

**Elisa Valmisa Porriño**

**ENFERMERÍA, DETECCIÓN Y ABORDAJE A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA  
DOMÉSTICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**TRABAJO FINAL DE GRADO**

**Dirigido por: Sra. Heidi Manuela Bartel Rodríguez-Mariona**

**Enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Facultad de Enfermería**

**TARRAGONA 2016**

**AGRADECIMIENTOS:**

**A mi familia y amigos que me han acompañado y soportado en este largo y duro camino, para poder llevar a cabo mi sueño, por que la vida es soñar rodeada de las personas a las que quieres y te quieren, así que mi vida no tendría sentido sin ellos . Os amo!!**

**GRACIAS!!**

# ÍNDICE

1.Titulo.....	4
2. Introducción.....	4
2.1Justificación.....	6
3. Objetivos.....	8
4. Metodología.....	8
4.1 Diseño:.....	8
4.2 Criterios de inclusión:.....	9
4.2 Criterios de exclusión:.....	9
5.RESULTADOS.....	10
5.1LEGISLACIÓN.....	10
5.1.1Leyes que rigen la violencia de género.....	10
5.1.2 Legislación Mundial.....	11
5.1.3 Legislación Española.....	12
5.2.1 Protocolos de actuación.....	13
5.2.2 Conocimiento de los profesionales por el tema.....	21
5.3 El papel de enfermería.....	22
6.DISCUSIÓN Y COCLUSIONES.....	24
7. BIBLIOGRAFÍA.....	27
8.ANNEXOS.....	30
8.1 CRONOGRAMA.....	30
8.2 PAUTAS DE VALORACIÓN E INTERVENCIÓN.....	31
8.3 INDICADORES DE SOSPECHA.....	32
8.4 DIAGNOSTICOS NANDA.....	33
8.5 FICHAS RESUMEN.....	38
9. Criterios de elección de la revista.....	51
10. Normas de publicación revista.....	51
11. Artículo.....	(1) 58

## 1. TÍTULO: ENFERMERÍA, DETECCIÓN Y ABORDAJE A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### 2. INTRODUCCIÓN:

“La violencia de género (VG) es definida como todo acto de violencia por razones de sexo 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 produce en la vida pública como en la privada”<sup>1</sup>. Como tal ha sido considerada como una pandemia y así lo reconoce la OMS (1996) en su 49 Asamblea General, al nombrar la VG como un factor importante en el deterioro de la salud de aquellas personas que la sufren, señalando la VG física, sexual o psicológica como un problema de salud pública a abordar por parte de las instituciones sanitarias.<sup>2</sup>

Desde tiempos antiguos en España se ha vivido una cultura que fomentaba la unidad Patriarcal en la que el hombre tiene el poder económico, y decisivo en el núcleo familiar, por eso durante años la mujer ha crecido relegada a un segundo término, y no ha tenido la potestad ni siquiera de tomar las decisiones relacionadas con su vida, este tipo de cultura ha ido generando en algunos tiempo y lugares el hecho que el hombre había de “imponer” sus deseos, creencias, y pensamientos aunque sea con la violencia, este hecho ha ido cambiando y evolucionando hacia el ideal de la igualdad entre sexos y se están imponiendo unas ideas más igualitarias, aunque esto no es todo lo satisfactorio que quisiéramos ya que según la OMS en el informe, *“Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de*

*la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*<sup>2</sup> del 20 de Junio del 2013, revela que el 30% de las mujeres de todo el mundo están afectadas por sufrir violencia de pareja (VP). En este estudio se expone la necesidad del compromiso de eliminación de la violencia de género (VG), presentando también las guías de práctica clínica para mejorar la capacidad del sector sanitario en este campo, ya que según este informe la violencia de género tiene un gran impacto sobre la salud física y mental de mujeres y niñas, además dicho informe pone de manifiesto que la violencia de género es un problema de salud pública por lo que es necesario que las entidades sanitarias tomen partido en este problema<sup>2</sup>

Aunque la Ley Orgánica 1/2004 regula la violencia contra la mujer y se han implantado medidas para poner solución a este problema, no se ha conseguido erradicar en España por lo que aun hoy día este problema es un tema pendiente tanto social como legislativo<sup>2,9</sup> Según La publicación de la epidemiología de los últimos tres años en el Instituto Nacional de Estadística podemos ver que en el 2014 se ha incrementado en un 0,3% el número de víctimas domésticas en relación con el año 2013 en cambio en el 2012 y 2013 fueron disminuyendo, siendo de un 5,8% en el 2012 y de un 3,3 % en el 2013, estos datos son con respecto al año anterior. Al principio se podía pensar que esto era evolutivo hacia la erradicación pero desde el 2011 hasta el 2013 ha ido disminuyendo aunque en el 2014 se ha incrementado de nuevo.<sup>4,5,6</sup>

Desde la aprobación de la constitución Española en el 1978<sup>8</sup> en la que ya se empieza a contemplar la igualdad entre hombre y mujer, se han ido implantando Leyes para poder llevar a cabo lo que se pretendía conseguir en dicha constitución, podemos destacar la implantación de la Ley Orgánica 1/2004 la legislación ha intentado abordar los problemas de violencia de género en España desde la perspectiva de los siguientes ámbitos: civil, penal, social, educacional, por lo que se ha detectado la necesidad de que los profesionales de cada ámbito estén formados en el trato y abordaje de las víctimas de violencia de género, de esta forma se crea la necesidad de que el abordaje de un asunto tan complejo debe ser multidisciplinar; la enfermera, y concretamente la enfermera de familia/ primaria, se encuentra en una posición privilegiada para actuar en estos casos.<sup>23</sup> La formación específica de la disciplina enfermera en cuanto al establecimiento de una relación terapéutica hace que este profesional pueda detectar de forma temprana cualquier riesgo de violencia, aconsejar y guiar a la persona maltratada y derivarla a otros profesionales y ámbitos en caso necesario, como por ejemplo: trabajadores sociales, médicos, policía etc.<sup>16,21</sup>

## **2.1 Justificación:**

Según las comunidades autónomas hay una diferencia variable en la incidencia del problema de VG y Andalucía, es la comunidad autónoma con más número de víctimas inscritas por violencia de género con orden de protección y/o medidas cautelares, según el Instituto Nacional de Estadística desde el 2011 al 2014.<sup>5</sup> Mi vida y experiencias personales han ido ligadas a una cultura machista, no solo el entorno sino que también las ideas políticas

del país de aquella época, veían a la mujer como un objeto para cubrir sus necesidades más que como una persona individual, libre de decidir con su vida y sus equivocaciones.

La mujer era una propiedad del hombre y no su compañera, todo hay que decir que no todo el mundo era así pero predominaban estas ideas. Como profesional de enfermería me gustaría poder cuidar y ayudar a las víctimas que pueda encontrar en mi andadura profesional, ya que en mi opinión creo que en estos tiempos se ha avanzado mucho en la visión de igualdad del hombre y la mujer, aunque aún se pueden detectar casos que deberían ser aislados pero parece que aunque desde la administración se han puesto medios para atajar este problema social y de salud pública, no se acaba de erradicar.<sup>9</sup>

Según La publicación de la epidemiología de los últimos tres años en el Instituto Nacional de Estadística podemos ver que en el 2014 se ha incrementado en un 0,3% el número de víctimas domésticas en relación con el año 2013 en cambio en el 2012 y 2013 fueron disminuyendo, siendo de un 5,8% en el 2012 y de un 3,3 % en el 2013, estos datos son con respecto al año anterior. Al principio se podía pensar que esto era evolutivo hacia la erradicación pero desde el 2011 hasta el 2013 ha ido disminuyendo aunque en el 2014 se ha incrementado de nuevo.<sup>4,5,6</sup>

Esto me hace reflexionar sobre si son efectivas las soluciones que se ofrecen tanto desde la administración como desde el ámbito sanitario a las personas

que sufren este problema, con esta revisión bibliográfica pretendo aprender sobre la mayor parte de puntos de vista, leyes que rigen la ayuda a la personas que sufren este problema así como la mejor manera de detectar y abordar el tema con las personas que pueda encontrarme durante mi vida profesional como enfermera, uno de mis objetivos es hacerlo a través de una relación terapéutica basada en la escucha activa, utilizando la empatía y la asertividad, así como un dialogo entendedor sin ningún tipo de prejuicios y trasmitiendo un ambiente seguro en el que la persona se sienta libre de poder expresar sus pensamientos y sentimientos, según la recomendación del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.<sup>7</sup>

### **3. OBJETIVOS**

Analizar los artículos y documentos publicados entre el 2003 y el 2014 sobre los conocimientos y herramientas de que disponen los profesionales de enfermería para la detección y abordaje terapéutico de la violencia de género y su legislación.

### **4. METODOLOGÍA**

#### **4.1 Diseño:**

Se efectuó una revisión bibliográfica tanto de artículos científicos como otro tipo de publicaciones que abordan el tema de la enfermería, violencia de género, protocolos de actuación, escalas de valoración y su legislación.



La búsqueda se realizó en las bases de datos de Ciencias de la Salud: PudMed, Cuiden, Dialnet plus y también en buscadores de ámbito más general como Google Académico.

Las palabras clave empleadas fueron en español: *violencia de género, violencia doméstica, relación terapéutica*, y los términos en lengua inglesa fueron: *genre violence, domestic violence, therapeutic relationship*. La búsqueda se realizó utilizando todas sus posibles combinaciones.

#### **4.2 Criterios de inclusión:**

Como criterios de inclusión fueron los siguientes: se seleccionó la búsqueda de textos publicados en español, inglés y catalán , enfocados en el ámbito sanitario español, que hablaban sobre la temática relacionada con el tema así como protocolos e informes y páginas webs de estamentos oficiales para poder completar la investigación. Deben tener acceso gratuito a textos completos. El idioma ha de ser castellano o inglés y la fecha de publicación ha de ser desde 2003 al 2014 para poder ver la evolución de las medida implantadas dedicadas a solucionar los problemas relacionados con este tema desde la aparición de la Ley Orgánica 1/2004.

#### **4.2 Criterios de exclusión:**

Se excluyeron los artículos que relativos a la población infantil y de mujeres embarazadas, Se descartan por no tener relación con el tema que nos ocupa y merecen ser objeto de otro estudio específico. También se descartaron artículos de acceso no gratuito, Artículos en otros idiomas y que no fueran en español o inglés y los que fueran publicados antes del año 2004.

## 5. RESULTADOS

Tras la revisión bibliográfica efectuada, el total de artículos obtenidos ha sido de 50 de los cuales se han descartado 28 por no cumplir los criterios de inclusión, resultando finalmente un total de 22 artículos el contenido se concreta a continuación. De los artículos utilizados se han realizado unas fichas resumen para facilitar su manejo y análisis dichas fichas las encontraremos en los anexos de este documento. Para facilitar su comprensión, se han clasificado los documentos obtenidos en dos apartados, el primero referente al marco legal vigente, y el segundo a los documentos relativos al abordaje por parte del ámbito sanitario-asistencial.

### 5.1 LEGISLACIÓN

#### 5.1.1 Leyes que rigen la violencia de género:

La violencia de género (VG) ha sido considerada como una pandemia y así lo reconoce la OMS en el año 1996 en la 49ª Asamblea General, cuando habla de que la VG es un factor importante en el deterioro de la salud de aquellas personas que la sufren por lo que denominó la VG física, sexual o psicológica, como un problema de salud pública.<sup>7,11,12,17</sup> Por este motivo nos planteamos la importancia de que los profesionales enfermeros estén formados e informados sobre el cuidado de este tipo de víctimas.<sup>22</sup>

La sociedad ha ido cambiando su punto de vista sobre la VG, socialmente estaba aceptado que las disputas surgidas en la pareja se habían de tratar en privado por lo que la mujer no tenía apoyo externo para poder resolver ese problema, ya que una de las características de la VG es que el maltratador

tiene como objetivo la falta de relación de la pareja con el entorno tanto familiar como social, esto le permite un mayor control de la víctima.<sup>7,21</sup>

Para poder combatir la VG las Administraciones y estamentos Públicos mundiales han ido elaborando acuerdos y leyes que regulen y penalicen dicho comportamiento en el hombre que ejerce dicha violencia, durante esta revisión bibliográfica hemos ido descubriendo las más importantes que han hecho posible el cambio no solo de mentalidad social sino también han permitido a los profesionales del ámbito enfermero tener armas legales para poder combatirla. Por lo que nos planteamos la influencia en el ámbito sanitario y concretamente en el terreno de enfermería, de la implantación de la Ley Orgánica 1/2004<sup>7</sup> Seguidamente expondré algunas de las más importantes tanto mundiales como Españolas.

### 5.1.2 Legislación Mundial

- “Recomendación General número 19 (14) de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (15)”, en 1992
- Seguidamente en la celebración el 14 al 25 de junio de 1993 en la “Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena se reconocen los Derechos de las mujeres como Derechos Humanos”.
- En el 1995, se celebra en Beijing, la “IV Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer”
- En 1996 se celebra “La 49ª Asamblea General” en la que la OMS reconoce la VG celebrada en Ginebra donde la OMS reconoció la

violencia “*como un grave problema de salud pública, identificándola como factor crucial en el deterioro de la salud*”.<sup>7</sup>

### 5.1.3 Legislación Española:

El cambio político e ideológico social que España realizó cuando se instauró la democracia y se aprobó la constitución Española en el año 1978 aportó unas bases que después han servido para apoyar las leyes que defienden y aparcan a la mujer que sufre VG, dichas leyes se apoyaban en las tendencias regidas por la legislación Europea, dando así más fuerza a la legislación Española y equiparándose a los ideales de igualdad de sexo. Esto ha permitido a los profesionales de enfermería tener una base legal para el cuidado de las personas afectadas.<sup>7</sup>

- En el año 1978 se reconoce legalmente la igualdad entre hombres y mujeres donde se apoyan las leyes que han ido reformando los nuevos principios. “*La dignidad de la persona [art. 14, Constitución Española], el derecho a la vida y a la integridad física y moral [art. 15, Constitución Española], el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio con plena igualdad jurídica [art. 32, Constitución Española], la protección social, económica y jurídica de la familia, de los hijos, con independencia de su filiación, y de las madres [art. 39, Constitución Española] se erigen en valores básicos de la convivencia*”
- La Ley 30/1981 de 7 de julio modifica el tratamiento legal sobre el matrimonio, permitiendo la separación, nulidad y divorcio.

- La legislación vigente proporciona leyes que permiten juzgar y condenar la VG como son:
  - *“Ley de Enjuiciamiento Criminal, debiendo destacarse la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre de Medidas Concretas en Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de Extranjeros, además la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, que modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal”*
  - *“La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, fue aprobada por unanimidad de todos los grupos políticos. Esta Ley tiene por objeto:*
    - o *Actuar contra la violencia que los hombres ejercen sobre las mujeres (bien sean o hayan sido cónyuges, bien hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia).*
    - o *Establecer medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer de cualquier tipo y prestar asistencia a sus víctimas.”*<sup>7</sup>

## **5.2 AMBITO SANITARÍO**

### **5.2.1 Protocolos de actuación:**

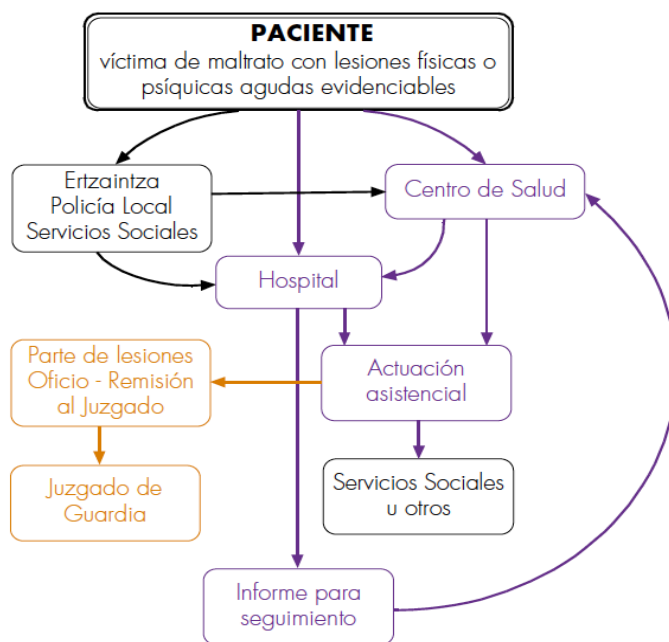
A causa de la transferencia de competencias de la gestión sanitaria por parte del Gobierno estatal a las Comunidades Autónomas se han ido creando protocolos de actuación para la prevención, detección y abordaje en las

diferentes Comunidades Autónomas, dichos protocolos orientan y apoyan a los profesionales ante la intervención en dichos casos. *“El Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012”* del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad da unas pautas de intervención enfermera tanto de prevención, detección, valoración e intervención en el área sanitaria, para atención primaria y para atención especializada ya que es en estos servicios donde se pueden encontrar más a menudo casos de este tipo.<sup>7</sup>

En Atención Primaria el Protocolo invita a los profesionales enfermeros a preguntar sistemáticamente a todas la mujeres que acuden a la consulta si están sufriendo a han sufrido en algún momento VG.<sup>7,12,13</sup> Todos los protocolos consultados en esta revisión bibliográfica: Protocolo de Andalucía,<sup>12</sup> Generalitat de Catalunya,<sup>11</sup> Murcia,<sup>13</sup> coinciden en realizar dicha pregunta, aunque en el *“Protocolo Sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres”* del Gobierno Vasco no se menciona; también se aclara que no existen suficientes evidencias sobre que el hecho de realizar esta pregunta sea favorable o no a la hora de la detección de VG.<sup>10</sup>

En todos los Protocolos citados anteriormente se aclara que el abordaje de este problema ha de ser interdisciplinar ya que las necesidades de la víctima son tanto sociales como de atención sanitaria, por lo que el papel de enfermería es importante a la hora de dar una atención integral a las víctimas. Para conseguir este objetivo los profesionales han de estar formados y orientados sobre cómo se ha de actuar ante las víctimas de VG, y estos

protocolos cumplen con esta función, ya que de esta forma se puede hacer una detección precoz y una prevención en las escuelas integrando a la enfermera escolar que cumple un papel educativo e informativo; educando e informando tanto a los niños como a los educadores en la igualdad y equidad de sexos.

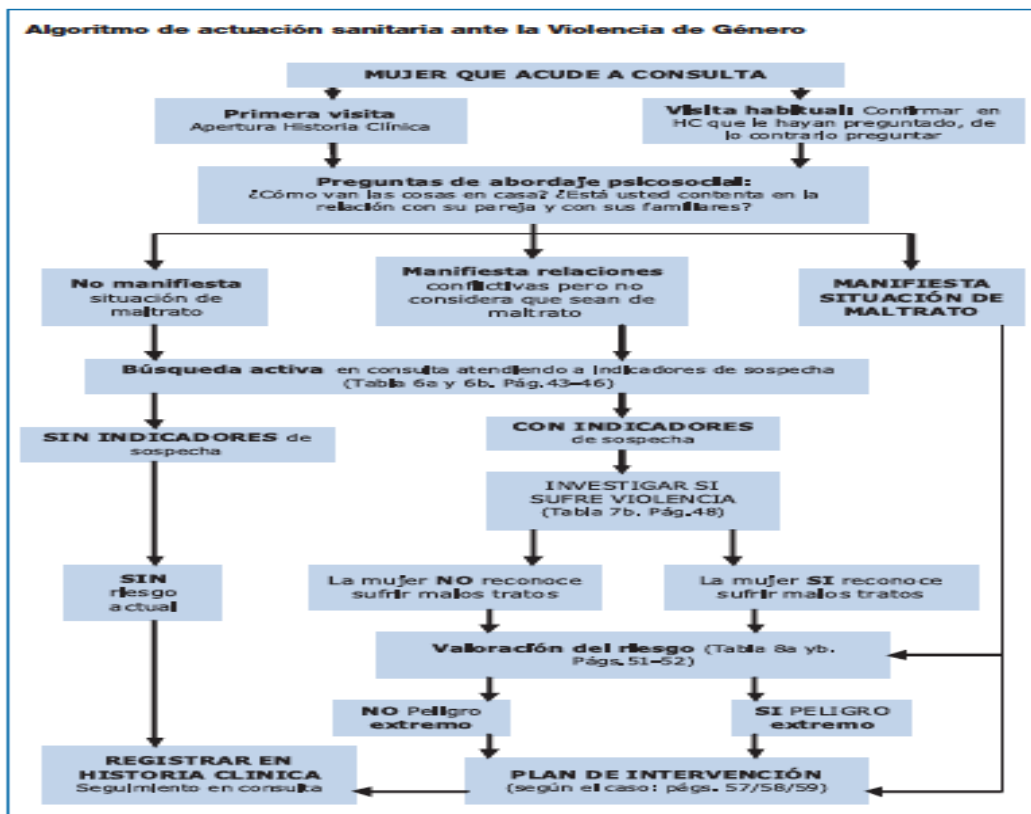


*“Protocolo Sanitario ante el Maltrato Doméstico y la violencia sexual contra las Mujeres (Gobierno Vasco, 2008)”<sup>10</sup>*

Se habla de la importancia de los profesionales enfermeros de Atención Primaria en la entrevista que realizan a la víctima, además de que no hagan juicios de valor sobre los hechos que la víctima está narrando, así como que el profesional sanitario ha de colocarse en una actitud de escucha activa, y hacer preguntas por los aspectos psicosociales que marcan su vida, ayudándole y

acompañándole en el proceso de la toma de decisiones que suele ser lenta y llena de justificaciones hacia el agresor.<sup>7,10,11,12</sup>

Seguidamente mostraré un Algoritmo de actuación Sanitaria ante la Violencia de Género que se puede encontrar en el “*Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2012*”<sup>7</sup>



En Atención Primaria así como en Atención Especializada, se recomienda a los profesionales enfermeros el registro sistemático de todos los datos recogidos en la entrevista clínica específica, además de la realización de un parte de lesiones acompañado de la toma de muestras pertinentes, sobre todo en el casos de violencia sexual, así como las fotografías en caso de lesiones si fueran visibles, documentando todo el proceso, también tener en cuenta de que



la víctima ha de estar informada, dándole una copia del documento y leyendo con ella el parte de lesiones.<sup>7,11,12,13</sup> Es obligación del profesional sanitario poner en conocimiento del juez la sospecha o certeza de cualquier tipo de maltrato.<sup>10-13</sup>

Parte importante de la atención enfermera es la realización de un plan de cuidados adaptado y personalizado a cada víctima teniendo en cuenta los diagnósticos NANDA, planificando unos objetivos e intervenciones que se han de consensuar con la víctima para poder llevarlos a cabo conjuntamente, encontraremos una muestra de diferentes diagnósticos, objetivos e intervenciones en los anexos de este documento.<sup>17,18,19</sup>

<b>1. DETECCIÓN Y VALORACIÓN</b>	
✓	Abordar los aspectos psicosociales en la consulta.
✓	Indicadores de sospecha.
✓	Identificación Pregunta específica sobre maltrato.
✓	Valoración: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Biopsicosocial,</li><li>▪ De la situación de violencia</li><li>▪ Del riesgo</li></ul>

<b>2. INTERVENCIÓN</b>	
✓	Información acerca del problema.
✓	Trabajo en la consulta – seguimiento.
✓	Registro en la historia clínica.
✓	Intervención de las/os trabajadoras sociales de los equipos de Salud de AP y AE y hospital.
✓	Derivación a servicios especializados si precisa.
✓	Actuación con los hijos e hijas (si procede) y otras personas dependientes si las hubiera.
✓	Emitir cuando proceda el parte de lesiones e informe médico correspondiente

*“Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2012*

Existen Escalas de valoración y precisión diagnóstica que pueden ser utilizadas como herramienta en el ámbito sanitario para que los profesionales enfermeros puedan identificar la violencia de pareja:”*Index of Spouse Abuse (ISA)*,<sup>14</sup>

empleada como estándar de oro, pero tiene como limitaciones que contiene demasiada cantidad de ítems y que para corregirla se ha de hacer con un programa informático, por lo que los resultados se obtienen demasiado tarde. *Psychological Maltreatment of Women Inventory short form (PMWISF)*<sup>14</sup> diseñada para la detección del maltrato psicológico por lo que no registra ningún ítem sobre violencia física ni sexual, *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*,<sup>14</sup> esta escala es más corta a la hora de contestar, está recomendada en AP (atención primaria), contiene un ítem sobre violencia sexual y además es de fácil corrección. *Partner Violence Screen (PVS)*<sup>14</sup> solo consta de tres ítems, es más fácil y rápida la corrección según el artículo revisado (Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. Lluïsa García-Esteve, Anna Torres, Purificación Navarro, Carlos Ascaso, Maria Luisa Imaz, Zoe Herreras y Manuel Valdés) tiene una especificidad mayor que la sensibilidad, ambas superiores a 0,80.<sup>14</sup>

Los ítems son los siguientes:

1. *“¿Ha sido usted golpeada, recibido alguna patada o puñetazo o alguna otra lesión por alguien durante el pasado último año? De ser así por quién?”*
2. *“¿Se siente usted segura en su relación actual?”*
3. *“¿Se siente usted actualmente insegura por alguna relación previa?”*

*Un test de screening más reciente y dentro de la misma línea de preguntas cortas es el StaT elaborado por Liebschutz y Paranjape presenta una sensibilidad del 97%.*

Este cuestionario incluye también 3 preguntas:

4. *¿tiene alguna relación en la cual su pareja la haya pegado o la haya abofeteado?*
5. *¿tiene alguna relación en la cual su pareja la haya tratado con violencia?*
6. *¿tiene alguna relación en la cual su pareja le haya roto, destrozado o tirado cosas?*

Estas 3 preguntas incluyen el abuso tanto físico como emocional y es adecuado (por su sencillez y brevedad) para ser llevado a cabo en un servicio de urgencias al igual que el PVS.

Los profesionales de enfermería sobre todo en AP han de formar un vínculo relacional dentro de la consulta para poder así ganarse la confianza de la víctima, además de conocer los indicadores que pueden hacer que el profesional sanitario tenga sospechas de que puede estar sufriendo un posible maltrato de género.<sup>15,7,11</sup>

El profesional sanitario tiene que tener en cuenta lo siguiente: <sup>14</sup>

1. *¿Cuáles son los síntomas de malos tratos?*
  - a) **PSÍQUICOS:** *“Depresión, confusión, ansiedad, comportamiento disociativo, anorexia/bulimia, somatizaciones, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio.”*
  - b) **FÍSICOS:** *“Patologías mal definidas (dolor de cabeza, torácico, espalda, abdomen, pélvico, insomnio, palpitaciones, ahogo). Lesiones agudas en*

*múltiples puntos (traumatismos en la cabeza, cuello, extremidades, pecho, abdomen... En forma de magulladuras, erosiones, hematomas, cortes o fracturas). Discapacidades permanentes.”*

1. *¿Qué actitud debe tener el profesional ante la víctima?*

a. *ACTITUD DE LA VÍCTIMA: “Temor, mirada huidiza, sensación de vergüenza, sentimientos de culpa, explicaciones vagas, contradictorias, confusas.”*

2. *¿Qué medidas y actuaciones debe emprender?*

a. *ACTITUD DE LA PAREJA: “Excesivamente preocupado, solícito despreocupado, despectivo, y/o irónico (es habitual que el culpable acompañe a la víctima a la consulta para controlarle). Hay que invitarle a salir de la consulta, la entrevista debe ser siempre A SOLAS CON LA MUJER.”*

3. *¿Con qué instituciones debe ponerse en contacto?*

a. Los profesionales de Enfermería de Atención primaria han de estar informados sobre los recursos comunitarios de su Comunidad Autónoma como puede ser el teléfono de ayuda a las víctimas de VG, casas de acogida, Organizaciones de mujeres, además de tener material informativo formato papel donde aparezcan todos estos recurso y poder ofrecerlos en la consulta a las víctimas de VG.

b. El abordaje de este problema conlleva la coordinación de diferentes profesionales así como de diferentes instituciones a las que pertenecen. Existe un número de teléfono gratuito (016), para

informar, que está a la disposición de las víctimas de VG los 365 días del año y las 24h del día, en el cual las pone en contacto con el 112 en el caso de estar en peligro inminente donde le darán asistencia inmediata tanto sanitaria, de protección, psicológica o de alojamiento si fuera necesario.<sup>14</sup>

### **5.2.2 Conocimiento de los profesionales por el tema:**

Con la búsqueda bibliográfica efectuada que se ha realizado sobre el tema del conocimiento que tienen los profesionales de enfermería, se ha obtenido un número muy limitado de documentos específicos (5 artículos), pero según el artículo: Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género<sup>16</sup> en el que se hace un estudio transversal, observacional, descriptivo. Y que se empleó un cuestionario anónimo administrado a profesionales sanitarios de las unidades obstétricas, pediátricas y de urgencias de los 2 hospitales del área 8 de Madrid. Los resultados obtenidos de dicho estudio revelan lo siguiente: El 58,2% de profesionales opinan las clases sociales bajas están más asociadas al maltrato hacia la mujer, un 72,8% cree que se da en mujeres con un nivel educativo bajo, amas de casa y/o extranjeras. Sobre la opinión que tienen del agresor es que puede tener algún tipo de dependencia como alcoholismo y/o drogas o bien que está sin trabajo.

Para el 97,70% de los profesionales la percepción es de que este problema pasa desapercibido para los profesionales sanitarios, pero aún así el 66,7% no

hacen un diagnóstico diferencial cuando encuentran una persona con lesiones físicas. “El 97,8% de los profesionales considera que la violencia de género es un problema muy importante o bastante importante.”<sup>16</sup>

### **5.3 El papel de enfermería:**

En la bibliografía revisada existen artículos que hablan sobre el papel de la enfermera pero sin especificar un plan de cuidados<sup>8,18,19</sup>(Plan de Cuidados de Enfermería para víctimas de VG mirar anexos) en este caso hay poca información. Con las víctimas de VG hay que realizar una intervención de enfermería integral y holística, porque dependiendo del tipo de violencia que sufran ya sea física, psicología y/o sexual (o las tres a la vez), se encontrarán afectadas las cuatro áreas del individuo (cuerpo, mente, emoción y espíritu).<sup>21</sup>

La actuación del profesional enfermero será de vital importancia a la hora de crear un vínculo de confianza con la víctima y de formar una relación de seguridad y de intimidad, ya que estas personas suelen tener características comunes que marcan sus decisiones ante el afrontamiento de su problema como son:<sup>7,11,15</sup>

- *Disminución de la autoestima.*
- *Interiorización del machismo y de las figuras de autoridad.*
- *Desvaloración del rol de la mujer.*
- *Estrés, ansiedad, depresión, miedo,...*
- *Aislamiento social.*
- *Sentimiento de culpabilidad.*
- *Desesperanza, impotencia, indecisión.*

- *Trastorno del sueño, alimentación,...*
- *Actitudes autodestructivas.*<sup>17</sup>

Además que se pueden encontrar en un rol social en el que no le permiten ser libre para decidir su forma de vida y tener una sensación de no poder salir de ese estado por la falta de recursos económicos, culturales, psicológicos, de desconocimiento de las leyes y los recursos existentes o simplemente por desconocer que sufren malos tratos.<sup>11,12</sup>

## **6.,. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Con el paso del tiempo el punto de vista ha ido cambiando y evolucionando aunque no se ha conseguido erradicar,<sup>9</sup> precisamente en estos días es un fenómeno en auge, aunque se hacen campañas publicitarias que condenan la VG y la sociedad está de acuerdo con que es un problema no solo familiar sino también social, aunque en nuestros días existen campañas informativas sobre la violencia de género, mostrando que afecta a diferentes clases sociales,<sup>21</sup> siguen etiquetando a las víctimas con un concepto de sumisión, llevando a la creación de una concepción social errónea sobre los malos tratos.<sup>9</sup>

Al término de esta revisión bibliográfica lo que me ha quedado claro es que las autoridades y administraciones públicas han tenido que intervenir en este problema ya que socialmente estaba muy aceptado, aun siendo un problema de salud pública, pero que afecta socialmente y también a la hora de una buena intervención enfermera hacia las víctimas, ya que se ha tenido que ir

concienciando a la sociedad de que no es un problema que atañe a unos pocos ni que se haya de arreglar en la intimidad de los hogares., de esta forma las víctimas están más concienciadas a acudir a los profesionales enfermeros para pedir ayuda.

Con esta revisión he descubierto que los profesionales de enfermería tienen un papel importante en el ejercicio de su profesión ante la VG tanto en la detección, valoración y abordaje de las víctimas y posible resolución de los problemas así como de la orientación de las familias y amigos de las víctimas. Pero para poder llevar a cabo estos objetivos el profesional de enfermería ha de estar formado para poder así hacer una intervención. Hay puntos importantes a tener en cuenta en la consulta de AP, a la hora de detectar violencia de género cuando acude alguna víctima, como pueden ser los indicadores de sospecha sobre VG, además de los posibles diagnósticos de Enfermería que hay que tener en cuenta a la hora de tratar a dichas víctimas.<sup>21</sup>

Tras la revisión de los artículos encontrados sobre el conocimiento que tienen los profesionales sanitarios en el tema que nos ocupa los cuales han sido una cantidad mínima (3 artículos) creo que se puede incurrir en algunas líneas de actuación futuras de los profesionales de enfermería es hacer hincapié en la formación de la los profesionales sanitarios en materia de relación terapéutica ya que creo que es muy importante la manera de abordar estos casos y requiere mucha empatía, asertividad, sabiendo actuar desde la escucha activa, y sobre todo no realizando juicios de valor, ya que las víctimas suelen estar en



un proceso de toma de decisiones que requiere de la paciencia del profesional para acompañarlas en este cambio de vida e ideas tan importante para ellas.

No hay que olvidar la formación sobre los recursos tanto económicos como sociales para poder disipar los miedos lógicos que tienen por la pérdida de su economía, su hogar y hasta a veces sus familias, ya que pierden todo apoyo emocional en ese proceso.<sup>21</sup>

Después del análisis de los artículos me he dado cuenta de que los profesionales de enfermería tienen varias limitaciones que le cómo pueden ser la falta de tiempo en la consulta para poder indagar en las víctimas bajo sospecha de VG, así como la alta presión asistencial, la falta de protocolos realizados por los profesionales implicados, además de la falta de profesionales de otras disciplinas que deberían estar implicados en este tema.

La formación de una comisión de profesionales enfermeros en cada centro de AP y/o de AE. (atención Especializada) que permita llevar un seguimiento de los casos, el análisis de las dificultades que puedan ir surgiendo así como la coordinación con el resto de profesionales dedicados a la misma temática como pueden ser Psicólogos, Trabajadores Sociales, Médicos, centros educativos y Centros de Salud Mental<sup>21</sup>

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. World Report on violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002 (consultado 22/05/2016). Disponible en:  
[http://www5.who.int/violence\\_injury\\_prevention/download.cfm?id=00000005](http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=00000005)  
[82](#)
2. OMS. (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud, 2. Retrieved from  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf)
3. Nieto C. La violencia intrafamiliar: menores, jóvenes y género. Una mirada desde la práctica profesional. España: editorial Bosch; 2012
4. INE. (2013). Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género, 1–16. [citado 28-11-2015] disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np820.pdf>
5. Dom, V. (2014). Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Ine, 1–18. [citado 28-11-2015] disponible en:  
<http://www.ine.es/prensa/np842.pdf>
6. INE. (2014). Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género, 21. [citado 28-11-2015] disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np906.pdf>

7. MSSSI. (2012). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Retrieved from [http://WWW.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan\\_2012.pdf](http://WWW.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf)
8. López, S. C., Díaz, J. M., & Bienert, F. (2012). Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. *Enfermería Global*, 11(3), 430–445. doi:10.4321/S1695-61412012000300024
9. Coll-planas, G., Moreno, G. G., & Navarro-varas, L. (2008). Cuestiones sin resolver en la Ley integral de medidas contra la violencia de género : las distinciones entre sexo y género , y entre violencia y agresión 1, 187–204.
10. Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el Ámbito Doméstico y la violencia sexual contra las mujeres. Septiembre de 2008 Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Edita: Departamento de Sanidad.2008. [citado 28-11-2015] disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo\\_sanitario\\_Pais\\_Vasco.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_sanitario_Pais_Vasco.pdf)
11. Generalitat de Catalunya. (2009). Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña.

12. Consuelo Llamas Martín. García-Morato., C. T. (2009). Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Red Andaluza de Formación Contra El Maltrato a Las Mujeres, (D.L. Sevilla), 11–20
13. Hern, R., Sabater, E., Serrano, G., Andr, C. S. M.-S., Murcia, C. S., Andr, S., ... Murcia-, C. S. (n.d.). Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria.
14. García-Esteve, L., Torres, A., Navarro, P., Ascaso, C., Imaz, M. L., Herreras, Z., & Valdés, M. (2011). Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Medicina Clínica*, 137(9), 390–397. doi:10.1016/j.medcli.2010.11.038
15. Gomez, F., Gutiérrez, B., & Asensio, M. B. (2003). Clínica Los / As Profesionales De Enfermería Ante La Violencia Doméstica : Una Responsabilidad Ética Y, 1–5.
16. Arredondo-Provecho, A. B., del Pliego-Pilo, G., Nadal-Rubio, M., & Roy-Rodríguez, R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*, 18(4), 175–182. doi:10.1016/S1130-8621(08)72192-2

17. Manual de diagnósticos de enfermería (nanda) según necesidades de Virginia Henderson. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. [Disponible en] [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMANUAL\\_NANDA\\_ACTUALIZADO\\_2013.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMarañon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352840370850&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMANUAL_NANDA_ACTUALIZADO_2013.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMarañon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352840370850&ssbinary=true) [Consultado el 20 de marzo de 2016]
18. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. Nanda Internacional. Elsevier, 2009-2011 infogerontologia.com [pagina web visual el 20-03-2016] <http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>
19. Vives C., Carrasco M., Alvarez C. (2007). La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. Gac Sanit.; 21:298-305 - Vol. 21 Núm.4 DOI: 10.1157/13108502.
20. Blanco P., Ruiz C., Garcia L., Martin M. (2004) La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gac. Sanit.; Vol. 18 Núm.4.
21. RUIZ I., et al. (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. Gac. Sant.; 24(2):128-135.



## 8.2 PAUTAS DE VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

### DETECCIÓN Y VALORACIÓN

- Indicadores de sospecha VG.
- Identificación.
- Valoración.
  - Biopsicosocial.
  - De la situación de la violencia.
  - Del riesgo de la víctima.

### INTERVENCIÓN

- Información acerca del problema.
- Intervención en consulta-seguimiento.
- Derivación.
- Registro en Historia Clínica la sospecho o confirmación de los malos tratos.
- Actitud con los hijos o con otras personas a su cargo si las hubiera.
- Emitir parte judicial cuando proceda.

### 8.3 INDICADORES DE SOSPECHA

<b>INDICADORES DE SOSPECHA DE VG EN LA CONSULTA</b>	
<b>Características de lesiones físicas y/o problemas de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso en la petición de asistencia a causa de lesiones físicas</li> <li>• Incoherencia entre las lesiones y la explicación de la causa</li> <li>• Hematomas y/o contusiones en: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos</li> <li>• Lesiones por defensa: cara interna del antebrazo</li> <li>• Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución</li> <li>• Lesiones en genitales</li> <li>• Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas</li> <li>• Lesión típica: rotura de tímpano (a causa de tortazos en la cara)</li> </ul>
<b>Actitud de la mujer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temor: se muestra evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por cualquier cosa.</li> <li>• Rasgos depresivos: con baja autoestima, triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza, con sentimientos de culpa injustificada.</li> <li>• Ansiedad o angustia, irritabilidad.</li> <li>• Sentimientos de vergüenza: retraimiento, incomunicación, evita mirar a la cara.</li> <li>• Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones, falta de cuidado personal.</li> <li>• Justifica sus lesiones o intenta quitar importancia a las mismas.</li> <li>• Si está presente su pareja, se muestra temerosa o busca la aprobación de la misma.</li> </ul>
<b>Actitud de la pareja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicita estar presente en toda la visita (intento de control)</li> <li>• Siempre contesta él a las preguntas dirigidas a ella.</li> <li>• Se muestra despreocupado, despectivo, irónico.</li> <li>• Excesivamente preocupado o solícito con ella</li> <li>• Puede adoptar un estado colérico u hostil con ella o con el personal sanitario.</li> </ul>



## 8.4 DIAGNOSTICOS NANDA

<b>DESESPERANZA(CODIGO NANDA: 000124)</b>	
<b>Definición</b>	Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Toma de decisiones, equilibrio emocional, esperanza, superación de problemas.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, sexual, psíquico.
<b>Intervenciones de enfermería</b>	Apoyo emocional, apoyo en toma de decisiones, aumentar los sistemas de apoyo, dar esperanza, grupo de apoyo, potenciación de la socialización, asesoramiento.
<b>DOLOR CRÓNICO (CODIGO NANDA: 00133)</b>	
<b>Definición</b>	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Control de la depresión, control del dolor, dolor: respuesta psicológica, calidad de vida, control del síntoma, sueño.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico, sexual.
<b>Intervenciones</b>	Administración de analgésicos, disminución de la ansiedad, escucha activa, dar esperanza.
<b>RIESGO DE LESIÓN(CODIGO NANDA: 00035)</b>	
<b>Definición</b>	Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con recursos adaptativos y defensivos de la persona.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Detección del riesgo, control del riesgo, conducta de seguridad: personal.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, sexual, psíquico
<b>Intervenciones de enfermería</b>	Identificación de riesgos, manejo ambiental: prevención de la violencia, vigilancia, derivación

<b>DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA(CODIGO NANDA: 00046)</b>	
<b>Definición</b>	Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Curación de la herida: por primera o segunda intención.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, sexual.
<b>Intervenciones de enfermería</b>	Cuidados de las heridas, vigilancia.
<b>RIESGO DE SUICIDIO(CODIGO NANDA: 00150)</b>	
<b>Definición</b>	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Control de la depresión, control del dolor, dolor: respuesta psicológica, calidad de vida, control del síntoma, sueño.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico, sexual.
<b>Intervenciones</b>	Administración de analgésicos, disminución de la ansiedad, escucha activa, dar esperanza.
<b>RIESGO DE LESIÓN(CODIGO NANDA: 00035)</b>	
<b>Definición</b>	Riesgo de lesión auto-infligida que pone en peligro la vida.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Bienestar; conocimiento: control de consumo de sustancias, auto-contención del suicidio, control de la ansiedad.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico, sexual.
<b>Intervenciones de enfermería</b>	Apoyo emocional, aumento de los sistemas de apoyo, derivación, contacto telefónico.

<b>SÍNDROME POSTRAUMÁTICO(CODIGO NANDA: 00141)</b>	
<b>Definición</b>	Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Cese del abuso, control del miedo, protección del abuso, recuperación del abuso: emocional, recuperación del abuso: físico, recuperación del abuso: sexual, control de la ansiedad, calidad de vida, esperanza, imagen corporal.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico, sexual.
<b>Intervenciones de enfermería</b>	Asesoramiento, aumentar el afrontamiento, aumentar los sistemas de apoyo, disminución de la ansiedad, grupo de apoyo, manejo ambiental, orientación a la realidad, potenciación de la socialización, prevención de suicidios.
<b>TEMOR (CODIGO NANDA: 00148)</b>	
<b>Definición</b>	Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Control del miedo, control de la ansiedad, superación de problemas.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico, sexual.
<b>Intervenciones</b>	Apoyo emocional, apoyo en toma de decisiones, asesoramiento, aumentar el afrontamiento, aumentar los sistemas de apoyo, consulta por teléfono, disminución de la ansiedad, intervención en caso de crisis, potenciación de la seguridad, potenciación de la autoestima.
<b>BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA(CODIGO NANDA: 00119)</b>	
<b>Definición</b>	Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Control de la depresión, equilibrio emocional, esperanza, habilidades de interacción social.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico, sexual.
<b>Intervenciones de enfermería</b>	apoyo emocional, asesoramiento, potenciación de la imagen corporal, potenciación de la socialización, escucha activa, prevención del consumo de sustancias nocivas, prevención de suicidios.

<b>AISLAMIENTO SOCIAL (CODIGO NANDA: 00141)</b>	
<b>Definición</b>	Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Equilibrio emocional, habilidades de interacción social, implicación social, soporte social, control de la agresión, participación en actividades de ocio.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico.
<b>Intervenciones de enfermería</b>	Apoyo emocional, apoyo en la protección contra abusos: cónyuge, dar esperanza, potenciación de la autoestima, potenciación de la socialización, aumentar los sistemas de apoyo.
<b>ANSIEDAD (CODIGO NANDA: 00146)</b>	
<b>Definición</b>	Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite el individuo tomar medidas para afrontarlo.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Control de la agresión, control de la ansiedad, habilidades de interacción social, resolución de la aflicción, adaptación psicosocial: cambio de vida.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico, sexual.
<b>Intervenciones</b>	Aumentar el afrontamiento, disminución de la ansiedad, facilitar las visitas, grupo de apoyo, manejo ambiental, potenciación de la seguridad, asesoramiento.
<b>FATIGA (CODIGO NANDA: 00093)</b>	
<b>Definición</b>	Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Conservación de la energía, equilibrio emocional, descanso, sueño.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico, sexual.
<b>Intervenciones de enfermería</b>	Apoyo en toma de decisiones, aumentar los sistemas de apoyo, fomentar el sueño, intervención en caso de crisis.

<b>CONFLICTO DE DECISIONES(CODIGO NANDA: 00083)</b>	
<b>Definición</b>	Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Toma de decisiones, participación: decisiones sobre asistencia sanitaria, adaptación psicosocial: cambio de vida, soporte social, superación de problemas.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico, sexual.
<b>Intervenciones de enfermería</b>	Apoyo en toma de decisiones, aumentar el afrontamiento, consulta por teléfono, potenciación de la conciencia de uno mismo, clarificación de valores, aumentar los sistemas de apoyo.
<b>DISFUNCIÓN SEXUAL (CODIGO NANDA: 00059)</b>	
<b>Definición</b>	Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Recuperación del abuso: sexual, recuperación del abuso: físico, recuperación del abuso: emocional, funcionamiento sexual, autoestima, cese del abuso.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico, sexual.
<b>Intervenciones</b>	Asesoramiento sexual, disminución de la ansiedad, potenciación de la autoestima, enseñanza: sexo seguro, potenciación de roles, planificación familiar: anticoncepción.
<b>NEGACIÓN INEFICAZ (CODIGO NANDA: 00072)</b>	
<b>Definición</b>	Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad o el temor en detrimento de la salud.
<b>Resultados NOC sugeridos</b>	Control del miedo, control de la ansiedad, conducta de búsqueda de la salud, equilibrio emocional, superación de problemas.
<b>Aplicable a tipo de maltrato</b>	Físico, psíquico, sexual.
<b>Intervenciones de enfermería</b>	Asesoramiento, aumentar el afrontamiento, disminución de la ansiedad, orientación a la realidad, apoyo en toma de decisiones.

## 8.5 FICHAS RESUMEN:

<b>FICHA 1: La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas</b>				
<b>Que tipo de estudio es?</b>	<b>Que estudia?</b>	<b>muestra</b>	<b>año</b>	<b>autores</b>
Estudio epidemiológico descriptivo basado en los datos procedentes de diversas fuentes de información cuantitativa específica de violencia contra las mujeres.	Objetivo: Explorar la distribución temporal y por edad de las muertes y denuncias de mujeres por violencia del compañero íntimo (VCI) para ilustrar una aproximación a los resultados de las medidas desarrolladas en España en torno a este problema.	basado en los datos de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas, Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia y Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior (1998-2005). Cálculo de tasas de mortalidad y denuncias de VCI por edad (< 21, 21-50 y > 50 años) y año. Razón entre casos (denuncias y muertes) dados en un mes determinado y mediana de los producidos en el mismo mes en los 5 años anteriores (índice epidemiológico)  Se seleccionaron las denuncias y las muertes de mujeres afectadas por VCI, excepto las provocadas por otro tipo de parientes o desconocidos que también aparecen en las fuentes de información consultadas.	2007	Carmen Vives-Cases / Mercedes Carrasco-Portiñoa/ Carlos Álvarez-Dardeta-ca Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España; b Red Nacional de investigación sobre salud y género: Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS)
<b>Conclusiones</b>				
En 2005, la epidemia por VCI parece remitir. El hecho de que se trata de un problema que afecta fundamentalmente a mujeres en edades fértiles y laboralmente activas muestra el carácter instrumental de la VCI para retroalimentar una situación de subordinación femenina				
<b>RESULTADOS</b>				
Desde finales de 2004 se observa una tendencia decreciente en las puntuaciones del índice epidémico de mortalidad y denuncias por VCI. Las mujeres de 21-50 años de edad son las que mayores tasas y puntuaciones del índice epidémico de mortalidad y denuncias presentan en el período de estudio, excepto en 2004, en que las tasas de mortalidad en mujeres menores de 21 años fueron las más elevadas, y en 2005, en que se incrementan las tasas de denuncias en las mujeres mayores de 50 años				

## FICHA 2: Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud

Que tipo de estudio es?	Que estudia?	muestra	año	autores
CONCLUSIONES	prevalencia de dos formas de violencia contra la mujer, a saber, la violencia ejercida por la pareja (violencia conyugal) y la violencia sexual infligida por otra persona distinta de la pareja (violencia sexual no conyugal).	Mujeres del mundo que han sufrido VG y violencia sexual tanto de sus parejas como de otros hombres	2013	
<b>CONCLUSIONES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 35% de las mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja. La mayor parte son de violencia conyugal.</li> <li>• Mundialmente casi un tercio (30%) de las mujeres han sido víctimas de violencia física o sexual de parte de su pareja.</li> <li>• En algunas regiones puede llegar hasta el 38%</li> <li>• A nivel mundial, los homicidios femeninos relacionados con violencia conyugal llegan hasta un 38%</li> <li>• Mujeres víctimas de VG é riesgo de padecer problemas de salud importantes como: 16% + probabilidades de dar a luz niños con insuficiencia ponderal, + del doble de padecer aborto, casi el doble de probabilidades de padecer depresión , en algunas regiones 1,5 mas propensas a padecer VIH, comparado con mujeres que no sufren VG</li> </ul>				
<b>RECOMENDACIÓN DE ACCIONES PARA ATENDER A VÍCTIMAS DE VG (LINEAS DE ACTUACIÓN)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prevalencia mundial nos dice que no es inevitable, se puede prevenir. Hay programas de prevención , cada vez hay + datos sobre factores que ponen de manifiesto la necesidad de <b>abordar los factores económicos y socioculturales</b> que fomentan una cultura de violencia contra la mujer, incluida la importancia de cuestionar las normas sociales que refuerzan la autoridad y el control del hombre sobre la mujer y que sancionan o consienten la violencia contra la mujer; reducir el grado de exposición a la violencia en la infancia; <b>reformar las leyes sobre la familia; promover los derechos económicos y jurídicos de la mujer</b>, y acabar con las desigualdades de género en el <b>acceso al empleo asalariado en la economía formal y a la enseñanza secundaria. garantizarse la disponibilidad de servicios integrales de atención para las víctimas</b> de violaciones y el acceso a los mismos a una escala mucho mayor que actualmente.</li> <li>• <b>Es necesario ofrecer servicios a las víctimas de la violencia.</b> El sector de Salud ha de desempeñar un papel más importante la hora de dar respuesta a la violencia conyugal y a la violencia sexual, hay una necesidad urgente de integrar estas cuestiones en la enseñanza clínica. importante que todos los dispensadores de atención de salud entiendan que la exposición a la violencia y la mala salud de las mujeres están estrechamente relacionadas, y que puedan dar respuestas adecuadas. Un aspecto clave es hallar oportunidades para ofrecer apoyo y remitir a las mujeres a otros servicios que precisan o a servicios de detección del VIH, de salud mental o de emergencia.</li> <li>• Redoblar esfuerzos en varios sectores para prevenir y ofrecer servicios necesarios a las mujeres afectadas</li> <li>• El informe pone de relieve que VG es un fenómeno presente en todo el mundo, es un problema de salud pública mundial, por su cuantía se puede tomar como una epidemia, y es necesario tomar medidas urgentes para abordarla. Es necesario intervenir a nivel mundial, una vida sin violencia es un derecho humano fundamental, al que deben aspirar todos los hombres, mujeres y niños.</li> </ul>				

### FICHA 3: Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género

Que tipo de estudio es?	Que estudia?	muestra	año	autores
Método. Estudio transversal, observacional, descriptivo. informe mundial de la OMS sobre violencia y Salud pone de relieve que una proporción considerable De los costes de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitaria. Es por ello que El sector de la salud debe estar especialmente interesado en la prevención y tiene un papel que desempeñar al respecto.	Objetivo. Evaluar el nivel de conocimientos y las opiniones del personal sanitario acerca de la violencia de género y conocer las barreras organizativas que aprecian, sus propuestas para mejorar la detección precoz y la atención a las víctimas.	Se empleó un cuestionario anónimo administrado a profesionales sanitarios de las unidades obstétricas, pediátricas y de urgencias de los 2 hospitales del área 8 de Madrid Población diana estaba formada por un total de 540 profesionales distribuidos del siguiente modo. Tamaño muestral de 231 sujetos y la selección de la muestra se realizó mediante muestreo por conveniencia en las unidades y centros hospitalarios antes mencionados.	Enferm Clin. 2008;18 (4):175-82	ANA BELÉN ARREDONDO-PROVECHO, GEMA DEL PLIEGO-PILO, MÓNICA NADAL-RUBIO Y RAQUEL ROY-RODRÍGUEZ
<b>Conclusiones</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusiones. Los profesionales muestran un nivel medio de conocimientos acerca del tema, sin que se encuentren diferencias significativas entre los 2 hospitales que participan en el estudio, ni entre las 3 categorías profesionales estudiadas. Hay creencias estereotipadas entre los profesionales, quienes, por otra parte, consideran que su labor es importante a la hora de detectar los casos de maltrato. Reducir las barreras organizativas detectadas podría mejorar la asistencia a estas pacientes.</li> <li>• los problemas que con más frecuencia se repiten son la falta de formación, la falta de protocolos de detección y asistencia, la alta presión asistencial, y la falta de profesionales de otras disciplinas implicadas (trabajo social, psicología).</li> </ul>				
<b>RESULTADOS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La violencia de género debe entenderse como un factor de riesgo para la mala salud de las mujeres, de este modo se podrá asumir que acuden al sistema sanitario por diferentes motivos, pudiendo ser identificadas en cualquier servicio, como consultas psiquiátricas, prenatales y ginecológicas, de reumatología o gastroenterología, y no sólo por lesiones traumáticas en las unidades de urgencias</li> <li>• El médico/a y la enfermera/o son habitualmente las primeras personas fuera del entorno familiar a las que la mujer acude, por ello deberían estar preparados para detectar el maltrato, realizar un seguimiento del proceso y servirles de apoyo en la toma de decisiones.</li> <li>• En un informe reciente Amnistía Internacional España detecta una importante carencia de formación, obligatoria y suficiente, en todos los ámbitos que se analizaron, fundamentalmente en el campo de la salud. Encontraron que la formación prevista para los profesionales del sector sanitario alcanza a menos del 10% de éstos.</li> </ul>				



## FICHA 4: La violencia de pareja y la salud de las mujeres

Que tipo de estudio es?	Que estudia?	muestra	año	autores
una revisión del origen de sus causas las consecuencias en la salud de las mujeres y su impacto en los servicios sanitarios. Se analiza por qué las mujeres maltratada. Se revisan las acciones que se han puesto en marcha en los últimos años en España desde la Administración sanitaria	objetivo hacer una revisión del origen de sus causas, las consecuencias en la salud de las mujeres y su impacto en los servicios sanitarios. Se analiza por qué las mujeres maltratadas, a pesar de su alta prevalencia, no son reconocidas habitualmente por los profesionales sanitarios, tanto en las consultas como en los servicios de urgencias. Se revisan las acciones que se han puesto en marcha en los últimos años en desde la Administración Sanitaria. Se proponen algunas recomendaciones respecto a las políticas sanitarias y sociales, el papel de los profesionales y la formación e investigación necesarias para avanzar en la erradicación de esta lacra social.	macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer en 1999, este problema está afectando en España a una de cada 7 mujeres y da lugar a más de medio centenar de muertes cada año	Gac Sanit 2004;18(Supl 1):182-8	Pilar Blanco / Consuelo Ruiz-Jarabob / Leonor García de Vinuesa / Mar Martín-García
<b>CONCLUSIONES</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problema de salud pública. La violencia contra las mujeres por sus parejas (o ex parejas) podría estar afectando al menos a una de cada 7 mujeres en España y da lugar anualmente a más de medio centenar de muertes.</li> <li>• Múltiples facetas. La violencia incluye no sólo las agresiones físicas, sino también el maltrato psíquico y sexual, que habitualmente pasan desapercibidos en los servicios asistenciales.</li> <li>• Invisibilidad. Los problemas de salud derivados de dicha violencia no son reconocidos habitualmente por las/os profesionales sanitarios. El abordaje eminentemente biologicista de la atención médica, la falta de tiempo y de formación específica son obstáculos para su detección y abordaje adecuados. Las propias mujeres también presentan dificultades para relacionarlas y hablar de ello con las/os profesionales sanitarios.</li> <li>• Servicios sanitarios clave. Los centros de salud, los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser lugares privilegiados para la prevención, la detección precoz y la atención de la mujer maltratada.</li> </ul>				
<b>RECOMENDACIÓN DE ACCIONES PARA ATENDER A VICTIMAS DE VG</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario llevar a cabo un Programa de salud integral contra la violencia que sea multidisciplinario y que tenga prevista su evaluación</li> <li>• es preciso asegurar el compromiso y el apoyo de los responsables de las políticas de salud, la designación de un responsable en las diferentes CCAA y la liberación de presupuesto para el mismo. Este Programa debe entenderse como respuesta a un problema prevalente de salud y debe ser</li> <li>• incluido en los Planes de Salud, para fijar su estrategia de intervención y evaluación, a nivel estatal y de las CCAA. Debe contemplar la coordinación con los sectores educativos, los servicios sociales y los servicios jurídicos y policiales (la experiencia internacional demuestra que los programas que se realizan en un solo sector tienen resultados muy limitados), así como la participación de las asociaciones de mujeres.</li> <li>• Es preciso fomentar la investigación sobre la violencia de género, tanto la realización de estudios para avanzar en la comprensión de la violencia y su impacto en la vida, la salud y el bienestar de las mujeres, como estudios que evalúen las intervenciones realizadas (incluida la económica)</li> <li>• debe incluirse la violencia de género en los programas de formación de los profesionales. No debe ser tanto una formación clínica sino vivencial,</li> <li>• dirigida al análisis y la reflexión sobre las propias actitudes, las creencias y los prejuicios, que muchas veces permanecen ocultos. Es imprescindible el uso de la metodología grupal y participativa que incluya el aprendizaje de la entrevista psicosocial y, fundamentalmente, la adquisición de ciertas habilidades, como la acogida, la escucha y la contención. Además, debe tenerse en cuenta la perspectiva de género en la comprensión de la salud y la enfermedad.</li> <li>• Las actuaciones en España se han iniciado una década después que en otros países. En Estados Unidos, en 1985, la Joint Comisión on Accreditation of Health Care Organizations aprobó la adopción de normas para la identificación, la evaluación y la atención a las víctimas adultas de la violencia doméstica, que entraron en vigor en 1992. En ese mismo año, la American Medical Association publicó unas directrices diagnósticas y de tratamiento para la violencia. También en 1992 se fundó en Estados Unidos el Centro Nacional para la prevención y el control de lesiones en Atlanta, que tiene como punto importante de su agenda la prevención y la detección de la violencia contra las mujeres. A partir de la década de los noventa se va introduciendo poco a poco la violencia doméstica en los programas de estudios de las facultades de medicina y en los programas para residentes</li> <li>• El II Plan contra la Violencia doméstica fue aprobado en mayo de 2001 y tiene vigencia hasta 2004. Contempla la prevención, a través de la educación, el aumento en los recursos sociales, las mejoras en los servicios judiciales y la coordinación interinstitucional. No se plantean actuaciones desde el sector sanitario, importantes en la detección y el abordaje de la violencia y para poner a la mujer en contacto con otros recursos, como se ha demostrado en otros países.</li> </ul>				

## ARTICULO 5: Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario

Que tipo de estudios?	Que estudia?	muestra	año	autores
<b>Estudio de casos y controles.</b>	objetivo Estudio de la validación externa y comparación de la precisión diagnóstica y concordancia de cuatro instrumentos para la identificación de la violencia de pareja (VP) en el ámbito sanitario: Index of Spouse Abuse (ISA), Psychological Maltreatment of Women Inventory short form (PMWISF), Woman Abuse Screening Tool (WAST), Partner Violence Screen (PVS).	La muestra se reclutó en centros de asistencia primaria y centros especializados en VP. Completaron los cuestionarios ISA, PMWI-SF, WAST y PVS un total de 223 mujeres sin maltrato (controles) y 182 con maltrato de pareja (casos). Se evaluó la precisión diagnóstica mediante la estimación por intervalo del área bajo la curva ROC, se compararon las áreas bajo la curva (ABC) y se realizó un análisis de la concordancia entre ellos	2010 Elsevier Espuma, S.L. All rights reserved	Luisa García-Esteve, Anna Torres a, Purificación Navarro, Carlos Ascaso, María Luisa Imaz a, Zoe Herreras e y Manuel Valdés
<b>Conclusiones</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se contactó con un total de 462 mujeres. De estas, 9 no cumplían criterios de inclusión, y 48 no dieron el consentimiento, por lo que la muestra final estuvo compuesta por 405 mujeres (89,4%)</li> <li>Las mujeres víctimas de VP estaban con más frecuencia separadas o divorciadas, tenían un mayor número de hijos, un menor nivel educativo, menos empleo y menos ingresos mensuales que las mujeres no maltratadas.</li> <li>Este estudio concluye que los cuatro instrumentos seleccionados (ISA, PMWI-SF, WAST, PVS) resultan válidos para la detección del maltrato o violencia de pareja cuando se validan frente a un criterio diagnóstico externo.</li> <li>el ISA y el PMWI-SF son los que presentan un mejor funcionamiento global y una mayor concordancia con el diagnóstico clínico.</li> <li>en el ISA, el PMWI-SF y el WAST indica que son adecuados para medir la intensidad del maltrato</li> </ul>				
<b>RECOMENDACIÓN DE ACCIONES PARA ATENDER A VÍCTIMAS DE VG</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>En los últimos años se ha llevado a cabo el diseño de herramientas, cuestionarios y escalas para la detección de la VP en la comunidad y en el ámbito sanitario</li> <li>Entre los cuestionarios que han demostrado ser más válidos y fáciles de usar se han seleccionado el Index of Spouse Abuse (ISA)<sup>14</sup>, el Women Abuse Screening Tool (WAST)<sup>15</sup>, el Partner Violence Screen (PVS)<sup>16</sup> y el Psychological Maltreatment of Women Inventory-short versión (PMWI-SF)<sup>17</sup>.</li> </ul>				
<p>La VP es la tercera causa de años perdidos de vida saludable, tras la diabetes y los problemas de parto<sup>9</sup>. Se asocia a altas tasas de tentativas autolíticas y de suicidio, a la presencia de enfermedades sistémicas, de alteraciones psíquicas, y a una mayor utilización de los servicios médicos y de urgencias. Un 60% de las mujeres víctimas de maltrato presenta patología psíquica. también efectos permanentes sobre la salud de los hijos<sup>4</sup>, favorece el aislamiento social y la pérdida del empleo.</p>				

## ARTICULO 6: VARIABILIDAD GEOGRÁFICA DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN ESPAÑA

Que tipo de estudio es?	Que estudia?	muestra	año	autores
Métodos: Encuesta transversal mediante cuestionario autoadministrado	Objetivos: Describir la prevalencia global y por comunidades autónomas (CC.AA.) de la violencia por un compañero íntimo, sus características y la violencia fuera de la pareja, así como estudiar la relación entre la prevalencia de violencia por un compañero íntimo la frecuencia de denuncias y muertes por este motivo.	en 11.475 mujeres que acuden a consultas de atención primaria durante los años 2006 – 2007. Diseño muestral estratificado y polietápico, con una muestra representativa por CA.	Ruiz-Pérez et al / Gac Sanit. 2010;24(2):128-135	Isabel Ruiz-Pérez, Juncal Plazaola-Castaño, Carmen Vives-Cases, María Isabel Montero-Piñar, Vicenta Escriba Agüir, Esther Jiménez-Gutiérrez a, David Martín-Baena y G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España
<b>Conclusiones</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mayoría de las mujeres son españolas (94,2%), el 59,3% casadas, el 76,8% tienen pareja y el 88,2% conviven con ella. El 31,5% tienen estudios primarios y el 28,2% universitarios. El 58,1% tienen un trabajo remunerado y el 24,9% son amas de casa. El 31,1% tienen ingresos mensuales en el hogar superiores a 1800 h y el 22,3% inferiores a 900 h. La edad media de las mujeres es de 42 años, el 24,8% tienen un hijo que convive en el hogar y el 29,1% dos o tres hijos (tabla 1).</li> <li>• Explorar variables como la duración, la frecuencia y la gravedad del maltrato es clave para contrarrestar el discurso de la simetría de géneros, que argumenta que los varones sufren en igual medida violencia por parte de las mujeres. Esto es obviamente cierto, pero la magnitud del fenómeno de la violencia contra las mujeres (medida por la prevalencia, pero sobre todo y principalmente por la duración la intensidad de la violencia) es diferente a la de los varones, siendo ellas quienes sufren un maltrato de mayor magnitud y por lo tanto con mayores consecuencias para la salud.</li> <li>• Estudios previos han mostrado que en España no hay relación entre la tasa de denuncias y la mortalidad por violencia por un compañero íntimo en las CC.AA.30. Este parece ser el primer trabajo que analiza si la prevalencia de violencia por un compañero íntimo está relacionada con las denuncias y muertes por esta causa. Así, resulta de interés poner de manifiesto que en aquellas CC.AA. donde se recoge una mayor prevalencia de violencia por un compañero íntimo, también se han producido más denuncias por ella. Aunque esta relación no es muy grande, podría estar informando de que efectivamente está calando el mensaje de que indispensable denunciar para hacer frente a este problema. En relación con esto, en el reciente Argumentario sobre el Balance de las denuncias y homicidios por violencia machista registrados en 2008, de la Secretaría de Políticas de Igualdad, se recoge que las denuncias han aumentado en un 15,9% y se ha producido un incremento del 116,4% en las denuncias presentadas por familiares de la mujer, a pesar de que estas siguen siendo escasas (1,4% de las denuncias presentadas en 2007)31. Esto parecería indicar una mayor sensibilidad social hacia este grave problema, que ha dejado de considerarse una cuestión privada de la pareja para ser considerado un problema</li> <li>• colaborar, y dada la metodología del estudio no pudieron analizarse las características de esas mujeres no entrevistadas. En conclusión, el fenómeno de la violencia en España es importante y muestra una variabilidad entre CC.AA. que debería abordarse en un futuro con mayor profundidad. Quizá sean necesarios estudios cualitativos que permitan abordar mejor esas diferencias, o evaluar si la introducción de programas de búsqueda activa o detección precoz de la violencia por un compañero íntimo está teniendo efecto en su disminución. Y sobre todo valorar si las estrategias de formación y sensibilización están realmente encaminadas a la mejora de las habilidades para detectar la violencia psicológica.</li> </ul>				
<b>RESULTADOS</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La magnitud del problema y su repercusión social explicarían por qué los organismos encargados de recoger y producir datos sobre la violencia contra las mujeres en España se centran en la violencia en el ámbito familiar y en las relaciones íntimas, obviando otras formas de violencia fuera del ámbito familiar.</li> <li>• 1) prevalencia de la violencia por un compañero íntimo y sus características (frecuencia, gravedad, edad de inicio, duración y tipos de violencia); 2) prevalencia de la violencia por una persona diferente a la pareja; y 3) relación entre la prevalencia de la violencia por un compañero íntimo y la frecuencia de denuncias y muertes por esta causa</li> </ul>				

## ARTICULO 7: LA VIOLENCIA DE GÉNERO: EVOLUCIÓN, IMPACTO Y CLAVES PARA SU ABORDAJE

Que tipo de estudio es?	Que estudia?	muestra	año	autores
Método: Se ha realizado una búsqueda de la literatura y revisión de lo más relevante, incluyendo los documentos principales relacionados con la violencia contra mujeres en España durante los últimos diez años, acentuando estrategias nacionales y regionales para la asistencia médica.	con la violencia contra mujeres en España durante los últimos diez años, acentuando estrategias nacionales y regionales para la asistencia médica. Se identificaron un total de 68 artículos, de los cuales se seleccionaron por la relevancia de sus contenidos y por su rigor metodológico un total de 43	documentos principales relacionados con la violencia contra mujeres en España durante los últimos diez años,	2014	Calvo González, Germán Camacho Bejarano, Rafaela
Conclusiones				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Conclusión:</b> Los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental en la prevención, detección y tratamiento, siendo necesario potenciar una formación específica en este campo y articular mecanismos y protocolos de coordinación entre los distintos servicios socio-sanitarios, que garanticen una atención integral e integrada a las mujeres afectadas.</li> <li>• Como conclusión, es evidente que la violencia de género constituye un grave problema de salud pública que requiere de un abordaje integral e integrado desde una perspectiva interdisciplinar. Los profesionales de Enfermería tienen un papel fundamental en la atención a las mujeres víctimas de este problema, siendo una responsabilidad ética y profesional diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a las necesidades específicas de este colectivo. Los centros de salud, los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser servicios diana para la prevención, la detección precoz y la atención de la mujer maltratada.</li> <li>• La formación y una adecuada gestión de los recursos existentes son dos de los elementos claves en este proceso. Además, sería importante contemplar la coordinación con los sectores educativos, los servicios sociales y los servicios jurídicos y policiales, así como la participación de las asociaciones de mujeres.</li> </ul>				
RESULTADOS				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los últimos años, la violencia de género se ha convertido en un creciente problema de salud pública que afecta a millones de mujeres en todo el mundo aunque se estima que las cifras irán disminuyendo gradualmente. El perfil de las mujeres afectadas se relaciona con un nivel socioeconómico bajo y bajos niveles educativos. Las consecuencias de la violencia de género en la salud de la mujer incluyen las manifestaciones físicas, problemas emocionales y una mayor utilización de los servicios sanitarios, siendo algunas veces inespecífico el motivo de consulta. Entre las principales dificultades encontradas en la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género cabe destacar la infradetección y la falta de coordinación entre los distintos organismos implicados.</li> </ul>				

## ARTICULO 8: LOS/AS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA: UNA RESPONSABILIDAD ETICA Y PROFESIONAL

Que tipo de estudio es?	Que estudia?	muestra	año	autores
cualitativa	Los profesionales enfermeros ante la violencia domestica.	----- ---	Enfermería Global N° 3 Noviembre 2003	Frapolli Gomez, G., Bueno Gutiérrez, M. Brando Asensio, I.

### RECOMENDACIONES

- Para identificar a las mujeres que sufren malos tratos es necesario conocer los indicadores y establecer una determinada relación con la usuaria. Se trata de hacer visibles aspectos de la vida privada que requieren una comunicación interpersonal. Establecer este tipo de relación conlleva revisar la actitud del o de la profesional, en la medida que condiciona la posición que asuma la paciente y el resultado de la intervención.
- ¿Cuáles son los síntomas de malos tratos?
- - ¿Qué actitud debe tener el profesional ante la víctima?
- - ¿Qué medidas y actuaciones debe emprender?
- - ¿Con qué instituciones debe ponerse en contacto?
- **SÍNTOMAS DE LOS MALOS TRATOS**
- Psíquicos, Físicos,
- **ACTITUD DE LA VÍCTIMA:** Temor, mirada huidiza, sensación de vergüenza, sentimientos de culpa, explicaciones vagas, contradictorias, confusas.
- **ACTITUD DE LA PAREJA:** Excesivamente preocupado y solícito. Excesivamente despreocupado, despectivo, y/o irónico (es habitual que el culpable acompañe a la víctima a la consulta para controlarle). Hay que invitarle a salir de la consulta, la entrevista debe ser siempre **A SOLAS CON LA MUJER.**
- El maltrato es un problema complejo al que no se puede dar respuestas y soluciones simples.
- proceso personal y un tiempo.
- La detección precoz puede evitar que la relación de maltrato se cronifique.
- Los/as profesionales sanitarios tienen una especial responsabilidad, ética, profesional e institucional, en la lucha contra la erradicación de la violencia. La violencia doméstica, o malos tratos en el hogar, es una patología prevalente que corresponde a todos los agentes sociales evitar.

## ARTICULO 9 : Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género

Que tipo de estudio es?	Que estudia?	muestra	año	autores
Revisión bibliográfica	criterio de inclusión todos aquellos artículos y documentos de fuentes comprobadas y fiables que versan sobre la violencia contra la mujer. No hemos seleccionado un intervalo de tiempo concreto en el que basar la búsqueda de las distintas publicaciones pues dada la importancia histórica de algunos documentos nos ha sido por completo imposible aceptar este parámetro como un criterio de selección de información. A pesar de ello, en la elección de artículos de revistas sí que hemos sido menos condescendientes, pues hemos desechado todos aquellos cuya publicación haya sido anterior a la década de los 90.		Nº 27 Julio 2012	*Carrilero López, S., *Martínez Díaz, JM., **Flores Bienert, MD.
MUNDIAL Y EUROPA				
La 49ª Asamblea General celebrada en Ginebra en 1996 donde la OMS reconoció la violencia como un grave problema de salud pública, identificándola como factor crucial en el deterioro de la salud.				
Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena celebrada del 14 al 25 de junio de 1993 en la que se reconoce los Derechos de las mujeres como Derechos Humanos.				
Recomendación General número 19 (14) de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (15), aprobada en 1992 hace alusión sobre la violencia que afirma que "La Violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente el goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre".				
Dos años más tarde, en 1995, tuvo lugar la IV Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, celebrada en Beijing, que inició un nuevo capítulo en la lucha por la igualdad entre los sexos al suponer el traslado del foco de atención de las mujeres al concepto de género, reconociendo que toda la estructura de la sociedad, y todas las relaciones entre los hombres y las mujeres en el interior de esa estructura, tenían que ser reevaluadas.				
De la anterior conferencia surgió la Plataforma de Acción de Beijing, formada por 189 representantes de gobierno. En ella se identificaron doce esferas de especial preocupación que se estimaba que representaban los principales obstáculos al adelanto de la mujer y que exigían la adopción de medidas concretas por parte de los gobiernos y se menciona las medidas concretas que deben de adoptar los distintos gobiernos, la comunidad internacional, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado para sortear dichos obstáculos, entre esas doce esferas se encuentra la violencia contra las mujeres.(17) Así, ya desde 1995, en el seno de Naciones Unidas se reconoce que la violencia de género se constituye como uno de los principales obstáculos para el abordaje de la libertad, el desarrollo y el disfrute de los derechos de la Mujer.				

## FICHA: 9 ESPAÑA

Constitución del año 1978 reconoce expresamente la igualdad legal entre hombres y mujeres. La dignidad de la persona [art. 14, Constitución Española] (19), el derecho a la vida y a la integridad física y moral [art. 15, Constitución Española](20), el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio con plena igualdad jurídica [art. 32, Constitución Española]

La Ley 30/1981 de 7 de julio por la que se modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determina el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio

Las herramientas jurídicas de suma importancia, al permitir la protección integral e inmediata de las víctimas de malos tratos, son la Ley 27/2003, de 31 de julio, Reguladora de la Orden de Protección de las víctimas de la violencia de género (25) y la Ley Integral contra la violencia de género (26) que pretende que la sociedad española sea activa con un cambio de actitud que rechace cualquier forma de malos tratos dentro de la relación de pareja.

la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. (27) Esta Ley tiene por objeto:

- Actuar contra la violencia que los hombres ejercen sobre las mujeres (bien sean o hayan sido cónyuges, bien hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia).
- Establecer medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer de cualquier tipo y prestar asistencia a sus víctimas.

### RECURSOS QUE OFRECE EL ESTADO

- Guía de derechos: en esta guía se expone una definición de violencia de género y exponen de forma completa los derechos que la mujer posee para que ella, una vez los conozca, pueda ejercerlos de forma efectiva. Está publicada en varios idiomas
- La Web de recursos de apoyo y prevención ante casos de violencia de género (WRAP) (32) constituye un servicio integrado en la página Web del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad que permite la localización sobre mapas activos de los distintos recursos (policiales, judiciales y de información, atención y asesoramiento) que las administraciones públicas y las entidades sociales han puesto a disposición de la ciudadanía y de las víctimas de violencia de género
- Llamadas al 016 por violencia de género. Servicio telefónico de información y asesoramiento jurídico en materia de violencia de género: servicio disponible las 24 horas del día los 365 días del año, aplicado en todo el territorio español, atendido por personas con conocimientos demostrados en el tema y adaptado a la situación personal de las víctimas de violencia de género que garantiza el cumplimiento del derecho de información reconocido en el artículo 18 de la Ley Integral a las mujeres víctimas de violencia de género garantizando en cualquier caso la confidencialidad de los datos prestados y derivando automáticamente aquellas llamadas de emergencia y/o urgencia a los centros 112 autonómicos. La prestación de este servicio se realiza en 51 idiomas diferentes

## FICHA:9 RECURSOS QUE OFRECE EL ESTADO

- Usuarías del servicio de teleasistencia móvil para víctimas de violencia de género: El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) suscribieron con fecha 4 de octubre de 2004 una Addenda, dentro del Convenio Marco suscrito entre ambas instituciones el 20 de abril de 1993, para la implantación de un servicio de teleasistencia domiciliaria para personas mayores y discapacitadas, para la implantación, a cargo del IMSERSO, del Servicio de Teleasistencia Móvil a las víctimas de violencia de género que cuenten con medidas judiciales de protección. Este servicio comenzó a funcionar en diciembre de 2005 y las empresas adjudicatarias del mismo fueron Cruz Roja Española y Eulen Servicios Sociosanitarios. Consiste en un servicio telefónico de información permanente que ofrece a las víctimas de la violencia de género una atención inmediata y a distancia, asegurando una respuesta rápida a las eventualidades que puedan sobrevenir las 24 horas del día. A la vez proporciona tranquilidad y seguridad, potencia la autoestima y la calidad de vida de las usuarias del servicio.
  - Este servicio puede ser solicitado por mujeres víctimas de violencia de género con orden de alejamiento o de protección (siempre que el juez que la emitió no la crea contraproducente) que no conviva con la persona o personas que las han sometido o maltratado. Puede ser solicitada en cualquier momento del año y es de carácter gratuito. La documentación pertinente se entregará en el ayuntamiento de residencia.
- 
- Contratos bonificados de mujeres víctimas de violencia y contratos de sustitución de víctimas de violencia de género: La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, consagra y garantiza a las mujeres víctimas de violencia de género, una serie de derechos laborales y de Seguridad Social, con la finalidad de conciliar sus obligaciones laborales con sus necesidades de protección y de recuperación integral.
  - Asimismo, el Real Decreto 1917/2008, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el programa de inserción sociolaboral para mujeres víctimas de violencia de género, contempla medidas activas de empleo al objeto de dotar a las víctimas de mayores facilidades para acceder al empleo, incrementar su autonomía personal y poner a su disposición todos los recursos creados al efecto.



#### FICHA:9 RECURSOS QUE OFRECE EL ESTADO

- Ayuda económica prevista en el artículo 27 de la Ley Integral: El artículo 27 de la Ley 1/2004, desarrollado por el Real Decreto 1452/2005,(36) garantiza a las víctimas de violencia de género la percepción de una ayuda social, cuando se sitúen en un determinado nivel de rentas y se presume que, debido a su edad, falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales, la víctima tendrá especiales dificultades para obtener un empleo y siempre que carezca de rentas que, en cómputo mensual, superen el 75 por ciento del salario mínimo interprofesional vigente, excluida la parte proporcional de dos pagas extraordinarias o que presente especiales dificultades para obtener un empleo, que se acreditará a través del informe del Servicio Público de Empleo. El importe de esta ayuda es, con carácter general, equivalente al de seis meses de subsidio por desempleo. No obstante, esta ayuda puede tener distintas cuantías, de doce, dieciocho o veinticuatro meses del importe de dicho subsidio, en función de las responsabilidades familiares de la beneficiaria y, en su caso, del grado de minusvalía que tenga oficialmente reconocida, igual o superior al 33% (tanto la víctima como los familiares a su cargo o menores acogidos con los que conviva).El objeto de este recurso es facilitar la integración social y autonomía personal. Son causas de reintegro de la ayuda los supuestos en los que la solicitante la hubiera obtenido sin reunir los requisitos exigidos para su concesión, o falseando u ocultando los hechos o fatos que hubieran podido ser la causa de su denegación.
- Sistema de seguimiento por medios telemáticos de las medidas de alejamiento en el ámbito de la violencia de género: El artículo 64.3 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género,(37) contempla, entre las medidas cautelares y de aseguramiento, la consistente en prohibir al inculpado que se aproxime a la persona protegida y prevé, además, que podrá acordarse la utilización de instrumentos de tecnología adecuada para verificar de inmediato el incumplimiento de esta Medida de alejamiento. La implantación de los dispositivos electrónicos se ha hecho efectiva el 24 de julio de 2009 en todo el territorio del Estado español.
- Servicio telefónico (900 21 00 21) y on-line de información y orientación sobre políticas de igualdad y hombres: Este servicio tiene como objetivo general informar sobre todas las cuestiones
  - Contribuir a avanzar en la consecución de relaciones más igualitarias entre mujeres y hombres.
  - Aunar esfuerzos en la lucha contra la violencia de género, máxima expresión de la desigualdad entre hombres y mujeres.
- Este servicio atiende todas las llamadas desde cualquier punto de España y se presta en castellano, si bien existe una franja de 4 horas, una tarde a la semana, para atender las llamadas en el resto de lenguas cooficiales. El servicio es gratuito y el horario de atención es de lunes a viernes, de 9 a 23 horas. Por su parte, las consultas on-line se deberán contestar en un plazo máximo de 72 horas desde su recepción. puedan interesar a los hombres en relación con las políticas de igualdad, y se puso en funcionamiento el 4 de diciembre de 2009.

#### FICHA:9 CONCLUSIONES

Una relación de pareja está orientada para compartir y disfrutar de la vida con la persona que se enamora de nosotros y de la cual nosotros nos enamoramos. No está legitimada la exclusión de uno de los miembros de algún derecho al igual que tampoco se aprueba la capacidad de una de las partes para subyugar la autonomía de la otra parte: la violencia contra la mujer es un proceder que se encuentra no solo socialmente, sino también legalmente rebatido.

La Violencia de Género constituye en cualquiera de los casos una vulneración de los derechos fundamentales de la persona, derechos que son recogidos en las distintas fuentes de carácter legislativo consultadas. Es necesario actuar contra ella: La legislación y la educación juega un papel fundamental en este punto.

La legislación y las diversas medidas de protección adoptadas a raíz de ella para hacer frente a la violencia de género son el resultado de un intento de concienciar a la sociedad y de una lucha anterior por los derechos que la mujer posee; reivindicaciones que se muestran a lo largo del bagaje histórico en los numerosos eventos y documentos, algunos de los cuales hemos expuesto de manera resumida en el presente trabajo.

Cuando se desvela un caso de violencia contra la mujer en la consulta de atención sanitaria se presenta una oportunidad única para la enfermera de crear una relación terapéutica con la que la mujer agredida se sienta segura. Este es uno de los motivos más importantes por los que el profesional sanitario debe de tener una preparación y unos conocimientos actualizados en materia de legislación, de perspectiva histórica y de recursos aplicables en materia de salud y género para hacer frente de la manera más eficiente posible al problema.

Todos los recursos aportados por el Estado mencionados son relevantes pero no debemos de olvidar uno en absoluto desdeñable: el equipo interdisciplinar sanitario entre el que se incluye el conjunto de Enfermería y que, siendo conocedor de estos recursos, puede convertirse en un aliado destacado a la hora de garantizar la seguridad e integridad de la mujer

De la anterior conclusión se deduce que la formación de los profesionales enfermeros en el conocimiento de las medidas de protección instauradas así como el trabajo en equipo son fundamentales para hacer frente a este problema que repercute negativamente en la salud de la sociedad.

A la profesión enfermera le queda un largo camino por recorrer para comprender este fenómeno tan complejo. Es importante reconocer su labor en la identificación de los casos, la elaboración de un plan de cuidados integrado e individualizado y de la educación de la sociedad.

## **CRITERIOS DE ELECCIÓN DE LA REVISTA:**

**INDEX DE ENFERMERÍA**, ya que es una revista de máxima repercusión en el ámbito de enfermería, de gran prestigio y de fácil acceso para los lectores, además su contenido contempla el estudio del tema al que va dirigida esta revisión bibliográfica.

## **NORMAS DE PUBLICACIÓN**

### **INFORMACION PARA LOS AUTORES**

**Index de Enfermería** es el órgano de la Fundación Index y se publica con periodicidad trimestral.

**Index de Enfermería** publica trabajos relacionados con la investigación en cuidados de salud desde una pluralidad de perspectivas: clínico-asistencial, socio-cultural e histórica. Pone énfasis en los abordajes fenomenológicos del proceso salud-enfermedad y en la humanización de los cuidados, privilegiando posturas epistemológicas emergentes en las ciencias de la salud, como la gestión del conocimiento, el movimiento de la evidencia científica o la investigación cualitativa. Todos los manuscritos recibidos para su publicación en **Index de Enfermería** son sometidos a la revisión por expertos (revisión por pares o peer-review).

### **Tipos de artículos:**

**Index de Enfermería** considerará para su publicación en sus secciones especiales aquellos trabajos relacionados directamente con la Enfermería y con la Investigación en Cuidados de Salud que no hayan sido publicados total o parcialmente en otros medios y se encuadren en las siguientes secciones:

**Originales.** Trabajos de investigación sobre cuidados de la salud en sus vertientes clínico-asistencial, metodológica, histórica, sociológica o antropológica.

### **Presentación de los trabajos**

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de los editores, y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de los titulares del copyright. No se aceptarán trabajos publicados o presentados anterior o simultáneamente en otra revista, circunstancia que el autor deberá declarar expresamente en la carta de presentación del artículo. Todos los trabajos enviados a la revista serán sometidos a una

evaluación por expertos, que determinará su aceptación o no en función de criterios objetivables de evaluación de la pertinencia y calidad. Recomendamos a los autores que consulten previamente de las particularidades del Proceso de Revisión.

En general la extensión máxima de los manuscritos no deberá superar las 4.500 palabras (incluyendo en el recuento el texto, resúmenes en español e inglés, bibliografía, anexos, tablas, gráficos y en general todas las partes del artículo), y 1.500 palabras para artículos de formato breve (cartas al director, editoriales, etc). Se admite un máximo de cuatro ilustraciones por artículo y un máximo de seis firmantes (cuatro para artículos de formato breve). En caso de superar los seis autores, deberán asignarle un nombre corporativo al grupo (ejemplo "Grupo para el Estudio del Cuidado Familiar"). En ese caso podrán anotarse hasta los cuatro primeros autores y el nombre corporativo del grupo, pudiendo indicarse en una llamada a pie de página los nombres de todos los componentes del grupo.

El procesado del texto se hará por computador utilizando el procesador Microsoft Word o compatible. El archivo se enviará por correo electrónico a la Secretaría de Redacción.

Las páginas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho.

En la primera página del artículo se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

-Título del artículo

-Nombre y apellidos de los autores (recomendamos la no utilización de abreviaturas ni contracciones, procure diferenciar los nombres de los apellidos subrayando los apellidos)

-Nombre completo del centro de trabajo

-Dirección completa del centro de trabajo

-Dirección para correspondencia

-Otras especificaciones cuando se considere necesario

En la segunda página se incluirá en español y en inglés el título del artículo y un resumen de no más de 150 palabras, preferiblemente estructurado (justificación, objetivo, diseño, metodología, resultados principales y conclusión), así como varios descriptores o palabras clave que identifiquen el contenido del artículo. La traducción al inglés debe realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos. En las siguientes páginas se incluirá el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Procesado del texto. Tener en cuenta los siguientes parámetros:

-Tipo de letra **Times New Roman** a tamaño de 12 pulgadas.

-Espaciado e interlineado **normales**.

-Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo.

-Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto. Utilice preferiblemente entrecomillados y cursivas, pero no simultáneamente (salvo para pasajes textuales de informantes en estudios cualitativos).

-Evitar el uso de opciones automáticas en el documento, especialmente de la opción **nota final** para la bibliografía. Ésta debe reseñarse al final ordenada numéricamente en formato de texto normal, mientras que las llamadas en el texto pueden realizarse con la opción superíndice.

Para facilitar la composición del texto le recomendamos que utilice la siguiente Plantilla para la composición de artículos científicos.

### **Aspectos formales de estilo**

**Idioma.** Opcionalmente los autores podrán presentar su artículo en otro idioma diferente al español, preferiblemente en inglés, francés o portugués. En revistas con versión impresa deberán adjuntar una versión traducida al castellano que de ser aceptado el artículo será publicada en la versión impresa, mientras que se publicará en edición bilingüe en la versión digital de la revista. La corrección y equivalencia de las versiones bilingües son responsabilidad exclusiva de los autores.

### **Referencias bibliográficas:**

Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen estos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión "et al".

En algunos casos (trabajos con una orientación hacia las humanidades o las ciencias sociales) se permitirá la utilización del sistema de nombre y año (sistema Harvard), pero en ningún caso podrán simultanearse los dos estilos.

En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index de Enfermería (revistas incluidas en Index) y en Index Medicus, para aquellas revistas incluidas en los respectivos repertorios.

En lo posible se evitará el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas: no pueden emplearse como tales "observaciones no publicadas" ni "comunicación personal", pero sí pueden referenciarse entre paréntesis en el lugar del texto donde corresponda.

Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre la página inicial y final de la misma. Especial cuidado ha de tenerse con la comprobación de las direcciones a documentos electrónicos, que han de llevar directamente al documento referenciado. A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

### **Revista**

*1) Artículo ordinario.* Relacionar todos los autores si son seis o menos; si son siete o más, relacionar los cuatro primeros y añadir la expresión "et al".

Gómez Urquiza, José Luis; Hueso Montoro, César; Reina Leal, Liliana Marcela; Hernández Zambrano, Sandra Milena; Amezcua, Manuel. ¿Cómo resolver dudas compartidas con el paciente? Publicación de recomendaciones clínicas basadas en evidencias. *Index de Enfermería* 2014; 23(1-2):90-94.

*2) Autor corporativo*

Foro I+E sobre Investigación y Educación Superior en Enfermería; Fundación Index; Red Internacional de Centros Colaboradores RICO. Un conocimiento para la humanidad. DEGRA Declaración de Granada sobre el Conocimiento Enfermero. *Index de Enfermería* 2013; 22(4):244-245.

*3) No se identifica el nombre del autor*

Cuidados paliativos [editorial]. *RN*. 1992; 1(6):1-2.

*4) Indicación del tipo de artículo*

Wazen Hervás, María José. Los primeros años del SIDA. *Index de Enfermería* 2013; 22(4):253.

*5) Trabajo en prensa (solo cuando haya sido aceptado para su publicación y se encuentre en proceso de edición)*

Fernández López, Antonio; Azauste Gallego, Miguel; Carrasco González, José. La producción bibliográfica de las enfermeras andaluzas en el contexto de la reforma sanitaria. *Index de Enfermería*. En prensa (fecha de aceptación 24.01.2014).

### **Libros y otras monografías**

*6) Autor(es) personal(es)*

Gálvez Toro, Alberto. *Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. Granada: Fundación Index, 2007 (2ª ed.).

8) *Directores o compiladores como autores*

Siles González, José (editor). *Historia de la Enfermería*. Alicante: Aguaclara, 1999.

9) *Capítulo de un libro*

Amezcuca, Manuel. La documentación en enfermería comunitaria. En: Mazarrasa Alvear, Lucía, editora. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 2003 (2ª ed.); Vol 1:335-346.

10) *Actas de reuniones*

Rodríguez Cobo MD, Frías Osuna A, editores. *El Diagnóstico en Enfermería*. Actas de las III Jornadas de Trabajo; 1989 jun; 2-3. Jaén: Asociación de Enfermería Andaluza, 1992.

11) *Documento electrónico*

Lorén Guerrero, Laura; Barnas, Edyta; Kochmanska, Karolina; Pasierb, Dominika; Ras, Renata; Porada, Elzbieta. Cuidado perinatal según la opinión de las mujeres procedentes de la región de Podkarpacie (Polonia). *Index de Enfermería* (edición digital) 2014; 23(1-2). Disponible en

<<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n1-2/9236.php>> [acceso: 12.08.2014].

### **Ilustraciones:**

1) *Fotografías*. Se incluirán solo en casos excepcionales y siempre que sean imprescindibles para la comprensión del texto. Han de aportarse en archivo electrónico en formato JPG, TIF o GIF y alta resolución, indicando en archivo adjunto los pies de fotografías que han de incluirse. En caso de enviarse positivadas en papel fotográfico, las copias serán en blanco y negro, debidamente contrastadas y en papel de calidad a tamaño 9x12 cm. Iguales normas para los grabados y dibujos.

2) *Gráficos y tablas*. Se compondrán mediante aplicación informática y se adjuntarán en archivo aparte. Deben ir numerados, con su enunciado (título) correspondiente, y las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Para revistas con versión impresa utilizar escala de grises para las ilustraciones, gráficos y tablas, nunca paleta de colores. Tampoco se deben introducir fondos de colores, solo se admite el blanco como fondo.

### **Envío de manuscritos:**

Para una información más amplia sobre presentación y estilo de redacción, consulten los "Requisitos de Uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas" (normas de Vancouver).

La Secretaría de Redacción acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación. Tenga en cuenta esta circunstancia y solicite confirmación de su llegada si no recibe acuse de recibo en un plazo de una semana.

Los trabajos se remitirán por correo electrónico a la Secretaría de Redacción, **secretaria@ciberindex.com**, indicando el nombre de la revista. Si necesita enviar documentación impresa, hágalo a la siguiente dirección: Fundación Index. Apartado de correos 734, 18080 Granada ESPAÑA.

Debe acompañar una carta de presentación (ver modelo adjunto) en la que solicite el examen del manuscrito, debiendo especificar que se trata de un trabajo original, no publicado ni enviado a revisión a otras revistas (no es necesario adjuntar si utiliza la Plantilla para la composición de artículos científicos). Para verificar que envía toda la documentación necesaria puede ayudarse del listado de comprobaciones que se incluye más abajo.

### **Modelo de carta de presentación**

Sr. Director de [**Nombre de la Revista**]

Le remitimos el manuscrito titulado «**Título**» para que sea considerada su publicación en [**Nombre de la Revista**] en la sección (indicar). El motivo de enviarlo a su revista es (indicar).

Sus autores, abajo firmantes, declaran:

- Que es un trabajo original.
- Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
- Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
- Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.
- Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido, y por tanto no hay ninguna razón para introducir cambios en los mismos una vez iniciado el proceso de evaluación.
- Que no han existido conflictos de intereses en la gestación y elaboración del manuscrito, y si pudiera haberlos por mediar financiación u otros apoyos, los autores se comprometen a declararlos en el apartado correspondiente.



-Que el manuscrito explica de manera honesta, exacta y transparente los resultados del estudio, que no se han omitido aspectos importantes del mismo, y que cualquier discrepancia del estudio ha sido explicada.

-Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la revista.

A través de este documento, la Fundación Index asume los derechos exclusivos para editar, publicar, reproducir, distribuir copias, preparar trabajos derivados en papel, electrónicos o multimedia e incluir el artículo en índices nacionales e internacionales o bases de datos bibliográficas.

(Firmado por todos los autores)

### **Lista de comprobaciones**

-Número de palabras del manuscrito no superior a 4.500 (recuento en Herramientas, opción contar palabras)

-Carta de presentación del artículo

-Archivo con el texto completo del manuscrito

-Archivo con las ilustraciones

-Título, resumen y palabras clave traducidos al inglés

-Versión del artículo completo traducida al inglés para publicar en el soporte digital (opcional)

-Resumen del curriculum vitae u hoja de vida (inferior a 250 palabras) de los autores para incluir en el soporte digital (opcional)

**Enfermería, detección y abordaje a víctimas de violencia domestica:  
Revisión bibliográfica.**

---

Elisa Valmisa Porriño. RN\*, Sra. Heidi Manuela Bartel Rodríguez-Mariona RNC.  
MSc\*\*

\*Estudiante de Grado de Enfermería en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

\*\* Departamento de Enfermería en la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.

Dirección para correspondencia:

Elisa Valmisa Porriño

Teléfono: 977802906

Móvil: 651842890

Correo electrónico: [elisa.valmisa@estudiants.urv.cat](mailto:elisa.valmisa@estudiants.urv.cat)

Dirección: Av. Catalunya 35. 43002 Tarragona

Financiación: No se ha obtenido financiación para la realización del presente estudio.

**Objetivo principal:**

Analizar los artículos y documentos publicados entre el 2003 y el 2014 sobre los conocimientos y herramientas de que disponen los profesionales de enfermería para la detección y abordaje terapéutico de la violencia de género y su legislación.

**Metodología:**

Revisión bibliográfica de publicaciones de los últimos 11 años realizada en las bases de datos: PubMed, Cuiden y Dialnet plus, Recolecta, Google Académico.

**Resultados principales:**

Se obtuvieron 50 artículos, de los cuales se descartaron 28, resultando finalmente un total de 22 publicaciones; de éstas 3 se centran en la legislación vigente, 3 a la epidemiología 8 hacen referencia a los protocolos y escalas de valoración y 8 abordan el grado de conocimiento de los profesionales de enfermería.

**Conclusión principal:**

Se han encontrado un número muy reducido de artículos sobre la violencia de género y la actuación sanitaria, siendo en su mayoría protocolos de actuación y escalas de valoración destinadas a los profesionales de Primaria y Emergencias, que dejan patente el papel principal del profesional sanitario en la detección y abordaje.

**Palabras clave:** *violencia de género, violencia doméstica, relación terapéutica.*

TITLE: Nursing, detection and approach to victims of domestic violence: bibliographical review.

**Main goal:**

Analyze the articles and papers published between 2003 and 2014 on the knowledge and tools available to nursing professionals for the detection and therapeutic approach to gender violence and its legislation.

**Methodology:**

literature review of publications of the last 7 years made in databases: PubMed, Cuiden and Dialnet plus.

**Main results:**

50 articles were obtained, of which 32 were discarded, finally resulting in a total of 18 publications; of these 3 focus on the current legislation, 11 relate to protocols and assessment scales and 5 address the degree of knowledge of nurses.

**Main conclusion:**

You have found a very small number of articles on gender-based violence and the performance of health, being in their majority action protocols and scales of assessment aimed at professionals in primary and emergencies, which illustrate the main role of the health professional in the detection and boarding.

Keywords: gender violence, domestic violence, therapeutic relation.

## **1- Introducción:**

“La violencia de género (VG) es definida como todo acto de violencia por razones de sexo 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 produce en la vida pública como en la privada”<sup>1</sup>. Como tal ha sido considerada como una pandemia y así lo reconoce la OMS (1996) en su 49 Asamblea General, al nombrar la VG como un factor importante en el deterioro de la salud de aquellas personas que la sufren, señalando la VG física, sexual o psicológica como un problema de salud pública a abordar por parte de las instituciones sanitarias.<sup>2</sup>

Si nos centramos en el ámbito español, a nivel epidemiológico el número de víctimas por VG ha experimentado un descenso importante desde el año 2011, con un repunte en 2014 de 0.3 % respecto del año anterior. A nivel territorial, la comunidad andaluza es la que presenta mayor número de víctimas de VG con orden de protección y/ o medidas cautelares.<sup>4,5,6</sup>

Es evidente que estos datos llevan a plantearse cuál es el abordaje que se está llevando a cabo desde el ámbito sanitario, y concretamente cual es el papel que desempeña o debe desempeñar el profesional de enfermería en la detección y abordaje de las víctimas.

## **2- Objetivo:**

Revisar y analizar los artículos y documentos publicados entre el 2003 y el 2014 sobre los conocimientos y herramientas de que disponen los profesionales de enfermería para la detección y abordaje terapéutico de la violencia de género y su legislación.

## **3- Metodología - Resultados:**

Se revisaron los artículos publicados en los últimos 11 años que abordan el tema de la violencia de género. La decisión de ampliar la búsqueda a un periodo de 11 años se fundamentó en poder valorar la influencia de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en el ámbito sanitario.

La búsqueda se realizó en las bases de datos de Ciencias de la Salud: PubMed, Cuiden, Dialnet plus y también en buscadores de ámbito más general como Google Académico. Como idiomas del documento se utilizó el español, inglés.

Las palabras clave empleadas fueron: violencia de género, violencia doméstica, relación terapéutica, enfermería, en idioma castellano y los términos en lengua inglesa fueron: genre violence, domestic violence, therapeutic relationship, nurse. La búsqueda se realizó utilizando todas sus posibles combinaciones.

Como criterios de inclusión se seleccionaron todos aquellos artículos enfocados en el ámbito sanitario español, centrados en la temática de enfermería, violencia de género, que abordaran protocolos de actuación, escalas de valoración y su legislación.

Se excluyeron los artículos relativos a la población infantil y de mujeres embarazadas, por no estar centrados con el tema que nos ocupa y merecer objeto de otro estudio específico. También se descartaron artículos de acceso no gratuito.

#### **4-Resultados**

El total de artículos obtenidos han sido 50, de los cuales se han descartado 28 por no cumplir los criterios de inclusión, resultando finalmente un total de 22 artículos/documentos. De éstos, 3 se centran en la legislación vigente, 8 hacen referencia a los protocolos institucionales y 8 abordan el grado de conocimiento de los profesionales de enfermería. Para facilitar su comprensión, se han clasificado en dos apartados, el primero referente al marco legal vigente, y el segundo a los documentos relativos al abordaje por parte del ámbito sanitario-asistencial.

##### **4.1- Legislación**

Para poder combatir la VG las Administraciones y estamentos Públicos mundiales han ido elaborando acuerdos y leyes que regulan y penalizan dicho comportamiento en el hombre que ejerce dicha violencia, durante esta revisión bibliográfica hemos ido descubriendo las más importantes que han hecho posible el cambio no solo de mentalidad social sino también han permitido a los profesionales tener armas legales para poder combatirla. De los 3 artículos sobre legislación, López et al<sup>8</sup> realizan una

síntesis de diferentes leyes publicadas en los últimos 11 años, haciendo especial hincapié sobre la Ley Orgánica 1/2004, a partir de la cual parece experimentarse una mejora en diseño de protocolos y escalas en el ámbito sanitario, tal como reflejan otros autores <sup>7,8,10,11,12,13</sup>.

#### 4.2- Ámbito Sanitario

Protocolos de actuación:

A causa de la transferencia de competencias de la gestión sanitaria por parte del Gobierno estatal a las Comunidades Autónomas se han ido creando protocolos de actuación para la prevención, detección y abordaje en las diferentes Comunidades Autónomas, dichos protocolos orientan y apoyan a los profesionales ante la intervención en dichos casos. “El Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012” del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad da unas pautas tanto de prevención, detección, valoración e intervención en el área sanitaria, para atención primaria y atención especializada ya que es en estos servicios donde se pueden encontrar más a menudo casos de este tipo.<sup>7</sup>

En Atención Primaria el Protocolo invita a los profesionales a preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a la consulta si están sufriendo o han sufrido en algún momento VG.<sup>15</sup> Todos los protocolos consultados en esta revisión bibliográfica: Protocolo de Andalucía<sup>12</sup>, Generalitat de Catalunya<sup>11</sup>, Murcia<sup>13</sup>, coinciden en realizar dicha pregunta, aunque en el “Protocolo Sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres” del Gobierno Vasco no se menciona; también se aclara que no existen suficientes evidencias sobre que el hecho de realizar esta pregunta sea favorable o no a la hora de la detección de VG.<sup>10</sup>

En todos los Protocolos citados anteriormente se aclara que el abordaje de este problema ha de ser interdisciplinar ya que las necesidades de la víctima son tanto sociales como de atención sanitaria, por lo que se ha de dar una atención integral a las víctimas.<sup>7,8,10,11,12,13</sup> Para conseguir este objetivo los profesionales han de estar formados y orientados sobre cómo se ha de actuar ante las víctimas de VG, y estos protocolos cumplen con esta función, ya que de esta forma se puede hacer una detección precoz y

una prevención en las escuelas informando tanto a los educadores como a los niños en la igualdad y equidad de sexos.<sup>7,8,10,11,12,13,21</sup>

Se habla de la importancia de que los profesionales de Atención Primaria en la entrevista que realizan a la víctima, además de que no hagan juicios de valor sobre los hechos que la víctima está narrando, así como que el profesional sanitario ha de colocarse en una actitud de escucha activa, y hacer preguntas por los aspectos psicosociales que marcan su vida, ayudándole y acompañándole en el proceso de la toma de decisiones que suele ser lenta y llena de justificaciones hacia el agresor<sup>11,12</sup>.

El “Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género” publicado en el 2012,<sup>7</sup> recomienda, tanto en el ámbito de Atención Primaria como en especializada, el registro sistemático de todos los datos recogidos en la entrevista clínica específica, además de la realización de un parte de lesiones acompañado de la toma de muestras pertinentes, sobre todo en el casos de violencia sexual, así como las fotografías en caso de lesiones si fueran visibles, documentando todo el proceso, también tener en cuenta de que la víctima ha de estar informada, dándole una copia del documento y leyendo con ella el parte de lesiones.<sup>7</sup> Es obligación del profesional sanitario poner en conocimiento del juez la sospecha o certeza de cualquier tipo de maltrato<sup>7,10,11,14</sup>.

Parte importante de la atención enfermera es la realización de un plan de cuidados adaptado y personalizado, teniendo en cuenta los diagnósticos NANDA, planificando unos objetivos e intervenciones que se han de consensuar con la víctima para poder llevarlos a cabo conjuntamente<sup>12,18,19</sup>.

Existen Escalas de valoración y precisión diagnóstica que pueden ser utilizadas como herramienta en el ámbito sanitario para que los profesionales puedan identificar la violencia de pareja: “Index of Spouse Abuse (ISA)<sup>14</sup>, pero contiene demasiados ítems y los resultados se obtienen demasiado tarde. Por su parte, la Psychological Maltreatment of Women Inventory short form (PMWISF)<sup>14</sup>, está diseñada solo para la detección del maltrato psicológico. La Woman Abuse Screening Tool (WAST)<sup>14</sup>, recomendada para el ámbito de Atención Primaria y de fácil corrección. La Partner Violence Screen (PVS)<sup>14</sup> tiene una especificidad y sensibilidad, superiores a 0,80.<sup>14</sup> Y el test StaT

elaborado por Liebschutz y Paranjape <sup>14</sup> presenta una sensibilidad del 97%, incluye el abuso físico y emocional y es sencillo y breve adecuado, apropiado para los servicios de urgencias al igual que el PVS. <sup>14</sup>

Los profesionales de enfermería en AP han de formar un vínculo relacional dentro de la consulta para poder así ganarse la confianza de la víctima, además, conocer los indicadores de sospecha sobre un posible maltrato de género <sup>1,11,15</sup>.

El profesional sanitario tiene que tener en cuenta lo siguiente:

1. ¿Cuáles son los síntomas de malos tratos?
2. ¿Qué actitud debe tener el profesional ante la víctima?
3. ¿Qué medidas y actuaciones debe emprender?
4. ¿Con qué instituciones debe ponerse en contacto?<sup>15</sup>

Con la búsqueda bibliográfica efectuada que se ha realizado sobre el tema del conocimiento que tienen los profesionales se ha obtenido un número muy limitado de documentos específicos (5 artículos). El artículo: “Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de Atención Especializada a cerca de la violencia de género”<sup>16</sup> recoge un estudio transversal, observacional y descriptivo, en el que se empleó un cuestionario anónimo administrado a profesionales sanitarios de las unidades obstétricas, pediátricas y de urgencias de los 2 hospitales del área 8 de Madrid. Los resultados obtenidos de dicho estudio revelan lo siguiente: El 58,2% de profesionales opinan las clases sociales bajas están más asociadas al maltrato hacia la mujer, un 72,8% cree que se da en mujeres con un nivel educativo bajo, amas de casa y/o extranjeras. Sobre la opinión que tienen del agresor es que puede tener algún tipo de dependencia como alcoholismo y/o drogas o bien que está sin trabajo.

Para el 97,70% de los profesionales la percepción es de que este problema pasa desapercibido para los profesionales sanitarios, pero aun así el 66,7% no hacen un diagnóstico diferencial cuando encuentran una persona con lesiones físicas. “ El 97,8%



de los profesionales considera que la violencia de género es un problema muy importante o bastante importante”<sup>16</sup>

Concretando en el ámbito sanitario, la bibliografía habla de papel de la enfermera pero no especifica que ésta ha de realizar un plan de cuidados<sup>17</sup> (Plan de Cuidados de Enfermería para víctimas de VG)<sup>8,18,19</sup>. En todo caso, los documentos encontrados recomiendan, en relación a las víctimas de VG una intervención de enfermería integral y holística, porque dependiendo del tipo de violencia que sufran ya sea física, psicología y/o sexual (o las tres a la vez), se encontrarán afectadas las cuatro áreas del individuo (cuerpo, mente, emoción y espíritu).<sup>7,8,11</sup>

La actuación del profesional enfermero será de vital importancia a la hora de crear un vínculo de confianza con la víctima y de formar una relación de seguridad y de intimidad, ya que estas personas suelen tener características comunes que marcaran sus decisiones ante el afrontamiento de su problema.<sup>7,11,15</sup>

Además, se pueden encontrar en un rol social que no le permite ser libre para decidir su forma de vida y tener la sensación de no poder salir de ese estado por la falta de recursos económicos, culturales, psicológicos, de desconocimiento de las leyes y los recursos existentes o simplemente por desconocer que sufren malos tratos.<sup>12</sup>

## **5- Discusión - Conclusiones**

Tras la revisión llevada a cabo sobre el abordaje de la VG desde el ámbito sanitario sorprende el bajo volumen de publicaciones, en relación a la magnitud e importancia del problema que supone.

Se han podido revisar protocolos y escalas que permiten a los profesionales trabajar con herramientas específicas, centradas fundamentalmente en el ámbito Atención Primaria (AP) y Emergencias y con mención expresa al importante papel de enfermería, profesional que ha de estar formado y sensibilizado específicamente para detectar, valorar y tratar a la víctima de la VG. Se señalan como puntos importantes a tener en cuenta en la consulta de AP, las escalas o indicadores de sospecha de VG como herramienta para iniciar el abordaje y atención específica en estas situaciones.<sup>7, 10,11,12</sup>

La revisión efectuada también señala que los profesionales de enfermería tienen varias limitaciones, como la falta de tiempo en consulta para indagar en las víctimas bajo sospecha de VG, la alta presión asistencial, la falta de protocolos realizados por los profesionales implicados y la escasez de profesionales de otras disciplinas comprometidos en este tema.<sup>23</sup>

Todo ello nos lleva a plantear necesarias líneas de actuación futuras de los profesionales de enfermería, tales como hacer hincapié en la formación en materia de relación terapéutica ya que se ha podido ver la importancia de abordar estos casos con empatía, asertividad, sabiendo actuar desde la escucha activa, y sobre todo no realizando juicios de valor, las víctimas están en un proceso de toma de decisiones que requiere del profesional para acompañarlas en este cambio de vida e ideas. La necesidad de formación sobre los recursos económicos y sociales para poder disipar los miedos que tienen por la pérdida de su economía, su hogar y a veces el apoyo emocional de sus familias, y finalmente la pertinencia de establecer de comisiones en cada centro de AP y/o de AE (atención Especializada) para el análisis de casos, coordinación con el resto de profesionales dedicados a la misma temática como: Psicólogos, Trabajadores Sociales, Médicos, Centros Educativos y Centros de Salud Mental.

## **7- Bibliografía**

1-World Report on violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002 (consultado 22/05/2016). Disponible en:

[http://www5.who.int/violence\\_injury\\_prevention/download.cfm?id=0000000582](http://www5.who.int/violence_injury_prevention/download.cfm?id=0000000582)

2- OMS. (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud, 2. Retrieved from

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf)

3- Nieto C. La violencia intrafamiliar: menores, jóvenes y género. Una mirada desde la práctica profesional. España: editorial Bosch; 2012

- 4- INE. (2013). Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género, 1–16. [Citado 28-11-2015] disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np820.pdf>
- 5- Dom, V. (2014). Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género. Ine, 1–18. [Citado 28-11-2015] disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np842.pdf>
- 6- INE. (2014). Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género, 21. [Citado 28-11-2015] disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np906.pdf>
- 7-MSSI. (2012). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Retrieved from [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf)
- 8- López, S. C., Díaz, J. M., & Bienert, F. (2012). Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. *Enfermería Global*, 11(3), 430–445. Doi:10.4321/S1695-61412012000300024
- 9- Coll-planas, G., Moreno, G. G., & Navarro-varas, L. (2008). Cuestiones sin resolver en la Ley integral de medidas contra la violencia de género : las distinciones entre sexo y género , y entre violencia y agresión 1, 187–204.
- 10- Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Departamento de Sanidad. (2008). Protocolo Sanitario ante el Maltrato en el Ámbito Doméstico y la violencia sexual contra las mujeres.
- 11- Generalitat de Catalunya. (2009). Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña.
- 12- Consuelo Llamas Martín. García-Morato., C. T. (2009). Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Red Andaluza de Formación Contra El Maltrato a Las Mujeres, (D.L. Sevilla), 11–20

- 13- Hern, R., Sabater, E., Serrano, G., Andr, C. S. M.-S., Murcia, C. S., Andr, S., ... Murcia-, C. S. (n.d.). Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria.
- 14- García-Esteve, L., Torres, A., Navarro, P., Ascaso, C., Imaz, M. L., Herreras, Z., & Valdés, M. (2011). Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Medicina Clínica*, 137(9), 390–397. doi:10.1016/j.medcli.2010.11.038
- 15- Gomez, F., Gutiérrez, B., & Asensio, M. B. (2003). Clínica Los / As Profesionales De Enfermería Ante La Violencia Doméstica : Una Responsabilidad Ética Y, 1–5.
- 16- Arredondo-Provecho, A. B., del Pliego-Pilo, G., Nadal-Rubio, M., & Roy-Rodríguez, R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*, 18(4), 175–182. doi:10.1016/S1130-8621(08)72192-2
- 17- González A., Jaime Macias J. Maltrato doméstico: plan de cuidados de enfermería domestic violence: a nursery intervention guideline. *Nure Investigación*, nº 23, Julio-Agosto 06.
- 18- Hospital General Universitario Gregorio Marañón [sede Web]. Madrid. 2013 [Consultado el 20 de marzo de 2016] [Disponible en [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3dmanual\\_nanda\\_actualizado\\_2013.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352840370850&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3dmanual_nanda_actualizado_2013.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352840370850&ssbinary=true)]
- 19- Infogerontologia.com. - Elsevier, 2009-201. Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificación. Nanda Internacional. [pagina web visual el 20-03-2016] <http://www.infogerontologia.com/vgi/index3.html>

20- Vives C., Carrasco M., Alvarez C. (2007). La epidemia por violencia del compañero íntimo contra las mujeres en España. Evolución temporal y edad de las víctimas. *Gac Sanit.*; 21:298-305 - Vol. 21 Núm.4 DOI: 10.1157/13108502.

21- Blanco P., Ruiz C., Garcia L., Martin M. (2004) La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac. Sanit.*; Vol. 18 Núm.4.

22- RUIZ I., et al. (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gac. Sant.*; 24(2):128-135.

23- Calvo G., Camacho R. (2014). La violencia de genero: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm. Glob.*; Vol.13 Núm. 33.