

FORMACIÓN Y DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PROFESIÓN SANITARIA
FORMATION AND DETECTION OF GENDER VIOLENCE IN THE HEALTHCARE PROFESSION
FORMAÇÃO E DETECÇÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA PROFISSÃO DE SAÚDE

Carmen Lozano Alcaraz¹
Florentina Pina Roche²
Maravillas Torrecilla Hernández³
Carmen Ballesteros Meseguer⁴
Jesús David Pastor Rodríguez⁵
Almudena Ortuño Esparza⁶

Doi: 10.5902/2179769211010

RESUMEN: *Objetivos:* identificar la formación en violencia de género (VG) de los profesionales sanitarios y el conocimiento del protocolo de actuación en VG, averiguar la relación entre conocimiento de los protocolos sobre VG y el haber recibido formación con la detección de maltrato. *Métodos:* estudio transversal, observacional y descriptivo. La muestra la componen 119 profesionales sanitarios de Murcia (España). Se han realizado tablas de contingencia mediante la χ^2 de Pearson. *Resultados:* el 82,9% no conoce si existe un protocolo sobre VG y un 92,4% no ha recibido nunca formación específica. El 74,8% no ha detectado un caso de malos tratos. Por tanto, el conocimiento de los protocolos de actuación y el haber recibido formación específica está significativamente relacionado ($p < 0,05$) con la detección de malos tratos. *Conclusión:* la formación, el conocimiento de los protocolos y una mayor sensibilización en los profesionales sanitarios incrementarían el número de detecciones de maltrato, reduciendo problemas crónicos de salud y gasto sanitario.

Descriptores: Violencia contra la mujer; Conocimiento; Enfermería; Personal de salud.

ABSTRACT: *Aim:* to identify the specific formation health professionals have on gender violence (GV) and knowledge about the actuation protocol on GV having received formation in mistreatment detection. *Methods:* transversal, observational and descriptive study. The sample size was 119 health professionals from Murcia (Spain). A statistical study of contingency tables was made, using the χ^2 of Pearson. *Results:* 82.9% of the professionals

¹Graduada en Enfermería. Máster en Salud Mujer y Cuidados de la Universidad de Murcia: España. E-mail: carmen.lozano89@hotmail.com

²Enfermera. Licenciada en Pedagogía. Doctora por la Universidad de Murcia. Investigadora Principal del Grupo de Investigación "Enfermería, Mujer y Cuidados" Profesora Titular de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia. España. E-mail: florpina@um.es

³Graduada en Enfermería. Máster en Salud Mujer y Cuidados. Doctoranda del programa Investigación en Cuidados de la Universidad de Murcia. Miembro del Grupo de Investigación "Enfermería, Mujer y Cuidados" España. E-mail: mavi_th@hotmail.com

⁴ Enfermera. Matrona del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Máster en Salud Mujer y Cuidados. Doctora por la Universidad de Murcia. Miembro del Grupo de Investigación "Enfermería, Mujer y Cuidados". Profesora Asociada Clínica de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia España. E-mail: carmenbm@um.es

⁵ Enfermero del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Doctorando del programa Investigación en Cuidados de la Universidad de Murcia. Miembro del Grupo de Investigación "Enfermería, Mujer y Cuidados" España. E-mail: jdavidpr@hotmail.com

⁶Graduada en Enfermería. Máster en Salud Mujer y Cuidados. Doctoranda del programa de Ciencias de la Salud de la Universidad de Murcia. Miembro del Grupo de Investigación "Enfermería, Mujer y Cuidados" España. E-mail: almu_or@hotmail.com

don't know if there is a protocol of GV and 92.4% report never having received specific training. 74.8% have never detected a case of abuse in women during practice. Knowledge of the protocols and specific training is significantly related ($p < 0.05$) with the detection of GV. **Conclusions:** the specific formation, the knowledge of domestic violence protocols and a greater sensitization of health professionals would increase the number of detections of poorly treated women, reducing chronic health problems and health care spending.

Descriptors: Violence against women; Knowledge; Nursing; Health personnel.

RESUMO: Objetivos: identificar a formação em violência de gênero (VG) dos profissionais de saúde e o conhecimento do protocolo de desempenho em VG tendo recebido formação com a descoberta de abuso. **Métodos:** estudo transversal, observacional e descritivo. A amostra foi de 119 profissionais de saúde de Múrcia (Espanha). Foram realizadas tabelas de contingência mediante a X^2 de Pearson. **Resultados:** 82,9% dos profissionais desconhece a existência de protocolos para VG e 92,4% refere não ter recibo formação específica. 74,8% nunca detectaram casos de maus tratos em mulheres em sua prática profissional. O conhecimento dos protocolos de atuação e formação específica está significativamente relacionado ($p < 0,05$) a detecção de VG. **Conclusão:** a formação, o conhecimento dos protocolos de atuação e uma maior sensibilização dos profissionais de saúde para o tema incrementariam o número de detecções de maus tratos, reduzindo problemas crônicos de saúde e gastos sanitários.

Descritores: Violência contra a mulher; Conhecimento; Enfermagem; Pessoal de saúde.

INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas en el artículo 1 de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la Mujer define como violencia contra las mujeres:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.¹

La violencia de género (VG) es considerada un grave problema de salud y su prevención es una prioridad de salud pública.²

Por ser uno de los problemas más antiguos de la humanidad, su erradicación total parece alargarse en el tiempo.³ De manera silenciosa y oculta, los malos tratos han formado parte de la vida cotidiana a lo largo de la historia.⁴

Desde tiempos inmemorables y según las normas sociales, la mujer ha estado subordinada al hombre, debían ser seres sumisas, sin educación, cultura y derechos, por lo que la violencia hacia ellas tenía como finalidad mantener el orden, histórica e injustamente establecida⁵⁻⁶

En 1995, la IV Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, en Beijing, reconoce que se debe reevaluar la estructura de la sociedad en el ámbito de las relaciones entre mujeres y hombres.⁴ De esta conferencia surgió la Plataforma de Acción de Beijing en la que se señalaron los principales obstáculos para el crecimiento de la mujer y fue impuesta la adopción de ciertas medidas para eliminarlos.⁴

En España, con la Constitución de 1978, se reconoce la igualdad ante la ley de hombres y mujeres españoles, que se hizo efectiva en 2004 cuando se promulgó la Ley

Integral contra la VG, con la que se pretendía un cambio de actitud de la sociedad española ante los malos tratos hacia las mujeres.²

No obstante, aunque la sensibilización de la sociedad se produce de forma paulatina, la mejora de la situación aún no ha alcanzado las dimensiones que se esperaban.⁵

Los profesionales sanitarios deberían ser las personas con mayor capacidad de sensibilización, ya que la bibliografía consultada demuestra que son un eje fundamental para la detección precoz de violencia en las mujeres, las cuales, debido a estos malos tratos presentan más problemas crónicos de salud (las consecuencias de la violencia no son sólo físicas, en gran medida, sufren abusos psicológicos y sexuales) que repercuten directamente y de manera negativa sobre la salud de sus familias.^{2,5,7-12} Por tanto, se espera que los sanitarios ofrezcan un apoyo psicosocial a estas víctimas y a sus respectivos familiares, además de atención médica y de enfermería.¹³ Si esa situación de violencia se produce en el embarazo (situación considerada de mayor vulnerabilidad), las repercusiones aparecen a corto y medio plazo (estrés, depresión, abortos, metrorragias, malformación fetal,...).¹¹

Pero ese ideal está muy lejos de la realidad, numerosos artículos corroboran la poca sensibilización del personal sanitario frente a la violencia de género.^{2,5,14}

Además, el desconocimiento de la población en cuanto a las instituciones relacionadas con la atención a la violencia de género y la infravaloración de la Justicia frente a la buena opinión del Sistema Sanitario es lo que convierte a los servicios sanitarios en la primera puerta de entrada de estas mujeres.¹⁰

Aun así, las tasas de detección siguen siendo bajas, más del 70% de casos son invisibles ante los ojos sanitarios.² La bibliografía estima que entre el 30 y el 60% de las mujeres que acuden a los centros sanitarios están sometidas a algún tipo de violencia por parte de su pareja.⁵ De estos casos, solo se detectan alrededor del 30% y únicamente se notifican entre un 5-15%.² No es menos curioso resaltar que los casos detectados padecen una demora entre 6 y 10 años desde que comenzó el maltrato.⁷ En un estudio de 2006 sobre prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia, se señaló que de 391 mujeres encuestadas, 48,6% había padecido algún tipo de maltrato, la mayoría se correspondía con violencia psicológica (45,2%), corroborando por tanto lo antes mencionado.¹⁵

Las principales barreras que los profesionales sanitarios manifiestan a la hora de detectar un caso de violencia de género son la escasa formación sobre el tema, la ausencia de protocolos de actuación, la elevada presión asistencial o la falta de tiempo, la inhabilitación de espacios físicos destinados a este fin y la ausencia de profesionales de otras disciplinas las 24 horas.^{2,5,7-8}

Por todo ello, es necesario que los profesionales sanitarios se encuentren capacitados y con un elevado nivel de conocimientos, para atender a las mujeres maltratadas de una forma adecuada, realizar una detección precoz, un correcto abordaje y seguimiento del protocolo.

Actualmente existe un “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género”, publicado en 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, el cual se encuentra disponible en su página web para que todos aquellos profesionales que deseen consultarlo, puedan llegar a él de una forma rápida y efectiva.¹⁶ Además, la Región de Murcia cuenta con un Plan Integral de Formación en VG (incluido en el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la VG), desde el año 2010, para todo el personal del Servicio Murciano de Salud (SMS). En él se distinguen varios niveles de formación: el básico, el avanzado, el experto y el transversal. Los objetivos son capacitar al personal del SMS para detectar y actuar ante la violencia de género según el protocolo de actuación.¹⁷

Para situar al lector, el sistema sanitario español es público, subvencionado por el Estado y se divide en dos áreas principales: área de atención primaria, que comprende centros de salud, donde se realiza la promoción, prevención y educación de la salud, y un área de atención hospitalaria especializada que es el foco de este estudio. El Servicio



Murciano de Salud (SMS) es el sistema sanitario de una de las 17 comunidades del territorio español, ubicado en el sureste del país.

La importancia de este estudio radica en conocer si dichos profesionales recibieron formación específica en violencia de género, para lograr detectar aquellos casos de malos tratos que se presenten durante el desempeño de su trabajo, ya que, como hemos visto, sin dicha formación se prevé un diagnóstico erróneo y elevadas cifras de mujeres agredidas pasarían desapercibidas en consulta.

Por tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿reciben los profesionales sanitarios formación para detectar situaciones de violencia? El objetivo general consiste en conocer si existe formación sobre VG por parte de los profesionales sanitarios y los específicos en evaluar si los profesionales sanitarios detectan casos de VG, así como determinar si existe relación entre el conocimiento del Protocolo de actuación sanitaria y detectar precozmente casos de VG.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia (España), durante los meses de abril y mayo de 2013. El mencionado hospital es considerado de tercer nivel ya que está dotado con 863 camas y tiene especialidades de referencia tales como cirugía cardiovascular, torácica, cardíaca, infantil, maxilofacial, oncología, unidades de cuidados intensivos, pediátrica, neonatal, oncología y actividad de trasplantes entre otras, estas características lo convierten en un gran hospital de referencia de la franja del levante español. La población que atiende es rural y urbana ya que abarca la zona de salud del oeste de la Región de Murcia. El hospital tiene 1132 profesionales de enfermería, 621 facultativos en medicina y 24 fisioterapeutas.

La población diana son los profesionales sanitarios tanto médicos/as como enfermeros/as y/o fisioterapeutas que están presentes en el turno de trabajo diurno en las tres jornadas que se distribuyó el cuestionario, y durante la segunda quincena del mes de mayo de 2013. La colaboración fue voluntaria y anónima. Se entregó personalmente a cada uno de los participantes y se recogieron en unas horas posteriores, con sobre cerrado. La técnica de muestreo utilizada fue aleatoria simple. Se establecieron como criterios de inclusión estar en el puesto de trabajo el día que se distribuyó el cuestionario, ser profesionales de medicina, enfermería y/o fisioterapia y la voluntariedad de rellenarlo, quedando excluidos el resto de sanitarios que por motivos de turnos, libranzas u otras causas no estaban presentes en las unidades hospitalarias, al igual que se descartaron servicios específicos tales como Unidad de Cuidados Intensivos y Radiología.

El instrumento utilizado para la recogida de datos sociodemográficos fue un cuestionario (Anexo) elaborado "ad hoc", a partir del utilizado por Rodríguez Borrego et al.¹⁹, consta de 10 preguntas, en las que se recogen datos sociodemográficos tales como sexo, edad, estado civil, categoría profesional, así como años de experiencia laboral. Por otra parte, se obtiene el estado de opinión sobre si conocen la existencia del protocolo de violencia de género en su lugar de trabajo, si han detectado algún caso de maltrato durante el desempeño de su actividad laboral, y en caso afirmativo cómo actuaron y/o si habían motivos por los que no hubiesen abordado esta situación. También se valora si habían recibido formación específica en VG.

Las variables se encuentran definidas de la siguiente forma; como variables dependientes se establecen el haber recibido formación específica y tener conocimiento sobre el protocolo de actuación en VG, como variable independiente el haber detectado casos de maltrato.

Se repartieron 170 cuestionarios, estableciéndose como válidos 119, quedando la población de estudio formada por 90,7% enfermeros/as, 8,4% médicos/as y el 0,8% fisioterapeutas.

Previamente, se realizó un pilotaje a 25 profesionales con la finalidad de detectar aquellas preguntas que nos indujeran a error, valorar la comprensión de las preguntas, modificándose las que se referían a la categoría profesional, pero manteniendo el mismo número de cuestiones.

El procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 17. El estudio estadístico consistió en establecer la frecuencia de variables y análisis en porcentajes. Para comparar las variables se han realizado análisis de tablas de contingencia mediante la Chi cuadrado (χ^2) de Pearson complementado con un análisis de residuos.

Respecto a las cuestiones éticas planteadas, el proyecto de investigación fue aprobado el 16 de mayo de 2013 por la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia (España) emitiendo un informe favorable cuyo número de registro en la base de datos es 737/2013. Para preservar la confidencialidad de los participantes, los datos personales están protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido y con las garantías de la Ley 15/1999 del 13 de diciembre de Protección de Datos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El cuestionario fue contestado por 119 profesionales sanitarios, todos ellos del mismo hospital de referencia de la Región de Murcia, de los cuales el 25,2% eran hombres frente al 74,8% de mujeres. Según el estado civil se observa, que la mayoría eran casados o tenían pareja estable (75,6%), un 18,5% solteros/as, el 5% separados/as o divorciados/as y únicamente el 0,8% estaba en estado de viudedad.

El 82,9% no conocen si existe un protocolo sobre violencia de género en su servicio (Figura 1) y el 74,8% no ha detectado nunca un caso de malos tratos durante su jornada laboral (Figura 2). Lo que nos influye deducir que el conocimiento del protocolo adquiere gran importancia a la hora de la detección. Otra investigación consultada de 2002 acerca de las barreras para la infra detección, reveló que de la población de estudio, un 95,3% conocía el protocolo interno aunque el 29,3% de ella desconocía su funcionamiento.²

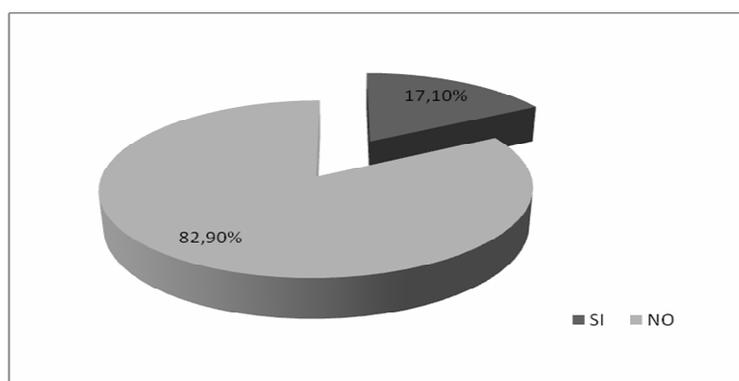


Figura 1: Conocimiento del protocolo, Murcia (España), 2014.

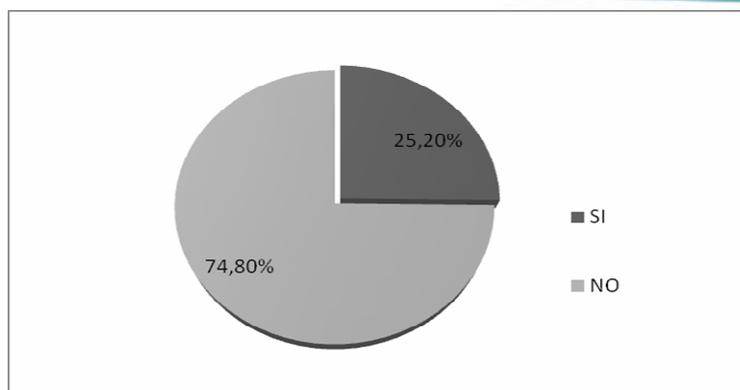


Figura 2: Detección de VG, Murcia (España), 2014.

Respecto a la sensibilización del personal según su categoría profesional se encuentran numerosas contradicciones en la bibliografía consultada, algunos estudios señalan el personal de enfermería como los más sensibilizados,⁹ mientras otros apuestan por medicina.¹⁴ Otro trabajo de investigación, observó una menor concienciación en los/as auxiliares, lo que sería un dato destacable ya que en Atención Especializada, por su actividad, son los profesionales que emplean un gran espacio de tiempo con las pacientes.⁵ Aunque en este estudio no se han recogido sus opiniones, pues se han mantenido las categorías profesionales cualificadas que considera nuestro sistema sanitario español.

De los sanitarios que detectaron casos de violencia en la mujer (que suponen el 25,2%), el 60% derivó a estas mujeres a otro profesional, lo que parece indicar una desconfianza en la propia capacidad, el 10% abrió parte de lesiones, el 16,7% no tomó ninguna decisión, únicamente el 6,7% inició el protocolo de malos tratos de su servicio, siendo el mismo porcentaje los que iniciaron protocolo y derivaron a otro profesional (Figura 3).

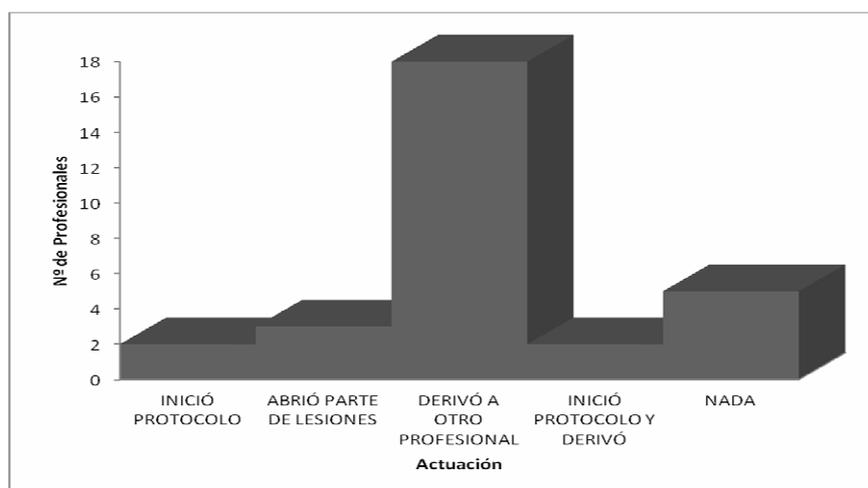


Figura 3: Actuación en la detección de casos de VG, Murcia (España), 2014.

Los motivos por los que no abordaron el problema fueron referidos únicamente por el 23,5% de los entrevistados, de los cuales la mitad alegaron la falta de formación

específica, el 42,9% otras causas sin determinar. Un 3,6% apuntó la falta de tiempo para abordar los casos e igual porcentaje la preocupación existente a ser llamado/a a testificar.

Una limitación que se presentó en este estudio, fueron las dudas surgidas en algunos de los entrevistados a la hora contestar los cuestionarios, mostrándose en algunos casos remisos, probablemente por pensar que se iba a juzgar su trabajo, aunque una gran mayoría se mostró receptiva.

Otro aspecto a resaltar que algunos autores mencionan, de forma sutil, son los tabúes que surgen en los profesionales cuando deben preguntar directamente a la víctima sobre el maltrato, pudiendo suceder una situación incómoda.⁹ Algunos factores que rodean al paciente como el miedo a denunciar es otro escalón dificultoso que se encuentra a la hora de abordar la situación. La falta de actitud empática y los prejuicios son también barreras que limitan la capacidad de atención y abordaje de estas mujeres maltratadas.⁵

Las falsas creencias y los pensamientos distorsionados de los profesionales de la salud sobre la violencia de género, pasan desapercibidos, pero se reconocen como impedimentos para un diagnóstico precoz y una eficaz actuación. Alguna de estas falsas creencias quedan de manifiesto en la bibliografía consultada, donde argumentan que la mayoría de los profesionales relacionan violencia de género con mujeres de clase social y nivel cultural bajo.^{2,5,7} Por otra parte, en 2008 señalaron directamente como principales víctimas de maltrato a mujeres sin estudios, extranjeras o amas de casa.⁷ En publicaciones de 2011, sobre violencia íntima con profesionales de enfermería, se constató que el 33% de las enfermeras sufría malos tratos, principalmente de tipo psicológico.¹⁹ Por lo que no se puede deducir que la violencia de género se encuentre únicamente en clases sociales bajas o con un deficiente nivel cultural.

En cuanto a la formación específica en violencia de género, una gran mayoría, el 92,4% no ha recibido nunca, solo 7,6% manifiesta tener conocimientos adecuados sobre el tema. En contraposición con lo anterior, uno de los artículos analizados destaca que el 64% de los profesionales argumentan sí estar preparados para diagnosticar un caso de malos tratos en su consulta, aunque sólo un 10% lo ha detectado realmente.⁵ El personal sanitario debería poseer una formación específica en esta materia ya que es el primer receptor de las mujeres sometidas a algún tipo de maltrato. No obstante, algunas publicaciones apuntan que el nivel es medio-bajo sin diferenciar entre categorías profesionales.^{2,7,9,14}

Se observa una preocupante desmotivación, así como un desinterés generalizado en los profesionales.⁸ Algunos de ellos muestran una actitud pasiva frente a esta temática.^{2,5} En la Región de Murcia se imparten numerosos cursos en materia de violencia de género; actualmente la Comunidad Autónoma cuenta con el Plan Integral de Formación en VG, para capacitar al personal del Servicio Murciano de Salud en detectar y actuar ante las situaciones de malos tratos. También existe, desde 2007, el “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la VG”, que debería ser de obligado conocimiento por todos los profesionales ya que se encuentra disponible en internet para todo el personal sanitario.

No se ha podido demostrar que exista una relación entre los años de experiencia profesional y la detección de la violencia de género. Sin embargo en las tablas 1 y 2 se observa que el conocimiento de los protocolos de actuación y el haber recibido formación específica están significativamente relacionados ($p < 0,05$) con detectar precozmente situaciones de VG.

Tabla 1. Detección de malos tratos y Conocimiento Protocolo de Violencia de Género, Murcia (España), 2014.

Detección Malos Tratos	Conocimiento Protocolo		Total
	Si	No	
Si	9	21	30
No	11	76	87
Total	20	97	117

$\chi^2 = 4,74$ ($p=0,029$)

Tabla 2. Detección de malos tratos y recibir Formación Específica, Murcia (España), 2014.

Detección de malos tratos	Formación específica		Total
	Si	No	
Si	5	25	30
No	4	84	88
Total	9	109	118

$\chi^2 = 4,66$ ($p=0,031$)

No se ha podido demostrar que exista una relación entre los años de experiencia profesional y la detección de la violencia de género. Sin embargo en las tablas 1 y 2 se observa que el conocimiento de los protocolos de actuación y el haber recibido formación específica están significativamente relacionados ($p<0,05$) con detectar precozmente situaciones de VG.

CONCLUSIÓN

En la actualidad la violencia de género continúa siendo un grave problema social y sanitario. Son muchos los casos que se presentan ante los profesionales sanitarios pero muy pocos son detectados precozmente; por tanto, su formación resulta un eje fundamental, con ello se alcanza un nivel de sensibilización adecuado para detectar a las mujeres víctimas de un maltrato y realizar un correcto abordaje del problema. Se siguen encontrando obstáculos a la hora de atender a estas mujeres. La mayoría de sanitarios argumenta la escasa formación en VG y el desconocimiento del protocolo de actuación como principales barreras. Se deben adoptar actitudes más motivadoras y preocupadas en una adecuada formación sobre el tema.

Es importante señalar que en este estudio se han encontrado tasas de participación muy bajas donde se reflejan las causas por las que los profesionales no abordaron el problema, lo que parece indicar una desmotivación del personal. Por tanto es necesario que los profesionales de la salud, independientemente de la categoría profesional, reciban la formación específica en VG y tengan conocimiento del protocolo de actuación ante estos casos. Con ello, se entiende que se conseguiría un aumento en las tasas de detección de mujeres maltratadas, pues como se ha visto, no es posible demostrar que la experiencia profesional esté directamente relacionada con el número de detecciones, pero sí el nivel de formación y conocimientos.

Otro aspecto a destacar, sería aumentar la concienciación entre los sanitarios del protocolo común de actuación en violencia de género y el Plan Integral de Formación en VG.

Por último, resaltar que aumentar el nivel de conocimientos de los profesionales les proporcionaría una mayor sensibilización ante la VG, con lo que se conseguiría un mayor número de detecciones de mujeres maltratadas, que presentan más problemas crónicos de salud. Por tanto, con una detección precoz y un correcto abordaje sería

posible lograr una disminución de estas enfermedades cronicadas, reducir el gasto sanitario y mejorar el estado de salud de la población.

REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de Dic. de 1993. 1994 [citado 2013 Abr. 8]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>
2. Castillo RS, López EP, Huertas JA, Urbano CA, Gallo AR, Molina MM. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002; 14: 224-32.
3. Aretio-Romero A. Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gac Sanit*. [Internet] 2007 [citado 2013 Mzo. 28]; 21(4): 273-7. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/gaceta-sanitaria-138/sumario/vol-21-num-04-13005731>
4. Carrillero-López S, Martínez-Díaz JM, Flores-Bienert MD. Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. *Enferm glob*. [Internet] 2012 [citado 2013 Abr. 2]; 27: 430-45. Disponible: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.3.155271>
doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.11.3.155271>
5. Ruiz-Navarro MG. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? *Enferm. Integral*. [Internet] 2011 [citado 2013 Mzo. 28]; 93: 8-14. Disponible: <http://www.enfervalencia.org/ei/93/ENF-INTEG-93.pdf>
6. Vandello JA, Cohen D. Male Honor and Female Fidelity: Implicit Cultural Scripts That Perpetuate Domestic Violence. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 84(5): 997-1010.
7. Arredondo-Provecho AB, Del Pliego-Pilo G, Nadal-Rubio M, Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enferm clín*. [Internet] 2008 [citado 2013 Mzo. 29]; 18(4): 175-82. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeriaclinica35/conocimientosopiniones-los-profesionales-salud-atencion-especializada-13125485-originales-2008>
8. De la Fuente-Aparicio D, Castro ABS, Castro SS. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? *NURE Inv*. [Internet] 2005 [citado 2013 Abr. 1]; 15:1-10. Disponible: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original15.pdf
9. Ferrer-Pérez VA, Fiol EB, Ramis C. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica y Salud*. 2008; 19(1): 59-81.
10. González-Lozoya I, Serrano-Martínez A, García-Sánchez N, Del Campo-Giménez M, Moreno-Ruiz B, González-Lozoya AB, *et al*. Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en Atención Primaria. *Aten primaria*. [Internet] 2011 [citado 2013 Mzo. 28]; 43(9):459-64. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/conocimientos-violencia-genero-poblacion-que-consulta-atencion-90026687-originales-2011>
11. Martínez-Galiano JM. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente. *Enferm glob*. [Internet] 2011 [citado 2013 Abr. 2]; 10(24):352-57. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/137531/124891>

12. Eberhard-Gran M, Schei B, Eskild A. Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *J Gen Intern Med.* 2007; 22(12): 1668-73.
13. Belentani L, Sartorelli ACM, Meschial WC, De Lima MF, De Oliveira MLF. Violência contra crianças, adolescentes e mulheres: desfecho de casos atendido em um hospital ensino. *Rev enferm UFSM.* [Internet] 2012 [acceso en 2013 Abr. 22]; 2(1): 10-19. Disponible en: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3944/3122>
14. Barandela MAL, Alonso ER, Feijoó C, Zorelle AP, Montes BO, Gómez B. Conocimientos y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. *Enferurg.* [Internet] 2010 [citado 2013 Mzo. 29]; 2(7): 36-45. Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2010/septiembre/violenciade genero.pdf>
15. Aguar-Fernández M, Delgado-Sánchez A, Castellano-Arroyo M, Luna del Castillo JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Aten. primaria.* [Internet] 2006 [citado 2013 Mzo. 28]; 37(4): 241-2. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/prevalencia-malos-tratos-mujeres-que-consultan-al-13085958-cartas-investigacion-2006>
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, Madrid. [Internet] 2012 [citado 2013 Abr. 25]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf
17. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Integral de Formación en Violencia de Género, Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. [Internet] 2010 [citado 2013 Abr. 25]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/176495-Folleto_presentacion_PIFOVIG-2.pdf
18. Rodríguez-Bolaños RDLA, Márquez-Serrano M, Kageyama-Escobar MDL. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. 2005. *Salud Pública de México;* 47(2), 134-44.
19. Rodríguez-Borrego MA, Vaquero Abellán M, Bertagnolli L, Muñoz-Gomariz E, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A. Violencia del compañero íntimo: estudio con profesionales de enfermería. *Aten primaria.* [Internet] 2011 [citado 2013 Mzo. 29]; 43(8):417-25. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencionprimaria27/violenciacompa%C3%B1ero-intimo-estudio-profesionales-enfermeria-90024763-originales-2011>

Data de recebimento: 16/10/2013

Data de aceite: 12/06/2014

Contato com autor responsável: Carmen Lozano Alcaraz

Endereço postal: Calle Paco Sacramento nº6. El Esparragal. 30163. Murcia. España

E-mail: carmen.lozano89@hotmail.com