando la víctima no está lista para dar el paso y denunciar las agresiones y daños psicológicos.

El código español penal permite la denuncia de amenazas y agresiones psicológica,

aunque no existan agresiones físicas, se podría decir que es una ventaja para las mujeres, pero aún existen lagunas legales que no son suficientes. Esta modificación del código penal multiplico exponencialmente las denuncias por malos tratos, las victimas declaraban que las acciones violentas no suelen ser aisladas ni esporádicas, estas son continuas y frecuentes ya sean agresiones físicas o psicológicas o sexuales.

La identificación temprana de violencia nos proporcionara una disminución de casos de violencia y disminuir el número de víctimas que pueden ser mortales si intervenimos de forma certera. Del mismo modo, ¿por qué es tan difícil abordar el tema en las consultas? Varios estudios demuestran que los profesionales justifican la dificultad con la falta de tiempo, la complejidad de realizar un seguimiento y coordinación tanto con la victima como con la ciudadanía, sumando a esto la falta de habilidades y formación para afrontar y abordar el problema.

La formación no debería restringirse o centrarse exclusivamente en la violencia contra las mujeres, más bien debería ponerse en el contexto más amplio del estudio de las desigualdades en salud según género y de los sesgos derivados de la falta de esta perspectiva tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica.

Como conclusión, podemos afirmar que, en nuestro país, las asociaciones de mujeres, los grupos de expertos solicitan una ley integral que afrente y combata el problema de VG, desde una visión amplia, teniendo en cuenta las causas y las consecuencias. También de un plan integrador que coordine diversos estamentos públicos que se impliquen en buscar la justicia, del mismo modo los servicios sociales, sanidad y policía. Se piden un desarrollo en relación con las políticas públicas para atender a las víctimas, por ejemplo, en servicios de rehabilitación y reinserción social, atención psicológica, atención continuada de estas víctimas, ya que España presenta un nivel menos desarrollado en comparación con los países del norte de Europa.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS | Violencia [Internet]. [citado 2021 Mar 17]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/violence/es/>
2. Gobierno de España. Ministerios de Sanidad S sociales e I. Definición de Violencia de Género [Internet]. [citado 2021 Mar 17]. Disponible en: https://www.inmujer.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_violencia_de_genero.pdf
3. Doméstica V. Fernández MC, Herrero AS, Velázquez F, Buitrago Ramírez R, Ciurana Misol L, Chocron Bentata J, García Campayo C, Montón Franco M^a. J. Redondo Granado Jorge L. Tizón García. [2] Violencia Doméstica [Internet]. 28014 Madrid (España); 2003 [citado 2021 Mar 17]. Disponible en: www.msc.es
4. Jewkes R. Intimate partner violence: Causes and prevention [Internet]. Vol. 359, Lancet. Elsevier Limited; 2002 [citado 2021 Mar 17]. p. 1423–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11978358/>
5. La violencia de pareja y la salud de las mujeres [Internet]. [citado 2021 Mar 17]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029
6. OMS | Violencia. WHO [Internet]. 2015 [citado 2021 Mar 17]; Disponible en: <http://www.who.int/topics/violence/es/>
7. World Health Organization 2012. Understanding and addressing violence against women [Internet]. 2012. [citado 2021 Mar 17]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;sequence=1
8. Hegarty K, Taft A, Feder G. Violence between intimate partners: Working with the whole family [Internet]. Vol. 337, BMJ. British Medical Journal Publishing Group; 2008 [citado 2021 Mar 17]. p. 346–51. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/337/bmj.a839>
9. Garnweidner-Holme LM, Lukasse M, Solheim M, Henriksen L. Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: A qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Apr 19;17(1).
10. Henriksen L, Garnweidner-Holme LM, Thorsteinsen KK, Lukasse M. 'It is a difficult topic'-a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. BMC Pregnancy and Childbirth (2017) 17:165 DOI 10.1186/s12884-017-1352-2
11. Van Parys A-S, Deschepper E, Michielsen K, Galle A, Roelens K, Temmerman M, et al. Intimate partner violence and psychosocial health, a cross-sectional study in a pregnant population; BMC Pregnancy and Childbirth (2015) 15:278 DOI 10.1186/s12884-015-0710-1
12. Perspectiva De Género EY, Espinosa C, Alted G. Enfermería Global N° 22 Abril 2011 Página 1 Enfermería, maltrato de genero y presencia de menores: redescubriendo nuestro papel nursing, gender violence and effects on children:redefining our role.

13. Prado EP. Guía de buenas prácticas en atención primaria con perspectiva de género. *Index Enferm* [Internet]. 2011 Oct [cited 2021 Mar 17];20(4):267–71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Martín L. La enfermería al lado de las mujeres [Internet]. 14 noviembre, 2009. [cited 2021 Mar 17]. Disponible en: https://enfermeriatv.es/es/la-enfermeria-al-lado-de-las-mujeres/?cat_id=82
15. Jewkes R. Intimate partner violence: Causes and prevention [Internet]. Vol. 359, *Lancet*. Elsevier Limited; 2002 [cited 2021 Mar 17]. p. 1423–9. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673602083575/fulltext>
16. Alvarez A. Confronting cyberbullying and exploring the use of cybertools in teen dating relationships. *J Clin Psychol*. 2012;68:1205–15.
17. Seda JM, García EG, Gázquez M de los ÁR, López JRG, Rodríguez M del MG, Castells AMS. Creencias y actitudes del alumnado de enfermería sobre la violencia de género. *Index Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 17];21(1–2):9–13. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Borrego R, Abellán V, Pedraza R, Alonso M. Primeros Resultados. Un Estudio en Andalucía , *Enfermería Global*. La violencia contra las mujeres enfermeras en LA. Intimate partner violence aganint female nurses. First results of a study in Andalusia; 2011 [citado 2021 marzo]. Aavailable from: https://www.mendeley.com/catalogue/7ed80f7d-e320-3e27-b2e4-5d9bd24d3077/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7B7ed80f7d-e320-3e27-b2e4-5d9bd24d3077%7D
19. Ibarra Mendoza TX, González JS. Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. Vol. 15, *Index de Enfermeria*. 2006. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=en. DOI: [10.4321 / s1132-12962006000300010](https://doi.org/10.4321/s1132-12962006000300010)
20. Pastor Bravo M del M, Martínez PA, Ruiz IJ, Rodríguez JDP. Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: Una revisión videográfica. *Index Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 17];24(3):159–63. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Morán-Peña L. La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? *Enfermería Univ* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2021 Mar 17];14(4):219–23. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-la-enfermeria-practica-avanzada-que-S1665706317300696>
22. Ibarra -Mendoza TX, González JS. Competencia cultural: una forma humana de ofrecer cuidados de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2006 [citado el 28 de mayo de 2021]; 15 (55): 44-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

12962006000300010&lng=en

23. Amell RC, Viñas NQ, Ramos AR. Health consultation: A privilege space for detection and an approach to gender violence? *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria* [Internet]. 2010 Oct 1 [cited 2021 Mar 17];17(8):550–9. Disponible en: <https://www.fmc.es/es-la-consulta-sanitaria-un-espacio-articulo-S1134207210702139>
24. Jaen-Cortés CI, Rivera-Aragón S, Reidl-Martínez LM, García-Méndez M. Violencia de pareja a través de medios electrónicos en adolescentes mexicanos. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2017 Apr [cited 2021 Mar 17];7(1):2593–605. Disponible en: www.psicologia.unam.mx/acta-de-investigacion-psicologica/
25. López C, Díaz M, Bienert F. Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. 2016 [cited 2021 May 28];1–10. Available from: https://www.mendeley.com/catalogue/e0d97a30-13b1-3426-ba99-d797fc231e53/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bee90a2d5-70e7-3ae4-a25a-378310487ecc%7D
26. Manuel A, Rueda S, Alcoholado RL, Del Carmen M, et al. De Investigación M, Salud EN, Paraninfo digital abstract Detection of violence of gender from admission, reception and classification (RAC) in emergency. New challenges for the advanced practice nursing [cited 2021 Mar 17]; Available from: <http://www.index-f.com/para/n15/118p.php>
27. Código deontológico [Internet]. [cited 2021 Mar 17]. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriarioja.org/index.php?id=46>
28. Noriega RB. Role of Nursing in secondary prevention from primary care. *Enferm Glob*. 2018;17(3):497–508. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.307241>
29. Díaz M, Daniel J, Chacón O, Ronda M, José F. Enfermería Global. El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia: modelos de formulación [Internet]. [cited 2021 May 28]. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300016
30. HONselect - Español (Introducción) [Internet]. [cited 2021 Mar 22]. Disponible en: https://www.hon.ch/HONselect/index_sp.html
31. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. Guidelines and Guidance The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. [cited 2021 Mar 22]; Disponible en: <http://www.prisma-statement.org/>
32. Florida Doméstica Violencia - StatPearls - NCBI Bookshelf [Internet]. [cited 2021 Mar 22]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493194/>
33. Mutilación genital femenina [Internet]. [citado 2021 May 7]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
34. Organización Mundial de la Salud. OMS | Mutilación genital femenina y otras prácticas lesivas [Internet]. [citado 2021 May 7]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/es/>

35. Ngo QM, Eisman AB, Walton MA, Kusunoki Y, Chermack ST, Singh V, et al. Emergency Department Alcohol Intervention: Effects on Dating Violence and Depression [Internet]. Vol. 142, PEDIATRICS. 2018 [citado 2021 May 7]. Disponible en: www.aappublications.org/news
36. Duran S, Eraslan ST. Introduction Violence against women: Affecting factors and coping methods for women. Vol. 69. 2019.
37. INEbase / Sociedad /Seguridad y justicia /Estadística de violencia doméstica y violencia de género / Últimos datos [Internet]. [citado 2021 May 7]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
38. Violencia de género - datos y estadísticas [Internet]. [citado 2021 May 7]. Disponible en: <https://www.epdata.es/datos/violencia-genero-estadisticas-ultima-victima/109/espana/106>
39. (PDF) Plan de cuidados enfermeros a una mujer victima de violencia de género [Internet]. [citado 2021 May 7]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320673403_PLAN_DE_CUIDADOS_ENFERMEROS_A_UNA_MUJER_VICTIMA_DE_VIOLENCIA_DE_GENERO
40. López Rodríguez RM, Peláez Moya S. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012 [Internet]. Madrid; 2012 [cited 2021 May 28]. Available from: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
41. González C, Bejarano C, Bachelor E. Enfermería Global La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje Gender violence: trends, impact and keys for approach. 2016 [cited 2021 May 28];1–10. Available from: https://www.mendeley.com/catalogue/e0d97a30-13b1-3426-ba99-d797fc231e53/?utm_source=desktop&utm_medium=1.19.8&utm_campaign=open_catalog&userDocumentId=%7Bee90a2d5-70e7-3ae4-a25a-378310487ecc%7D
42. Zamora Muñoz, A. PAPEL DE LA ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO [Internet]. Jaen; 2016 [cited 2021 Mar 22]. Available from: <https://hdl.handle.net/10953.1/2892>
43. Sapkota D, Baird K, Saito A, Anderson D. Interventions for reducing and/or controlling domestic violence among pregnant women in low- and middle-income countries: a systematic review. Syst Rev [Internet]. 2019 Dec 2 [citado 2021 May 7];8(1):79. Disponible en: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-019-0998-4>
44. Du Mont J, Woldeyohannes M, Macdonald S, Kosa D, Turner L. A comparison of intimate partner and other sexual assault survivors' use of different types of specialized hospital-based violence services. BMC Womens Health [Internet]. 2017 Dec 7 [citado 2021 May 7];17(1):59. Disponible en: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-017-0408-9>
45. Violencia LA, Género DE. Estamos contigo. [Internet]. 2020 jun 8 [citado 2021

- May 7] Disponible en:
<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacionUtil/covid19/GuiaVictimasVGCovid19.pdf>
46. Emezue C. Digital or Digitally Delivered Responses to Domestic and Intimate Partner Violence During COVID-19. JMIR Public Heal Surveill [Internet]. 2020 [citado 2021 May 7];6(3):19831. Disponible en:<http://publichealth.jmir.org/2020/3/e19831/>
47. Consejo general de enfermería | www.consejogeneralenfermeria.org [Internet]. [citado 2021 May 9]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/>