



ORIGINAL

Propuestas para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud. Un análisis cualitativo



Vanessa Alcaide Lozano*, Alba Pérez Domínguez,
Elisenda Lupresti Medina y Cari Almazán Sáez

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Barcelona, España

Recibido el 20 de octubre de 2020; aceptado el 9 de diciembre de 2020
Disponible en Internet el 27 de abril de 2021

PALABRAS CLAVE

Violencia machista;
Evaluación;
Género;
Política pública;
Metodología
cualitativa;
Servicios sanitarios

Resumen

Objetivo: Identificar cuáles son las propuestas de mejora respecto al abordaje de la violencia machista a través de la evaluación sobre la implementación del Protocolo para el Abordaje de la Violencia Machista en el ámbito de la salud en Cataluña del 2009 (PAVIM).

Diseño: Estudio cualitativo de tipo etnográfico, 2019.

Emplazamiento: Sistema sanitario público de Cataluña.

Participantes: Ciento ochenta y un participantes, de los cuales: 104 profesionales de la salud, 43 entidades de mujeres o específicas en violencia machista y 34 expertas en salud o violencia machista.

Método: Muestreo intencional. Se realizan 18 grupos focales y 34 entrevistas semiestructuradas. Evaluación con perspectiva de género e interseccional.

Resultados: Los resultados se estructuran en las fases del PAVIM. Prevención: formación obligatoria para todo el equipo de profesionales y reconocida institucionalmente, con perspectiva de género e interseccional. Detección: estandarización de códigos diagnósticos para la violencia machista y mejora en la coordinación entre Atención Primaria y servicios de Urgencias, Pediatría y Atención a la Salud Sexual y Reproductiva. Atención y recuperación: equidad territorial en los recursos destinados a la atención de los casos de violencia machista (en las 9 regiones sanitarias de Cataluña) y mayor comunicación entre el ámbito de la salud y el asociativo.

Conclusiones: Las propuestas de mejora identificadas son aquellas que han generado un mayor consenso entre participantes y de interés para la atención primaria. Como limitaciones destacan la temporalidad y la heterogeneidad del territorio catalán.

© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vanessa.alcaide@gencat.cat (V. Alcaide Lozano).

KEYWORDS

Violence against women;
Evaluation;
Gender;
Public policy;
Qualitative methodology;
Health services

Proposals for approaching violence against women in health care. A qualitative analysis

Abstract

Objective: Identify improvement proposals for approaching violence against women through the evaluation of 2009s Protocol for approaching Violence Against Women in Health Care in Cataluña (PAVIM).

Design: Qualitative ethnographic study, 2019.

Setting: Public Health Care in Catalonia.

Participants: One hundred eighty one participants, of which: 104 health care professionals, 43 women's associations and/or experts in violence against women and 34 experts on health and violence against women.

Method: Intentional sampling. Eighteen focus groups and 34 semi-structured interviews. Evaluation with a gender and intersectional perspective.

Results: Results are structured along PAVIM's phases. Prevention: mandatory and institutionally recognized training for the whole professional team, with a gender and intersectional perspective. Detection: diagnostic code standardization for violence against women and improve coordination between primary care, emergency service, pediatrics and Assistance to Sexual and Reproductive Health. Care and recovery: territorial equity in the applied resources on cases of violence against women care (in the 9 sanitary regions of Catalonia) and improves communication between health and associative fields.

Conclusions: The improvement proposals identified are those that have generated a greater consensus among participants and are the most interesting to primary care. As limitations, stand out the temporality and heterogeneity of the Catalan territory.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La violencia machista es una expresión de poder de los hombres sobre las mujeres y encuentra su origen en una cultura patriarcal. A su vez, la violencia machista también tiene un impacto negativo en la salud de las mujeres y de sus hijas. Se aborda este fenómeno como un problema de salud pública y que atenta contra los derechos humanos de las mujeres y de sus hijas¹.

Como fenómeno multidimensional, la violencia machista requiere de un abordaje multidisciplinar. Desde el ámbito de la salud, la Atención Primaria se considera el recurso asistencial más adecuado para su detección y atención, por su accesibilidad y relación continuada y próxima entre profesional de la salud y paciente².

En este artículo se presentan los principales resultados cualitativos de la evaluación sobre la implementación del Protocolo para el Abordaje de la Violencia Machista en el ámbito de la salud en Cataluña (de ahora en adelante PAVIM)³. Dicho protocolo fue implementado en el año 2009 por el Departamento de Salud como resultado de la política pública orientada hacia el abordaje de la violencia machista. La evaluación tiene la pretensión de contribuir, juntamente con otros informes, al nuevo modelo integral que se está elaborando desde el Departamento de Salud (<http://bit.ly/SubdireccióGeneraldeLaCarteradeServeisMapaSanitari>). Esta evaluación se centra en conocer el contexto sanitario actual sobre la situación de la violencia machista en Cataluña, de forma descriptiva e identificando las necesidades, barreras y propuestas de mejora recogidas

de forma participativa a través de la colaboración de diversos agentes del territorio sobre prevención, detección, atención y recuperación de mujeres que han sufrido o sufren una situación de violencia machista.

Por violencia machista se entiende «la violencia que se ejerce contra las mujeres como manifestación de la discriminación y de la situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres y que, producida por medios físicos, económicos o psicológicos, incluidas las amenazas, las intimidaciones y las coacciones, tenga como resultado un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto si se produce en el ámbito público como en el ámbito privado»⁴.

Respecto al contexto que se describe en la evaluación, en Cataluña, durante el año 2018, 5.510 mujeres de 15 años o más fueron diagnosticadas con una situación de violencia machista en los diferentes dispositivos asistenciales públicos (CMBD de alta hospitalaria, Atención Primaria, Urgencias, Salud Mental Ambulatoria y el Registro Central de Personas Aseguradas [RCA] del CatSalut). De estas mujeres, el 72,1% han sido atendidas en Atención Primaria, con una media anual de 13 visitas, superior a la media de visitas (8 visitas) de las mujeres que constituyen la población general^{5,6}. En cuanto a los efectos de la violencia machista en la salud de las mujeres^{7,8}, observamos que los diagnósticos más frecuentes identificados en el mismo periodo son: la ansiedad con 5.287 diagnósticos, la hipertensión con 4.046, la obesidad con 2.538 y la depresión mayor con 2.538 diagnósticos.

El *objetivo del artículo* es exponer las principales propuestas planteadas por las participantes en relación a cómo

mejorar el abordaje de la violencia machista en el ámbito sanitario, y especialmente en la Atención Primaria, a través de la valoración sobre la implementación del PAVIM. Todo ello desde una perspectiva de género^{9,10} e interseccional. Esta última aboga por integrar, además del género, otros ejes de desigualdad (etnia, clase social, edad, entre otros) en la concepción de la figura de la mujer como elementos que se yuxtaponen¹¹. Es decir, busca ampliar la mirada respecto a cómo se configuran las historias vitales de las mujeres e invita a ser capaces de entenderlas en su máxima complejidad¹².

Participantes y métodos

Diseño

Investigación cualitativa de tipo etnográfica¹³. Se utilizan 2 técnicas de recogida de datos: el grupo focal y la entrevista semiestructurada¹⁴. Los guiones guardan gran similitud en su contenido y se estructuran en 4 bloques temáticos: prevención, detección, atención y recuperación de acuerdo a los contenidos del PAVIM. Esta sincronía entre las técnicas permite identificar las particularidades de cada perfil de participante, considerando dichas fases y la naturaleza de los discursos, grupales e individuales.

Las sesiones realizadas fueron registradas en audio para su posterior transcripción y análisis. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado que recogía su conformidad con la colaboración en el estudio.

Muestra, participantes y emplazamiento

Tipo de muestreo intencional¹⁵. El tamaño de la muestra es de 181 participantes y viene determinado por el criterio de saturación del discurso¹⁶. La muestra está compuesta por 3 perfiles diferenciados por su rol o posicionamiento profesional en relación con el fenómeno de la violencia machista. Primer perfil: 104 profesionales de la salud, 99 mujeres (95,2%) y 5 hombres (4,2%), de carácter asistencial y de diferentes recursos sanitarios (Atención Primaria, Atención a la Salud Sexual y Reproductiva [ASSIR], atención especializada [Obstetricia, Ginecología, Salud Mental y Adicciones, y Traumatología] y Urgencias hospitalarias). Segundo perfil: 43 entidades de mujeres o específicas de violencia machista siguiendo 2 criterios, por un lado, el vínculo de la entidad con la temática de la violencia machista y, por otro, la heterogeneidad en los colectivos a los que va dirigida la entidad (en cuanto a diferentes ejes de desigualdad como etnia, edad, clase social, etc.) incorporando la mirada interseccional de forma operativa en el diseño del muestreo. Tercer perfil: 34 expertas en violencia machista o salud. Por expertas se entiende aquellas profesionales que tienen un cargo de responsabilidad o coordinación, que provienen de un ámbito más académico o teórico y son amplias conocedoras del fenómeno de la violencia de género y machista.

El estudio abarca el sistema de salud pública de Cataluña, considerando sus 9 regiones sanitarias (Alt Pirineu i Aran, Barcelona Ciutat, Barcelona Metropolitana Nord, Barcelona Metropolitana Sud, Camp de Tarragona, Catalunya Central, Girona, Lleida y Terres de l'Ebre).

Descripción del trabajo de campo

Los datos se han recogido en el periodo de 2 meses, entre septiembre y noviembre del 2019. Se ha realizado un total de 18 grupos focales, 2 por región sanitaria, uno con profesionales de la salud y otro con entidades de mujeres. El número de participantes en cada grupo focal ha sido de entre 4 y 12 integrantes^{17,18}. También se han realizado 34 entrevistas a expertas de salud y violencia machista. El primer contacto con las diferentes participantes se llevó a cabo a través de correo electrónico o telefónicamente. Respecto al lugar de realización de los grupos focales y las entrevistas, los primeros fueron realizados en cada una de las sedes de las regiones sanitarias, mientras que las segundas se negociaba directamente con la persona entrevistada un espacio idóneo, priorizando en todo momento su comodidad. La duración media de los grupos focales fue de 2 h, mientras que las entrevistas tuvieron una duración media de 1 h.

Análisis

Análisis de contenido, semántico y deductivo por sus categorías de análisis¹⁹. Se realizó la transcripción de los audios y se utilizó el programa Atlas.ti para el análisis^{20,21}.

Resultados y discusión

A continuación, se exponen los principales resultados siguiendo las 4 fases que estructuran el protocolo (prevención, detección, atención y recuperación) y siguiendo 2 criterios: 1) derivan de un cierto consenso entre perfiles de participantes y cumplen la saturación del discurso, y 2) son de carácter operativo y de mayor interés para la práctica asistencial de las profesionales de la salud, especialmente de atención primaria. Estos resultados deben entenderse como propuestas de mejora que tienen la voluntad de contribuir al nuevo modelo integral planteado por el Departamento de Salud.

En *prevención*, las principales propuestas tienen que ver con *la formación y la sensibilización dirigida a las profesionales de la salud*. La formación es una cuestión generalmente demandada por todas las profesionales de la salud²² y se presenta como un elemento en el cual se debe incidir y promover para mejorar la actitud, capacidad y sensibilidad de las profesionales como ya ponen de manifiesto otros estudios^{23,24}. Podemos identificar 2 vertientes bien representadas sobre las aportaciones de formación. La primera tiene que ver con la organización, mientras que la segunda se centra en el contenido.

Respecto a la organización, la propuesta de mejora se centra en *establecer una formación obligatoria, dirigida hacia todo el personal o equipo de salud y reconocida a nivel institucional. La finalidad es no dejar a la motivación personal la realización de la formación en violencia machista*.

En relación al contenido, la propuesta es: *incorporar la perspectiva de género e interseccional en la formación, que esta sea clara, sencilla y operativa y que ponga en conocimiento de todas las profesionales los recursos disponibles para el abordaje de la violencia machista y los*

conocimientos necesarios sobre el ámbito judicial (como espacio fundamental para procesar correctamente y de forma ágil los casos de violencia machista).

La inversión en formación, así como su buena gestión y orientación hacia todo el equipo, son fundamentales no solo para la prevención, sino también para mejorar la detección, ya que los estudios demuestran que una mayor dedicación a la formación avanzada en las profesionales de atención primaria, favorece la detección^{25,26}.

En *detección*, los resultados apuntan a 3 aspectos: 1) los ámbitos considerados más idóneos para la detección; 2) los indicadores de detección, y 3) incorporar una perspectiva de género e interseccional en el abordaje de los casos.

Como señalan la gran mayoría de estudios, la Atención Primaria es el ámbito más idóneo y privilegiado para la detección de casos de violencia machista²⁷. Aun así, los participantes señalan también otros ámbitos como imprescindibles²⁵, junto con la mejora en la coordinación con ellos. Estos son:

- Promover la detección y la coordinación con los servicios de urgencias, los ASSIR y fundamentalmente en pediatría. Este último, especialmente relevante para el abordaje de la violencia machista en las hijas e hijos de mujeres que han sufrido o sufren situaciones de violencia machista.

Aparecen algunos factores que se asocian con dificultades para la detección como: presión asistencial, uso de los indicadores de detección pertinentes, qué hacer una vez se ha identificado un caso, el impacto del entorno cultural, religioso y de origen, las barreras idiomáticas, solo por mencionar algunos que, según los participantes, contribuyen a la infradetección de casos y van en la línea de lo que nos muestran otros estudios²⁷⁻²⁹.

Por este motivo, entre otras propuestas de mejora, las participantes manifiestan:

- Homogeneizar los códigos diagnósticos y las herramientas disponibles para la detección, con la finalidad de agilizar, potenciar y facilitar la detección.
- Considerando la necesidad de abordar los casos de violencia machista teniendo en cuenta los ejes de desigualdad, se apuesta por la incorporación de la mirada interseccional en el trabajo diario de los profesionales de la salud^{30,31}.
- Aplicar la mirada interseccional para considerar que determinadas situaciones o vivencias en las que se encuentran las mujeres pueden potenciar o acrecentar una situación de vulnerabilidad ante la violencia machista.

Finalmente, en *atención y recuperación*, la primera propuesta que se manifiesta es:

- Mejorar la distribución territorial de los recursos destinados al abordaje y seguimiento de la violencia machista.
- Las participantes comentan que, en general, hay recursos existentes que pueden ser suficientes pero su distribución desigual entre regiones sanitarias dificulta en este caso como un eje más de desigualdad, el cual es necesario considerar para comprender el contexto social y cultural

y para comprender los diferentes significados que puede adquirir la violencia machista^{32,33}.

Otro aspecto fundamental es la coordinación entre profesionales de la salud y las entidades de mujeres. Las participantes insisten en la mejora de dicha coordinación para mejorar la atención y el seguimiento y como medio único para evitar la revictimización de las mujeres³⁴. Señalan, a su vez, algunas experiencias que valoran positivamente en esta línea, como las mesas territoriales de violencia machista o las mesas comunitarias y proponen:

- Mayor vinculación del Centro de Atención y Seguimiento (CAS) con los circuitos de violencia machista y crear redes de grupos de mujeres que han sufrido o sufren una situación de violencia machista para fomentar los canales de apoyo entre el ámbito de la salud y el ámbito asociativo.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

La evaluación sobre la implementación del PAVIM ha servido para conocer e identificar, de forma clara y operativa, cuáles son las principales necesidades, dificultades y propuestas de mejora de las participantes, considerando sus diferentes perfiles. Toda esta valiosa información, por su contenido y por ser la primera evaluación que se realiza sobre el PAVIM, pretende ayudar a construir y enriquecer el nuevo modelo integral para el abordaje de la salud de las mujeres y de sus hijas e hijos elaborado por el Departamento de Salud.

La combinación de miradas cuantitativa y cualitativa y la visión complementaria entre el discurso individual (entrevistas) y el colectivo (grupos focales) permiten abordar el fenómeno de la violencia machista en salud en su máxima complejidad, por ser un fenómeno multidimensional.

Los resultados cualitativos abordados en este artículo apuntan a elementos de mejora en las diferentes fases que constituyen el PAVIM. Respecto a la prevención, destaca la importancia de la formación transversal al equipo y reconocida, así como de carácter práctica e incorporando la perspectiva de género e interseccional. En la detección, se pone el énfasis en las cuestiones vinculadas con la homogeneización de los diagnósticos de violencia machista, así como en los indicadores de detección, además de fomentar la coordinación entre los diferentes ámbitos de salud. Finalmente, en relación a la atención y la recuperación, la coordinación vuelve a aparecer como una cuestión fundamental, pero intenta ir más allá del ámbito de la salud. La violencia machista, como problema multidimensional, requiere de un abordaje complejo y multidisciplinar, por tanto, el trabajo en red entre salud y el ámbito asociativo, entre otros ámbitos relevantes, puede influir positivamente en el seguimiento y el proceso de recuperación de las mujeres que sufren o han sufrido una situación de violencia machista.

Algunas de las limitaciones de este trabajo vienen dadas por la temporalización del mismo, el gran volumen de información y resultados a gestionar, que a su vez resulta un aspecto positivo por su riqueza y complejidad en el abordaje del fenómeno. La heterogeneidad territorial en la distribución de recursos destinados a la violencia machista, así como la presencia desigual de entidades de mujeres o específicas

de violencia machista, marca la definición de la muestra, pero pone en valor a las participantes de las diferentes regiones sanitarias, así como su representación territorial.

Lo conocido sobre el tema

- El abordaje de la violencia machista desde el ámbito de la salud supone un gran reto por su complejidad como problemática multidimensional y por abarcar diferentes tipos de manifestaciones y ámbitos de dicha violencia.
- El Protocolo para el Abordaje de la Violencia Machista en el ámbito de la Salud en Cataluña (PAVIM) es implementado en 2009 por la necesidad de alinear y proporcionar un protocolo marco en las acciones y circuitos que se están llevando a cabo sobre violencia machista.
- En 2019 se hace necesaria la evaluación sobre la implementación del PAVIM con la pretensión de contribuir al diseño de un modelo integral sobre la atención a la salud de las mujeres y de sus hijas e hijos en situación de violencia machista elaborado por el Departamento de Salud.

Qué aporta este estudio

- La primera evaluación de la implementación de un protocolo marco, como el PAVIM, llevada a cabo desde una mirada amplia y con la participación de diferentes agentes, como profesionales de la salud, entidades de mujeres y expertas en salud o violencia machista, recogiendo las particularidades de cada región sanitaria.
- Los resultados cualitativos de esta evaluación ponen de manifiesto distintas carencias y necesidades que derivan de la participación de diferentes agentes en forma de propuestas de mejora para la prevención, detección, atención y recuperación de los casos de violencia machista.

Financiación

El presente trabajo ha sido financiado por los fondos económicos del año 2018 del Pacto de Estado en materia de violencia de género, aprobado por el Congreso de los Diputados, el 28 de septiembre del 2017.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a la Subdirección General de la Cartera de Servicios y el Mapa Sanitario del Departamento de Salud su apoyo y constante acompañamiento durante todo el proceso

de desarrollo de esta evaluación, a las compañeras de AQUAS por su consejo y constante disposición, a las compañeras que contribuyeron a realizar la evaluación en 2019: Natalia Cabeza, Laura Liñares, Júlia Mas, Anna Mir y Cristina Rubio, y muy especialmente a las referentes de las 9 regiones sanitarias y a todas las profesionales que han participado, enriqueciendo y dando forma al contenido.

Bibliografía

1. World Health Assembly. Forty-ninth World Health Assembly; 1996, May 20-25; Geneva. Summary records and reports of committees.
2. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*. 2005;67:791-7. <http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000181269.11979.cd>.
3. Equipo de violencia machista de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña. Evaluación del Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña. Miradas complementarias. Barcelona: Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya; 2019.
4. Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, núm. 251/VIII, de 28 de abril del 2008. Barcelona: Publicacions del Parlament de Catalunya, 2009.
5. Roberts G, Hegarty K, Feder G. *Intimate partner abuse and health professionals: New approaches to domestic violence*. London: Elsevier; 2006.
6. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of 9 UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*. 2009;13:137-347. <http://dx.doi.org/10.3310/hta13160>.
7. Raya L, Ruiz I, Plazaola J, Brun S, Rueda D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*. 2004;34:117-24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-violencia-contra-mujer-pareja-13064519>.
8. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl. 1:182-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91122004000400029&lng=es.
9. Eguiluz M, Samitier ML, Yago T, Tomas C, Ariño D, Oliveros T, et al. Una mirada al género en la investigación. Análisis cualitativo. *Aten Primaria*. 2011;43:531-5. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-una-mirada-al-genero-investigacion-S0212656711000539>
10. Direcció General de Planificació en Salut. Guia per a la introducció de la perspectiva de gènere en la planificació en salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2019.
11. Guzmán R, Jiménez ML. La interseccionalidad como instrumento analítico de interpelación en la violencia de género. *Oñati Socio-legal Series* [online]. 2015;5:596-612. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=2611644>.
12. Coll-Planas G, Solà-Morales R. Igualtats Connectades. Guia per incorporar la interseccionalitat a les polítiques locals. Ajuntament de Terrassa, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, CEPS Projectes Socials; 2019.

13. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós; 1990.
14. Denzin NK, Lincoln YS. *The sage handbook of qualitative research*. London: Sage; 2005.
15. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 1999;24:295–300. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-rigor-investigacion-cualitativa-13354>.
16. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saúde Colectiva*. 2012;17:613–9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>.
17. Krueger RA. *Focus groups: A practical guide for applied research*. London: Sage Publications; 1996.
18. Buss M, López MJ, Porto AR, Coelho S, de Olivera IC, Mikla M. Grupo focal: una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index de Enferm*. 2013;22(1–2.). <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100016>.
19. Amezcua M, Gávez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:423–36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005&lng=es.
20. Varguillas C. El uso de atlas. ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido upel. Instituto pedagógico rural el mácaro. Laurus [Internet]. 2006;12(Ext):73–87. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76109905>.
21. Valles MS. Ventajas y desafíos del uso de programas informáticos (e.g. ATLAS.ti y MAXqda) en el análisis cualitativo. Una reflexión metodológica desde la grounded theory y el contexto de la investigación social española. Ponencia en el Seminario sobre Investigación Avanzada Cualitativa Asistida por Ordenador. noviembre, Granada. 2001.
22. Baidés R. Violencia de género: el papel de la Enfermería en la prevención secundaria desde Atención Primaria. *Enferm. Glob*. 2018;17:484–508. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.307241>. #51:.
23. Salcedo DM, Orchiucci P, Dias V, Yoshikawa E. How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence? *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3108.2436>.
24. Rojas K, Gutiérrez T, Alvarado R, Fernández A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Rev Aten Primaria*. 2015;47:490–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.008>.
25. García Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service reponse to violence against women. *Lancet*. 2002;359:1509–14. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08417-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08417-9).
26. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Millares-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac Sanit*. 2017;31:410–5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008>.
27. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. La Atención Primaria frente a la Violencia de Género. Necesidades y propuestas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015. Disponible en: <https://violenciagénero.igualdad.gob.es/gl/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/estudio/Atencion.Primaria.VG.htm>.
28. Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez-Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. *Rev Esp Salud Pública*. 2012;86:85–99. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000100008.
29. Calvo G, Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Glob*. 2014;13:424–39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412014000100022&lng=es.
30. Expósito C. ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*. 2013;3:203–22. http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2012v341146.
31. Briones-Vozmediano E, Davó-Blanes MC, García-de la Hera M, Goicolea I, Vives-Cases C. Discursos profesionales sobre la violencia del compañero íntimo: implicaciones en la atención de las mujeres inmigrantes en España. *Gac Sanit*. 2016;30:326–32. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.022>.
32. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Violencia de género en los pequeños municipios del Estado Español. Colección Contra la violencia de género: Documentos, n.º6. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009. Disponible en: <https://violenciagénero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/coleccion/estudio/pequenoMunicipio.htm>.
33. Martínez MA, Camarero LA. La reproducción de la violencia de género: una lectura desde las áreas rurales. *Ager. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural*. 2015;19:1–30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29642953004>.
34. Benzanilla JM, Miranda MA, González JH. Violaciones graves a derechos humanos: violencia institucional y revictimización. *Cuadernos de Crisis y Emergencias. Revista semestral de la Psicología de las Emergencias y la Intervención en Crisis*. 2016;1. Disponible en: http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2016/numero15vol1_2016.pdf.