

Percepción de los estudiantes de enfermería sobre violencia de pareja: conocimientos, creencias y rol profesional¹

Assumpció Rigol-Cuadra²
Paola Galbany-Estragué³
Concepció Fuentes-Pumarola⁴
Maria Dolors Burjales-Martí⁵
Dolors Rodríguez-Martín⁶
David Ballester-Ferrando⁷

Objetivos: analizar los conocimientos, las creencias y la percepción del rol profesional que tienen los estudiantes de Enfermería, acerca de la violencia ejercida contra las mujeres en las relaciones de pareja. **Método:** estudio cualitativo descriptivo siguiendo el modelo ecológico a través de 16 grupos focales realizados con 112 estudiantes de cuatro cursos de enfermería de cuatro universidades españolas. **Resultados:** las categorías analíticas fueron: conocimientos, rol profesional, y creencias sobre las actuaciones ante la víctima y actuaciones ante el agresor. Los estudiantes desconocen características del maltrato, guías, protocolos y preguntas de detección y reclaman pautas de intervención puntuales. No identifican un rol profesional propio, sino delegado o especializado. Las creencias en relación a la actuación con la víctima, no se orientan por criterios profesionales, perciben la violencia como una situación puntual y desvinculan la prevención de la atención en salud. Perciben al maltratador como enfermo mental, lo que justifica la tolerancia o delegación de actuaciones. **Conclusiones:** los estudiantes definen ideas preconcebidas sobre violencia de pareja. Los discursos reproducen mitos y refuerzan valores estereotipados, indicativos de insuficiente formación durante los estudios de enfermería lo que plantea la necesidad de reforzar las competencias en relación a la violencia de pareja en los planes de estudios.

Descriptor: Violencia Contra la Mujer; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Educación en Enfermería.

¹ Apoyo financiero de la Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, España, proceso nº PREUI12/05.

² PhD, Profesor Titular, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

³ PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Universidad Autónoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallés, Barcelona, España.

⁴ PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Universitat de Girona, Girona, España.

⁵ Estudiante de doctorado, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España. Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.

⁶ Estudiante de doctorado, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España. Profesor Titular, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.

⁷ Estudiante de doctorado, Universitat de Girona, Girona, España. Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Universitat de Girona, Girona, España.

Correspondencia:

Assumpció Rigol-Cuadra
Universidad de Barcelona. Escuela Universitaria de Enfermería
C/ Feixa Llarga, s/n
Campus de Ciències de la Salut de Bellvitge
08907, Barcelona, España
E-mail: arigol@ub.edu

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

La violencia de pareja (VP) afecta a mujeres de todos los estratos sociales, culturales y económicos, dadas las proporciones alarmantes que presenta se ha convertido en un importante problema de salud pública⁽¹⁾, asociándose a una elevada morbi-mortalidad y coste sanitario⁽²⁾.

The National Center for Injury Prevention and Control National⁽³⁾ define la violencia de pareja, como aquella que ocurre entre dos personas en una relación íntima (incluyendo cónyuges, compañeros y ex compañeros de relaciones) a lo largo del tiempo, desde un solo episodio de violencia hasta episodios continuados, e incluye cuatro tipos de comportamientos: violencia física, violencia sexual, amenazas de violencia física o sexual, y abuso emocional. El ámbito habitual de la VP es el medio familiar donde se produce una situación de dominio del hombre sobre la mujer y una reiteración de los actos de violencia con intención de hacer daño⁽⁴⁾. A nivel mundial, se informa de que hasta el 38% de los asesinatos que se cometen contra las mujeres son realizados por sus parejas⁽¹⁾.

Los últimos datos del estudio europeo de 2014 sobre violencia contra la mujer, realizado a mujeres de entre 18 y 74 años de los países miembros de la Unión Europea, indican que casi 62 millones de mujeres europeas habían sufrido actos de violencia de género. Un 22% de las mujeres participantes relataron haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja o expareja⁽⁵⁾.

Igualmente, la investigación realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que la violencia contra la mujer infligida por el compañero íntimo está generalizada en todos los países de América Latina y el Caribe. En los 12 países en que se realizó el estudio, aunque las cifras variaban según el entorno, las mujeres relataron haber sufrido alguna vez violencia por parte de un compañero íntimo⁽⁶⁾.

En el estado español el número de denuncias registradas en el primer trimestre del 2013 alcanzó los 29.487 casos, con una media de 327 denuncias diarias⁽⁷⁾, aunque la violencia contra las mujeres haya sido identificada como un determinante de mala salud, el sector salud no se ha comprometido lo suficiente para erradicarla. Según diversos autores⁽⁸⁾, las mujeres víctimas de VP acuden más a los servicios sanitarios que las demás y tienen peor estado de salud. No obstante, existe una infra-detección⁽⁹⁾ y esto es un motivo de preocupación por las consecuencias que tiene para la

mujer en su salud (física y mental), así como en su calidad de vida.

La importancia de la detección e intervención desde el ámbito sanitario resulta evidente, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾ recomienda que todos los profesionales de la salud estar capacitados para comprenderla y actuar de manera apropiada. A pesar de estas recomendaciones, persisten dificultades de detección entre los profesionales sanitarios debido, entre otros motivos, a la capacitación insuficiente⁽¹⁰⁾, y por las actitudes y creencias de los profesionales⁽¹¹⁻¹²⁾.

Así mismo, se ha observado que en algunos países de Latinoamérica, en el ámbito de la salud, la violencia aún es un tema incipiente que precisa ser analizado por los profesionales; también es necesario desarrollar estrategias de acogida para detectar precozmente situaciones de violencia y acciones intersectoriales⁽¹³⁾.

Estas evidencias sugieren la necesidad de que las/los estudiantes de enfermería adquieran, durante su formación, conocimientos y habilidades oportunas. Diversos autores corroboran la necesidad de incluir formación en VP en el currículo de enfermería⁽¹⁴⁾, con el objetivo de desarrollar prácticas congruentes y dar visibilidad a este tipo de violencia⁽¹⁰⁾ dado que existe evidencia respecto a deficiencias curriculares sobre la atención que deben dar las enfermeras en los servicios de salud⁽¹⁵⁾. No obstante, los profesionales de la salud y en particular las enfermeras están en una posición privilegiada para identificar y ayudar a las mujeres víctimas de VP pues, a menudo, son el primer contacto dentro del sistema de salud ya sea en servicios de urgencias, centros de atención comunitaria o servicios especializados⁽⁹⁾. Esta posición puede permitirles ofrecer ayuda y apoyo a las mujeres en la búsqueda de alternativas. A pesar de ello, los estudios realizados en este ámbito indican que las enfermeras no siempre se sienten preparadas para intervenir en la detección del maltrato, realizar el seguimiento del proceso, o dar el acompañamiento necesario en la toma de decisiones⁽¹⁶⁾. La falta de conocimientos y competencias puede favorecer que las enfermeras se centren únicamente en los cuidados físicos y olviden ofrecer una atención integral⁽¹¹⁾ (b).

Las creencias y mitos entorno a los implicados en la VP pueden influir en la atención que ofrecen los profesionales de la salud. Por lo que refiere a la justificación del maltrato hacia las mujeres, los profesionales y estudiantes de Ciencias de la Salud destacan los trastornos mentales como característica de los agresores⁽¹⁷⁾. Existen diversos mitos como el del

amor romántico que justifica la renuncia y sacrificio de la mujer en muchos aspectos de su vida⁽¹⁸⁾.

El presente estudio pretende analizar en las/los estudiantes de enfermería de distintas universidades españolas (Barcelona, Tarragona y Girona), los siguientes conceptos: los conocimientos, entendidos como la utilización de la teoría para la práctica de la enfermería y la investigación⁽¹⁹⁾; las creencias, definidas como representaciones sociales que se originan en la interacción social cotidiana⁽²⁰⁾ y la percepción del rol profesional definiendo el rol profesional, según el Consejo Internacional de Enfermería, como las funciones fundamentales de la enfermería en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de la salud y el alivio del sufrimiento⁽²¹⁾. Así pues, la finalidad del estudio es identificar los obstáculos y las dificultades que pueden influir en los estudiantes en el ejercicio posterior de la profesión.

Método

Estudio cualitativo descriptivo realizado, durante el curso académico 2012-2013, en las universidades españolas de Barcelona (Universidad de Barcelona y Universidad Autónoma de Barcelona), Tarragona (Universidad Rovira i Virgili) y Girona (Universidad de Girona). Se optó por este tipo de estudio porque la metodología cualitativa incorpora las percepciones y creencias de las/los participantes. Por otra parte, el uso de la metodología cualitativa además de estimular la reflexión, permite un acceso más comprensivo a las representaciones que las/los estudiantes tienen sobre las actuaciones, las creencias y las prácticas de salud ante la VP.

El marco de referencia de esta investigación parte de la revisión de literatura científica para fomentar la sensibilidad sobre los datos y el proceso de comparación. Se partió de diferentes modelos para la comprensión y actuación ante la VP: desde las teorías del género, las definiciones y enfoques de la OMS sobre VG⁽¹⁾ y el modelo ecológico de Bronfenbrenner⁽²²⁾.

En el estudio la muestra fue de 112 estudiantes, entre hombres y mujeres de 19 a 35 años de edad. La finalidad fue poder contar con una amplia variedad de estudiantes de las universidades públicas más representativas de Cataluña (España), teniendo en cuenta que en cada curso académico se matriculan un promedio de 400 estudiantes sólo en la Universidad de Barcelona, y entre 90-100 en el resto de universidades.

La recogida de datos se efectuó a través de grupos focales con un promedio de 11 personas por grupo a partir de un guión previamente diseñado. Se realizaron preguntas relacionadas con los conocimientos y las creencias sobre la definición de violencia de género, sus causas, las características de la víctima y las del agresor, las actitudes frente la víctima y el agresor, el rol y las habilidades de la enfermera frente a las víctimas de VP. Se formaron grupos homogéneos para conseguir la máxima integración e interacción entre los participantes.

Los 16 grupos focales representaron 1 grupo focal de cada Universidad por curso académico. De este modo en la Universidad de Barcelona participaron 27 estudiantes, en la Universidad Autónoma de Barcelona 31, en la Universidad de Girona 30 y en la Universidad Rovira y Virgili 24.

Los investigadores participaron de forma activa en la moderación de los grupos de discusión, plantearon las preguntas de la entrevista siguiendo el mismo orden y sin influir en las respuestas y debate de los participantes; no mostraron ni acuerdo ni desacuerdo en el discurso de los participantes, ni con el lenguaje verbal ni en el no verbal. Antes de cada sesión de un grupo focal y después de cada uno de ellos, se realizaron sesiones de análisis y seguimiento de las actividades con el equipo investigador con el fin de poder analizar y resolver las dudas, los problemas o las situaciones conflictivas que pudieran haber surgido. En cada sesión se solicitó el consentimiento de todas las personas que participaron en el estudio.

La selección de participantes se hizo por muestreo de conveniencia y las/los estudiantes participaron voluntariamente. Se contactó con ellos en septiembre de 2013, cuando empezaban el curso académico. Después de ser informados sobre el estudio, firmaron un consentimiento informado y se les comunicó que sus respuestas serían confidenciales, recibiendo un código para preservar su identidad. Previamente, el estudio fue aprobado la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona, que lideraba la investigación "Estudio multicéntrico sobre la percepción de la violencia de pareja, en estudiantes de enfermería"; también se solicitó autorización al resto de universidades participantes. Los investigadores se comprometieron devolver los resultados a la comunidad universitaria, una vez realizado el estudio y después de su publicación.

El encuentro tuvo lugar en aulas de cada una de las universidades, entre octubre-diciembre de 2013 y enero-febrero de 2014. Las entrevistas duraron una hora de promedio y fueron registradas en una grabadora

para su posterior transcripción. Se recopiló información hasta la saturación de los datos.

Los resultados fueron triangulados con la bibliografía. Los análisis fueron realizados por dos investigadores diferentes a los conductores de los grupos focales. Los resultados obtenidos se organizaron en códigos y categorías. Las categorías analíticas fueron: conocimientos, rol profesional, y creencias sobre las actuaciones ante la víctima y ante el agresor.

Resultados

Conocimientos

Para la categoría conocimientos los códigos identificados fueron: estrategias de actuación profesional, normas orientativas y desconocimiento sobre VP.

Respecto a las estrategias de actuación profesional en relación al proceso de VP, predominaba la preocupación por normas orientativas y las/los estudiantes reclamaban pautas de intervenciones concretas y puntuales: *Me pregunto si existe un protocolo en enfermería que deberíamos saber en caso de una posible sospecha de violencia de género* (E14).

El desconocimiento se reflejaba en algunas afirmaciones que hacían las/los estudiantes, centradas en la detección de los síntomas más frecuentes que pueden presentar las víctimas, sin considerar los factores de riesgo que permiten realizar una detección precoz y evitan agravar el problema. *Conocer signos de alarma, conocer en que situaciones te puede venir una persona que haya sido víctima desde física y psicológicamente* (E2).

Las/los estudiantes desconocían que las mujeres víctimas de VP, acuden más que el resto de mujeres a los servicios sanitarios y tiene peor estado de salud, con niveles elevados de estrés y problemas psicológicos. Así mismo, ignoraban que en numerosas ocasiones los síntomas que presentan las mujeres aparecen enmascarados con otros síntomas: consultas reiteradas por síntomas banales, somatizaciones, trastornos psicológicos inespecíficos y mayor consumo de antidepresivos.

Rol profesional

Para la categoría del rol profesional, se codificaron: visión biomédica, no asumir el rol propio, competencias de enfermería, cuidados delegados y rol social.

En relación al rol profesional persistía una visión clínica y biomédica de la violencia contra las mujeres

que se limitaba a los daños físicos y excluía los problemas de salud derivados del maltrato psicológico. Desde esta concepción reduccionista, las/los estudiantes eludían aspectos como por ejemplo el aislamiento social, la creación de sentimientos de desvalorización e indefensión, o el control personal continuo por parte del cónyuge que impiden identificar la amplia gama de síntomas psicológicos y comportamentales, previos al maltrato físico, que ocasionan graves consecuencias en la salud de quien la sufre y que con frecuencia pasan desapercibidos: *Saber los signos y síntomas de la persona maltratada* (E3).

Las/los estudiantes no asumían como propio de la profesión la atención a la violencia, obviando la visión holística y ecológica: *Puede ser muy complicado para una mujer maltratada confiar en una enfermera* (E4). Consideraban que la asunción de esta responsabilidad profesional quedaba fuera de su competencia y significaría descuidar la labor asistencial. Además, asociaban la escasez de recursos y la falta de preparación a la dificultad de poder prestar cuidados integrales a las mujeres víctimas de VP: *Significaría descuidar la labor asistencial (...) no tenemos suficientes recursos* (E8). *La enfermera lo que puede hacer es notar y derivar a otro profesional, pero nos falta preparación para poder trabajar con la mujer* (E24).

Uno de los motivos que justificaba la delegación era la falta de asunción competencial: *La enfermera no tiene un papel prioritario, la que tiene que intervenir aquí es una trabajadora social o un psicólogo* (E19), o la identificación de un rol especializado: *Ha de ser una enfermera que se dedique específicamente a todos los temas de violencia de pareja* (E29). No obstante, consideraban importante su rol profesional desde una perspectiva social: *Enfermería tiene un papel muy importante dentro de la sociedad, eres una persona cercana a la gente, que te puede contar lo que siente...en este caso podemos detectar los problemas a tiempo* (E30).

Actuaciones ante la víctima

En relación a las creencias sobre la actuación con la víctima, las categorías emergentes fueron: criterios éticos personales, actividades de entrenamiento, actitud receptiva, información, actitudes peligrosas, victimización secundaria, prevención y detección.

Algunas/os estudiantes se basaban en criterios éticos personales sin tener presente la necesidad de regirse por criterios profesionales, en los que la perspectiva ética es la que confiere deberes y da información de cómo actuar ante determinadas

situaciones: *Actuar según nuestra ética, avisar a un psicólogo* (E7).

Tampoco consideraban que el control y el aislamiento formaran parte de las estrategias del maltrato, y planteaban actividades de entretenimiento para disminuir el estrés y aumentar el bienestar. Esta actuación podría generar sentimientos de culpa en la víctima, porque agrava el problema sin ofrecer soluciones adecuadas: *Incluso si no fuera física, hacer cosas de relajación, preguntas, hacer actividades fuera de tu entorno familiar* (E5).

A pesar de que identificaban la necesidad de mostrar una actitud receptiva, que facilite la verbalización del problema y permita establecer una relación de confianza, las/los estudiantes no tenían en cuenta la dificultad que tienen gran parte de las mujeres víctimas de violencia, en reconocerla y denunciarla desde que se inician las primeras agresiones. Así mismo, limitaban la actuación profesional a la información, como si el hecho de informar fuera suficiente para producir cambios en un proceso tan complejo: *Sensibilidad también, (...) empatía (...), escucha activa. Crear un marco de confianza y que esa persona te pueda decir y luego una vez que te lo reconoce informarla. Dar información, a partir de aquí ya es decisión de la propia paciente* (E65).

Algunas de las respuestas de las/los estudiantes, también mostraban actitudes peligrosas al desconocer las características del ciclo de la VP y concebirlo como algo puntual: *Tranquilizar a la víctima de que no va a volver a pegarla* (E45). *Le puedes dar el número de teléfono para cuándo la maltratan* (E101).

Llama la atención en algunas de las respuestas la victimización secundaria, culpabiliza y responsabiliza a las propias mujeres desde una perspectiva rehabilitadora: *Reeducar a esa persona que no encuentres que le pase otra vez lo mismo* (E98).

A pesar de que algunas/os estudiantes mencionaban la importancia de la prevención: *(...) yo creo que la enfermera tiene un papel de prevención, de hacer campaña y también de acción en una consulta al CAP* (E41), en general no la integraban a la atención primaria de salud (ella/os se referían al CAP como Centro de Atención Primaria), restando importancia al sistema sanitario, lo que en cierta medida justificaba la poca implicación de los profesionales de enfermería en la prevención y detección: *Hacer charlas en los institutos, en la escuela* (E45).

Actuaciones ante el agresor

Para la categoría creencias sobre las actitudes ante el agresor los códigos identificados fueron: imaginario

popular, trastornos mentales, problemas psicológicos y amor romántico.

El discurso de los participantes reflejaba creencias que forman parte del imaginario popular, que legitiman y minimizan el problema y contradicen los hallazgos producidos por la investigación. Un ejemplo de ello sería considerar que una de las causas de la VP es que el agresor tenga una enfermedad mental, un trastorno psicológico, o alguna adicción. A partir de este supuesto, se derivaba la configuración del perfil de los maltratadores como sujetos necesitados de comprensión y curación: *Como enfermera hay que dejar que la otra persona se reinserte en la sociedad, siempre que se puede curar a esta persona. (...) ¡Hombre! ¡Por supuesto! Todos los agresores tienen un problema* (E97).

La creencia de que la persona que maltrata tiene problemas psicológicos, justificaba la tolerancia y la limitación de las actuaciones. Las/los estudiantes no tenían en cuenta el hecho de que tener un trastorno mental no significa no saber asumir responsabilidades, ya que aunque en algún momento podría ser un agravante, no es la causa que justifique el maltrato, puesto que las personas con trastornos mentales no tienen por qué ser personas maltratadoras: *Hemos de entender y ayudar a estas personas como enfermas. Si viene el agresor a decirte que tiene un problema, ya se está curando* (E66). *Hablar con algún profesional porque hay una patología, se han de hacer terapias y la enfermera no tiene los conocimientos suficientes* (E70).

Las/los estudiantes también mostraron actitudes instintivas, más relacionadas con el propio imaginario que con una actuación profesional: *El hombre que es violento, merece que le castiguen* (E22).

El amor romántico es otro de los mitos que aparecía en los discursos. El modelo cultural del amor propone la auto-renuncia a la existencia y al sacrificio de la independencia, para convertir al otro en el centro de la propia vida. La individualidad, las ideas, los proyectos y metas dejan de ser lo principal en la mujer para que otra persona ocupe su lugar. Esto lleva a la anulación de la personalidad y la gestación de una enorme dependencia; se vive por y gracias al otro. La mujer aprende a renunciar, a dar placer y a no recibir lo mismo de su pareja: *Y también que puede estar, no sé, puede ver a aquella persona o estar muy enamorada (...) poco a poco, pues, a medida que la van maltratando, la van rebajando totalmente* (E49).

Las equivocadas concepciones del amor y las relaciones con determinadas conductas amorosas, autoridad, celos, control, obvian que los hombres cuando ejercen la violencia lo que pretenden es

perpetuar el sometimiento. Desde esta perspectiva, se separa la agresión del afecto y se entiende ésta como un descontrol personal que se justifica en función de otras cualidades: *Controlarle y si necesita ayuda y la quiere, verlo como una persona enferma, intentar ayudarlo, ofrecerle que hay psicólogos, ofrecerle en nuestras manos todo lo que nosotros tengamos, para que la persona pueda o intente cambiar* (E101).

Discusión

En relación a la categoría conocimientos, resulta relevante mencionar que la mayoría de las/los estudiantes entrevistados refería no haber adquirido conocimientos sobre la VP, ni sobre los síntomas que pueden presentar las mujeres⁽²³⁾. A pesar de sentirse sensibilizados, creen que no están preparadas/os al terminar su carrera. Las estrategias de intervención que proponían, coincidían más con el conocimiento popular que con una formación específica, que se proyectaba en actitudes tanto hacia la víctima como hacia al agresor, que pueden agravar la situación de violencia y en las que la prevención estaba ausente⁽²⁴⁾. Este hecho pone al descubierto la falta de contenidos durante su formación, tanto teórica como práctica, en contradicción con las orientaciones de los organismos internacionales y nacionales^(1,25).

Algunos autores indican que los profesionales de enfermería, tras finalizar los estudios de grado, está poco preparado para proporcionar cuidados a las mujeres víctimas de VP y que las enfermeras que reciben formación lo hacen, en su mayoría (48%), por iniciativa propia⁽¹⁵⁾. Los profesionales son conscientes de que la VP es un importante prejuicio a la salud de la mujer y reconocen sus limitaciones en cuanto a conocimientos, sienten la necesidad de tener que prepararse mejor para ofrecer cuidados, proponiendo acciones para mejorar su formación a través de entrenamientos, capacitaciones, reuniones, discusiones en equipos multidisciplinares, realizando actividades en centros de salud e incluso a través de convenios con la Universidad⁽¹⁰⁾. Alguna investigación constata que las/los estudiantes de enfermería, que han recibido formación en VP antes de graduarse, perciben mayores conocimientos y preparación para gestionar profesionalmente casos de VP⁽¹⁴⁾. Ante esta situación, los propios profesionales sugieren la posibilidad de la inclusión de la temática de la VP en los currículos de graduación actuales, a través de prácticas de vivencia y de la clínica⁽¹⁵⁾.

En relación al rol profesional, el análisis del discurso denota, en parte, una falta de conocimiento de éste, a pesar de que se entrevistaron estudiantes de último

curso del grado que habían realizado prácticas en la atención primaria. Esto demuestra que o bien no habían interiorizado el concepto de lo que es el rol profesional, o no recibieron formación/información ni por parte de los tutores ni de las profesionales de la asistencia, a pesar de que la atención primaria de salud y sus profesionales constituyen un ámbito clave para la detección y el abordaje integral, tanto por su accesibilidad, como por las posibilidades de relación con el paciente. Esta falta de transmisión de las competencias profesionales, en relación a la VP, pone de manifiesto que la Ley española sobre Medidas de Protección Integral contra la violencia de género de 2004 es conocida por un escaso porcentaje de profesionales⁽²⁵⁾.

Las/los estudiantes no entienden que el cuidado y acompañamiento de las víctimas debe ser una de las competencias de enfermería, y por tanto no asumen como propio de la profesión la atención a la violencia, obviando la visión holística y ecológica⁽²⁴⁾.

La insuficiente formación/información que podría no haberse dado a las/los estudiantes por parte de los tutores o de los profesionales, en los centros de atención primaria de España, evidencia que es posible que también exista una falta de articulación asistencial. Además, las/los estudiantes asociaban la escasez de recursos y la falta de preparación a la dificultad de poder prestar cuidados integrales a las mujeres víctimas de violencia, lo que concuerda con alguno de los estudios realizados en el estado español⁽²⁴⁾.

El que persistan creencias y estereotipos en relación a las mujeres, como la visión del amor romántico⁽¹⁸⁾ o la atribución de trastornos mentales a los agresores⁽¹⁷⁾, conduce a actuaciones erróneas.

A través de los discursos se puede afirmar, que las/los estudiantes conciben la violencia contra las mujeres como un problema social. Este tipo de violencia tiene su origen en las relaciones de género basadas en la desigualdad, que a partir del dimorfismo sexual estructuran las relaciones sociales, dando significado y contenido a lo que es ser hombre y mujer en la sociedad. Por este constructo social, se atribuye al sexo masculino la supremacía y por tanto la legitimidad para ejercer poder frente al sexo femenino, omitiendo así, una visión a partir de modelos más complejos y ecológicos que faciliten la atención desde el ámbito sanitario. Estas creencias dificultan la detección de abusos en los servicios de urgencias, muestra de ello son los resultados derivados de un estudio cualitativo en EEUU que revela que en la valoración que hacen las enfermeras a las víctimas de VP en un servicio

de urgencias, prima su percepción en relación a la posible víctima antes que el protocolo sugerido por la organización⁽¹¹⁾.

En esta línea, diversos autores remarcan que los conocimientos insuficientes, conceptos erróneos acerca del rol enfermero en la detección e intervención, así como los mitos relacionados con la situación socioeconómica, la etnia, la nacionalidad o la cultura de los autores y las víctimas de la violencia, se comportan como barreras que impiden a los profesionales realizar una adecuada intervención en los casos de VP⁽¹²⁾. De ahí la importancia de focalizar, en los estudios de enfermería los esfuerzos para la formación de profesionales como futuros educadores en este ámbito.

Conclusión

Las/los estudiantes de enfermería entrevistados presentan una falta de formación sobre el fenómeno de la VP, desconocen pautas de entrevista y protocolos y no integran la prevención, detección e intervención como parte del rol profesional desde una perspectiva holística y ecológica.

La percepción de la VP como problemática "social" trasciende la competencia sanitaria, elude la implicación y por consiguiente la identificación del rol profesional. El desconocimiento del fenómeno de la VP se refleja en creencias y actitudes más populares que científicas, en ocasiones peligrosas para la víctima y tolerantes hacia el agresor.

Esto plantea la necesidad de introducir contenidos específicos y transversales sobre violencia contra las mujeres en los planes de estudios del Grado de Enfermería, y en realizar un trabajo conjunto entre la asistencia y la docencia, ya que la formación de los profesionales sanitarios es la principal vía para la detección temprana de la violencia contra las mujeres, la asistencia y derivación.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. 2013. [acceso 14 jan 2014]. Disponible em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
2. Ruiz Peña M, González Peña MJ, López Álvarez JM, Iglesias Hernández MI, Barros Rubio C, González Amaya

3. S. Violencia de género en un área de salud. *Semer-Med Fam.* 2010;36(4):202-7.

4. Center for Injury Prevention, Control. Understanding intimate partner violence: Fact sheet [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA. 2009. [acceso 22 jul 2014]. Disponible em: http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPV_factsheet-a.pdf

5. Sala Musach I, Hernandez Alonso AR, Ros Guitart R, Lorenz Castañe G, Parellada Esquiús N. Domestic violence: a screening question. *Aten Primaria.* 2010;42(2):70-8.

6. European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey Main results [Internet]. Luxemburg: Publications Office of the European Union, 2014 [acceso 5 abril 2014]. Disponible em: <http://goo.gl/1gLsv3>

7. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Adams J. A Violence Against Women in Latin America and the Caribbean. A comparative analysis of population-based data from 12 countries [Internet]. Washington, DC: PAHO, 2013. [acceso 5 abril 2014]. Disponible em: http://www.igwg.org/igwg_media/guedes-gbv-lac.pdf

8. Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género. Consejo General del Poder Judicial [Internet]. Estadística del Observatorio: caen las denuncias de violencia de género un 5% en el primer trimestre de 2013. [acceso 20 jun 2014]. Disponible em: <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=316>

9. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Escribà-Agüir V, Vives Cases C. Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Womens Health Issues.* 2011;21(5):400-6.

10. Arredondo-Provecho AB, Del Pliego G, Nadal M, Roy R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enferm Clín.* 2008;18(4):175-82.

11. Salcedo-Barrientos DM, Orchiucci Miura P, Dias Macedo V, Yoshikawa Egry E. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(3):448-53.

12. Robinson R. Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. *J Emergency Nurs.* 2010;36(6):572-6.

13. Tufts KA, Clements PT, Karlowicz KA. Integrating intimate partner violence content across curricula: Developing a new generation of Nurse Educators. *Nurse Educ Today.* 2009;29(1):40-7.

13. Alves RB, Rosa EM. Prevenção da violência na adolescência: propostas existentes no Brasil e as possibilidades de atuação na saúde pública. *Adolesc Saude*. 2013;10(3):45-60
14. Beccaria G, Beccaria L, Dawson R, Gorman D, Harris J, Hossain D. Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. *Nurse Educ Today*. 2013;33(8):907-11.
15. Sundborg EM, Saleh-Statton N, Törnkvist L. Nurses preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nurs*. [Internet]. 2012. [acesso 24 jul 2014]; 11:1. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-11-1.pdf>
16. Almutairi G, Alrashidi M, Almerri A, Kamel M, El-Shazly M. How to screen for domestic violence against women in primary health care centers. *Alexandria J Med*. 2013;49:89-94.
17. Rigol A, Sánchez I. Estudio de la percepción que tienen estudiantes universitarios sobre las medidas a adoptar para prevenir y erradicar las violencias contra las mujeres. *Enfermería Comunitaria. Rev Int Cuidados Salud Familiar Comun*. [Internet]. 2007 [acesso 13 jan 2014];3(1). Disponível em: <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec6458.php>
18. Ferrer VA, Bosch E. Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. *Profesorado. Rev Curriculum Formación del Profesorado*. 2013;17(1):105-22.
19. Duran de Villalobos MM. La teoría, soporte de la ciencia y práctica de enfermería: tendencias. *Av Enferm*. [Internet]; 2012 [acesso 13 jan 2014];30(1):9-12. Disponível em: <http://www.index-f.com/rae/301pdf/009012.pdf>
20. Melgueizo Herrera E, Alzate Posada ML. Ciencia y prácticas en el cuidado de salud. *Av Enferm*. [Internet]. 2008 [acesso 13 jan 2014];26(1):112-123. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n1/v26n1a12>
21. Zabalegui Yarnoz A. El rol del profesional en enfermería. *Aquichán*. [Internet]. 2003 [acesso 13 jan 2014];3(1):16-20. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130304>
22. Bonino L. Desvelando los micromachismos en la vida conyugal. En: Corsi J, editor. *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós; 1995. p. 191-208.
23. De la Fuente Aparicio D, Salamanca Castro AB, Sánchez Castro S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? *Nure Invest*. 2005;15:1-10.
24. Echarte JL, León N, Puente I, Laso De La Vega S, Díez E, Martínez MT. Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2010;22(3):193-8.
25. Ley orgánica n. 313 de 28 de diciembre de 2004 (ES). *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Bol Of Estado [Internet]. 29 dic 2004. [acesso 30 jul 2014]. Disponível em: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2004-21760

Recibido: 31.07.2014

Aceptado: 04.02.2015