

Facultade de Enfermería e Podoloxía



TRABALLO DE FIN DE GRAO ENFERMARIA

Curso académico 2015/2016

Actuación de enfermería ante la violencia de género

Vanesa Faílde Rey

Junio 2016

Tutoras:

María Sobrido Prieto

Natalia Sobrido Prieto

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	3
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	6
ÍNDICE DE TABLAS	7
RESUMEN	8
RESUMO	9
ABSTRACT.....	10
1. INTRODUCCIÓN	12
1.1 VIOLENCIA DE GÉNERO.....	12
1.1.1 Terminología	12
Se reconocen otros tipos de violencia como:.....	13
1.1.2 Historia	14
1.2 INCIDENCIA	16
1.2.1 Incidencia internacional	16
1.2.2 Incidencia nacional	17
1.2.3 Incidencia en Galicia	20
1.3 LEGISLACIÓN.....	22
1.3.1 A nivel internacional	22
1.3.2 A nivel nacional	22
1.3.3 A nivel de Galicia	23
1.4 COSTE ECONÓMICO	24
1.5 PAPEL DE LA ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO...	26
2. OBJETIVO	34
3. METODOLOGÍA	35
3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	35
3.2 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	35
3.3 ESTABLECIMIENTO DE VARIABLES	36
3.3.1 Variables formales:	36
3.3.2 Variables de contenido I:	37
3.3.3 Variables de contenido II:	38

3.3.4 Variables de enfermería:	39
3.3.5 Variables de malos tratos	40
4. RESULTADOS	42
4.1 ASPECTOS FORMALES	42
4.1.1 Año	42
4.1.2 Institución elaboradora	42
4.1.3 Colectivo sociosanitario profesional	44
4.1.4 Autoría	47
4.1.5 Bibliografía	49
4.2 VARIABLES DE CONTENIDO I	50
4.2.1 Rasgos del maltratador	50
4.2.2 Indicadores de sospecha	50
4.2.3 Características de las heridas	50
4.2.4 Seguimiento del paciente	50
4.2.5 Características de la historia clínica	50
4.2.6 Factores de riesgo	51
4.3 VARIABLES DE CONTENIDO II	54
4.3.1 Sensibilización del personal	54
4.3.2 Educación hacia los profesionales	54
4.3.3 Atención desde el centro de salud	54
4.3.4 Atención desde el servicio de urgencias	54
4.4 VARIABLES DE ENFERMERÍA	55
4.4.1 Uso de cuestionarios o screenings	56
4.4.2 Detección	56
4.4.3 Exploración	57
4.4.4 Entrevista	57
4.4.5 Plan de actuación	57
4.4.6 Prevención	58
4.5 VARIABLES DE MALOS TRATOS	60

4.5.1 Valoración biopsicosocial	60
4.5.2 Valoración de la situación del maltrato	61
4.5.3 Valoración de la fase del proceso de cambio	61
4.5.4 Valoración de la seguridad y el riesgo	61
5. DISCUSIÓN.....	63
6. CONCLUSIONES	71
ANEXOS.....	72
Anexo 1: Selección de guías y protocolos de acuerdo a los criterios	72
BIBLIOGRAFÍA.....	77

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

AAS: Abuse Assessment Screen

AW: Against Women

CMT: Cuestionario de Malos Tratos

DA: Danger Assessment

EIGE: Instituto Europeo para la Igualdad de Género

GBV: Gender Basic Violence

GPC: Guía de Práctica Clínica

IPV: Intimate Partner Violence

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de Naciones Unidas

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

VG: Violencia de Género

WAST: Woman Abuse Screening Tool

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnósticos de enfermería.....	30
Tabla 2. Relación entre comunidades autónomas y años de publicación de protocolos	42
Tabla 3. Relación entre comunidad autónoma e Institución elaboradora. .	42
Tabla 4. Relación entre comunidades autónomas y colectivo sociosanitario profesional	44
Tabla 5. Relación entre comunidades autónomas y autoría	47
Tabla 6. Relación entre comunidades autónomas y bibliografía.	49
Tabla 7. Variables de contenido I	51
Tabla 8. Variables de contenido II	54
Tabla 9. Relación entre comunidades autónomas y variables de enfermería	58
Tabla 10. Relación entre comunidades autónomas y variables de enfermería	59
Tabla 11. Variables de malos tratos	61

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La Violencia de Género siempre ha sido una lacra latente en nuestro entorno, silenciada por la sociedad. Estas mujeres acuden al sistema sanitario por diferentes motivos, pudiendo ser identificadas en cualquier servicio. El médico y la enfermera son habitualmente las primeras personas a las que la mujer acude, por ello deberíamos estar preparados para detectar el maltrato, realizar un seguimiento del proceso y servirles de apoyo en la toma de decisiones. En este sentido, en los últimos años han surgido diferentes herramientas dirigidas a los profesionales sanitarios que tratan de facilitar la detección de malos tratos. El objetivo de este trabajo es identificar, tanto la existencia de protocolos y guías de práctica clínica en torno a la violencia de género en España, como la calidad y contenidos de los mismos.

METODOLOGÍA: La búsqueda se llevó a cabo de febrero a marzo de 2016. Dada la falta de visibilidad de los mismos (considerados literatura gris), hemos tenido que recurrir a diferentes buscadores, tanto especializados en guías clínicas como buscadores generales. Las variables de estudio analizadas han sido 4: variables formales (año, institución elaboradora...); de contenido (indicadores de sospecha, factores de riesgo, características de heridas...); variables de enfermería (uso de escalas o sreenings, entrevista, prevención...) y variables de malos tratos (valoración psicosocial, de la fase del proceso de cambio, del riesgo...).

RESULTADOS: Hemos localizado un total de 18 documentos con un índice muy bajo de reconocimiento enfermero en las variables estudiadas. Siendo únicamente 5 protocolos los que atribuyen competencias a la enfermería y el resto ni la menciona o infravalora sus aptitudes. También tenemos que destacar la existencia de múltiples protocolos deficientes o desactualizados que generan gastos innecesarios y por último, la falta de prevención de este problema, lo que genera todavía más gastos por la detección tardía.

RESUMO

INTRODUCCIÓN: A violencia de xénero sempre foi una lacra latente no noso entorno, silenciada pola sociedade. Estas mulleres acuden ó sistema sanitario por diferentes motivos, poidendo ser identificadas en calquer servizo. O médico e a enfermeira son habitualmente as primeiras persoas ás que a muller acude, por isto deberíamos estar preparados para detectar o maltrato, realizar un seguemento do proceso e servirles de apoio na toma de decisións. Neste sentido, nos últimos anos, surxiron diferentes ferramentas dirixidas ós profesionais sanitarios que procuran facilitar a detección dos malos tratos. O obxectivo deste traballo é identificar, tanto a existencia de protocolos e guías de práctica clínica en torno á violencia de xénero en España, como a calidade e contido dos mesmos.

METODOLOXÍA: A búsqueda levouse a cabo dende febreiro ata marzo do 2016. Dada á falta de visibilidade dos mesmos (considerados literatura gris), tivemos que mergullar en diferentes buscadores, tanto especializados en guías clínicas como buscadores xerais. As variables de estudo analizadas foron 4: variables formais (ano, institución elaboradora...); de contido (indicadores de sospeita, factores de risco, características das feridas...); variables de enfermaría (uso de escalas ou screenings, entrevista, prevención...) e variables de malos tratos (valoración psicosocial, da fase do proceso de cambio, o risco...)

RESULTADOS: Localizamos un total de 18. Cun índice moi baixo de recoñecemento enfermeiro nas variables estudadas. Foron únicamente 5 protocolos os que asignan competencias á enfermaría e o resto nin a menciona ou intravalora as súas aptitudes. Tamén temos que destacar a presenza de múltiples protocolos deficientes ou desactualizados que xeran gastos innecesarios e por último, a falta de prevención deste problema, o que xera todavía mais gastos pola detección tardía.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Gender Violence has always been a latent scourge in our environment, silenced by society. These women who have been victims of gender violence, come to the health system for many reasons, they can be identified in any service. The doctor and nurse are usually the first people that women go, to so we should be prepared to detect abuse, track the process for and support in decision-making. In this regard, in recent years different tools have been emerged aimed at health professionals who try to make detection of abuse. The aim of this essay is to identify, both the existence of protocols and clinical practice guidelines around gender violence has been comited in Spain, as the quality and contents thereof.

METHODOLOGY: The research was done from February to March 2016. Because of the lack of visibility of the articles about gender violence (considered gray literature), we had to use diferent searchers, both specialized in clinical guidelines and general searcher. The study variables analyzed were 4: formal variables (year, institution developer...); subject variables I and II (indicators of suspicion, risk factors, characteristics of the wounds...); nursing variables (use of ladders or sreenings, interview, prevention...) and variables of ill-treatment (psychosocial assessment, phase change process, risk...)

RESULTS: We have found an amount of 18, with a very low rate of nurse recognition in the studied variables. Only 5 protocols confer competences to the infirmary and the rest neither mentioned them nor value their skills. We also need to highlight the existence of many protocols deficient or outdated generating unnecessary costs, What is more, lack of prevention is generating even more costs because of the late detection of most cases of gender violence.

“Existe una verdad universal, aplicable a todos los países, culturas y comunidades: la violencia contra la mujer nunca es aceptable, nunca es perdonable, nunca es tolerable”

Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-Moon (2008)

1. INTRODUCCIÓN

1.1 VIOLENCIA DE GÉNERO

1.1.1 Terminología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la **violencia** como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. ^[1]

La **violencia de género** (VG) es definida por La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género como aquella que, “como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”, y “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.” Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión. ^[2]

Las Naciones Unidas en 1993, define la **violencia contra la mujer** como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada". ^[3]

Se reconocen otros tipos de violencia como:

La **violencia sexual** es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto. ^[3]

La **Violencia en la pareja**, término frecuentemente equiparado en la literatura a violencia doméstica y a violencia conyugal, se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima. ^[4]

La **Violencia Psicológica** sería cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que atente contra la integridad emocional de la víctima, en un proceso continuo y sistemático, a fin de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. ^[5]

La **Violencia económica** caracterizada porque el hombre maltratador hace uso del poder económico para hacer daño a la mujer. De esta manera, a las víctimas se les prohíbe utilizar el dinero o la administración de los bienes propios, ya que el hombre maltratador es el único que tiene acceso a los recursos económicos de la familia, prohibiendo a la mujer que haga ningún uso al respecto. ^[6]

Existe ya incluso una definición técnica del **síndrome de la mujer maltratada** que consiste en "las agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el

género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: maltrato en el seno de las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida social y acoso en el medio laboral”. [2]

1.1.2 Historia

La VG es tan antigua como la desigualdad en las relaciones entre mujeres y hombres. Durante siglos ha sido considerada un recurso para controlar conductas que se consideraban impropias en mujeres, e incluso como prueba de afecto. En definitiva, la VG ha formado parte de la vida cotidiana de muchas mujeres a lo largo del tiempo y ha sido considerada como fenómeno privado, provocando su invisibilidad y ocultamiento. Esto queda perfectamente reflejado en la literatura infantil tradicional. Si analizamos cuentos clásicos como Blancanieves, La Cenicienta o la Bella Durmiente, la imagen de la mujer siempre está relacionada con la dependencia de hombres en general (padres, príncipes... etc.)

Si bien las primeras denuncias sociales comienzan ya a surgir a finales del siglo XIX, no es hasta la década de 1970 cuando se comienza a visibilizar este problema. En estas fechas los movimientos de mujeres comenzaron a desarrollar de forma colectiva y organizada acciones, lo que acabó creando cierto impacto social. Como consecuencia de esta acción, diferentes organismos internacionales tomaron conciencia de la difícil situación y dieron visibilidad a una lacra social escondida hasta ese momento en la privacidad de los hogares. [7]

La OMS fue el primer organismo internacional que se hizo eco de esta preocupación y asignó a la Unidad de Salud de la Mujer, en 1980, la tarea de recabar información sobre la incidencia del problema y su impacto en la salud de las mujeres.

En los 90, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoció el impacto social de la violencia de género elaborando, a partir de elementos conceptuales y teóricos del feminismo, recomendaciones y directrices para que los Estados miembros diseñasen políticas y mecanismos de

atención al problema. En 1993, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”, en la que definía ésta como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”.

En 1999 se declaró el 25 de noviembre como Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres.

Con la llegada del nuevo milenio han aparecido nuevas herramientas informáticas que han modificado considerablemente las formas de relacionarse de las personas y con ello, nuevas formas de VG.

- Los medios de comunicación han producido una sexualización y comercialización del cuerpo de la mujer y debido a la persistencia de la VG en la actualidad. ^[8]
- La llegada de Internet, frente a las ventajas que ha aportado en la sociedad, ha fomentado o creado nuevos modos de VG. Las nuevas tecnologías facilitan a los agresores alcanzar a sus víctimas sin tener contacto directo con ellas, suponen también una dificultad para cerrar una relación de pareja y que los estereotipos tradicionales que siguen existiendo en las relaciones entre hombres y mujeres se proyectan en Internet y las redes sociales. De hecho, el estudio sobre el ciberacoso señala que Whatsapp, Facebook y las llamadas al móvil son los medios más frecuentes para enviar y recibir mensajes insultantes o amenazantes, como forma de ejercer la violencia de género. La juventud “nativa digital” tiene una percepción del riesgo muy baja. ^[9]

Afortunadamente, las nuevas tecnologías también pueden ser empleadas para acceder de manera rápida y sencilla a una gran cantidad de información contra la violencia hacia las mujeres, a recursos de asistencia a las víctimas de esta violación de los derechos fundamentales, y sirven

para potenciar y agilizar la difusión de campañas de sensibilización además de permitir el control de agresores y la localización permanente de víctimas para garantizar una mayor seguridad de las mismas. Además facilitan la labor de los profesionales que trabajan por la abolición de esta vulneración de los derechos humanos. ^[8]

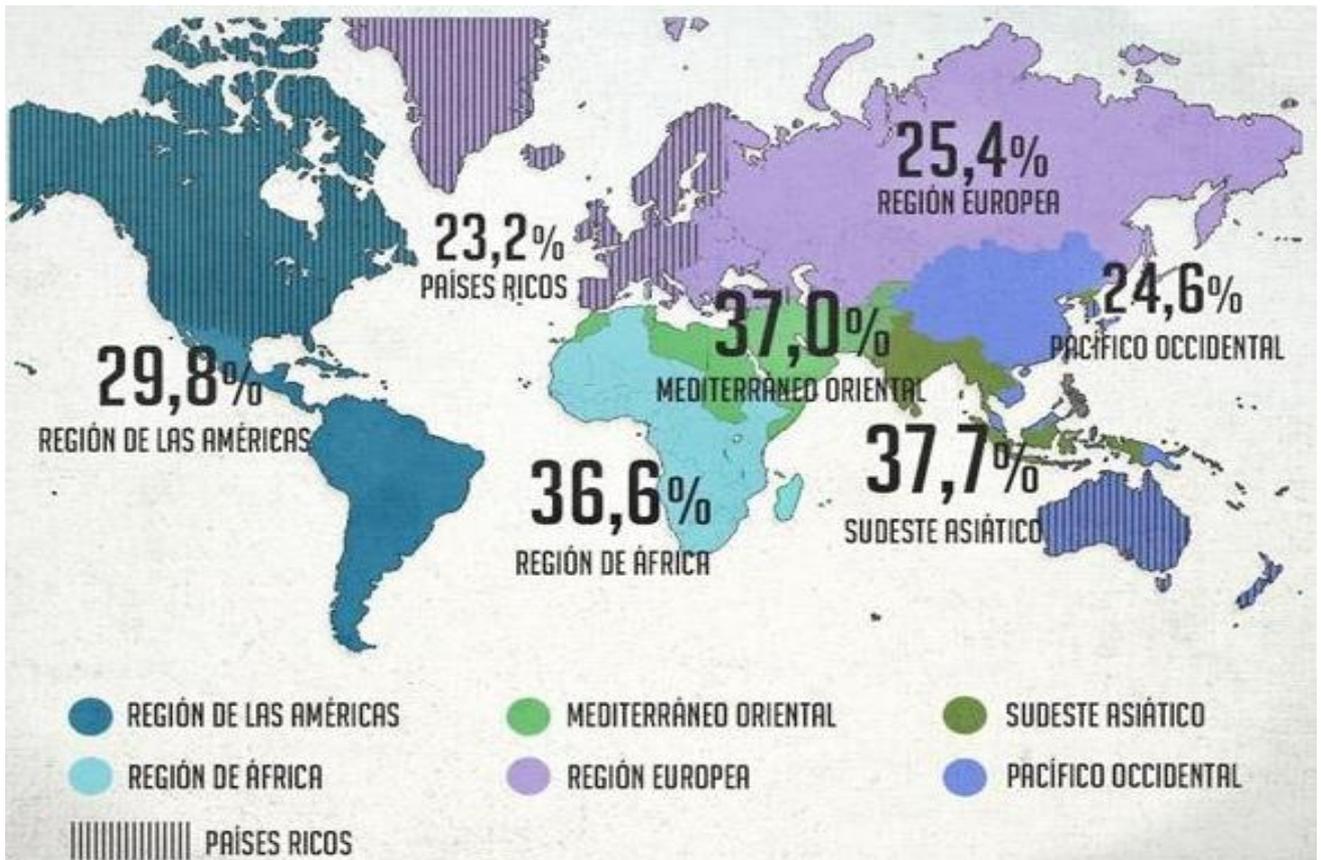
1.2 INCIDENCIA

1.2.1 Incidencia internacional

En todo el mundo, el 30% de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta el 38%; del total de homicidios a nivel mundial, el 38% se debe a la violencia conyugal, una cifra muy alarmante.

Aunque se dispone de menos datos sobre los efectos de la violencia sexual no conyugal en la salud, de los datos existentes se desprende que las mujeres que han sufrido esta forma de violencia son 2,3 veces más propensas a padecer trastornos relacionados con el consumo de alcohol y 2,6 veces más propensas a sufrir depresiones o ansiedad. ^[10]

Ilustración 1. Mapa internacional sobre porcentajes de VG. Año 2014^[11]



1.2.2 Incidencia nacional

Al igual que otros países europeos, España se ve gravemente afectada por el problema de la VG. Según la *Macroencuesta de 2015* ^[12] un 12,5% de mujeres residentes en España de 16 o más años ha sufrido violencia física y/o violencia sexual de su pareja o ex pareja en algún momento de su vida.

Si en España hay actualmente 20.358.827 mujeres mayores de 15 años, más de dos millones y medio han sufrido violencia física y/o sexual alguna vez en la vida por parte de su pareja o ex pareja. Esta cifra es inferior a la media europea (22%). No obstante, una de las hipótesis de estudio no es que el índice de violencia física y/o sexual en España sea más bajo, sino que la percepción del mismo por parte de muchas mujeres es menor. ^[13]

Ilustración 2. Denuncias por VG en los últimos años por comunidades autónomas^[3]

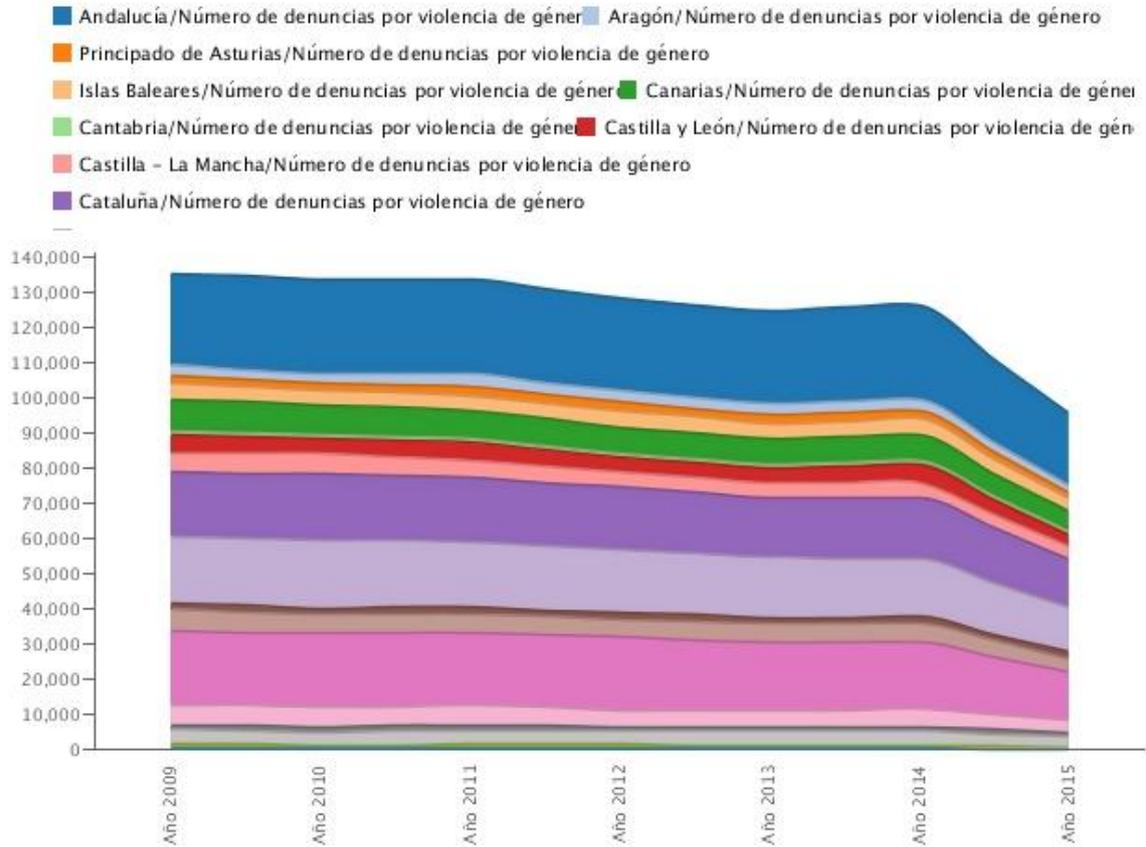


Ilustración 3. Víctimas mortales por VG en los últimos años. [3]

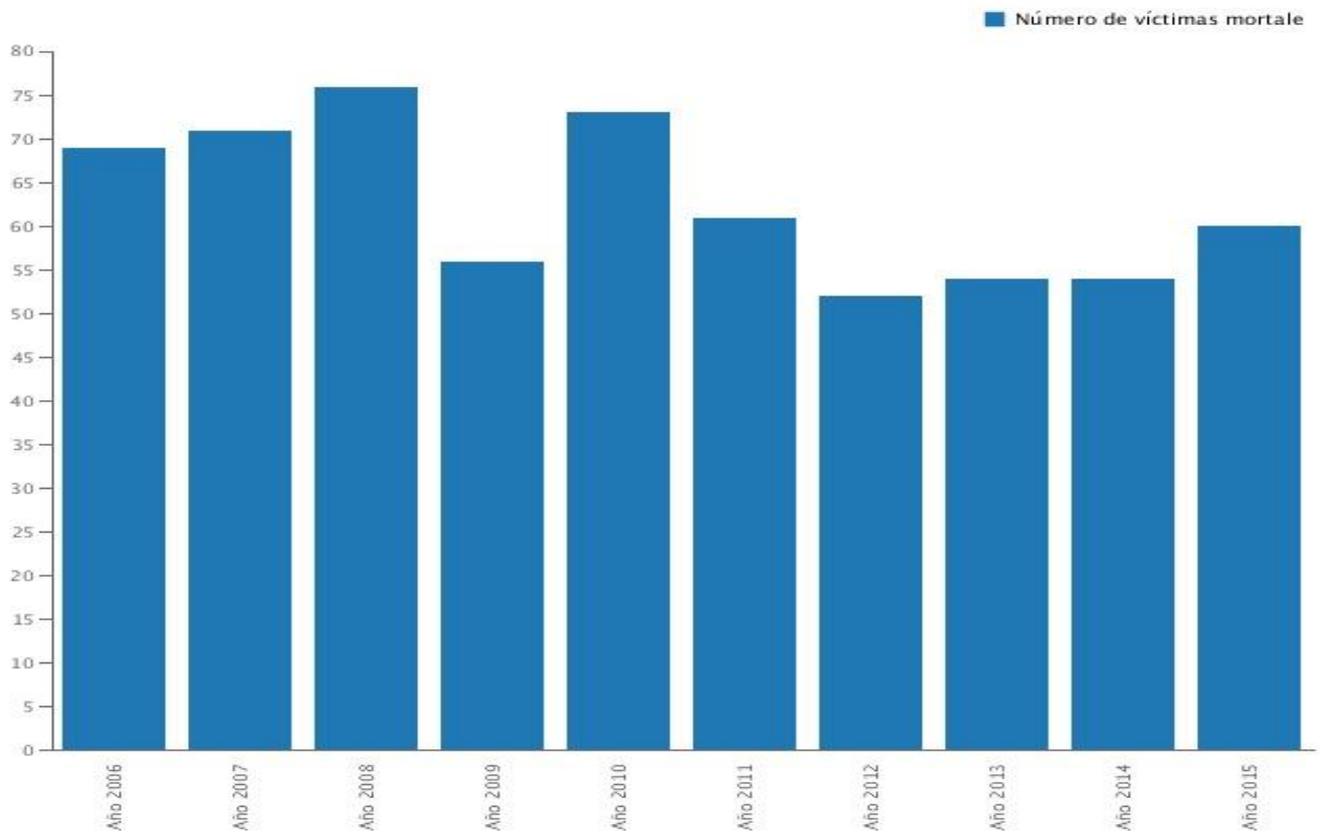
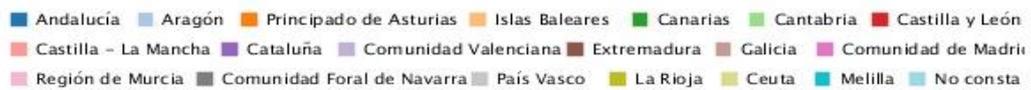


Ilustración 4. Víctimas mortales por comunidad autónoma en el 2015. [3]



Número de víctimas mortales

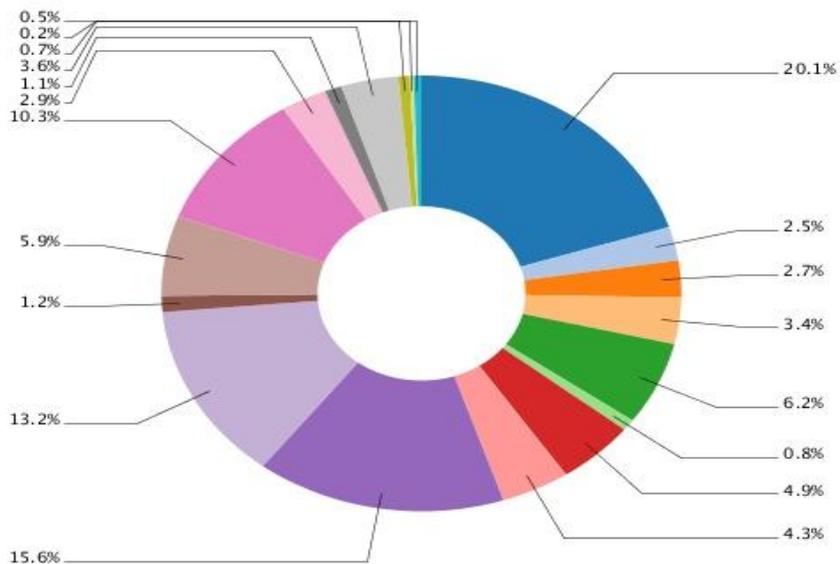
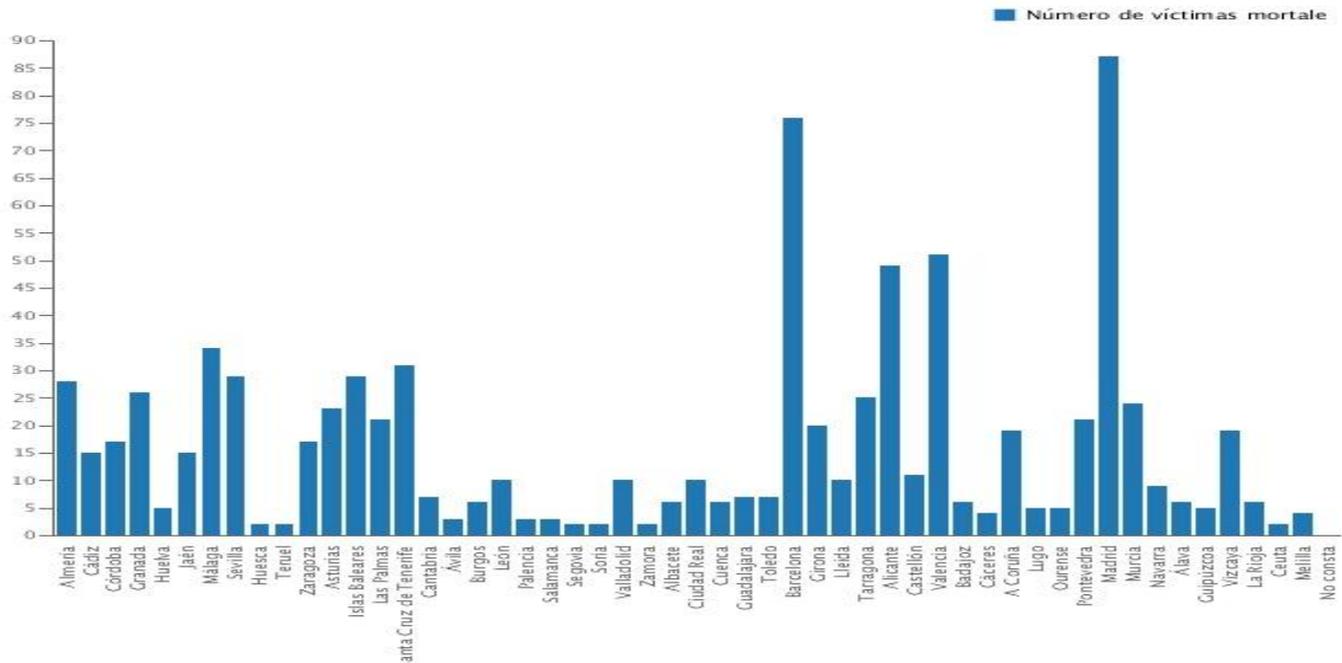


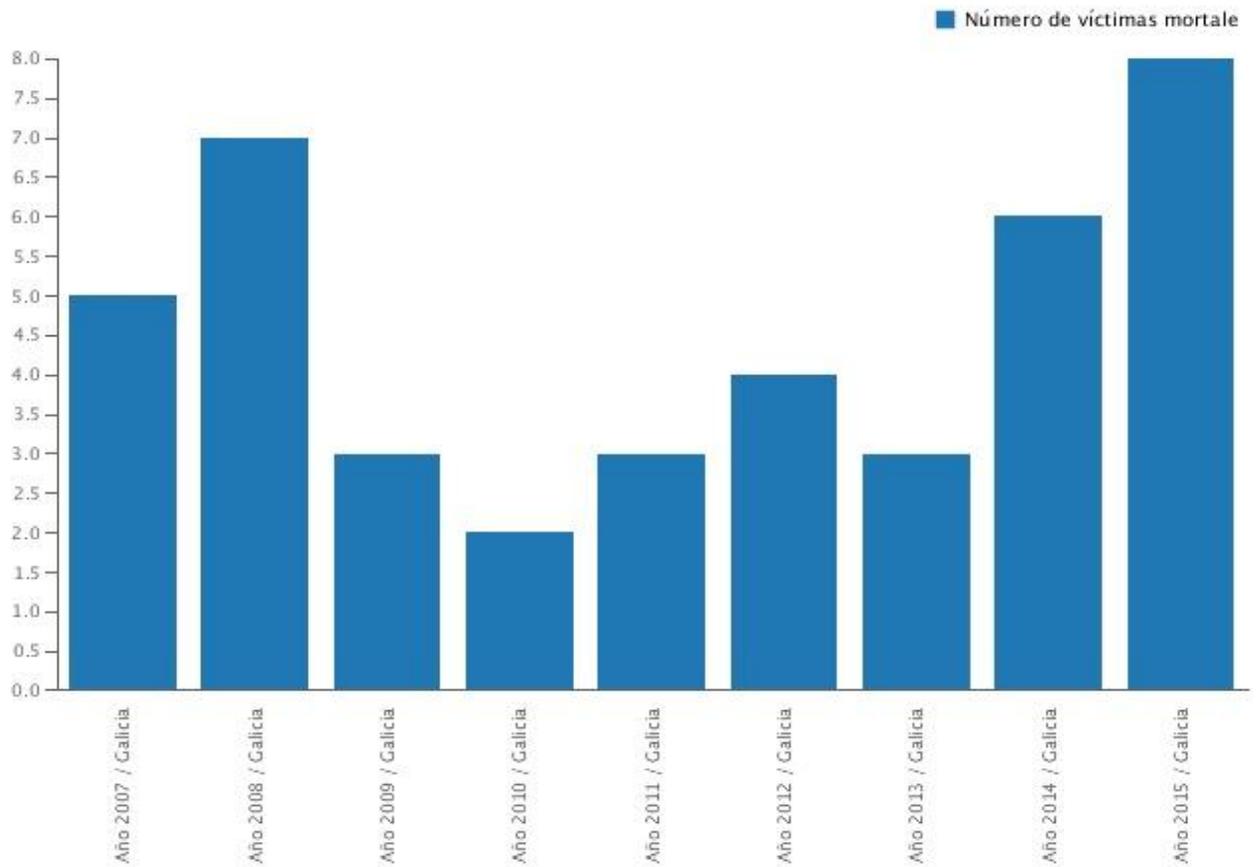
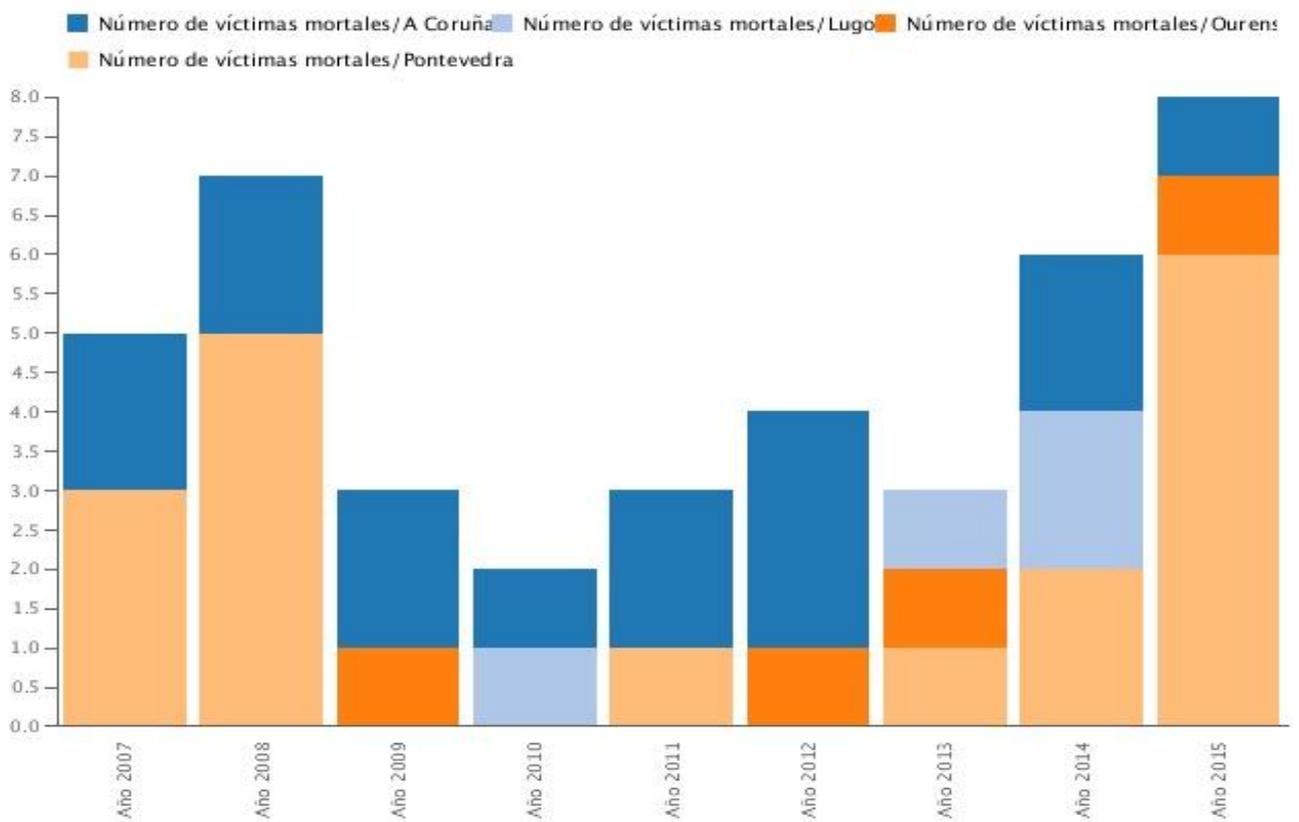
Ilustración 5. Víctimas mortales por VG según ciudad. Año 2015^[3]



1.2.3 Incidencia en Galicia

De las 56 mujeres asesinadas en Galicia en el 2015, solo 13 habían denunciado y en un caso más no se dispone de esa información. El grupo más amplio, 18 mujeres, tenían entre 41 y 58 años, aunque 16 estaban entre los 31 y 40 y doce no habían cumplido la treintena. La mayoría de ellas, 45, aún mantenían una relación de pareja con el homicida, mientras 11 ya la habían interrumpido.^[14]

Un total de 5.210 denuncias se presentaron en los juzgados de violencia sobre la mujer gallegos a lo largo de todo el año 2015, el mismo número que el año anterior. En el total de las denuncias presentadas, aparecen 5.011 mujeres como víctimas de violencia de género. Lo que supone unas 14 denuncias al día. Este mismo año fueron enjuiciadas 679 personas, 672 hombres y 7 mujeres, frente a las 574 de 2014 en Galicia.^[15]

Ilustración 6. Víctimas mortales en Galicia por año ^[3]Ilustración 7. Víctimas mortales por VG en Galicia por provincia en los últimos años ^[3]

1.3 LEGISLACIÓN

1.3.1 A nivel internacional

En su recomendación general No. 19 (1992) sobre la violencia contra la mujer, el Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer confirmó que “[en] virtud del derecho internacional y de pactos específicos de derechos humanos, los Estados... pueden ser responsables de actos privados si no adoptan medidas con la diligencia debida para impedir la violación de los derechos o para investigar y castigar los actos de violencia y proporcionar indemnización” [16].

En 2008, Ban Ki-moon, Secretario General de las Naciones Unidas, puso en marcha una campaña internacional multianual titulada “*Unidos para poner fin a la violencia contra las mujeres*” que anima a todos los aliados a unir fuerzas para eliminar esta lacra. Uno de sus cinco objetivos esenciales es que antes de 2015 todos los países adopten y cumplan las leyes nacionales que regulan y castigan todas las formas de violencia de ese tipo, de conformidad con las normas internacionales en materia de derechos humanos. Debido que hasta el momento, los Estados no estaban cumpliendo con su responsabilidad de poner fin a la violencia contra mujeres y niñas. [16, 17]

1.3.2 A nivel nacional

El origen de regulación de VG en España no lo encontramos hasta el 1978 con la propia Constitución Española que, en su artículo 14, proclama la igualdad ante la ley, estableciendo la prohibición de cualquier discriminación por razón de sexo [18]. A partir de aquí, comienza a visibilizarse este problema latente hasta ahora en la sociedad y surgen nuevas leyes para favorecer su erradicación, tales como:

- La LEY 27/2003, de 31 de julio, reguladora del Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica^[19], entre otras, que formula medidas legislativas que den una respuesta integral frente a la VG y la creación y regulación de un nuevo instrumento

denominado “orden de protección a las víctimas de la violencia doméstica”.

- En España existen varias leyes relacionadas con la VG, una de las más importantes es la LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.^[2]
- Por otra parte también tenemos la LEY ORGÁNICA 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres que proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo y la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones para que la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas.^[20]

1.3.3 A nivel de Galicia

En Galicia existen dos leyes reguladoras de la VG. Estas son:

- LEY 7/2004, de 16 de julio, gallega para la igualdad de mujeres y hombres. Esta ley se compromete a la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, ya que es una necesidad esencial en una sociedad democrática moderna que, desde todos los niveles normativos, se intenta conseguir a través de diversas medidas plasmadas en los tratados internacionales, en la normativa comunitaria, en nuestra Constitución y en la normativa legal y reglamentaria interna.^[21]
- LEY 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la VG. Se compromete en la adopción en Galicia de medidas integrales para la sensibilización, prevención y tratamiento de la violencia de género, así como la protección y apoyo a las mujeres que la sufren.^[22]

1.4 COSTE ECONÓMICO

La mujer maltratada presenta numerosos síntomas físicos crónicos e inespecíficos (cefaleas, cansancio, dolores de espalda, etc.), y psicosomáticos, (disminución de la autoestima, ansiedad y depresión, fundamentalmente).

Como consecuencia de este deterioro de salud, las mujeres, acuden más a los servicios sanitarios y tienen peor estado de salud con niveles elevados de estrés y problemas psicológicos, síntomas concomitantes y mayor uso de antidepresivos. Las mujeres sometidas a violencia no sólo acuden más a los servicios sanitarios, sino que se someten más a cirugía, prolongan más su estancia hospitalaria y consumen más fármacos, además de desarrollar más problemas cardíacos y dolores musculoesqueléticos en el cuello y en la espalda y otras manifestaciones sistémicas. ^[23]

Según un estudio coordinado por el Instituto Europeo para la Igualdad de Género (EIGE) en 2102, los países de la Unión Europea dedican más de 258.000 millones de euros al año en atención sanitaria, servicios sociales, procesos judiciales o pérdidas económicas derivadas de la VG. ^[24]

En España la cifra es de algo más de 24.000 millones. Unas cifras considerablemente altas, teniendo en cuenta que solo el 3% de esta cantidad está destinada a prevención. ^[25]

Ilustración 8. Costes de la VG por países de la Comunidad Europea ^[25]

MS	Member State	Population ¹	Cost of IPVAW EUR	Cost of IPV EUR	Cost of GBVAW EUR	Cost of GBV EUR
AT	Austria	8 408 121	1 818 416 256	2 035 912 304	3 763 246 487	4 311 333 326
BE	Belgium	11 094 850	2 399 472 557	2 686 467 242	4 965 753 382	5 688 975 760
BG	Bulgaria	7 327 224	1 584 651 699	1 774 187 776	3 279 466 361	3 757 094 483
HR	Croatia	4 275 984	924 762 954	1 035 371 451	1 913 814 248	2 192 546 030
CY	Cyprus	862 011	186 426 291	208 724 256	385 812 700	442 003 243
CZ	Czech Republic	10 505 445	2 272 002 503	2 543 750 826	4 701 951 720	5 386 753 489
DK	Denmark	5 580 516	1 206 892 837	1 351 246 157	2 497 687 323	2 861 455 563
EE	Estonia	1 325 217	286 603 408	320 883 298	593 131 119	679 515 937
FI	Finland	5 401 267	1 168 126 828	1 307 843 446	2 417 460 342	2 769 544 161
FR	France	65 287 861	14 119 743 012	15 808 568 827	29 221 072 530	33 476 888 704
DE	Germany	80 327 900	17 372 437 805	19 450 310 003	35 952 585 307	41 188 792 633
EL	Greece	11 123 034	2 405 567 883	2 693 291 614	4 978 367 774	5 703 427 338
HU	Hungary	9 931 925	2 147 967 883	2 404 880 747	4 445 259 752	5 092 676 384
IE	Ireland	4 582 707	991 097 643	1 109 640 260	2 051 095 128	2 349 820 776
IT	Italy	59 394 207	12 845 128 120	14 381 500 556	26 583 233 147	30 454 869 052
LV	Latvia	2 044 813	442 229 744	495 123 696	915 202 736	1 048 494 715
LT	Lithuania	3 003 641	649 594 555	727 290 874	1 344 348 094	1 540 141 673
LU	Luxembourg	524 853	113 509 454	127 086 026	234 909 941	269 122 701
MT	Malta	417 546	90 302 273	101 103 093	186 882 244	214 100 152
NL	Netherlands	16 730 348	3 618 256 298	4 051 026 543	7 488 049 154	8 578 623 796
PL	Poland	38 538 447	8 334 672 930	9 331 561 527	17 248 761 680	19 760 906 259
PT	Portugal	10 542 398	2 279 994 293	2 552 698 493	4 718 490 878	5 405 701 445
RO	Romania	20 095 996	4 346 141 759	4 865 972 495	8 994 421 745	10 304 387 541
SK	Slovakia	5 404 322	1 168 787 530	1 308 583 173	2 418 827 677	2 771 110 637
SI	Slovenia	2 055 496	444 540 146	497 710 439	919 984 156	1 053 972 511
ES	Spain	46 818 219	10 125 331 270	11 336 395 864	20 954 562 643	24 006 427 578
SE	Sweden	9 482 855	2 050 847 946	2 296 144 546	4 244 268 222	4 862 412 041
UK	United Kingdom	63 495 303	13 732 068 214	15 374 525 253	28 418 772 278	32 557 739 819
	EU-28		109 125 574 091	122 177 800 785	225 837 418 768	258 728 837 747

EUR: Euros

EU-28: Europa – 28 (los 28 países de la comunidad europea)

GBVAW: Gender Basic Violence Against Women

GBV: Gender Basic Violence

IPVAW: Intimate Partner Violence Against Women

IPV: Intimate Partner Violence

Los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para 2016 en relación con la VG se acercan a los 4 millones € (promoción de la igualdad y prevención por las entidades locales: 3,329,828€; protección y apoyo a las mujeres: 232,000€ y desarrollo de la ley integral de género (centros de acogida): 232,000€). ^[26]

1.5 PAPEL DE LA ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La VG debe entenderse como un factor de riesgo para la mala salud de las mujeres. 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 solo por lesiones traumáticas en las unidades de urgencias.

De hecho, el 90% de las víctimas de violencia doméstica que acuden a los centros sanitarios (atención primaria) y casi la totalidad de las víctimas, visitaron a su médico general en el año siguiente a la agresión y no solo esto, sino que además, hubo un incremento de la frecuentación a su consulta. El médico y la enfermera son habitualmente las primeras personas fuera del entorno familiar a las que la mujer acude, por ello deberíamos estar preparados para detectar el maltrato, realizar un seguimiento del proceso y servirles de apoyo en la toma de decisiones. ^[27]

Debido a esto, tenemos que estar alerta para su detección, debemos tener en cuenta que muchas veces la paciente describe el pretendido “accidente” de un modo dubitativo, evasivo o turbado o evitan el contacto ocular. También se observa que la extensión de una lesión y el tipo de lesión no casan con las explicaciones ofrecidas, que la víctima tiene historia de lesiones traumáticas o de visitas frecuentes al servicio de urgencias y además niega el abuso físico, pero presentan hematomas inexplicados, áreas de eritema o hematomas con la forma de una mano o de algún objeto; desgarros, quemaduras, cicatrices, fracturas o múltiples lesiones en varias fases de curación; fracturas mandibulares o perforaciones del tímpano. ^[28]

En lugar de esto se produce una infra detección de los casos de violencia: solo se diagnostica un pequeño porcentaje de éstos y con una demora de entre 6 y 10 años desde que se inician las primeras agresiones. ^[27] Más del 70% de los casos de VG son invisibles a ojos sanitarios. Entre el 30 y 60% de las mujeres que acuden a los centros sanitarios están sometidas

a algún tipo de violencia por parte de su pareja. De estos casos solo se detecta alrededor del 30% y únicamente se notifican entre un 5-15%.^[29]

En este sentido, en los últimos años han surgido diferentes herramientas que tratan de facilitar la detección de malos tratos por parte de los profesionales sanitarios.

El **Cuestionario de Malos Tratos (CMT)**, que se ha validado en nuestro medio como instrumento para detectar VG en Atención Primaria. Adapta preguntas de otros cuestionarios (Index of Spouse Abuse, Conflicts Tactics Scale, Ambuel) y evalúa diversos tipos de VG: comprende 5 preguntas que recogen los comportamientos más habituales de abuso psíquico dirigidos a mantener el control sobre la persona agredida, 4 preguntas de maltrato físico de diferente forma y gravedad y 1 pregunta de abuso sexual. Utiliza una escala tipo Likert (con 5 respuestas, de nunca a casi siempre) (Cuestionario disponible en el Protocolo de las Islas Baleares y el de Extremadura)^[30, 31]

En nuestro medio se ha validado la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST corto) como cuestionario de cribado, si bien presenta falsos positivos que obligan a confirmar la VG con otros métodos.^[30]

Otra alternativa sería el **cuestionario de Apgar familiar**^[32] como método de despistaje inicial. Sirve para detectar la disfunción familiar pero no para diagnosticarla. (Disponible en el protocolo de Castilla la Mancha)

El **cuestionario MOS** se puede utilizar en atención primaria como herramienta de valoración de apoyo social.^[32] (Disponible en el protocolo de Castilla la Mancha^[32])

Para la confirmación de un posible caso de maltrato se utilizará el instrumento de cribado AAS (**cuestionario AAS**), conocido en inglés como "Abuse Assessment Screen" y que ha sido adaptado en nuestro contexto cultural por Escribá-Agüir y col. Éste está integrado por una serie de preguntas sencillas y directas, que pueden facilitar la exteriorización e identificación del problema. Se considera un caso positivo, si se responde

afirmativamente a alguna de las preguntas de la número 2 a la 6. De todos modos, puede ocurrir que en algunos casos sea difícil hacer preguntas directas, por ello existen una serie de preguntas que pueden ayudar a la confirmación de un caso de maltrato.^[33]

La valoración del riesgo de peligro se hace con respecto al nivel de riesgo de homicidio o suicidio. Para ello, puede resultar una herramienta de utilidad el **cuestionario DA**, que en inglés se conoce como “Danger Assessment”. Este cuestionario ha sido adaptado en nuestro contexto cultural por Escribá-Agüir y col. Se considera peligro extremo de homicidio o suicidio, si se obtiene una puntuación igual o superior a 4 puntos. De todos modos en caso de obtenerse una puntuación inferior a 4 puntos, para guiar las actuaciones, habría que valorar el contenido de las preguntas que se han respondido afirmativamente; dado que la magnitud del riesgo de las respuestas es diferente. De este modo se pueden dar dos situaciones:

- Mujer que no se encuentra en situación de peligro extremo, es decir obtiene una puntuación en el cuestionario DA inferior a 4 puntos.
- Mujer que se encuentra en situación de peligro extremo, es decir obtiene una puntuación en el cuestionario DA superior o igual a 4 puntos.^[33]

A pesar de todas estas herramientas, los profesionales sanitarios tienen serias dificultades a la hora de detectar y actuar frente a la VG por falta de información, dificultades en la coordinación interna del equipo y por la angustia personal que genera en ellos la atención de este problema^[34]. A estas barreras también habría que sumar la persistencia de creencias tradicionales que consideran la violencia domestica como un asunto privado o como un problema social.

De acuerdo a Amnistía Internacional de España, se detecta una importante carencia de formación, obligatoria y suficiente. Encontraron que la formación prevista para los profesionales del sector sanitario alcanza menos del 10% de éstos. ^[27]

A pesar de este escaso porcentaje, según la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero; consta como materia de formación básica común: Conocer e identificar los problemas psicológicos y físicos derivados de la violencia de género para capacitar al estudiante en la prevención, la detección precoz, la asistencia y la rehabilitación de las víctimas de esta forma de violencia. ^[35] Además, en el libro NANDA 2015-2017 internacional de diagnósticos enfermeros, encontramos algunos diagnósticos que se ajustan al problema de la VG y que es la encargada la enfermera de detectarlos, valorarlos y diagnosticarlos, estos son: ^[36, 37]

Tabla 1. Diagnósticos de enfermería

Tabla 1. Diagnósticos NANDA de enfermería

Dominio	Clase	Diagnóstico	Factores relacionados o de riesgo	Características definitorias
6. Autopercepción	2. Autoestima	00120 Baja autoestima situacional	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del rol social • Antecedentes de rechazo • Deterioro funcional • Reconocimiento inadecuado 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta indecisa • Indefensión • Reto situacional a la propia valía • Subestima la habilidad para gestionar la situación
9. Afrontamiento / tolerancia al estrés	1. Respuestas postraumáticas	00141 Síndrome postraumático	<ul style="list-style-type: none"> • Amenaza grave a persona querida • Amenaza grave a sí mismo • Antecedentes de abuso (por ejemplo: físico, psicológico, sexual) • Antecedente de tortura • Destrucción del propio hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agresión • Ansiedad • Ataques de pánico • Culpabilidad • Depresión • Hipervigilancia • Temor • Vergüenza

9. Afrontamiento / tolerancia al estrés	1.Respuestas postraumáticas	00142 Síndrome de trauma postviolación	<ul style="list-style-type: none"> • Violación 	<ul style="list-style-type: none"> • Agitación • Agresión • Ansiedad • Autoculpabilización • Autoestima baja • Cambio en las relaciones • Depresión • Estados de hiperalerta • Indefensión • Temor • Traumatismo físico • Vergüenza • ...
9. Afrontamiento / tolerancia al estrés	2. Respuestas de afrontamiento	00146 Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de muerte • Factores estresantes • Conflicto de valores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la desconfianza • Indefensión • Nerviosismo

				<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de insuficiencia • Temor • Preocupación • Contacto visual escaso • Hipervigilancia • Inquietud • Lanzar miradas al rededor • Preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales • Aumento de la sudoración • Aumento de la tensión
11. Seguridad / protección	3. Violencia	00140 Riesgo de violencia autodirigida	<ul style="list-style-type: none"> • Conflicto en las relaciones interpersonales • Patrón de dificultades en el entorno familiar (por ejemplo: caótico, conflictivo) • Antecedentes de suicidio) 	

Finalmente y a pesar de toda la repercusión social que tiene este problema, su impacto en la salud de la mujer y de las nuevas iniciativas tomadas, un porcentaje muy alto de profesionales sanitarios sigue considerando la violencia como un problema de clases sociales bajas, asociando estereotipos, tanto a la figura del maltratador como a la de la víctima. ^[27] En cambio en publicaciones del 2011, sobre violencia íntima con profesionales de enfermería, se constató que el 33% de las enfermeras sufría malos tratos, principalmente de tipo psicológico. Por lo que no parece concluyente que la VG se encuentre únicamente en clases sociales bajas o con un deficiente nivel cultura. ^[29]

2. OBJETIVO

El objetivo planteado para la elaboración de este trabajo es identificar, tanto la existencia de protocolos y guías de práctica clínica (GPC) en torno a la VG realizados en España, como la calidad y contenidos de los mismos.

¿Cómo debe actuar el personal de enfermería ante la violencia de género?

3. METODOLOGÍA

3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Sobre la temática: Se seleccionarán todos aquellos protocolos relacionados con el maltrato hacia la mujer donde se refleje la acción sanitaria. Se descartarán todos aquellos protocolos que hablen única y exclusivamente del maltrato psicológico hacia la mujer o solo expliquen actuaciones judiciales o sociales.

Ámbito geográfico: Nuestro campo de búsqueda se reduce a España, por lo que se descartarán todos aquellos protocolos que no pertenezcan a este entorno o a alguna de las comunidades autónomas que lo conforman.

Cobertura cronológica: Abarcaremos todos aquellos documentos comprendidos desde el 2006 hasta el 2016, descartando todos los que tengan una fecha de publicación anterior.

Idioma: Limitaremos la búsqueda a documentos escritos en español, inglés y portugués.

Tipos de documentos: protocolos y guías, así como revisiones bibliográficas sobre protocolos relacionados con el maltrato físico a la mujer.

3.2 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

La búsqueda de estos documentos se llevó a cabo de febrero a marzo de 2016. Dada la falta de visibilidad de los mismos (podrían ser considerados literatura gris, en la medida en que no siempre son recogidos por bases de datos ni catálogos), hemos tenido que recurrir a diferentes buscadores, tanto especializados en guías clínicas como buscadores generales. La estrategia empleada es la que se expone a continuación:

GOOGLE ACADÉMICO AVANZADO

Estrategia: **allintitle: protocolo (violencia género) OR (atención sanitaria malos tratos)**

Filtros: año desde el 2006, idiomas español y portugués y se descartan citas y patentes

Resultados: 14

Estrategia: **mujer allintitle: protocolo (malos tratos) OR maltrato**

Filtros: Filtros: Páginas en español. Solo España. Desde el 2006

Resultados: 10

Asimismo se consultaron diferentes páginas institucionales tanto de ámbito nacional (Ministerio de Sanidad, GuíaSalud), como regional (Consejerías de Sanidad de las diferentes Comunidades Autónomas)

3.3 ESTABLECIMIENTO DE VARIABLES

3.3.1 Variables formales:

- **Año de publicación o actualización:** marcamos el 2006 como fecha límite de publicación de protocolos ya que consideramos que fechas anteriores a esta, las guías estarían desactualizadas y no nos servirían como objeto de estudio.
- **Institución elaboradora:** nos fijaremos en la institución o asociación elaboradora del protocolo para después poder establecer unas conclusiones más amplias acerca de la parte económica de este problema.

- **Comunidad autónoma:** estudiaremos los protocolos de todas las comunidades autónomas que se adapten a nuestras condiciones.
- **Colectivo sociosanitario profesional:** colectivo sanitario que aparece en cada protocolo atribuyéndole alguna acción o responsabilidad.
- **Autoría:** seleccionamos esta variable para saber si en el documento han participado profesionales sanitarios, sobre todo personal de enfermería o si por el contrario, solo han participado administrativos o profesionales ajenos al sistema sanitario.
- **Bibliografía:** necesaria para saber si los documentos que se basan en algún tipo de bibliografía o si por el contrario no han mirado otros documentos, protocolos guías.

3.3.2 Variables de contenido I:

- **Rasgos del maltratador:** es importante saber cómo puede actuar y comportarse el maltratador, ya que muchas veces acompañan a sus víctimas y no nos dejarían realizar nuestro trabajo íntegramente debido a que coaccionan a la mujer.
- **Indicadores de sospecha:** es importante saber el tipo de comportamiento de la paciente hacia el personal sanitario o hacia su acompañante que pueda ser indicativo de que nos está mintiendo y que en realidad está sufriendo malos tratos. También debemos valorar síntomas indicativos de ansiedad, estrés, miedo, nerviosismo... para realizar una detección temprana y poder abordar la situación de la manera más precoz posible.
- **Características de las heridas:** sobre todo dirigido a los profesionales de enfermería que trabajen en el servicio de urgencias y reciban un caso de una mujer con múltiples heridas, pero, nos cuenta otra historia para justificar sus golpes. Es importante saber detectar si los golpes se corresponden con la

historia que nos cuenta o por el lugar, forma, frecuencia... la paciente nos estaría mintiendo y lo podríamos argumentar.

- **Seguimiento del paciente:** tras detectar malos tratos y comunicarlo con las autoridades pertinentes, estudiaremos si existe algún tipo de seguimiento tanto por la enfermera de centro de salud como por psicólogos o trabajadores sociales.
- **Características de la historia clínica:** en el momento que miramos la historia clínica, debería haber datos que nos llamasen la atención como acudir frecuentemente a urgencias, muchas caídas, o golpes casuales. En cada protocolo deberían estar registrados todos estos datos que nos deberían hacer sospechar de maltrato.
- **Factores de riesgo:** situaciones que puedan favorecer estos casos como mujeres sin trabajo que dependen totalmente del trabajo de la pareja, sin estudios, sin casa, sin familia, extranjeras...

3.3.3 Variables de contenido II:

- **Sensibilización del personal:** atendiendo a la gravedad y actualidad del problema, buscaremos si en los protocolos se refleja la importancia de la sensibilización a todo el personal sanitario para que, si se encuentran con un caso como este, sepan la importancia de su actuación y en ningún caso lo pasen por alto.
- **Educación hacia los profesionales:** aunque sabemos que, gracias a la formación recibida, tanto el personal de enfermería como cualquier otro está perfectamente cualificado para atender a una mujer maltratada, siempre es recomendable la educación respecto a la comunicación, preguntas que pueden realizar sin que la paciente se sienta incomoda y maneras de transmitirle confianza para que nos cuente su problema. Así como el ambiente adecuado para hacerlo, acompañantes... Etc.

- **Actuación desde el centro de salud:** si se aborda la actuación de enfermería desde un centro de atención primaria.
- **Actuación desde el servicio de urgencias:** si se aborda la actuación de enfermería desde el ámbito de urgencias.

3.3.4 Variables de enfermería:

- **Uso de cuestionarios o screenings:** Recolección de datos de manera sistemática y organizada, necesario para elaborar el diagnóstico de enfermería. Se buscará la utilización de cuestionarios validados o no validados para este fin.
- **Detección:** queremos valorar si es la enfermera la que primero detecta la VG, si está preparada ante estas situaciones y sabe qué buscar, cuales son los síntomas o características definitorias que nos pueden llevar a la detección y el diagnóstico.
- **Exploración:** en el primer cribaje de la enfermería, estudiaremos si es esta la que hace una rápida exploración física en busca de señales de violencia, en casos en los que se sospeche o se hayan confirmado.
- **Entrevista:** los protocolos deben indicar cómo debe ser la comunicación de la enfermera con las pacientes, qué preguntas podemos hacer o cómo la debemos tratar y en qué ámbito (sala cerrada, sola, acompañada...) Para así extraer la máxima información posible haciendo que la mujer se sienta cómoda y segura.
- **Plan de actuación:** una vez confirmados los malos tratos, cuales son los pasos a seguir por la enfermera y, en caso de sospecha mediante los datos extraídos pero que la paciente lo niegue, cuál sería la actuación.
- **Prevención:** en caso de detectar una mujer con varios factores de riesgo asociados, estudiaremos si se comienza un proceso de

recopilación de información, proporcionándole datos, educando sobre prevención de estos casos, o indagando si ya ha podido sufrir algún caso de maltrato esporádico y que puede que aún no lo sepa.

3.3.5 Variables de malos tratos ^[38, 39]

- **Valoración biopsicosocial:** englobará tanto su situación emocional, física, apoyos familiares y/o sociales así como situación laboral y económica.
- **Valoración de la situación de maltrato:** tipo, intensidad y duración. Si es maltrato físico, psicológico y/o sexual. Con qué frecuencia sucede, cuando son los picos de mayor intensidad, si alguna vez ha denunciado y en qué momento. Cuál es el comportamiento de su pareja después del maltrato, si ha habido agresiones a familiares u otras personas y cuáles son los mecanismos de defensa de la mujer.
- **Valoración de la fase del proceso del cambio:** según Prochaska y Di Clemente ^[30, 39] hay 6 fases por las que puede pasar una mujer ante una situación de maltrato, es conveniente saber en qué fase esta para adaptar las intervenciones a esta situación. Las fases son:
 - Pre contemplativa: no reconoce la conducta del maltratador ni piensa hacer cambios en su vida, puede verlo como normal. Puede auto inculparse, defenderlo, negar el maltrato o culpar a otros.
 - Contemplativa: empieza a darse cuenta de que sufre una relación abusiva y puede negarlo o admitirlo.

- Preparación: la mujer empieza a realizar pequeños cambios como ir ampliando su red social o pensándose en cortar con su pareja.
 - Acción: comienza a actuar para acabar con esa situación. Puede estar buscando trabajo, participar en algún grupo de apoyo o buscar asesoramiento legal para comenzar el proceso de separación.
 - Mantenimiento: reaparecen sentimientos de ambivalencia hacia el maltratador y su situación anterior.
 - Recaída: la mujer vuelve a vivir una situación de violencia.
- **Valoración de la seguridad y riesgo:** dirigido a detectar situaciones objetivas de riesgo en mujeres que no reconocen los malos tratos, como puede ser suicidio, amenazas con armas, pedir ayuda a familiares... y en caso de reconocerlo, se intentara detectar situaciones de peligro extremo que pongan de manifiesto la integridad física de la mujer como no respetar la orden de alejamiento, abusos fuera del domicilio, lesiones muy graves que precisen hospitalización...

4. RESULTADOS

4.1 ASPECTOS FORMALES

4.1.1 Año

De los 18 protocolos analizados, a excepción del Protocolo común ^[40] del año 2012 y el de Andalucía ^[39] del 2015, los demás son del 2010 o anteriores. Siendo los más antiguos los de Asturias, Cantabria y Murcia del año 2007. ^[41-43]

No se han encontrado protocolos del 2006 aun siendo nuestro abanico de búsqueda entre 2006 y 2016.

Tabla 2. Relación entre comunidades autónomas y años de publicación de los protocolos

Comunidad autónoma	Año de publicación/ actualización	Comunidad autónoma	Año de publicación/ actualización
Andalucía ^[39]	2015	C. Valenciana ^[44]	2008
Aragón ^[45]	2008	Extremadura ^[46]	2010
Asturias ^[47]	2007	Galicia ^[48]	2009
Baleares ^[49]	2009	La Rioja ^[50]	2010
Canarias ^[51]	2009	Madrid ^[52]	2008
Cantabria ^[42]	2007	Murcia ^[53]	2007
Castilla la Mancha ^[32]	2008	Navarra ^[54]	2010
Castilla y León ^[55]	2008	País Vasco ^[56]	2008
Cataluña ^[57]	2009	Protocolo común ^[40]	2012

4.1.2 Institución elaboradora

De los 18 documentos, 17 son autonómicos y solo uno es nacional ^([40])

Tabla 3. Relación entre comunidad autónoma e Institución elaboradora

Comunidad autónoma	Institución elaboradora
Andalucía ^[39]	Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
Aragón ^[45]	Delegación del Gobierno en Aragón, Consejería de Salud y Consumo, Consejería de Servicios Sociales y Familia; Política Territorial; Justicia e Interior; Tribunal Superior de Justicia de Aragón; Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Aragón; Consejo de Colegios de Abogados de Aragón y Federación Aragonesa de Municipios Comarcas y Provincias.
Asturias ^[47]	Consejería de la presidencia y Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
Baleares ^[49]	Servei de Salut de les Illes Balears. Atenció Primària de Mallorca.
Canarias ^[51]	Consejería de presidencia, Justicia y Seguridad del Gobierno de Canarias.
Cantabria ^[42]	Gobierno de Cantabria, Consejería de sanidad y Dirección general de Salud Pública.
Castilla la Mancha ^[32]	Consejería de sanidad y Dirección general de salud pública y participación.
Castilla y León ^[55]	Dirección General de la Mujer. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.
Cataluña ^[57]	Departamento de Salud Dirección General de Planificación y Evaluación.
C. Valenciana ^[44]	Direcció General de Salut Pública.
Extremadura ^[46]	Consejería de Igualdad y Empleo. Junta de Extremadura. Instituto de la Mujer de Extremadura (IMEX) y Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y dependencia.

Galicia ^[48]	Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade y Servicio galego de Saúde.
La Rioja ^[50]	Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja.
Madrid ^[52]	Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad.
Murcia ^[53]	Servicio murciano de salud.
Navarra ^[54]	Gobierno de Navarra e instituto navarro para la igualdad.
País Vasco ^[44]	Osakidetza y Gobierno Vasco, departamento de sanidad.
Protocolo común ^[40]	Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.

4.1.3 Colectivo sociosanitario profesional

El 33,3% de los protocolos analizados le dan un papel relevante a la figura de la enfermería, otorgándole competencias y responsabilidades (Andalucía, Baleares, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid y el Protocolo común de actuación) ^[31, 33, 37-40]

El 16,6% hace mención a la enfermería en alguna parte del protocolo pero sin darle mayor importancia a su papel (Castilla la Mancha, Cataluña y Murcia) ^[32, 43, 58]

El 5,5% menciona a la enfermera solo como acompañamiento de la víctima por los pasillos del centro, o como figura femenina para estar presente en la exploración ginecológica (Cantabria). ^[42]

El 44,4% ni siquiera menciona a la enfermería. (Protocolos restantes) ^[41, 48, 50, 54, 56, 59-61].

Tabla 4. Relación entre comunidades autónomas y colectivo sociosanitario profesional

Comunidad autónoma	Colectivo sociosanitario profesional
Andalucía ^[39]	Menciona a la enfermera como matrona o enfermera general en el servicio de ginecología. Habla de personal sanitario en general, destacando la figura del pediatra y médico.
Aragón ^[45]	Personal sanitario en general. Especifica la figura del médico, del médico forense y trabajadores sociales.
Asturias ^[47]	No consta el papel de la enfermera. Sí menciona al médico general, médico forense y al ginecólogo, así como cuerpos de seguridad.
Baleares ^[49]	En la introducción aclara que el documento está dirigido a enfermeras, matronas, médicos y trabajadores sociales y, en el desarrollo del mismo, aclara que las intervenciones las realizará cualquiera de estos profesionales en los que la mujer haya depositado su confianza.
Canarias ^[51]	Habla de médicos, policías y asistentes sociales. No aparece la figura de la enfermera.
Cantabria ^[42]	Nombra a la enfermería como acompañamiento femenino en el momento en el que el médico realiza la exploración de la víctima y también la encargada de acompañar a la víctima por los pasillos hasta la sala donde se le va a realizar la anamnesis por el médico.
Castilla la Mancha ^[32]	Sí que menciona a la enfermera y de hecho, crea un grupo de trabajo médico-enfermera conjunto para la atención integral del paciente y además la incluye en la firma de los documentos legales pertinentes.

Castilla y León ^[55]	Habla de personal sanitario y en concreto del médico y trabajador social. En ningún momento aparece la figura de la enfermera.
Cataluña ^[57]	Habla en general de personal sanitario. solo menciona a la enfermera junto al médico en una tabla resumen de actuación con el objetivo de especificar a qué profesionales se refiere pero sin darle mayor importancia.
C. Valenciana ^[44]	Sí menciona a la enfermería en cuanto a actuación interdisciplinaria conjunta con el médico u otros profesionales como trabajadores sociales o psicólogos.
Extremadura ^[46]	Incluye a la enfermera junto con matronas, médicos, trabajadores sociales... en todas las actuaciones relacionadas con la atención a la víctima desde prevención hasta actuación y seguimiento.
Galicia ^[48]	Habla de personal sanitario en general y menciona al pediatra en el caso de haber niños involucrados y a la ginecóloga. En ningún caso menciona a la enfermería.
La Rioja ^[50]	Solo habla de personal sanitario en general.
Madrid ^[52]	Sí habla de la figura de la enfermera y le da responsabilidades y competencias. Remarca que serán responsables del plan de actuación y registro la enfermera, matrona, trabajadora social... en la que haya depositado la confianza la víctima y no solo el médico.

Murcia ^[53]	En uno de los anexos del protocolo comenta que dentro de los recursos humanos necesarios se encuentra el personal de enfermería además de otros profesionales. Después de esto no vuelve a hacer referencia a las enfermeras.
Navarra ^[54]	No menciona a la enfermería en ningún momento. Solo hace referencia a los profesionales de la salud.
País Vasco ^[56]	No habla de la enfermería. Solo menciona al médico y a la trabajadora social.
Protocolo común ^[40]	Sí habla de la enfermería en el ámbito de la detección y abordaje en cuanto al parte de lesiones. Le otorga un papel diferencial en lo referente al embarazo junto con la matrona.

4.1.4 Autoría

En lo referente a la autoría de los protocolos, el 38,8% no ha habido participación de enfermeras en su realización; en el 44% sí que han participado enfermeras y en el 16,6% no consta. Dentro del 38,8% de protocolos en los que no participa la enfermería, el 71,42% no participa ningún otro personal sanitario (Aragón, Castilla y León, Cataluña, Navarra y el Protocolo común) ^[54, 58, 59, 61, 62] y el 28,5% sí que participan profesionales sanitarios (Andalucía y Asturias) ^[39, 41].

Tabla 5. Relación entre comunidades autónomas y autoría

Comunidad autónoma	Autoría
Andalucía ^[39]	Revisado por médico, trabajadora social, jefa de gabinete de estudios y programas, fiscal delegada de Andalucía contra la violencia en la mujer, subdirección de evaluación de resultados y un pediatra.

Aragón ^[45]	Delegado del gobierno de Aragón, Consejera de salud y consumo; de servicios sociales y familia; de política territorial justicia e interior; Presidente del tribunal superior de justicia de Aragón; Fiscal superior de Aragón.
Asturias ^[47]	Médicos, auxiliar administrativo, trabajadora social y facultativos especialistas en el área de servicio de Medicina Interna y de Ginecología.
Baleares ^[49]	La autora es médica de familia. La revisión fue realizada por: médicos, sociólogos, 2 enfermeras, trabajadores sociales, una matrona, psicóloga y pedagoga.
Canarias ^[51]	No consta
Cantabria ^[42]	Jefa de dirección de programas; 3 Ginecólogos; 1 trabajadora social; 1 médica forense, 1 médica de familia y 1 supervisora de enfermería.
Castilla la Mancha ^[32]	Coordinación: Jefe del servicio de Promoción de la salud; Técnico de salud; Jefe del servicio de programas de salud pública; Jefe del servicio de programas asistenciales. Grupos de trabajo: 4 enfermeras, 2 pediatras, 2 trabajadores sociales y 4 médicos de familia.
Castilla y León ^[55]	Consejero de familia e igualdad de oportunidades de la junta de Castilla y León.
Cataluña ^[57]	Directora general de planificación y evaluación.
C. Valenciana ^[44]	Personal médico, de enfermería, de trabajo social y de la psicología, matronas/os.
Extremadura ^[46]	Coordinadoras: 2 médicas y una enfermera. Grupo de trabajo: 4 médicas, una trabajadora social y 2 enfermeras.
Galicia ^[48]	No consta.

La Rioja ^[50]	Coordinación: Jefa de Servicio de Promoción de la Salud; Jefa de Sección de Programas de Salud. Grupos de trabajo; médico, enfermera, trabajadora social, ginecóloga, matrona y psicóloga.
Madrid ^[52]	Subdirección de Atención Primaria. Servicio de Programas Asistenciales; Dirección General de Salud Pública y Alimentación; Técnica de Salud de Atención Primaria; Directora de Enfermería de Atención Primaria.
Murcia ^[53]	Dos médicas de familia y una matrona, trabajadora social y enfermera.
Navarra ^[54]	Representantes de: Gobierno de Navarra, Delegación del Gobierno en Navarra, Consejo General del Poder Judicial, Fiscalía Superior de la Comunidad Foral de Navarra y Federación Navarra de Municipios y Concejos.
País Vasco ^[56]	No consta.
Protocolo común ^[40]	Secretaria General de Sanidad y Consumo; Subdirectora General de Calidad y Cohesión y Coordinadora de Programas del Observatorio de Salud de las Mujeres.

4.1.5 Bibliografía

El 66,6% de los protocolos tienen bibliografía a mayores y no solo se han basado en datos propios. (Andalucía, Asturias, Baleares, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia y el Protocolo Común)^[31, 33, 37-43, 48, 50, 58]

Tabla 6. Relación entre comunidades autónomas y bibliografía.

Comunidades autónomas	Bibliografía	Comunidades autónomas	Bibliografía
Andalucía ^[39]	X	C. Valenciana ^[44]	X
Aragón ^[45]		Extremadura ^[46]	X

Asturias ^[47]	X	Galicia ^[48]	X
Baleares ^[49]	X	La Rioja ^[50]	X
Canarias ^[51]		Madrid ^[52]	X
Cantabria ^[42]	X	Murcia ^[53]	X
Castilla la Mancha ^[32]		Navarra ^[54]	
Castilla y León ^[55]		País Vasco ^[56]	
Cataluña ^[57]	X	Protocolo común 2012 ^[40]	X

4.2 VARIABLES DE CONTENIDO I

4.2.1 Rasgos del maltratador

La mitad de los protocolos hacen mención a los rasgos o comportamiento característicos del maltratador (Andalucía, Asturias, Baleares, Comunidad Valenciana, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia y el Protocolo común)^[33, 37-41, 43, 48, 50]

4.2.2 Indicadores de sospecha

Todos los protocolos a excepción de 3 (Castilla y León, Navarra y País Vasco)^[54, 56, 61] explican detalladamente los indicadores de sospecha que pueden ser susceptibles para identificar a las víctimas de violencia de género, tales como comportamiento, síntomas...

4.2.3 Características de las heridas

El 61,11% de los protocolos hacen referencia a las características de las heridas: lugar de estas, forma, otras heridas o contusiones antiguas, heridas en diferentes grados de curación... (Andalucía, Asturias, Baleares, Castilla la Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia y el Protocolo Común)^[32, 33, 37-41, 43, 48, 50, 58]

4.2.4 Seguimiento del paciente

En cuanto a seguimiento del paciente, todos a excepción de 4 (Canarias, Castilla y León, La Rioja y País Vasco)^[50, 56, 60, 61] lo consideran importante.

4.2.5 Características de la historia clínica

El 66,6% de los protocolos explican detalladamente las características más remarcables de la historia clínica de estos pacientes (Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia y el Protocolo común)^[31, 33, 37-41, 43, 48, 50, 58, 60]

4.2.6 Factores de riesgo

Aunque no exista un modelo definido de mujer maltratada, sí que existen factores que pueden propiciar esta situación y que son importantes para los profesionales sanitarios a la hora de su detección, el 61,11% de los protocolos los definen (Andalucía, Asturias, Baleares, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra y el Protocolo común) ^[31, 33, 37-41, 43, 48, 50, 54]

Tabla 7. Variables de contenido I

CCAA	Rasgos maltratador	Indicadores sospecha	Características heridas	Seguimiento del paciente	Características historia clínica	Factores de riesgo
Andalucía ^[39]	X	X	X	X	X	X
Aragón ^[45]		X		X		
Asturias ^[47]	X	X	X	X	X	X
Baleares ^[49]	X	X	X	X	X	X
Canarias ^[51]		X			X	
Cantabria ^[42]		X		X		
Castilla la Mancha ^[32]		X	X	X		
Castilla y León ^[55]						
Cataluña ^[57]		X	X	X	X	
C. Valenciana ^[44]	X	X	X	X	X	X
Extremadura ^[46]		X		X	X	X

Galicia ^[48]	X	X	X	X	X	X
La Rioja ^[50]	X	X	X		X	X
Madrid ^[52]	X	X	X	X	X	X
Murcia ^[53]	X	X	X	X	X	X
Navarra ^[54]				X		X
País Vasco ^[56]						
Protocolo común ^[40]	X	X	X	X	X	X

4.3 VARIABLES DE CONTENIDO II

4.3.1 Sensibilización del personal

Únicamente el 27.7% de los protocolos mencionan y explican métodos de sensibilización del personal sanitario así como ofrece cursos o medios para ello (Andalucía, Cataluña, La Rioja, Madrid y Protocolo Común). [37, 39, 40, 50, 58]

A parte de esos 5, hay 2 protocolos (Castilla y León y Galicia) [48, 61] que menciona la importancia de la sensibilización pero no hace referencia a como se debe hacer ni ofrece recursos para ello.

El resto de protocolos no menciona este aspecto.

4.3.2 Educación hacia los profesionales

De nuevo, son 5 los protocolos que realizan cursos, charlas o invierten recursos para la educación de los profesionales, no siendo los mismos protocolos que en el apartado anterior (Andalucía, Baleares, Cataluña, Extremadura y Murcia) [31, 38, 39, 43, 58]

Al igual que en el punto 4.3.1, el Protocolo de Galicia [48] vuelve a mencionar la importancia de la educación de los profesionales pero no dice como o invierte recursos para ello.

El resto de Protocolos no menciona este aspecto

4.3.3 Atención desde el centro de salud

Todos excepto 5 protocolos (Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria y Galicia) [38, 42, 48, 59, 60] explican la atención de un centro de salud o de atención primaria.

4.3.4 Atención desde el servicio de urgencias

En este caso, el 33,3% de protocolos los explican la atención sanitaria desde el servicio de urgencias o especializado. (Baleares, Canarias, Castilla la Mancha, Cataluña, Madrid y Murcia) [32, 37, 38, 43, 58, 60]

Tabla 8. Variables de contenido II

Comunidades autónomas	Sensibilización del personal	Educación hacia profesionales	Atención desde centro de salud	Atención desde servicio de urgencias
Andalucía ^[39]	X	X	X	X
Aragón ^[45]				X
Asturias ^[47]			X	X
Baleares ^[49]		X		
Canarias ^[51]				
Cantabria ^[42]				X
Castilla la Mancha ^[32]			X	
Castilla y León ^[55]			X	X
Cataluña ^[57]	X	X	X	
C. Valenciana ^[44]			X	X
Extremadura ^[46]		X	X	X
Galicia ^[48]				X
La Rioja ^[50]	X		X	X
Madrid ^[52]	X	X	X	
Murcia ^[53]			X	
Navarra ^[54]			X	X
País Vasco ^[56]			X	X
Protocolo común ^[40]	X		X	X

4.4 VARIABLES DE ENFERMERÍA

Con el fin de conocer la representación de enfermería en las guías y protocolos se han analizado la presencia de este colectivo en las funciones siguientes. Dado que como hemos visto anteriormente, la enfermería está perfectamente capacitada para poder realizarlas, de

hecho una de sus principales funciones a la hora de actuar con un paciente es realizar el método PAE (proceso de atención de enfermería) que consta de 5 puntos básicos que son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Los cuales están recogidos en las diferentes variables siguientes (uso de escalas o screenings, detección, exploración, entrevista y plan de actuación)

Además de eso, la enfermera es la encargada de la prevención de la enfermedad tanto en el individuo como en la comunidad a diferentes niveles, desde reducir la aparición de nuevos casos, hasta disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas, reduciendo las invalideces funcionales producidas por la enfermedad como pueden ser la rehabilitación y la reinserción social. Este apartado está reflejado en la variable de prevención.

4.4.1 Uso de cuestionarios o screenings

El 22,2% de los protocolos, utilizan cuestionarios para valorar o detectar la violencia de género. Estos protocolos son:

- Protocolo de las Islas Baleares^[38]: utiliza el CMT y WAST.
- Protocolo de Castilla la Mancha^[32]: Apgar familiar y cuestionario MOS.
- Protocolo de Extremadura^[31]: CMT.
- Protocolo de la Comunidad Valenciana^[33]: cuestionarios AAS y DA.

A parte de estos, solo un protocolo menciona en su introducción algunos cuestionarios o screenings pero no los utiliza a la hora de la valoración, este es el protocolo de Madrid^[37]

Los demás, no mencionan ni utilizan ningún tipo de cuestionario.

4.4.2 Detección

El 27,7% de los protocolos explican cómo debe ser la detección, maneras de detectarlo... (Protocolos de: Aragón, Cantabria, Castilla y León, Galicia y País Vasco)^[42, 48, 56, 59, 61]

Dentro de los protocolos en los que sí aparece esta variable, únicamente el 22,2% asignan este papel a la enfermería ya sea de manera exclusiva o en colaboración con otros profesionales. (Protocolos de: Baleares, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid)^[31, 33, 38]

El resto de los protocolos no mencionados, sí explican la detección en este tipo de víctimas pero no le dan este papel a la enfermería.

4.4.3 Exploración

La exploración de la víctima en lo referente a heridas físicas, vuelve a tener la misma relevancia que la Valoración (apartado 4.4.2), un 61% de los protocolos la realizan.

Dentro de este porcentaje, solo un 11,1% lo atribuye como papel de enfermería (Protocolos de: Baleares y Madrid)^[37, 38, 63] y el resto, 44,4%, no lo atribuye a la enfermería, sino a otros profesionales sanitarios o no menciona quién lo debe realizar (Protocolos de: Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla la Mancha, Extremadura, Murcia, País Vasco y Protocolo común)^[31, 32, 39-43, 56, 59]

4.4.4 Entrevista

La entrevista tiene un papel fundamental en la detección de la violencia de género, todos los protocolos a excepción de 2 (Navarra y País Vasco)^[54, 56] mencionan como se debe hacer una entrevista, preguntas más apropiadas, ambiente...

De los protocolos que incluyen la entrevista, el 25% le dan este papel a la enfermería (Baleares, Comunidad Valenciana, Extremadura y Madrid)^[31, 33, 38] el resto menciona que lo deben hacer otros profesionales sanitarios o no menciona quién debe realizarlo.

4.4.5 Plan de actuación

El 100% de los protocolos explica cómo debe ser la actuación de los profesionales sanitarios en cuanto se detecte un caso de VG, diferenciando si la mujer lo admite, si no lo admite, si quiere denunciar, si no quiere denunciar....

El 22,2% de estos protocolos nos comenta que este papel lo puede hacer la enfermería, ya sea porque está capacitada para hacerlo o porque es la persona de referencia de la víctima. (Baleares, Comunidad Valenciana, Extremadura y Madrid)^[31, 33, 37, 38, 63]

4.4.6 Prevención

A pesar de ser la prevención un elemento muy importante para la VG o cualquier otro problema u enfermedad que se pueda evitar, solo hacen referencia a esto el 38,8% de los protocolos.

La cifra se reduce todavía más si atribuimos esta competencia a la enfermería, un 16,6%, (Andalucía, Baleares y Extremadura)^[31, 38, 39]

El resto lo atribuye a otros profesionales sanitarios o no menciona quién debe realizar esta competencia. (Protocolos de: Cataluña, Comunidad Valenciana, La Rioja y Navarra)^[33, 50, 54, 58]

Tabla 9. Relación entre comunidades autónomas y variables de enfermería que realizan

Comunidades autónomas	Uso de escalas	Detección	Exploración	Entrevista	Plan de actuación	Prevención
Andalucía ^[39]		X	X	X	X	X
Aragón ^[45]			X	X	X	
Asturias ^[47]		X	X	X	X	
Baleares ^[49]	X	X	X	X	X	X
Canarias ^[51]		X		X	X	
Cantabria ^[42]			X	X	X	

Castilla la Mancha ^[32]	X	X	X	X	X	
Castilla y León ^[55]				X	X	
Cataluña ^[57]		X		X	X	X
C Valenciana ^[44]	X	X		X	X	X
Extremadura ^[46]	X	X		X	X	X
Galicia ^[48]			X	X	X	
La Rioja ^[50]		X		X	X	X
Madrid ^[52]		X	X	X	X	
Murcia ^[53]		X	X	X	X	
Navarra ^[54]		X			X	X
País Vasco ^[56]			X		X	
Protocolo común ^[40]		X	X	X	X	

Tabla 10. Relación entre comunidades autónomas y variables de enfermería de la enfermera

CCAA	Uso de escalas	Detección	Exploración	Entrevista	Plan de actuación	Prevención
Andalucía ^[39]						SI
Aragón ^[45]						

Asturias ^[47]						
Baleares ^[49]	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Canarias ^[51]						
Cantabria ^[42]						
Castilla la Mancha ^[32]						
Castilla y León ^[55]						
Cataluña ^[57]						
C Valenciana ^[44]	SI	SI		SI	SI	
Extremadura ^[46]		SI		SI	SI	SI
Galicia ^[48]						
La Rioja ^[50]						
Madrid ^[52]		SI	SI	SI	SI	
Murcia ^[53]						
Navarra ^[54]						
País Vasco ^[56]						
Protocolo común ^[40]						

4.5 VARIABLES DE MALOS TRATOS

4.5.1 Valoración biopsicosocial

El 61,1% de los protocolos realizan una valoración biopsicosocial de la víctima, el resto, no hace referencia a este aspecto (Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Navarra y País Vasco) ^[33, 41, 42, 54, 56, 59-61]

4.5.2 Valoración de la situación del maltrato

Es importante saber qué tipo de maltrato están ejerciendo sobre la víctima, ya sea, físico, psicológico, sexual.... solo un 33,3% de los protocolos no lo valoran. (Aragón, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Navarra y País Vasco) [33, 42, 54, 56, 59, 61]

4.5.3 Valoración de la fase del proceso de cambio

Según la valoración de Prochaska y Di Clemente, hay varias fases por las que pasa una mujer antes de abandonar de todo su situación. Solo una 27.7% de los protocolos contemplan este aspecto. (Protocolos de: Andalucía, Baleares, Cataluña, Madrid y Protocolo común) [37-40, 58]

4.5.4 Valoración de la seguridad y el riesgo

El riesgo es valorado por todos los protocolos excepto por el 22,2% de estos. (Protocolos de: Cantabria, Castilla y León, Navarra y País Vasco) [42, 54, 56, 61].

Tabla 11. Variables de malos tratos

CCAA	Valoración biopsicosocia	Valoración situación de maltrato	Valoración fase del proceso de cambio	Valoración seguridad y riesgo
Andalucía [39]	X	X	X	X
Aragón [45]				X
Asturias [47]		X		X
Baleares [49]	X	X	X	X
Canarias [51]		X		X
Cantabria [42]				
Castilla la Mancha [32]	X	X		X
Castilla y León [55]				
Cataluña [57]	X	X	X	X
C Valenciana [44]				X
Extremadura [46]	X	X		X

Galicia ^[48]	X	X		X
La Rioja ^[50]	X	X		X
Madrid ^[52]	X	X	X	X
Murcia ^[53]	X	X		X
Navarra ^[54]	X			
País Vasco ^[56]				
Protocolo común ^[40]	X	X	X	X

5. DISCUSIÓN

La VG siempre ha estado presente en el mundo, tanto en los países ricos como en los subdesarrollados, pero su visibilidad no siempre ha sido la misma. Hasta no hace mucho tiempo era muy común en la mayoría de las casas, pero debido a la “posición de inferioridad” que las mujeres tenían, esta violencia no salía a la luz. De hecho, si alguna de ellas se le ocurría denunciarlo, eran tachadas de malas mujeres ya que “la mujer debe cumplir todos los deseos del hombre”.

El siglo XX se caracteriza por un profundo cambio. La aparición de los primeros movimientos colectivos, así como la participación de organismos internacionales como la OMS, o la ONU, han sido cruciales para un cambio de mentalidad. Ello se traduce en la aparición de diferentes leyes de igualdad [2, 19, 20]. Sin duda alguna estas normativas reguladoras, han ayudado a una mayor concienciación de la sociedad.

A pesar de todos estos avances mencionados, los datos que constantemente aparecen en prensa nos indican que no es suficiente. Sigue habiendo muertes por VG. A ello hay que añadir otros tipos de violencia sufridas por las mujeres, como la psicológica, sexual o económica. Probablemente estas violencias sean todavía más frecuentes y más difíciles de detectar, ya que para llegar a las manos, ha tenido que haber un largo período de violencia psicológica anteriormente. Muchas mujeres son totalmente dependientes de sus maridos, tanto en el ámbito económico como en el psicológico y esto precisamente las hace vulnerables.

Y es que en las últimas décadas, tal y como abalan los datos, se ha producido un repunte de la violencia. Todo ello queda claramente reflejado en la literatura o en el cine.

De acuerdo con los datos expuestos anteriormente, un 30% de mujeres que han tenido relaciones de pareja, han sufrido violencia física y/o

sexual. Obviando que esta cifra es extremadamente alta, tenemos que recordar, que estos solo son los datos que se saben, es decir, son los casos que se han detectado, pero habrá muchos más casos que no han salido a la luz todavía o que nunca saldrán, por lo que se puede afirmar que la cifra es mucho más alta y por consiguiente, unos datos mucho más alarmantes.

También podemos observar que la VG no sólo se da en países subdesarrollados con gente con pocos recursos^[29], sino que los países ricos tienen un porcentaje importante de casos. Bajo nuestro punto de vista, consideramos más grave el hecho de que en el primer mundo, con todos los avances, tecnologías y medios a nuestro alcance, la cifra de VG sea casi como en los países subdesarrollados, donde no tienen estos privilegios.

Como ya señalamos, en 2008, la ONU puso en marcha la campaña internacional: “Unidos para poner fin a la violencia contra las mujeres” para que todos los países antes del 2015 adopten y cumplan las leyes nacionales que regulan y castigan todas las formas de VG. ¿Este objetivo ha sido cumplido? Realmente no se encuentran datos que afirmen o nieguen si está cumplido o no. Si bien es cierto que en España cada comunidad autónoma tiene su propio protocolo con sus propias actuaciones basadas en las leyes vigentes nombradas, no podemos afirmar que en los demás países se apliquen estas leyes debido a la falta de bibliografía.

En España el porcentaje de VG es ligeramente inferior a Europa^[13]. Esto puede ser debido a que no le demos tanta importancia a este hecho y por lo tanto haya menos denuncias. Es decir, probablemente la cifra de VG sea igual o superior a la europea pero, al haber menos denuncias, no se registran todos los casos dando un falso resultado.

El número de denuncias ha descendido desde el 2014 al 2015 pero en cambio observamos que tenemos la cifra más alta de víctimas mortales desde 2012. Esto puede ser debido a que no estamos ejerciendo la

educación debida en la población o que esta es claramente deficiente, por lo que se deberían tomar las medidas oportunas para que la cifra de muertes vaya en descenso hasta llegar a 0.

La comunidad autónoma con más víctimas mortales es Andalucía, probablemente debido a su mayor extensión; en cambio, la ciudad con más víctimas es Madrid seguida de Barcelona, que aunque sean las ciudades más grandes de España y pueda influir su extensión y su número de habitantes, también se supone que son las ciudades más desarrolladas y con todos los recursos a su alcance.

Si nos fijamos en las cifras de Galicia, las víctimas mortales llegan a su máximo de los últimos 10 años, teniendo especial incidencia Pontevedra con 6 víctimas. Por lo tanto, la conclusión que sacamos de estos datos es de alta gravedad, la máxima cifra de víctimas en los últimos 10 años tiene que ser una importante llamada de atención para realizar campañas de prevención, educación, información, más publicidad, recursos.... Es intolerable que haya víctimas, pero todavía lo es más que su número vaya en aumento.

El **coste económico** que ocasiona este problema en Europa es 258.000 millones de euros al año en atención sanitaria, servicios sociales, procesos judiciales o pérdidas económicas derivadas de la VG. En España la cifra es de algo más de 24.000 millones, unas cifras desorbitadas teniendo en cuenta que solo el 3% de esta cantidad está destinada a la prevención. Si nos paramos a pensar en la gran crisis que está atravesando nuestro país, que se está recortando en sanidad y educación, pilares básicos de una sociedad, nos damos cuenta que gastamos todo este dinero en “curar” y no prevenir, ya que si invirtiéramos en cribados cada vez que una mujer va a una consulta, encuestas, educación, charlas, cursos... incluso no sólo dirigidos a la mujer, sino también dirigidos al hombre para su concienciación; para los profesionales en cuanto a sensibilización y educación para su mejor detección, estamos 100% seguros que esta cifra de 258.000 millones de

euros al año, se reduciría a un nivel mínimo y, por lo tanto, no habría tantas vidas perdidas y se podría utilizar este dinero que hemos ahorrado en una educación mejor o una sanidad de 10.

Los profesionales sanitarios adquieren en este contexto un rol fundamental, no sólo son los responsables de tratar a las mujeres por VG, sino también de detectar estos casos a través de los centros sanitarios.

Las Guías Clínicas constituyen herramientas básicas para mantener al día a los profesionales sanitarios tanto en la detección y tratamiento multidisciplinar y pueden definirse como el conjunto de recomendaciones desarrolladas, para ayudar a los clínicos en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las actuaciones más adecuadas para resolver un problema clínico. Su finalidad primordial es ofrecer al clínico una serie de directrices con las que poder resolver. Pretenden sintetizar, de forma rigurosa, un gran volumen de información con un formato adecuado y fácilmente utilizable.

A pesar de la importancia de estos documentos, hoy en día siguen siendo documentos de visibilidad reducida. La localización de estos ha resultado un proceso complejo en cuanto al reducido número de sitios en los que están publicados. Sorprende también saber que la mayoría de protocolos que nos encontrábamos eran de países sudamericanos, incluso delimitando la búsqueda a España. Probablemente estos países fomenten más la lectura de los mismos y que estén más al alcance de las personas de a pie que en nuestro país. Por eso hemos tenido que recurrir a páginas alternativas institucionales tanto de ámbito nacional como regional. Podemos afirmar por lo tanto que se trata de bibliografía gris y su localización requiere conocimientos sobre tecnología. Consideramos fundamental que las instituciones lleven a cabo tareas de difusión y visualización de estos documentos entre el colectivo sanitario. Además de esto, hemos detectado una serie de elementos formales en las guías, que son los que comentamos a continuación.

- Actualización: encontrarnos con protocolos muy desactualizados y lo difícil que es encontrar su actualización si es que la tienen. Solo los protocolos de Andalucía (2015) y el protocolo común (2012) han sido realizados/ actualizados en los últimos 5 años. Lógicamente, también nos encontramos que el “Protocolo común” nace con el objetivo unificar todos los protocolos y guías de las comunidades autónomas. Parece coherente pensar que las comunidades tendrían que acogerlo y así no generar más gastos en la elaboración de unos nuevos, pero esto no es así. Cada comunidad autónoma sigue haciendo sus propios protocolos los cuales la mayoría están obsoletos o deficientes. Esto supone un gasto innecesario que podría dedicarse a otros aspectos sanitarios más importantes. Por lo tanto, las comunidades gastan en hacer protocolos que están incompletos y al alcance de unos pocos y, por otra parte, el Gobierno también gasta en la realización de un Protocolo común y en sus actualizaciones que finalmente no utiliza nadie.
- La autoría de la mayoría de los protocolos es realizada por personal sanitario específico (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales...) pero en muchos de ellos no menciona específicamente a estas figuras y hablan en general de “personal sanitario” sin dejar clara la figura de cada profesional. Por el contrario, cuando encontramos a una enfermera e la autoría de los protocolos, si vemos que le atribuye competencias.

Por el contrario, en el protocolo de Cantabria ^[42], sorprende ver la figura de una supervisora de enfermería en su elaboración, que se supone que tiene que ser la voz de todas las enfermeras en la elaboración de este protocolo y que finalmente nos encontramos que lo máximo que debe hacer la enfermera (según este) es acompañar a la víctima por los pasillos.

La finalidad primordial de una guía es ofrecer al clínico una serie de directrices y por lo tanto consideramos que deben contener aspectos fundamentales como los que planteamos a continuación:

- Sensibilización del personal: solo 5 protocolos le dan importancia a este apartado tan relevante. Si ni siquiera los profesionales de la salud están sensibilizados en este tema, ¿por qué lo iba a estar otra persona cualquiera que no atiende a las mujeres víctimas de VG? ¿Por qué iba a estar sensibilizado el hombre?
- Educación a los profesionales: de nuevo vuelven a ser 5 protocolos los que inciden en este tema. Si no hay educación para la detección o actuación, no se detectarán tantos casos y se aumentará el número de víctimas cada vez más.
- Prevención: de nuevo la falta de esta faceta hace que las víctimas no se reduzcan, solo un 38.8% de los protocolos lo consideran importante. Una cifra escasísima.

Los **profesionales de Enfermería** salen de la facultad formados para, detectar, diagnosticar y emprender las medidas oportunas, como serían la entrevista a la mujer de manera que le transmitamos tranquilidad y confianza; exploración de heridas... y posteriormente derivar a los profesionales oportunos. Pero más allá de esta formación básica, es de vital importancia que la enfermería esté al día.

A pesar del papel fundamental que la enfermería juega en este aspecto, solo 5 protocolos le atribuyen a la enfermera responsabilidades, en los demás no dice quién debe realizar las acciones o es el médico quien las realiza. Como vimos, incluso en el protocolo de Cantabria ^[42] asigna a la enfermera como acompañante/guía por el hospital hasta las consultas de los médicos. Olvidándose que la enfermera está cualificada para atender ella misma a la víctima e infravalorando sus competencias y aptitudes.

Analicemos los protocolos que atribuyen responsabilidades a la enfermería:

- Andalucía ^[39]: es el protocolo más actualizado (2015), si bien es cierto que en su autoría no vemos la participación de ninguna persona de nuestro colectivo específicamente, pero sí participa personal sociosanitario (médicos y trabajadores sociales). Incluye todas las variables de nuestro estudio a excepción de “Uso de escalas o screenings”. Y le atribuye competencias a la enfermería en el ámbito de la prevención.
- Baleares ^[38]: actualizado en el 2009. En su autoría participan enfermeras generales y matronas, además de otros profesionales sociosanitarios como médicos, trabajadores sociales, sociólogos, psicólogas y pedagogas. Incluye todas las variables de nuestro estudio a excepción de “Sensibilización del personal”, “Atención desde centro de salud” y “Atención desde servicio de urgencias”. Atribuye competencias a la enfermería en todas las “Variables de enfermería” (Uso de escalas o screenings, detección, exploración, entrevista, plan de actuación y prevención)
- Comunidad valenciana ^[33]: protocolo actualizado en el 2008. En su autoría sí que participa la enfermería y matronas junto con médicos, trabajadores sociales y psicólogas. Incluye todas las variables de nuestro estudio a excepción de “Sensibilización del personal”, “Educación hacia los profesionales”, “Valoración biopsicosocial”, “Valoración de la situación de maltrato” y “Valoración de la fase del proceso de cambio”. Le atribuye competencias a la enfermería en: “Uso de escalas o screenings”, “detección”, “entrevista”, “plan de actuación” y “prevención”.
- Extremadura ^[31]: protocolo actualizado en el 2010. En su autoría nos encontramos a varias enfermeras además de médicos y trabajadores sociales. No contempla las variables: “Rasgos del maltratador”, “Características de heridas”, “Sensibilización del

personal”, “Exploración” y “Valoración de la fase del proceso de cambio”. Atribuye competencias a la enfermería en: “detección”, “entrevista”, “plan de actuación” y “prevención”.

- Madrid ^[37]: Protocolo analizado en el 2008. En su autoría destaca una directora de enfermería de atención primaria además de otros profesionales sanitarios. En su desarrollo no contempla las variables: “Atención desde servicio de urgencias”, “Uso de escalas o screenings” y “prevención”. Atribuye competencias a la enfermería en todas las “variables de enfermería” excepto en las citadas anteriormente.

6. CONCLUSIONES

- La VG no es solo un problema de vital importancia en nuestra sociedad, sino que este va en aumento en vez de disminuir.
- La enfermería está capacitada y formada para la prevención, atención y seguimiento de todo el proceso de las víctimas de violencia de género.
- Debería existir un único protocolo común, aplicable en todas las comunidades autónomas para que todos los profesionales sanitarios se puedan guiar por él y no varíe dependiendo del destino de su puesto de trabajo. Así mismo, este protocolo debería actualizarse cada 5 años y estar muy visible en Internet y en las redes, al alcance de cualquiera.
- La enfermería debería tener más visibilidad a la hora de la actuación ante las víctimas de malos tratos estando a la altura de sus competencias.

ANEXOS

Anexo 1: Selección de guías y protocolos de acuerdo a los criterios

<p>1. Aguado Gómez A, Almoguera Cabrera A, Anibarro Pérez S, Comas Samper JM, Corroto Rioja F. Protocolo de actuación sanitaria en mujeres víctimas de malos tratos. 2008 ^[32]</p>	<p>Seleccionado</p>
<p>2. Agüera Urbano C, Llamas Martín C, de Torres Porras F, Aranda Escribano M, Fernández Ayala JC, Távora Rivero A. Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género. 2012. ^[64]</p>	<p>Descartado (uno más actualizado y general, Ref. 24)</p>
<p>3. Arabaolaza BAC, Andrino FJZ, López CG. Vivencia de un enfermer@ en un caso sobre violencia de género en urgencias: Protocolo de actuación. ^[65]</p>	<p>Descartado (no protocolo o guía)</p>
<p>4. Carballal A, Pérez MN. Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género. <i>Psicothema</i>. 2009;21(2):241-7. ^[66]</p>	<p>Descartado (únicamente de problemas psicológicos)</p>
<p>5. Comisión interdepartamental para la atención a las mujeres víctimas de violencia física y/o psicológica y agresiones sexuales de Navarra. Protocolo para la atención integral a mujeres víctimas de maltrato doméstico y/o agresiones sexuales. 2006. ^[67]</p>	<p>Descartado (existe uno más actualizado, Ref. 26)</p>
<p>6. Consejería de Justicia y Seguridad Ciudadana Dirección General de Prevención de la Violencia de Género y Reforma Juvenil. Protocolo de Actuación del Dispositivo de Atención Telefónica Urgente para</p>	<p>Descartado (atención telefónica exclusivamente.)</p>

Mujeres Maltratadas en la Región de Murcia. 2010. ^[68]	
7. Consejo general del poder judicial. Poder judicial España. España: --- [julio 2014/03/03/2016]. Disponible en: www.poderjudicial.es/ ^[69]	Descartado (no asistencial.)
8. De Género Vdlv. Protocolo Interdepartamental Para Mejorar La Atención A Las Víctimas De La Violencia De Género. ^[70]	Descartado (versión más actualizada, Ref. 29)
9. de Prevención S, Ciudadana P. Protocolo de Actuación Policial en Materia de Violencia de Género. 2012. ^[71]	Descartado (no actuación sanitaria)
10. De referencia idlr. Protocolo de actuación para los integrantes de la red de referencia y contra referencia para la atención de la violencia familiar y de género. ^[72]	Descartado (no actuación sanitaria)
11. Departamento de sanidad, Administración de la comunidad autónoma del País Vasco. Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres. 2008. ^[56]	Seleccionado.
12. Fernández López J, Noeno Ceamanos LM, Fernández Abadía AM, Silva Gayoso AM, Zubiri de Salinas F. Protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Aragón. 2008 ^[59]	Seleccionado.
13. Flores Ramírez M. Valoración de un Protocolo Forense en Violencia de Género. 2013. ^[73]	Descartado (valoración médica exclusivamente)
14. Gil SM, Cabaco AS, Mateos LMF, Díez SG, Lancho	Descartado (no

MCP. Protocolo de screening de hipervigilancia emocional en el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. 2014. [74]	actuación sanitaria).
15. Gobierno de Cantabria. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. 2007. [75]	Descartado (es un resumen. Protocolo completo en la Ref. 26)
16. González Candelas R. Malos tratos en la mujer, Protocolos sanitarios. Rev valenciana de medicina de familia nº11. 2002. [76]	Descartado (anterior al 2006)
17. González-Castell AC. El protocolo común de asistencia sanitaria frente a la violencia de género y la necesaria formación en materia jurídica de los profesionales de la salud (I). Actualidad del derecho sanitario. 2009(162):501-9. [62]	Descartado (por existir un protocolo común del 2012)
18. Policía local de Fuenlabrada. Protocolo de actuación policial ante casos de mujeres víctimas de malos tratos de la policía local de Fuenlabrada. [77]	Descartado (no sanitario).
19. Polo Usaola C, Romero CLaver I, Pires Alcaide M, García Delgado C, Arredondo Provecho AB. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Revisión 2008. [37]	Seleccionado
20. Protocolo de coordinación interinstitucional para la atención de las víctimas de violencia de género en la comunidad autónoma de Canarias. 2009. [60]	Seleccionado
21. Protocolo marco de actuación profesional para casos de violencia de género en Castilla y León. 2008. [61]	Seleccionado
22. Quinteros A. Tratamiento psicológico a hombres que	Descartado

ejercen violencia de género: criterios básicos para elaborar un protocolo de intervención. Clínica Contemporánea, 1 (2). 2010:129-39. [78]	(centrado en hombres)
23. Rodríguez MOR. Protocolo para la atención de las mujeres víctimas de violencia de género. [79]	Descartado (México)
24. Suárez Ramos A, Borrás Pruneda S, Frías Oncina I, Llamas Martínez M, Vizuete Rebollo E. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2015. [39]	Seleccionado
25. Torró García Morato C, Llamas Martín C. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2009 [80]	Descartado (existe una versión más actualizada Ref. 24)
26. Sanz Sesma M, Saiz Delgado E, Fernandez Martínez JM, Muñoz Cuesta FJ, García Antón JM. Acuerdo interinstitucional para la coordinación efectiva de la atención y prevención de la violencia contra las mujeres. 2010 [54]	Seleccionado
27. Carandell Jager E. Recomendaciones de actuación sanitaria ante la violencia de género. 2009 [38]	Seleccionado
28. Alonso Calo L, Antuña Álvarez C, de la Riva Miranda G, García Cueto C, Muñiz Álvarez C. Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género. 2007. [41]	Seleccionado
29. Sánchez Movellán M. Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales. 2007. [42]	Seleccionado
30. De la Puente Martorell ML, Plasencia Taradach A. Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la SALUD en Cataluña. 2009 [58]	Seleccionado

31. Guía técnica del proceso de atención a las mujeres en situación de violencia de género. 2009. ^[48]	Seleccionado
32. Rodríguez Gimena M, Pérez Alonso E, Moratilla Monzó L, Pirez Alcaidez M, Escortell Mayor E. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. 2008. ^[63]	Descartado (por existir un protocolo más actualizado Ref. 19)
33. Díez Ripollés MP, López de Valdivielso MJ. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. 2010 ^[50]	Seleccionado
34. Escribá Agüir V, Royo Marqués M, Mas Pons R, Fullana Montoro A, Moreno Alonso MP. Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género. 2008 ^[33]	Seleccionado
35. Pérez García B, Muñoz Godoy E, Rodríguez Llanos R. Protocolo actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura. 2010. ^[31]	Seleccionado
36. Tourné García M.; Ruiz Hernández M.; Escribano Sabater MC.; Gea Serrano A.; Salmerón Arjona E. Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria. 2007. ^[43]	Seleccionado

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Informe mundial sobre la violencia y la salud (sinopsis). En. Ginebra; 2002.
2. *Ley Orgánica 1/2004*, de 28 de diciembre, de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. (BOE núm. 313 de 29 de Diciembre de 2004).
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Por una sociedad libre de violencia de género.[Internet] Ministerio de Sanidad; Madrid, [Consultado 23 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm>.
4. Fernandez Alonso MC: Violencia doméstica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Madrid; 2003.
5. McAllister M. Domestic violence: a life-span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Prim Care Pract.* 2000; 4(2): 174-189.
6. Violencia económica
[http://www.aulaviolenciadegeneroenlocal.es/consejos Escolares/sensibilizacion_lo_que_debes_saber_tipos_violencia.php#panel-4]
7. LEY ORGÁNICA 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
8. Casado Caballero V. Violencia de género y nuevas tecnologías [Internet]. III *Congreso para el estudio de la violencia*. Granada; 2012. [Consultado 25 de mayo de 2016] Disponible en:
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Las redes sociales y los móviles, los medios más frecuentes para ejercer el ciberacoso y la violencia de género en parejas jóvenes. In.; 2013.
10. García Moreno C. 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 Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.

11. Mapa de la violencia contra la mujer en el mundo. In.; 2014.
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta violencia contra la mujer 2015. Madrid; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.; 2015. Disponible en: www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/home.htm
13. Qué dice (y no dice) la última Macroencuesta sobre violencia de género? Disponible en: [<http://observatorioviolencia.org/que-dice-y-no-dice-la-ultima-macroencuesta-sobre-violencia-de-genero/>]
14. A. MM: Galicia, tercera comunidad con más víctimas mortales por violencia de género en el 2015. In.; 2016.
15. Poder judicial España. In.; 2016.
16. Organización de las Naciones Unidas Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer. Nueva York; ONU; 2010.
17. Ki-Moon B: Únete para poner fin a la violencia contra las mujeres. In.; 2008.
18. España Gd: Igualdad de género. In.; 2016.
19. ESTADO JD: LEY 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. In.; 2003.
20. LEY ORGÁNICA 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. (BOE nº 71 de 23/3/2007)..
21. LEY 7/2004, de 16 de julio, gallega para la igualdad de mujeres y hombres.
22. LEY 11/2007, de 27 de julio, gallega para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género. . In.; 2007.
23. Calvo González G, Camacho Bejarano R: La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enferm global; 2014;33:424-39.

24. Walby S, Philippa O: Estimating the costs of gender-based violence in the European Union. In. Lithuania: European Institute for Gender Equality.; 2012.
25. Wallby O; Philippa O: Estimating the costs of gender-based violence in the European Union. Lithuania: European Institute for Gender Equality.; 2012.
26. LEY 12/2015, de 24 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2016..
27. Arredondo Provecho A, del Pliego Pilo G, Nadal Rubio M, Roy Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enferm Clín.* 2008;18 (4):175-82.
28. de Gea Guillén B, López Montesinos M. Sensibilización de los profesionales de enfermería de urgencias y emergencias del área IV ante la formación especializada de violencia de género, frente a otros colectivos sanitarios. 2010. In: *Mujer y cuidados: retos en la salud* [Internet]. Murcia: Universidad de Murcia; [255-78].: *Mujer y cuidados: retos en la salud.* 2010: 255-278.
29. Lozano Alcaraz C, Pina Roche F, Torrecilla Hernández M, Ballesteros Meseguer C, Pastor Rodríguez J, Ortuño Esparza A. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Revista enfermera UFSM.* 2014;4 (1):217-26.
30. Carandell Jäger E. Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la comunidad autónoma de las Illes Balears. [[Internet]]. Mallorca: Govern de les Illes Balears.; 2009. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Violencia_genero.pdf.
31. Pérez García B. ;Muñoz Godoy E. ;Rodriguez Llanos R. : Protocolo actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura. In.: *Servicio Extremeño de Salud.*; 2010.

32. Caballero Carmona A, Fernández Rodríguez O, Modesto González RM, Sánchez Sánchez G.: Protocolo de actuación sanitaria en mujeres víctimas de malos Tratos; 2008.
33. Escribá Agüir V, Royo Marqués M, Mas Pons R, Fullana Montoro A, Moreno Alonso MP. Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género; 2008.
34. Arredondo Provecho A, del Pliego Pilo G, Nadal Rubio M, Roy Rodríguez R: Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica* 2008, 18 (4):175-182.
35. ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. In.; 2008.
36. T. HH: Diagnosticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona; NANDA International 2015.
37. C. GD, M. PA, C. BM: Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. In. Madrid; 2008.
38. E. CJ: Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la comunidad autónoma de las Illes Balears. . Mallorca: Govern de les Illes Balears.; 2009.
39. Suárez Ramos A, Borrás Pruneda S, Frías Oncina I, Llamas Martínez M, Vizquete Rebollo E: Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. 2º ed. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2015. [Consultado 23 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_2_p_2_planes_integrales/protocolo_violencia_genero?perfil=org
40. Lopez Rodríguez M, Pélaez Moya S (coord) Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. 2012. Madrid; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012. [Consultado 28 de abril de 2016]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf

41. Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género [Internet]. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2007. [consultado 29 de mayo de 2016] Disponible en: <http://sosvics.eintegra.es/Documentacion/01-Medico/01-02-Protocolos/01-02-012-ES.pdf>
42. M SM: Protocolo de actuación sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales. In. Cantabria: Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.; 2007.
43. M. TG, M. RH, MC. ES, A. GS, E. SA: Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria. In. Murcia; 2007. Disponible en: http://www.aen.es/docs/guias_vg/Murcia.pdf
44. Escribá Agüir V, Royo Marqués M, Mas Pons R, Fullana Montoro A, Moreno Alonso M: Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género; 2008.
45. Fernández López J, Noeno Ceamanos L, Fernández Abadía A, Silva Gayoso R, Zubiri de Salinas F, Rivera Hernández J: Protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Aragón. Zaragoza; 2008.
46. Pérez García B, Muñoz Godoy E, Rodríguez Llanos R: Protocolo actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura. In.: Servicio Extremeño de Salud.; 2010.
47. Muslera Canclini E, Natal Ramos C, Puerto Prado A: Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género. Asturias; 2007. Disponible en
48. Guía técnica del proceso de atención a las mujeres en situación de violencia de género. In.: Servizo Galego de Saúde.; 2009.

49. Carandell Jäger E: Recomendaciones para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la comunidad autónoma de las Illes Balears. In. Mallorca: Govern de les Illes Balears.; 2009.
50. MP. DR, MJ. LdV: Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. In. La Rioja; 2010.
51. Protocolo de coordinación interinstitucional para la atención de las víctimas de violencia de género en la comunidad autónoma de canarias. In. Las Palmas de Gran Canaria: Gobierno de Canarias.; 2009.
52. García Delgado C, Pires Alcaide M, Buey Mayoral C: Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. In. Madrid: Consejería de Sanidad de Madrid.; 2008.
53. Tourné García M, Ruiz Hernández M, Escribano Sabater M, Gea Serrano A, Salmerón Arjona E (eds.): Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria. Murcia; 2007.
54. Sanz, Sesma M SDE, Fernandez Martínez JM, Muñoz Cuesta FJ,, JM GA: Acuerdo interinstitucional para la coordinación efectiva de la atención y prevención de la violencia contra las mujeres. In. Pamplona: Gobierno de Navarra.; 2010.
55. Antón Beltrán C: Protocolo marco de actuación profesional para casos de violencia de género en Castilla y León. Valladolid; 2008.
56. Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia SEXUAL contra las mujeres. In. Edited by Osakidetza. Vitoria; 2008.
57. Medina Bustos A. Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la SALUD en Cataluña. Barcelona; 2009. Disponible en :
58. A MB: Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la SALUD en Cataluña. Barcelona; 2009.

59. Fernández López J, Noeno Ceamanos LM, Fernández Abadía AM, Silva Gayoso R, Zubiri de Salinas F, Rivera Hernández JM. Protocolo de coordinación interinstitucional para la prevención de la violencia de género y atención a las víctimas en Aragón. Zaragoza; 2008.
60. Protocolo de coordinación interinstitucional para la atención de las víctimas de violencia de género en la comunidad autónoma de canarias Las Palmas de Gran Canaria; 2009.
61. Anton Beltrán C. Protocolo marco de actuación profesional para casos de violencia de género en Castilla y León. Valladolid; 2008.
62. González-Castell AC: El protocolo común de asistencia sanitaria frente a la violencia de género y la necesaria formación en materia jurídica de los profesionales de la salud (I). *Actualidad del derecho sanitario* 2009(162):501-509.
63. Sánchez Suárez J;Pires Alcaide M.;Escortell Mayor E.;Domínguez Bidagor J ;Lasheras Lozano ML.;López Palacios S. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres Madrid; 2008.
64. Agüera Urbano C, Llamas Martín C, de Torres Porras F, Aranda Escribano M, Fernández Ayala JC, Távora Rivero A: Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las Urgencias ante la violencia de género. In.: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012.
65. Arabaolaza BAC, Andrino FJZ, López CG: Vivencia de un enfermer@ en un caso sobre violencia de género en urgencias: Protocolo de actuación.
66. Carballal A, Pérez MN: Creación y validación de un protocolo de evaluación forense de las secuelas psicológicas de la violencia de género. *Psicothema* 2009, 21(2):241-47.
67. Acuerdo interinstitucional para la atención integral a mujeres víctimas de maltrato doméstico y/o agresiones sexuales protocolo de actuación. Disponible en: [http://www.poderjudicial.es/stfls/.../RELACIONES%20INSTITUCIONALES/.../2009-\(02\).p](http://www.poderjudicial.es/stfls/.../RELACIONES%20INSTITUCIONALES/.../2009-(02).p)
68. Tourne García Ruiz Hernández M, Escribano Sabater MC, Gea Serrano A, Salmerón Arjona E. Protocolo de Actuación del Dispositivo de Atención

- Telefónica Urgente para Mujeres Maltratadas en la Región de Murcia [Internet]. In. Murcia; Servicio Murciano de Salud; 2010. [Consultado 15 de mayo 2016] Disponible en: http://www.aen.es/docs/guias_vg/Murcia.pdf
69. judicial Cgdp: Poder judicial España. In.; 2014.
 70. DE GÉNERO VDLV: Protocolo interdepartamental para mejorar la atención a las víctimas de la violencia de género. In.
 71. de Prevención S, Ciudadana P: Protocolo de Actuación Policial en Materia de Violencia de Género. 2012.
 72. DE REFERENCIA IDLR: protocolo de actuación para los integrantes de la red de referencia y contra referencia para la atención de la violencia familiar y de género.
 73. Flores Ramírez M: Valoración de un Protocolo Forense en Violencia de Género. 2013.
 74. Gil SM, Cabaco AS, Mateos LMF, Díez SG, Lancho MCP. protocolo de screening de hipervigilancia emocional en el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género [Internet]. *INFAD Rev Psicol*, 2014;2 (1) Disponible en: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/2026/0214-9877_2014_1_2_187.pdf?sequence=4
 75. Cantabria Gd: Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. In.; 2007.
 76. R GC: Malos tratos en la mujer, Protocolos sanitarios. In: *Rev valenciana de medicina de familia*. vol. 11; 2002.
 77. Fuenlabrada Pld: Protocolo de Actuación Policial ante casos de Mujeres Víctimas de Malos Tratos. In. Madrid.
 78. Quinteros A: Tratamiento psicológico a hombres que ejercen violencia de género: criterios básicos para elaborar un protocolo de intervención. *Clínica Contemporánea*, 2010; 1 (2):129-139.
 79. Rodríguez MOR: Protocolo para la atención de las mujeres víctimas de violencia de género. [Consultado 15 de mayo de 2016]

80. Torró García Morato C, Llamas Martín C: Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2009.