

ORIGINAL

Violencia de género en estudiantes de enfermería durante sus relaciones de noviazgo

Vanesa García Díaz^a, Ana Fernández Feito^b, Francisco Javier Rodríguez Díaz^c, María Luisa López González^d, María del Pilar Mosteiro Díaz^b y Alberto Lana Pérez^{d,*}

^a Servicio de Atención Continuada, Centro de Salud Grado-Candamo, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Grado, España

^b Área de Enfermería, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

^c Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

^d Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

Recibido el 25 de octubre de 2012; aceptado el 29 de noviembre de 2012

Disponible en Internet el 21 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Violencia;
Violencia contra la mujer;
Atención a la mujer;
Atención primaria de salud;
Programas de graduación en enfermería;
Estudiantes de enfermería

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de violencia de género (VG) en futuras enfermeras e identificar su relación con variables sociodemográficas y personales (apoyo social y autoestima) y la percepción que tienen sobre su función como profesionales de atención primaria.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Universidad de Oviedo).

Participantes: Estudiantes del Grado en Enfermería.

Mediciones principales: Se utilizó el cuestionario CUVINO, que mide 42 indicadores conductuales y 8 factores de VG y permite identificar conductas de violencia técnica y declarada durante el noviazgo y otras situaciones relacionadas. Se midió también el nivel de autoestima social, el número de apoyos y variables relacionadas con la función enfermera.

Resultados: Con criterio de «tolerancia cero», el 85,8% sufrió alguna situación de violencia técnica, mayoritariamente por «desapego» (73,3%) y «coerción» (66,3%), aunque casi 1 de cada 5 sufrió también violencia «física» (18,3%). El 9,0% declaró haber sido realmente maltratada, percepción relacionada con la proporción global de estudiantes que se sintieron atrapadas (31,7%, $p < 0,001$) y con miedo (13,8%, $p < 0,001$) y con una mayor demora en la ruptura de la relación (13,2 meses vs. 3,6; $p < 0,05$). Sufrir violencia técnica se asoció con menor número de apoyos ($p < 0,05$) y con menor autoestima social ($p < 0,01$). La formación en maltrato mejora su reconocimiento.

Conclusiones: La prevalencia de situaciones de maltrato entre las futuras enfermeras es muy elevada y su reconocimiento deficiente. La formación académica podría mejorar la percepción del problema, por lo que sería deseable reforzar su inclusión en el currículo y el entrenamiento de habilidades concretas.

© 2012 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](http://creativecommons.org/licenses/by-nd/3.0/).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lanaalberto@uniovi.es (A. Lana Pérez).

KEYWORDS

Violence;
Violence against women;
Women's health services;
Primary health care;
Education Nursing Graduate;
Students Nursing

Gender violence in nursing students during their dating relationships**Abstract**

Aim: To determine the prevalence of gender violence (GV) suffered by student nurses and to identify its relationship with some sociodemographic and personal variables (social support and self-esteem) and their perception about their role as primary care providers.

Design: Cross-sectional study.

Location: Faculty of Medicine and Health Sciences (University of Oviedo).

Participants: Nursing students.

Main measurements: The CUVINO questionnaire was used. It measures 42 behavioral indicators and 8 GV factors and allows to identify technical and perceived violence during courtship and other related situations. The level of social self-esteem, support and variables related with the nursing role were also measured.

Results: Using the standard of "zero tolerance", 85.8% suffered technical violence, mainly by "detachment" and "coercion" (73.3%), while almost 1 in 5 also suffered "physical" violence (18.3%). A lower percentage (9.0%) reported having been really ill-treated, perception related to the global proportion of students who felt trapped (31.7%, $P <.001$), felt fear (13.8%, $P <.001$) and a further delay in breaking the relationship (13.2 months vs. 3.6; $P <.05$). Suffering technical violence was associated with less social support ($P <.05$) and less social self-esteem ($P <.01$). Academic training in GV improves recognition.

Conclusions: The prevalence of GV situations between student nurses is very high and recognition is poor. Academic training could improve the perception of the problem, thus it would be desirable to strengthen its inclusion in the university curriculum, together with specific skills training.

© 2012 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Introducción

Por su magnitud, la violencia de género (VG) es un problema de salud pública de primer orden que afecta a mujeres de todos los países, culturas, edades y niveles socioeconómicos. Además, se ha constatado que su trascendencia es tal que tiene un impacto devastador en todas las dimensiones de la salud de la mujer, con consecuencias de tipo físico, sexual, psicológico y social¹. Durante 2010 se produjeron en España más de 134.000 denuncias y 73 víctimas mortales por VG, de las cuales solo el 30,1% había denunciado a su agresor², lo que pone de manifiesto que la mayoría de episodios de malos tratos continúa produciéndose de forma silente.

Las conductas de maltrato durante el noviazgo no son excepcionales y, sin embargo, están menos estudiadas que en adultos^{3,4}, a pesar de que las relaciones violentas entre novios pueden condicionar negativamente la personalidad de las mujeres que sufren maltrato y su forma de relacionarse en el futuro. Un reciente estudio en estudiantes universitarias españolas, encontró que un 15,2% había sufrido algún tipo de maltrato, la mayoría de tipo psicológico (65,2%) o físico (28,8%), siendo en 4 de cada 10 casos ejecutado por su pareja⁵.

Por otro lado, la atención primaria de salud (AP) es el espacio idóneo para detectar y abordar la VG^{6,7}. Los profesionales médicos y de enfermería son quienes establecen el contacto más cercano, por lo que deberían ser formados convenientemente para la prevención y actuación integral ante la VG. Según Ruiz et al.⁶, el 32% de mujeres que acudieron a AP por diferentes motivos habían sido maltratadas en alguna ocasión, por lo que los profesionales de la salud deben saber detectar aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad⁷. En este sentido, es importante señalar que ser competente en la correcta identificación de las

conductas que pueden ser consideradas VG es deseable para toda la población, pero todavía más en el contexto de la formación universitaria en ciencias de la salud. Investigaciones actuales han revelado que las percepciones, creencias y actitudes sobre VG de las estudiantes de enfermería podrían variar según la formación específica recibida a lo largo de sus estudios^{8,9}; pero sería interesante, además, conocer cuál es la epidemiología del maltrato en este grupo de población. Por tanto, el objetivo fue determinar la prevalencia de la VG sufrida por las estudiantes del Grado en Enfermería, tratando de identificar, además, su relación con otras variables sociodemográficas y personales y la percepción que tienen sobre su función como futuras profesionales de AP en su abordaje integral.

Material y métodos

Diseño y población de estudio

Tras la revisión del cumplimiento de los principios éticos y la aprobación por la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, se realizó un estudio descriptivo transversal de las estudiantes de enfermería de la Universidad de Oviedo.

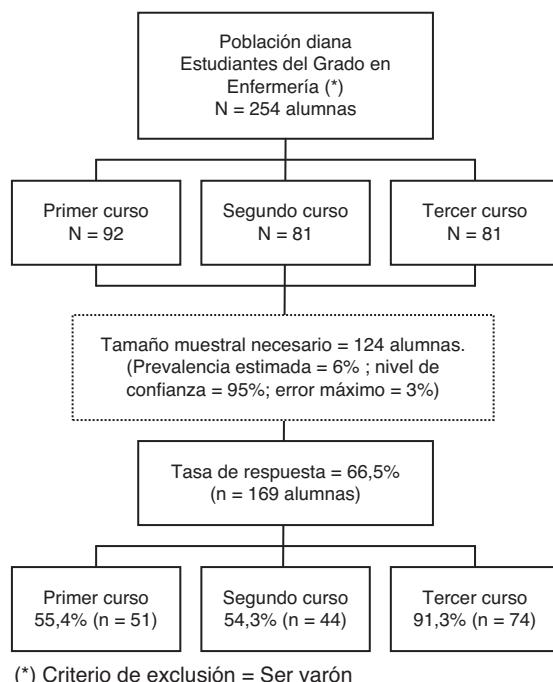
Recogida de datos y variables

La información se obtuvo en 2012 de todas las estudiantes que, tras proporcionar consentimiento informado, voluntariamente contestaron al cuestionario anónimo CUVINO¹⁰, validado para evaluar comportamientos de VG durante la relación más conflictiva mantenida. También se midieron algunas variables sociodemográficas de la alumna y su pareja: edad, clase social (autoinformada según la propia percepción), ingresos del núcleo familiar y nivel de estudios.

El núcleo del cuestionario se compone de 42 indicadores conductuales contestados según una escala tipo Likert de 5 opciones (de 0, nunca, a 4, casi siempre). Estos indicadores se agrupan en 8 factores: «desapego», «humillación», «sexual», «coerción», «físico», «género», «castigo emocional» e «instrumental». Se consideró que la estudiante sufría «maltrato técnico» cuando respondía a cualquier indicador con frecuencia «a veces» o superior¹¹, y «maltrato declarado» cuando respondía afirmativamente a la pregunta explícita: «¿Te has sentido maltratada?». Asimismo, se obtuvo información sobre: *a*) la percepción de atrapamiento y miedo; *b*) la duración de la relación y el tiempo empleado en abandonarla (en caso de haberlo hecho); *c*) el apoyo personal (número de personas y relación); *d*) el grado de autoestima social (valorada de 3 a 15 puntos, mediante el cuestionario AUT-17¹²), y *e*) la opinión general sobre la formación en VG y su abordaje sociosanitario.

Análisis estadístico

Se creó una base de datos en SPSS v.18.0 que permitió la descripción de las variables cualitativas (porcentajes) y las cuantitativas (medias y desviación estándar [σ]) y el cálculo de intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Se obtuvo la puntuación total mediante la suma de las respuestas positivas a cada conducta (rango posible de 0 a 42 puntos). El test de χ^2 de Pearson se utilizó para buscar asociaciones entre el porcentaje de estudiantes maltratadas y otras variables dicotómicas. Para comprobar si existían diferencias significativas en la puntuación total o la autoestima y distintas variables cualitativas se utilizaron las pruebas de ANOVA o t de Student. Se consideraron estadísticamente significativos aquellos valores de $p < 0,05$.



Esquema general del estudio: Población diana, estimación del tamaño muestral necesario y tasa de respuesta según curso de las estudiantes.

Resultados

La edad media de la muestra fue 22,6 años ($\sigma = 5,2$; IC 95%: 21,8-23,4), con un mínimo de 18 y máximo de 44 años. Mayoritariamente declararon pertenecer a la clase social media (97,0%), siendo excepcionales las clases sociales bajas (1,2%) o altas (1,8%). La edad de los novios fue significativamente superior (24,5 años; $\sigma = 5,6$; IC 95%: 23,6-25,3; $p < 0,01$) y en ellos nuevamente la clase social más representada fue la media (91,8%), seguida de la alta (5,2%) y la baja (3,2%).

El 85,8% (IC 95%: 79,7-90,3) de las estudiantes había sufrido una o más conductas de maltrato en sus relaciones (maltrato técnico). De estas, el 38,6% sufrió de 1 a 5 conductas, el 21,9% de 6 a 10, el 20,7% de 11 a 15 y el 18,8% 16 o más conductas. Los factores de VG que mejor caracterizaron a la joven que sufrió maltrato técnico fueron «desapego» y «coerción» (73,3% y 66,3%, respectivamente), seguidos de «humillación» (58,6%), «castigo emocional» (42,0%) y «sexual» (37,3%). El resto de factores tuvieron una menor representación: «físico» y «género» (ambos un 18,3%) e «instrumental» (5,9%). La puntuación total media de violencia técnica de la muestra fue 8,02 ($\sigma = 7,4$; IC 95%: 6,9-9,2), con un mínimo de 0 y un máximo de 42.

Globalmente, el 31,7% de las alumnas declararon haberse sentido atrapadas en su relación, el 13,8% haber sentido miedo y el 9% (IC 95%: 5,6-9,1) haber sido maltratada ($n = 15$). Sin embargo, el 84,8% de las que respondieron no haber sido maltratadas, sí lo habían sido, al menos técnicamente. De una forma análoga, el 7,8% de las mujeres que sentían miedo y el 24,7% de las que se sentían atrapadas, no se declaraban maltratadas. Además, el 34,2% de las que sufrieron maltrato técnico continúan la relación, igual que lo hacían el 29,7% de las atrapadas, el 23% de las que sentían miedo y el 13,3% de las que se consideraban maltratadas.

La **tabla 1** muestra el análisis de la VG en función de las variables sociodemográficas y conductuales. No existieron diferencias significativas en el porcentaje de mujeres técnicamente maltratadas en función del curso ($p = 0,296$), pero sí en aquellas que sufrieron maltrato declarado ($p < 0,05$), que fue más frecuente en tercero. También la puntuación total media del tercer curso (10,3; IC 95%: 8,2-12,3) fue significativamente superior a la de primero (6,5; IC 95%: 5,1-8,0; $p < 0,05$) y segundo (6,0; IC 95%: 4,1-7,8; $p < 0,05$). El tamaño del efecto del curso sobre la puntuación total fue elevado ($F = 6,44$; $p < 0,01$). Otras relaciones significativas fueron: sentir miedo o atrapamiento y maltrato, mayor demora en romper con la pareja entre las que sufren maltrato declarado ($t = 2,14$; $p < 0,05$) y menor número de apoyos ($t = 2,06$; $p < 0,05$) y autoestima ($t = 2,51$; $p < 0,05$) entre quienes presentaban maltrato técnico.

En cuanto a la percepción que tenían las estudiantes de su papel hipotético como miembros del equipo de AP y del abordaje óptimo (**tabla 2**), mayoritariamente opinaron que: es un problema de salud pública, la mujer es mejor terapeuta aunque haya sido maltratada, los profesionales específicamente formados en VG deberían ser los encargados de su abordaje y las barreras que dificultan el reconocimiento y tratamiento del problema emanan de la propia mujer.

Tabla 1 Distribución de frecuencias del maltrato en función de las variables sociodemográficas y conductuales

| Variables y categorías | Maltrato técnico (IC 95%) | | Maltrato declarado (IC 95%) | |
|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | Sí | No | Sí | No |
| <i>Edad de la estudiante, media</i> | 22,7 (21,9-23,6) | 21,8 (19,6-24,0) | 24,8 (21,5-28,1) | 22,4 (21,6-23,2) |
| <i>Curso, %</i> | | | | |
| Primero | 29,0 (22,2-36,8) | 37,5 (21,2-57,3) | 13,3 (3,7-37,9) | 31,1 (24,3-38,9) ^a |
| Segundo | 24,8 (18,5-32,5) | 33,3 (18,0-53,3) | 6,7 (1,2-29,8) | 28,5 (21,9-36,1) ^a |
| Tercero | 46,2 (38,2-54,3) | 29,2 (14,9-49,2) | 80,0 (54,8-93,0) ^a | 40,4 (32,9-48,4) |
| <i>Edad de la pareja, media</i> | 24,7 (23,7-25,7) | 23,1 (21,3-24,9) | 26,8 (23,7-29,9) | 24,2 (23,3-25,1) |
| <i>Estudios de la pareja, %</i> | | | | |
| Primarios | 4,6 (2,1-9,6) | 0,0 (0-15,5) | 7,1 (1,3-31,5) | 3,6 (1,6-8,3) |
| Secundarios | 57,2 (48,7-65,4) | 76,2 (54,9-89,4) | 64,3 (38,8-83,7) | 59,1 (50,8-67,0) |
| Universitarios | 38,2 (30,3-46,7) | 23,8 (10,6-45,1) | 28,6 (11,7-54,7) | 37,3 (29,6-45,6) |
| <i>Atrapada, %</i> | | | | |
| Sí | 36,8 (29,4-44,9) ^b | 0,0 (0-14,3) | 80,0 (54,8-93,0) ^b | 27,2 (20,7-34,8) |
| No | 63,2 (55,1-70,6) | 100,0 (85,7-100) ^b | 20,0 (7,1-45,2) | 72,8 (65,3-79,3) ^b |
| <i>Miedo, %</i> | | | | |
| Sí | 16,0 (10,9-22,8) ^a | 0,0 (0-14,3) | 66,7 (41,7-84,8) ^b | 8,6 (5,1-14,2) |
| No | 84,0 (77,2-89,1) | 100,0 (85,7-100) ^a | 33,3 (15,2-58,3) | 91,4 (85,8-94,9) ^b |
| <i>Meses de duración, media</i> | 38,0 (30,3-45,6) | 29,4 (9,3-49,5) | 42,7 (23,6-61,8) | 36,3 (28,3-44,3) |
| <i>Meses hasta la ruptura, media</i> | 4,7 (0,9-8,4) | 8,5 (2,2-25,3) | 13,2 ^c (2,0-37,3) | 3,6 (1,4-5,7) |
| <i>Número de apoyos, media</i> | 4,9 (4,6-5,4) | 5,8 (5,1-6,8) ^c | 4,5 (3,4-5,6) | 5,2 (4,8-5,5) |
| <i>Autoestima social, media</i> | 12,6 (12,2-13,0) | 13,8 (13,2-14,5) ^a | 13,1 (11,8-14,3) | 12,8 (12,4-13,1) |

^ap < 0,01; ^bp < 0,001; ^cp < 0,05.

Discusión

La principal limitación del diseño está relacionada con el carácter transversal de la recogida de la información que, al no considerar la secuencia temporal, limita el

esclarecimiento de relaciones causales. Aun así, los estudios descriptivos son necesarios para acercarse a problemas parcialmente desconocidos, como es la VG en futuras enfermeras. Es importante señalar que no es posible generalizar los resultados a todas las estudiantes de enfermería, pero la

Tabla 2 Porcentaje del maltrato en función de la percepción de su abordaje terapéutico

| Variables y categorías | Maltrato técnico (IC 95%) | | Maltrato declarado (IC 95%) | |
|---|---------------------------|------------------|-----------------------------|------------------|
| | Sí | No | Sí | No |
| <i>Problema de salud</i> | | | | |
| Pública | 91,3 (85,4-95,0) | 91,7 (74,2-97,7) | 93,3 (70,2-98,8) | 91,7 (85,1-94,8) |
| Individual | 8,7 (5,0-14,6) | 8,3 (2,3-25,9) | 6,7 (1,2-29,8) | 8,3 (5,2-14,9) |
| <i>Profesionales preferentemente encargados</i> | | | | |
| Especialistas | 51,5 (43,1-59,8) | 62,5 (42,7-78,8) | 50,0 (26,8-73,2) | 53,2 (45,0-61,2) |
| AP y especialistas | 11,9 (7,5-18,5) | 4,2 (0,7-20,2) | 14,3 (4,0-39,9) | 10,6 (6,6-16,8) |
| Exclusivamente AP | 36,6 (28,9-45,0) | 33,3 (18,0-53,3) | 35,7 (16,3-61,2) | 36,2 (28,7-44,4) |
| <i>Mejor interlocutor según género</i> | | | | |
| Hombre | 0,0 (0-13,8) | 1,5 (0,4-5,2) | 0,0 (0-21,5) | 1,4 (0,4-5,0) |
| Mujer | 79,2 (59,5-90,8) | 82,3 (75,1-87,8) | 85,7 (60,1-96,0) | 81,8 (74,7-87,3) |
| Indistinto | 20,8 (9,2-40,5) | 16,2 (10,9-23,3) | 14,3 (4,0-39,9) | 16,8 (11,6-23,8) |
| <i>Maltratada-terapeuta</i> | | | | |
| Sí, si es pasado | 75,6 (67,7-82,0) | 70,8 (50,8-85,1) | 92,9 (68,5-98,7) | 73,2 (65,4-79,8) |
| Sí, aun actualmente | 14,8 (9,8-21,8) | 12,5 (4,3-31,0) | 7,1 (1,3-31,5) | 14,8 (9,9-21,6) |
| No | 9,6 (5,7-15,8) | 16,7 (6,7-35,9) | 0,0 (0-21,5) | 12,0 (7,6-18,3) |
| <i>Barreras</i> | | | | |
| Del sistema | 13,2 (8,4-20,1) | 16,7 (6,7-35,9) | 0,0 (0-22,8) | 14,6 (9,7-21,5) |
| De la víctima | 86,8 (79,9-91,6) | 83,3 (64,1-93,3) | 100,0 (77,2-100) | 85,4 (78,5-90,3) |

elevada tasa de respuesta permite asegurar un porcentaje de error < 3% en las estimaciones de maltrato en la Universidad de Oviedo, que puede ayudar a estimar la situación en universidades similares. Tampoco es posible confirmar la representatividad en cuanto a la variable principal ya que solo respondieron las estudiantes que libremente aceptaron participar. En cualquier caso, es más esperable que la voluntariedad produjera subestimación de la prevalencia que sobreestimación.

La proporción de alumnas técnicamente maltratadas fue llamativamente elevada (85,8%) y muy superior a la encontrada en otros estudios; aunque utilizar el criterio de «tolerancia cero» (punto de corte: presencia de una sola conducta) puede aumentar los falsos positivos. En España, 2 investigaciones evaluaron la violencia técnica en jóvenes con resultados dispares. Por un lado, el Instituto de la Mujer¹¹ encontró un 8,9%, mientras que Rodríguez et al.¹³ un 71,0%, pero el instrumento utilizado por los segundos recoge más indicadores conductuales, por lo que la sensibilidad en la detección podría ser consecuentemente mayor. También podría explicar este contraste la diferencia temporal, ya que las primeras fueron encuestadas años antes, cuando la sensibilización era menor. En nuestra muestra el porcentaje fue todavía mayor, quizás porque suma a la mayor sensibilización actual la proporcionada por los estudios de ciencias de la salud. Taylor et al.¹⁴ encontraron que la formación en maltrato incrementa su reconocimiento, pero también podría disminuir la búsqueda de ayuda profesional¹⁵, razón por la cual parece necesario incorporar al currículo programas para potenciar las habilidades para enfrentarse adecuadamente al problema.

Los resultados encontrados respecto a los 8 factores de VG son comparables a los de otras investigaciones internacionales¹³, hallazgo que evoca un posible patrón común entre las poblaciones. En general, el factor «físico» es el más estudiado. Una investigación realizada en universitarias españolas¹⁶, encontró que afectaba al 7%, pero el rango más aceptado y que incluye al observado en nuestro estudio lo propuso la OMS a partir de una revisión de la literatura científica: entre el 10 y el 69% de las mujeres son objeto de violencia física¹⁷. Otros estudios en países distintos confirman que el porcentaje actual podría rondar el 20%^{18,19}. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones coinciden en que la violencia predominante es de tipo psicológico^{5,20,21}, que puede considerarse la conjunción de los factores «desapego», «humillación», «coerción», «género» y «castigo», por lo que en nuestra serie también fue el tipo de violencia más descollante.

La proporción de estudiantes que realmente se declararon maltratadas supera en casi 3 puntos porcentuales las estimaciones de Rodríguez et al.¹³ (6,2%) y casi triplica las del Instituto de la Mujer¹¹ (3,2%). Nuevamente, la explicación más plausible podría encontrarse en la mayor sensibilidad actual añadida a la propia de estudiantes de ciencias de la salud. Un estudio canadiense²² encontró un 5,5% de maltrato declarado en estudiantes de enfermería, pero advertía que pertenecían a los primeros cursos y, por tanto, su reconocimiento del problema más limitado. Este efecto que produce la formación también fue llamativo en nuestra serie, ya que en tercero la percepción de maltrato fue significativamente mayor, quizás porque en este curso la asignatura Enfermería Comunitaria contempla el estudio

de la VG. De la misma manera, una interesante investigación realizada en España confirmó que el porcentaje de VG en profesionales de enfermería podría ser más elevado que en la población general pero, sin embargo, invita a ser cauteloso en las comparaciones debido a la heterogeneidad metodológica de los estudios²¹.

En el estudio de Rodríguez et al.¹³ también fueron inferiores los porcentajes de atrapamiento (27,0%) y miedo (12,0%), aunque es difícil saber con certeza si se debe, una vez más, a la sensibilidad formativa o responde a un hallazgo casual. Pero lo más interesante del análisis estratificado es que confirma que muchas mujeres no consideran VG comportamientos como la dominación o el control²³, ya que un elevado porcentaje de las que manifestaron miedo y/o atrapamiento no se consideraron maltratadas. Este aspecto es particularmente importante en las futuras enfermeras, pues los errores en la percepción de la VG se traducirán en defectos en las acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas que dependan de su competencia, además de constituir un problema personal que demanda intervenciones correctoras apremiantes.

El tiempo empleado en romper la relación fue significativamente superior entre las mujeres que sufrieron maltrato, quizás porque el miedo y el atrapamiento fueron hallazgos habituales en este grupo. Según Ohnishi et al.¹⁵, más de la mitad de las estudiantes universitarias no finaliza la relación a pesar de la violencia, pero la explicación no es sencilla, principalmente porque los estudios transversales no permiten establecer si la tensión acumulada a lo largo de la relación provoca la situación violenta²⁴ o si el miedo y el atrapamiento son los que condicionan una mayor duración, entre otras posibles causas.

En nuestra serie las jóvenes maltratadas nombraron menos apoyos de personas cercanas. El soporte social es un elemento esencial para mejorar el autoconcepto²⁵, por lo que el número de apoyos podría operar incrementando la seguridad para no consentir conductas de maltrato. En el mismo sentido, las estudiantes técnicamente maltratadas obtuvieron una puntuación menor en autoestima social, quizás porque el maltrato es capaz de socavar la autoestima²⁶. Fomentar las relaciones sociales efectivas y, en su caso, restablecer la autoestima, debería ser una prioridad en los estudios de ciencias de la salud, ya que su función primordial es dotar a las estudiantes de competencias para desempeñarse en un mundo laboral en el que inevitablemente se encontrarán con VG. La legislación española también recomienda afrontar el problema desde la educación superior, especialmente desde las titulaciones sociosanitarias²⁷; por tanto, sería recomendable incluir materias específicas sobre VG^{28,29} o abordarlo transversalmente, especialmente desde la óptica de la AP, porque es el nivel asistencial al que acude un elevado porcentaje de mujeres maltratadas^{7,30} y que cuenta con profesionales positivamente valorados³¹.

Por último, no se encontraron diferencias significativas respecto a la percepción que tenían las estudiantes de su papel en el abordaje de la VG, circunstancia probablemente relacionada con la escasa potencia estadística y, por supuesto, con su falta de experiencia ante un tema tan complejo. No obstante, resultaron llamativos algunos aspectos que sería interesante estudiar en el futuro: el primero es que las alumnas que sufrían algún tipo de maltrato tenían

menos tendencia a considerar a los profesionales especialistas como el mejor recurso humano, en favor de la asistencia más cercana que brinda la AP; el segundo es que las que sufren VG parecen ser más tolerantes con la historia de maltrato de la terapeuta, quizás porque sienten que la experiencia personal confiere sensibilidad y mejores herramientas; y, el tercero, que las estudiantes con alguna experiencia de maltrato podrían considerar que las limitaciones para abordar el problema nacen más frecuentemente de la mujer que del sistema, percepción que contrasta con la opinión extendida entre los profesionales³².

Lo conocido sobre el tema

- La violencia de género es un problema mundial de salud que está presente también en las primeras relaciones de noviazgo.
- El abordaje integral de la violencia debe ser multidisciplinario, pero el papel de los profesionales de la salud es fundamental.
- Sufrir maltrato podría afectar a las medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas desarrolladas por las enfermeras.

Qué aporta este estudio

- La prevalencia de violencia de género entre las futuras enfermeras es muy elevada aunque todavía muchas estudiantes no reconocen conductas de maltrato en sus propias relaciones.
- La formación en violencia de género parece mejorar la sensibilización y el reconocimiento de situaciones de maltrato.
- Sería deseable dar más importancia a la violencia de género en el currículo universitario al menos en las titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud.

Bibliografía

1. Eshelman L, Levendosky AA. Dating violence: mental health consequences based on type of abuse. *Violence Vict.* 2012;27:215–28.
2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Observatorio de la Violencia de Género. IV Informe anual de observatorio estatal de violencia sobre la mujer. IV Informe ejecutivo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
3. Rodríguez-Franco L, Rodríguez FJ. Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema.* 2009;21:248–54.
4. Straus MA. Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. *Violence Against Women.* 2004;10:790–811.
5. Vázquez F, Torres A, Otero P, Blanco V, López M. Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas. *Psicothema.* 2010;22:196–201.
6. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. La violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit.* 2006;20:202–8.
7. Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
8. Macías Seda J, Gil García E, Rodríguez Gázquez MA, González López JR, González Rodríguez MM, Soler Castells AM. Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género. *Index Enferm.* 2012;21:9–13.
9. Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Ramis Palmer MC. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. *Clínica y Salud.* 2008;19:59–81.
10. Rodríguez L, López J, Rodríguez FJ, Bringas C, Antuña MA, Estrada C. Validación del cuestionario de violencia entre novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anu Psicol Clin Salud.* 2010;6:45–53.
11. Instituto de la Mujer. III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados. Madrid: SIGMA DOS SA; 2006.
12. Gracia E, Herrero J, Musitu G. Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad. Madrid: Síntesis; 2002.
13. Rodríguez L, López J, Rodríguez FJ, Bringas C, Estrada C, Antuña MA, et al. Labeling dating abuse: undetected abuse among Spanish adolescents and young adults. *Int J Clin Health Psychol.* 2012;12:55–67.
14. Taylor B, Stein N, Burden F. The effects of gender violence/harassment prevention programming in middle schools: a randomized experimental evaluation. *Violence Vict.* 2010;25:202–23.
15. Ohnishi M, Nakao R, Shibayama S, Matsuyama Y OK, Miyahara H. Knowledge, experience, and potential risks of dating violence among Japanese university students: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2011;11:339.
16. Valls R, Aguilar C, Alonso MJ, Colas P, Fisas M, Frutos L, et al. Violencia de género en las universidades españolas. Barcelona: Instituto de la Mujer; 2008.
17. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet.* 2002;360:1083–8.
18. Iliyasu Z, Abubakar IS, Aliyu MH, Galadanci HS, Salihu HM. Prevalence and correlates of gender-based violence among female university students in Northern Nigeria. *Afr J Reprod Health.* 2011;15:111–9.
19. Lehrer JA, Lehrer EL, Zhao Z. Physical dating violence victimization in college women in Chile. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;893–902.
20. Sala I, Hernández AR, Ros R, Lorenz G, Parellada N. Violencia doméstica: preguntar para detectar. *Aten Primaria.* 2010;42:70–8.
21. 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.* 2011;43:417–25.
22. Gerber MR, Tan AK. Lifetime intimate partner violence exposure, attitudes and comfort among Canadian health professions students. *BMC Res Notes.* 2009;2:191.
23. González JL. Estudio sobre violencia de género y actitudes sexistas en la población joven de Cantabria. Santander: Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria; 2006.
24. Mason B, Smithey M. The effects of academic and interpersonal stress on dating violence among college students: a test of classical strain theory. *J Interpers Violence.* 2012;27:974–86.
25. Rodríguez FJ, Herrero J, Rodríguez L. Violencia y redes de apoyo social en el noviazgo. Realidad en universitarias iberoamericanas (España, Argentina, México). Oviedo: Servicio de Publicaciones Universidad de Oviedo; 2009.

26. Sarasua B, Zubizarreta I, Echeburúa E, de Corral P. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*. 2007;19:459-66.
27. Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. 55/2003 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, n.º 313, de 29 de diciembre de 2004.
28. Ferrer VA, Bosch E, Ramis MC, Navarro C. Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. *An Psicol*. 2006;22:251-9.
29. Adams K, Clements PT, Karlowicz KA. Integrating intimate partner violence content across curricula: developing a new generation of nurse educators. *Nurse Educ Today*. 2009;29:40-7.
30. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farrás U, Rodríguez D, Milla J, Santiñá M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. 2008;22:7-10.
31. Muñoz F, Burgos ML, Carrasco A, Martín ML, Río J, Ortega I, et al. El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. *Aten Primaria*. 2009;41:493-500.
32. Siendones R, Perea-Milla E, Arjona JL, Agüera C, Rubio A, Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002;14:224-32.