



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
"Dr. Dacio Crespo"

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2014 - 2015

Trabajo Fin de Grado

**Abordaje de una enfermera ante un
caso de violencia de género**

Revisión Bibliográfica

Alumna: María Mañana Aller

Tutora: D^a M^a José Mata Peñate

Junio, 2015

ÍNDICE

Resumen	2
Introducción	3
Objetivos	9
Material y métodos	10
Resultados y discusión	12
Conclusiones	22
Bibliografía	23

RESUMEN

El presente trabajo trata de una revisión bibliográfica acerca de la violencia de género, problema mundial que ha existido desde todos los tiempos. En la introducción se analiza la situación actual, los factores, las clases y las consecuencias que sufren las mujeres afectadas, así como el papel del personal sanitario para afrontar cada caso y cómo deben llevarlo a cabo, teniendo en cuenta las dificultades en su abordaje. El objetivo principal es realizar un estudio comparativo de los Protocolos de Actuación en mujeres víctimas de violencia de Género, existentes en el ámbito de las Autonomías. En lo referido al material y métodos, se he realizado una búsqueda bibliográfica, centrándose en los últimos diez años, de una serie de artículos utilizando buscadores tales como Medline, PubMed, ScIELO. También se ha buscado en revistas electrónicas y protocolos. En resultados y discusión se desarrolla lo que cada Comunidad tiene descrito en sus protocolos, acerca del abordaje por parte del personal sanitario ante un caso de maltrato hacia la mujer. En este apartado se realiza un cuadro comparativo para ver todos los puntos que analizan cada uno de ellos. Tras los cuadros, se hace una interpretación de dichos cuadros unificando varios aspectos. Y, por último, en conclusiones, se debería crear un único protocolo de actuación para toda España, en el que se unifiquen criterios y estén todos en el mismo idioma, así como se debería realizar más cursos de preparación al personal sanitario.

Palabras clave: Personal sanitario, violencia, mujer, maltrato.

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema mundial que ha existido a lo largo de la historia, la cual no respeta color, raza, clase social, cultura o nivel intelectual.^{1,2} Es un proceso cambiante, pues varía dependiendo de factores históricos, geográficos y circunstanciales.³ Es un acto que no se produce de manera aislada, sino que es constante en el tiempo.¹ Es difícil de eliminar, ya que, en muchos casos, es un aprendizaje que se transmite de generación en generación, pues algunas personas han creído que la mujer forma una figura secundaria respecto al hombre, es decir, carece de privilegios, derechos y obligaciones. Además, en muchas ocasiones suele ser un maltrato invisible, lo que dificulta su identificación y las circunstancias que han llevado a cometer tal acto.^{1,2} En otros casos, son las propias víctimas las que creen que sufrir maltrato es por culpa suya o que sus agresores tienen derecho a ser agresivos.⁴ No es hasta 1990 cuando se reconoce como un verdadero problema de salud por varias causas, tales como su magnitud, severidad y repercusión sobre la salud.¹ Las mujeres que mayor peligro tienen de ser víctimas de violencia son las que ya la han sufrido en la infancia o han sido testigos de ello, las que sufren o han sufrido aislamiento social, las que son dependientes económicamente y las que poseen un nivel bajo educativo.⁵ Para evitar y tratar este problema, es imprescindible conocer su causa. Heise L. propone «un marco ecológico integrado» para el estudio y el conocimiento de la violencia contra la mujer. Este marco estudia los factores que actúan en cuatro ámbitos: individual, familiar, comunitario y sociocultural. Plantea un multinivel en el que no existe un solo factor causal, sino, más bien, una interacción de niveles distintos y que pueden favorecer la violencia o proteger frente a ella.⁶ En cuanto a los factores socioculturales, se subordina a la mujer, se utiliza el castigo como método de disciplina, creando estereotipos rígidos de masculinidad y feminidad (el hombre es inteligente y fuerte, y la mujer débil y dulce), y, generalmente, se da en un nivel socioeconómico precario, en que existe, además, discriminación laboral. En cuanto a los factores sociales, los problemas que surgen en el seno de la familia y la manera de resolverlos son considerados por las instituciones, autoridades y la sociedad en su conjunto, como un asunto de carácter privado en el cual no se debe intervenir. Por otro lado, los factores familiares corresponden a la rigidez en la estructura familiar,

de funcionamiento autoritario y poco democrático, en el cual el hombre es quien toma las decisiones y las impone, lo que favorece que la mujer se acostumbre a relaciones afectivas posesivas. El agresor pretende conseguir que la víctima dependa de él y se aíse de su entorno. Como éste es un derecho culturalmente adquirido, se traduce en valores, comportamientos y actitudes aprendidas dentro de la familia de origen, aunque con el tiempo es natural que surjan discrepancias o conflictos. Por último, los factores individuales indican que el agresor, aunque sabe que la violencia no es aceptable, tiene un débil control de la ira y, ante cualquier frustración, tiende a explotar. El celo patológico es frecuente y se acompaña de inseguridad, desconfianza y baja autoestima. Esto último suele darse entre quienes han sufrido violencia familiar en la infancia, hombres y mujeres, pero se suele manifestar de forma distinta: las mujeres conservan sentimientos de vulnerabilidad y culpabilidad, mientras que los hombres la intentan superar adoptando dureza e inexpresividad emocional. Los maltratadores suelen tener escasa habilidad interpersonal y poca capacidad para comunicar sus sentimientos; no saben expresar sus emociones negativas (enfado, miedo, etc.), y, si éstas se desbordan, responden violentamente.²

Existen dos grupos de factores: los que condicionan a la violencia, por culpa del desequilibrio económico, machismo, las instituciones que subordinan a la mujer etc., y los que precipitan la aparición de la violencia, tales como el uso y abuso de alcohol y sustancias tóxicas, estrés y la fatiga; todos ellos pueden provocar un desequilibrio emocional y terminar en episodios de violencia.⁷

En lo relativo al impacto en la salud, las consecuencias en las mujeres son amplias e influyen en muchos aspectos. En el modelo biomédico, la violencia suele clasificarse como una lesión intencionada, pero si sólo se valora en exclusiva a ésta, se limita el conocimiento de las muchas formas de violencia y de sus múltiples consecuencias para la salud. La violencia contra la mujer, sobre todo la doméstica y el abuso sexual, conlleva muchas consecuencias negativas, como las lesiones traumáticas (desde cortes y hematomas a lesiones graves que causan una incapacidad permanente), el embarazo no deseado, los problemas ginecológicos, el dolor pélvico crónico asociado a veces con una enfermedad inflamatoria pélvica, la hipertensión, las cefaleas, la fibromialgia o el síndrome de colon irritable. La relación sexual forzada, puede

originar un embarazo no deseado o una infección venérea. La violencia o el temor a ella también pueden afectar de manera indirecta a la salud sexual y reproductiva, ya que influyen en la capacidad de la mujer para negociar el sexo seguro, incluido el uso de anticonceptivos. La violencia que también se produce durante el embarazo tiene consecuencias que afectan al feto o al recién nacido, como abortos, muerte fetal, parto prematuro y muerte y lesiones fetales o del recién nacido. En relación con el impacto en la salud mental de la mujer, hay autores que han defendido el «síndrome de la mujer maltratada». El maltrato aumenta una serie de síntomas que van desde la ansiedad, el insomnio o la baja autoestima, hasta la depresión clínica o el trastorno por estrés postraumático. Los cuadros psicopatológicos más frecuentes son los trastornos somatoformes y de personalidad, del sueño, de la alimentación y sexuales. También es el miedo, el sentimiento de vergüenza, las conductas extremadamente dependientes y la enuresis y encopresis. En muchas ocasiones, las víctimas pueden desencadenar en un cuadro típico de estrés postraumático, que conduce al uso y abuso de alcohol, drogas y fármacos. Como última salida se sobreentiende que es el suicidio, expresión máxima de los problemas de salud de las víctimas de violencia de género.^{2,6} En lo relativo al ciclo de la violencia, se explican tres fases que se repiten en forma continuada en la gran mayoría de las ocasiones (de ahí que no es un acto aislado, sino que es constante en el tiempo). La primera fase es de tensión (ira, provocación, celos), en la que se manifiesta la agresividad frente a la mujer y existen algunas conductas de agresión verbal y/o física de carácter leve y aisladas, con un grado creciente de tensión. La fase siguiente es de agresión aguda, que implica una descarga sin control de las tensiones acumuladas (abuso sexual, amenazas, patadas, mordidas, golpes e, incluso, uso de armas). La mayoría de las mujeres tardan en buscar ayuda inmediatamente después de la agresión, a menos que las lesiones sean graves. Las mujeres que se encuentran en esta etapa generalmente se aíslan y se niegan a los hechos, tratando de minimizarlos. El ciclo se cierra con la fase de reconciliación en la que el abusador puede negar los actos de violencia, pedir perdón y prometer que nunca más repetirá tales acciones con actitud de arrepentimiento. Este ciclo se repite en cada uno de los distintos tipos de violencia. El miedo es la emoción básica que experimenta la agredida en el ciclo de la violencia. El ciclo

de la violencia tiene variados tipos de concomitantes asociados al círculo agresor-agredido. Estos concomitantes, que son físicos, psicológicos y sexuales, se traslapan entre sí junto con los costos sociales y económicos de la violencia.⁸

Los servicios de salud son importantes en la detección del problema, ya que están en contacto con las mujeres y son capaces de reconocer y de identificar el caso antes de la aparición de secuelas o incidentes graves. La dificultad radica en que no siempre se detecta el problema, lo que termina diluyendo a otro problema de salud. Muchas veces es provocada porque se limitan a cuidar los síntomas y no a identificar el problema, por falta de medios. Esto conlleva a una reducción de eficiencia y eficacia de los servicios de la salud.^{7,9,10} En definitiva, el conocimiento y la formación constituyen instrumentos básicos para la prevención, ya que podrían aprender a detectar los casos de maltrato y ofrecer a las mujeres un seguimiento para apoyarlas y derivarlas a otros servicios.^{6,11} Hay evidencias de que las mujeres maltratadas hacen un mayor uso de los servicios sanitarios. Tienen un peor estado de salud, a los que se le acompaña niveles elevados de estrés, se someten más a cirugía, están más días hospitalizadas y consumen más fármacos. Los maltratos físicos se suelen acompañar de agresiones psicológicas y sexuales. Cuando las mujeres acuden a la asistencia sanitaria, se debe preguntar de forma sistemática si padecen o han padecido situaciones de violencia de género, ya que conlleva a un aumento del diagnóstico y a la provisión de servicios sanitarios.^{5,12} Muchos de los casos están enmascarados cuando las mujeres van a la consulta por síntomas inespecíficos, consultas reiteradas, somatizaciones o trastornos psicológicos poco específicos.⁵ Tienen que estar alerta ante señales o signos de violencia y prestarles la atención necesaria para intentar minimizar los daños y erradicar el ciclo de violencia.¹⁷ A la hora de hacer la entrevista, lo que más preocupa al personal sanitario es molestar a las mujeres al ser preguntadas por este tema,¹³ no saber cómo preguntar, el temor a invadir su privacidad o a ofenderla o no saber abordarlo,⁵ pero los sanitarios deben disponer de información relevante, como la gravedad, la distribución o las causas, para que el abordaje sea óptimo,^{14,15} ya que existen una combinación de características sociodemográficas, cuestiones de salud mental y un número creciente de síntomas físicos y psicosociales comunes que deberían alertar a

los profesionales sobre la posibilidad de la existencia de abuso.¹³ Elementos, como contar con el apoyo necesario, el que se sientan escuchadas, que se las crea, aumentando las capacidades de cada una y reconocer y potenciar sus recursos ayudan a la mujer. Hay que tener en cuenta que es frecuente que las mujeres tengan dificultades para expresar el origen de las lesiones, ya que se sienten avergonzadas, culpables o amenazadas.^{16,17} Cuando aparece un caso de violencia de género en la consulta de atención primaria, se crea una ocasión en la que la enfermera puede crear una relación terapéutica con la mujer para que se sienta segura.⁴ Como ejemplo, un profesional de la salud debería de actuar de la siguiente manera: ante una mujer que presenta síntomas crónicos vagos, físicos y psíquicos, preguntarle cómo van las cosas en casa, cómo van las relaciones con su pareja, o qué es lo que le preocupa, no le deja dormir o le hace estar triste. Es indispensable intentar crear un clima de confianza, recibir a la paciente sola y escuchar el relato de la mujer sin interrupciones ni establecer juicios. Explicar a la mujer que lo que está contando es confidencial. Se debería ayudar a la mujer a relacionar lo que le está pasando con sus síntomas, para que pueda entender su situación. Hay que hacerle entender que ella no es responsable de la situación, que nadie merece ser maltratado, y señalarle sus valores y logros. Sería recomendable registrar en la historia clínica los diferentes tipos de maltrato y sus circunstancias; también desde cuándo y cómo comenzó la situación, por si, en algún momento, la mujer decide iniciar acciones judiciales. Hay que creer lo que está diciendo, respetar sus decisiones e ir creando un entorno de apoyo. Una prioridad es la seguridad personal, por lo que es necesario evaluar con la mujer si hay un peligro inmediato para su vida. Si se quiere y se puede lograr una mayor implicación, se debe promover la creación de grupos u ofrecer espacios en el ámbito sanitario. Puede favorecerse la capacitación de los profesionales para, posteriormente, coordinar los grupos de promoción de salud, cuyo objetivo es que las mujeres puedan avanzar en su propia autonomía y autoestima y desarrollen relaciones con otras mujeres.⁶

Además de abordar a la víctima, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de un posible delito. Todo ello está recogido en la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la violencia física, psicológica

y sexual ejercida sobre las mujeres *«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»*, que tiene la consideración de delito en los términos previstos en el Código Penal. También el Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en su Anexo II, apartado 6.6.3. y en el Anexo IV, apartado 2.8, recoge como una función del personal¹⁸ sanitario de Atención Primaria, Atención Especializada y Urgencias, la comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en caso de violencia de género. En caso de sospecha, se comunicará al juzgado de guardia mediante el parte de lesiones o informe médico. Toda la información que llegue por vía judicial permite poner en marcha las medidas dirigidas a la protección de la mujer y evitar que el delito quede impune. Antes de emitir el parte de lesiones, hay que informar a la mujer, valorar con ella su seguridad y tomar medidas para su protección, garantizando la minimización del riesgo. No se debe adjuntar nunca la historia clínica y sólo se recogerá en el informe médico la información estrictamente necesaria y relacionada con el maltrato. Cuando ella manifieste que no quiere que se envíe su parte de lesiones, si no se aclaran las razones de su negativa, se estaría desatendiendo el principio de no maleficencia. Si puede derivar un riesgo grave para la vida de la mujer, sus hijas o hijos u otras personas dependientes a su cargo, se debe plantear, de forma prioritaria, con la mujer, un plan para tener las debidas garantías de seguridad para su integridad. Si la gravedad de las lesiones lo requiere, se puede solicitar al Juzgado de Guardia por escrito o telefónicamente, la presencia en el centro sanitario de profesionales de las Unidades de Valoración Forense Integral, para que las exploraciones y pruebas se realicen en un solo acto, muy especialmente en situaciones de agresiones sexuales. En resumen, la finalidad de la intervención de los sanitarios ante situaciones de violencia de género es la restitución de la salud, así como la promoción de las condiciones para su recuperación integral y el desarrollo de una vida en un entorno sin violencia.¹⁸

OBJETIVOS

General:

- Realizar un estudio comparativo de los Protocolos de Actuación en mujeres víctimas de violencia de Género, existentes en el ámbito de las Autonomías.

Específicos:

- Guiar al personal enfermero a realizar un correcto diagnóstico de una víctima de violencia de género y saber abordarlo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica, siguiendo una estrategia de búsqueda planteada por una pregunta inicial siguiendo el formato: Paciente, Intervención, Comparación y Resultado (PICO): ¿Qué abordaje de enfermería hay para el personal sanitario ante un caso de violencia de género?

Al proceder con la búsqueda de los artículos, se concretaron los descriptores a utilizar con la aplicación de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), que identificó los siguientes: Violencia, Género, Mujer, Abordaje y Enfermería. Mediante la combinación de los descriptores y el booleano AND, encontramos varios artículos.

Las búsquedas electrónicas se realizaron en las siguientes Bases de Datos:

- Pubmed (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud).
- LILACS (Literatura Latinoamericana y del caribe en ciencias de la salud).
- SciELO (Scientific electronic library online o biblioteca científica electrónica en línea).
- Medline.
- Google académico.

A parte de las bases de datos, también se buscó en revistas electrónicas (Enfermería Global), artículos originales de revistas científicas y protocolos del Ministerio de Igualdad y Sanidad.

La búsqueda comienza con una revisión de artículos y revistas de interés para el tema escogido, en castellano y en los últimos 10 años.

Como criterios de inclusión se tienen en cuenta artículos que describan la violencia de género con sus tipos, causas y fases por las que evoluciona, así cómo el personal sanitario debe abordar cada caso de una víctima de violencia de género.

Como criterios de exclusión se añaden los que hablaban vagamente del tema escogido, los que hay que pagar o los que estaban escritos en otro idioma que no fuera el castellano.

En la base de datos LILAS con los tesauros “Violencia” y “Género”, utilizando el operador booleano “AND” para que contengan ambos términos, se encuentran

1224 artículos. Al ser un número muy grande de artículos, se cambió el tesoro “Género” por “mujer” y se cambió el campo; se puso “palabras del título” en vez de “palabras”; hallándose 157 artículos, de los cuales se seleccionaron 23, omitiendo un número reducido de ellos por el idioma y por no estar completo el texto.

A continuación se buscó en Medline, donde se utilizaron los tesauros “Violencia” y “Género”, el mismo operador booleano y el mismo campo. Se encuentran 45 artículos, de los cuáles nos interesan 8, fijándose en el resumen de los mismos.

Siguiendo con las bases de datos, en el ScIELO se utilizan los tesauros “Violencia” y “Género”, con el operador booleano “AND” y el campo “título”, donde no aparece ningún artículo. Al cambiar los tesauros por “Violencia”, “Abordaje” y “Género”, con el mismo operador booleano y cambiando el campo a “palabras del título” se encuentran 3 artículos, que son de interés. Se realiza otra nueva búsqueda con los mismos tesauros, cambiando el de “Género” por “Enfermera”, con el mismo operador booleano y el mismo campo, donde se encuentran 2 artículos de interés.

Para finalizar, se busca en el Google Académico con los tesauros anteriormente citados y aparecen infinidad de artículos, que se van descartando o bien por el idioma, o porque no está el texto completo, o porque hay que pagar. En este caso se seleccionan los protocolos sanitarios en España ante un caso de violencia de género.

Palabras clave: Violencia, Género, Mujer, Abordaje y Enfermería.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se va a analizar las peculiaridades de cada Protocolo De Actuación dividido por Comunidades:

En Andalucía:

En el apartado de la identificación, se proponen unos ejemplos de preguntas para hacer la entrevista ante la sospecha de maltrato y para valorar la situación y el tipo de violencia.

La valoración se divide en biopsicosocial, de la situación de violencia y de la seguridad y evaluación del riesgo.

En la actuación se especifica en:

- Mujer que sospechamos que sufre malos tratos.
- Mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.
- Mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

Todos ellos, a su vez, se dividen en: registro en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada, informar a la mujer de la situación a la que se encuentra, trabajo en la consulta – seguimiento, derivación, parte judicial y conocer la situación familiar.

Se detalla también la valoración de las fases de cambio del comportamiento de la mujer:

- Fase precontemplativa: la mujer no reconoce la violencia como un problema.
- Fase contemplativa: empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva.
- Fase de preparación: la mujer va realizando pequeños cambios.
- Fase de acción: hace cambios manifiestos para mejorar su situación respecto a la violencia.
- Fase de mantenimiento: pueden reaparecer sentimientos de ambivalencia hacia el maltratador y su situación anterior.
- Fase de recaída: la mujer vuelve a vivir una situación de violencia.

En la intervención se presentan tres intervenciones (objetivo, intervención y a aspectos a tener en cuenta) a realizar en cada una de las fases de cambio en que se puede encontrar la mujer.

En la actuación en urgencias se realiza la detección, actuación asistencial, valoración de la seguridad, información y derivación y actuación legal.

En la actuación ante agresiones sexuales se detalla lo que se debe hacer desde la medicina clínica, la medicina forense y desde el servicio de urgencias, donde se realiza el registro en la historia clínica, la exploración (general y ginecológica), la analítica, la atención y seguimiento, información y derivación, recomendaciones y notificación al juzgado. Además, se explica dónde deben acudir, recibir información y recomendaciones y la notificación al juzgado.¹⁹

En Aragón:

En el apartado del registro se detalla cómo completar la historia clínica y la notificación al Juzgado de Guardia y parte de lesiones.

La actuación se divide en si la paciente reconoce el maltrato o si la paciente no lo reconoce.

En la evaluación del riesgo se especifica las señales de alerta y los consejos de seguridad.

La actuación en urgencias y ante agresiones sexuales es igual que en Andalucía, pero incluye a mayores el tratamiento ante una agresión sexual.²⁰

En Asturias:

Se detalla una actuación integral, incluyendo una identificación de los problemas y atendiendo a los mismos.

Se nombre, asimismo, un apartado a la atención a la seguridad.

Tiene de particularidad que aparece un ejemplo del parte de lesiones, en tamaño reducido, que debe cumplimentar el médico.²¹

En Islas Baleares:

Se añaden los indicadores de sospecha en mujeres en situación de vulnerabilidad, ante actitudes del compañero, en menores y en caso de lesiones

La valoración biopsicosocial se divide en lesiones y síntomas físicos, situación emocional, situación familiar, situación económica y laboral y red de apoyo.

Figura una hoja de información para el plan de protección y huída.

Se incluye un apartado de intervención programada, en el que se explica que el objetivo es que la mujer vuelva a asumir el control de su vida.

Las intervenciones se dividen en:

- Fase precontemplativa.
- Fase contemplativa.
- Fase de preparación.
- Fase de acción.
- Fase de mantenimiento.
- Fase de recaída/ruptura evolutiva.

Además, guía al personal sanitario para una intervención en situaciones de alto riesgo.²²

En Islas Canarias:

Detalla ejemplos de preguntas y cómo se deben formular para la entrevista en caso de sospecha de violencia de género.

La valoración biopsicosocial se explica como en el de las Islas Baleares.

En el apartado de intervención, se incluye un epígrafe de consideraciones previas.

La intervención se divide en:

- Mujer sin riesgo actual de violencia doméstica.
- Mujer con sospecha de violencia doméstica.
- Mujer que reconoce ser víctima de violencia doméstica, pero actualmente no corre peligro extremo.
- Mujer que reconoce ser víctima de violencia doméstica y que se encuentra en peligro extremo.

Además, se incluye un protocolo de actuación ante casos agudos, en el que se incluyen las agresiones sexuales.²³

En Cantabria:

Se detalla la actuación de cada profesional.

La actuación clínica se divide en: anamnesis, valoración del estado psicológico, exploración física (general y ginecológica), exámenes de laboratorio, tratamiento y criterios de hospitalización.

Se explica como se cumplimenta el parte de lesiones.

Además, se añade un apartado en el que se indica lo que se debe hacer en controles posteriores y el seguimiento de cada paciente.²⁴

En Castilla La Mancha:

Se explica el seguimiento que se debe hacer tras la valoración y derivación con el resto de personal.

Se incluye un apartado dedicado a la protección, así como pautas sobre donde se le va a derivar y el seguimiento que se le va a hacer.

También se les ofrece información sobre sus derechos, dónde denunciar y las órdenes de protección.²⁵

En Castilla y León:

Se recomienda leer el Protocolo Común de Actuación de España.

El caso se debe derivar al Trabajador Social del Centro o a los Servicios Sociales.²⁶

En Cataluña:

En el apartado de la detección se añaden preguntas generales útiles para la entrevista.

La valoración se divide en:

- Biopsicosocial.
- De la situación de violencia.
- De la seguridad y evaluación del riesgo.

La intervención también se divide en:

- Mujer que sospechamos que sufre malos tratos.
- Mujer que reconoce sufrir malos tratos, pero no se encuentra en peligro extremo.
- Mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

Cada uno de los puntos anteriores, a su vez, se divide en: reflexión conjunta con la mujer, seguimiento, derivación y actuación con las personas dependientes que convivan con la mujer, si las hay.

También se detalla información y derivación de interés para la paciente.

Por último, se especifican las actuaciones que se deben realizar en caso de agresión sexual: admisión y acompañamiento, registro en la historia clínica, contacto con medicina forense, apoyo emocional, exploración y tratamiento, analítica, notificación al juzgado, información y derivación y recomendaciones.²⁷

En la Comunidad Valenciana:

Se añaden los indicadores de sospecha de maltrato durante la consulta con ejemplos.

El plan de intervención se divide en:

- La mujer no se encuentra en peligro extremo: en el cual la mujer rechaza la ayuda, por lo que se la informará sobre la su situación, sus derechos y recursos existentes, la atención por parte de los profesionales y la derivación, con previo consentimiento de ella.
- La mujer se encuentra en situación de peligro extremo: en el que se informará a la mujer, será atendida por parte de los profesionales sanitarios, se le derivará con carácter urgente al trabajador social y documentar.²⁸

En Extremadura:

Se indica que hay que notificar cada maltrato al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de indicadores de violencia de género.

En la actuación en Urgencias, se explica lo que hay que hacer en la detección de violencia, en la actuación asistencial y la actuación legal.

En las agresiones sexuales se indica:

- Lo que se debe hacer en la exploración general y ginecológica.
- Examen de la superficie corporal.
- Muestras de interés legal.
- En caso de penetración vaginal, anal o bucal lo que se debe hacer.
- Pruebas analíticas.
- Tratamiento.

Además, se debe hacer un seguimiento de la paciente.

También se ofrecerá información y derivación a otros profesionales.²⁹

En Galicia:

Uno de los problemas es que el Protocolo está escrito en gallego, dificultad para el personal sanitario que no sepa el idioma.

Se incluye el seguimiento de la paciente.³⁰

En La Rioja:

Se detalla las consecuencias sobre la salud de las mujeres víctimas de violencias masculina de la pareja.

Además, se da unas claves para facilitar el trabajo al personal sanitario.

También se explican las dificultades que se pueden encontrar para identificar los malos tratos, bien sea por parte de la mujer, por parte del personal sanitario, en el contexto de la consulta y en el ámbito sanitario.

En la identificación se incluyen ejemplos de preguntas sobre el maltrato y para valorar la situación y el tipo de violencia.

La valoración se divide en: biopsicosocial, de la situación de violencia y de la seguridad y evaluación del riesgo.

La actuación se divide como la intervención del Protocolo de Cataluña.

Las actuaciones en urgencias se divide igual que en el Protocolo de Extremadura.

También se especifica los recursos en situación de malos tratos.³¹

En Madrid:

En los indicadores de sospecha, se detalla sobre una posible situación de violencia de género, poniendo ejemplos a partir de mujeres sin lesiones aparentes, en la exploración ginecológica qué se puede observar, en la atención del embarazo qué se puede observar y en la atención al puerperio.

También se añaden preguntas tipo a formular a las mujeres en las que se detectan signos y síntomas que induzcan a valorar la posibilidad de maltrato.

En la valoración se indica la valoración del riesgo vital. Además, se divide en las fases de cambio (precontemplativa, contemplativa, preparación, acción, mantenimiento y recaída).

En la intervención se explica, a partir de las fases de cambio del comportamiento de la mujer, el objetivo, la intervención y lo que hay que tener en cuenta.

Incluye, además, un apartado de intervención en estallido agudo de violencia y otro ante una situación de riesgo vital.

Por último, se detalla la derivación en el marco de los servicios sanitarios.^{32,33}

En Murcia:

En el apartado de detección y valoración se detalla la anamnesis y la exploración, en la que se incluye la exploración física (localización de lesiones, características y posibles mecanismos de agresión), exploración psicológica, y la exploración social.

En la evaluación del riesgo se ponen ejemplos sobre cómo formular las preguntas.

En la intervención se divide en:

- Mujer con sospecha fundada de violencia de género (la mujer no refiere violencia).
- Mujer víctima de violencia de género sin peligro extremo.
- Mujer víctima de violencia de género con peligro extremo, que se divide en víctima de forma no aguda con peligro extremo y víctima de forma aguda con peligro extremo.
- Mujer víctima de agresión sexual.

A su vez, cada uno de ellos se divide en información y apoyo, asistencia sanitaria, elaboración de un plan de seguridad, establecimiento de un plan de seguimiento, notificación al juzgado y registro.

Se añade la valoración de intervención con el agresor, que sólo se realizaría si la mujer maltratada está de acuerdo y tras haberle realizado una valoración, indicando que no supondrá peligro para ella.

Por último, se detalla un algoritmo general de actuación, en el que se explica los recursos necesarios (humanos, materiales y económicos), organización y funcionamiento, el registro y la evaluación, cuya responsabilidad es de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.³⁴

En Navarra:

Se añade la coordinación de actuaciones.³⁵

En País Vasco:

Como principal peculiaridad es que se detalla el informe médico.

Se incluye el tratamiento y las indicaciones hacia el pediatra.³⁶

		Andalucía	Aragón	Asturias	Islas Baleares	Islas Canarias	Cantabria	Castilla La Mancha	Castilla y León	Cataluña
Detección y Valoración	Detección y valoración	X			X	X		X		X
	Indicadores de sospecha	X	X		X	X				X
	Identificación	X	X	X			X	X		X
	Valoración	X			X	X	X	X	X	X
	Actuación	X	X			X	X	X	X	
	Valoración fases del cambio	X			X	X				
Intervención		X			X	X		X	X	X
Actuación en Urgencias		X	X				X		X	
Actuación ante agresiones sexuales		X	X			X	X	X		X
Notificación al Juzgado de Guardia y Parte de Lesiones		X	X	X			X	X	X	X
Historia Clínica		X	X		X		X	X	X	X
Valoración de intervención con el agresor			X							
Evaluación del riesgo		X	X	X	X	X	X	X		X
Controles posteriores/seguimiento							X	X		

		Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	La Rioja	Comunidad de Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco
Detección y Valoración	Detección y valoración	X	X	X	X	X	X		X
	Indicadores de sospecha	X	X	X	X	X	X		X
	Identificación	X	X	X	X	X			
	Valoración	X	X	X	X	X	X		
	Actuación	X	X		X				X
	Valoración fases del cambio					X			
Intervención		X	X	X	X	X	X		X
Actuación en Urgencias			X		X			X	
Actuación ante agresiones sexuales			X	X	X		X		X
Notificación al Juzgado de Guardia y Parte de Lesiones		X	X	X	X	X	X		X
Historia Clínica		X	X	X	X	X	X		X
Valoración de intervención con el agresor							X		
Evaluación del riesgo		X	X	X	X	X	X	X	X
Controles posteriores/seguimiento			X	X		X	X		X

Como se puede observar en las tablas anteriores, la Comunidad Autónoma que tiene el protocolo más completo es la de Andalucía, que abarca todos los apartados, excepto uno, y es el que más se asemeja al Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.

En el apartado de detección y valoración sólo dos Comunidades Autónomas tienen incluidos todos los ítems.

La intervención está incluida en trece Comunidades Autónomas.

La actuación en Urgencias está explicada en siete Comunidades Autónomas.

La actuación ante Agresiones Sexuales está incluida en diez Comunidades Autónomas, de las cuales Aragón, Cantabria, Cataluña, Extremadura, La Rioja y País Vasco incluyen el tratamiento.

El parte de Lesiones y la Notificación al Juzgado de Guardia está explícito en todas las Comunidades Autónomas excepto en tres, siendo el Protocolo del Principado de Asturias el que pone un ejemplo del documento, en tamaño reducido, de un parte de lesiones, el cual debe rellenar el médico.

El apartado de la Historia Clínica, que se explica cómo debe cumplimentarse, aparece en todas las Comunidades Autónomas excepto en tres.

El Protocolo de la Región de Murcia y en el de Aragón son los únicos que incluyen un apartado dedicado a la valoración de intervención con el agresor.

La evaluación del riesgo es un apartado que lo tienen todas las Comunidades Autónomas excepto Castilla y León.

Cantabria, Castilla La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Comunidad de Madrid, Región de Murcia y País Vasco son las Comunidades que incluyen el apartado de controles posteriores y seguimiento.

CONCLUSIONES

Se debería crear un único protocolo de actuación para el personal sanitario en todo el territorio español, ya que, hoy en día, los sanitarios se mueven por muchas comunidades autónomas y no saben exactamente lo que tienen que hacer. Para ello, habría que unificar criterios, explicarlos detalladamente y que estuviera en el mismo idioma. En las comunidades autónomas que tienen otro idioma oficial, debería aparecer en ambos idiomas oficiales.

Sería necesario realizar más cursos de concienciación para el personal sanitario ante este problema, dado que el número de casos va en aumento y hay mucha población que tiene miedo a pedir ayuda. Es un problema muy delicado en el cual los sanitarios deben estar muy preparados para saber abordarlo de la manera más correcta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Hidalgo García L, Cecilia Valdés López D. Violencia contra la mujer adulta en las relaciones de pareja. MEDISAN [Internet]. Febrero 2014. [citado febrero 2015]; 18(2): 181-187 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200006
- 2- Vera Bustos M, Loredó Abdalá A, Perea Martínez A, Trejo Hernández J. Violencia contra la mujer. Medigraphic. [Internet] Noviembre 2002. [citado febrero 2015] 45(6): 248-251. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2002/un026d.pdf>
- 3- Rangel da Silva L, Domingues Bernardes Silva M, Mota Xavier de Meneses T, Rodríguez Borrego M.A, Meneses dos Santos I.M, Lemos A. El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de enfermería. Enferm Glob. [Internet] Abril 2011 [citado febrero 2015] 10(22). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000200025&script=sci_arttext&tlng=pt
- 4- Carrilero López S, Martínez Díaz J.M, Flores Bienert M.D. Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. Enferm Glob. [Internet] Julio 2012 [citado febrero 2015] 11(27): 430-445. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300024&script=sci_arttext
- 5- Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enferm Glob. [Internet] Enero 2014 [citado febrero 2015] 13(33): 424-439. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/enfermeria.pdf>
- 6- Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit [Internet]. Enero 2004 [citado febrero 2015] 18(2). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v18s2/revision1.pdf>
- 7- Moreira Simone da Nóbrega Tomaz, Galvão Lílian Lira Lisboa Fagundes, Melo Carmen Oliveira Medeiros, Azevedo George Dantas de. Violencia física contra la mujer en la perspectiva de profesionales de la salud. Saúde Pública [Internet]. Octubre 2008 [citado febrero 2015]. 42(6): 1053-1059. Disponible

en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600011&lng=en&nrm=iso&tlng=en

8- Patricia Aliaga P, Ahumada G. S, Marfull J. M. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2003 [citado febrero 2015] 68(1): 75-78. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000100015&lng=es&nrm=iso

9- Lettiere A, Nakano Ana Márcia Spanó, Rodrigues Daniela T. Violencia contra la mujer: la visibilidad del problema para un grupo de profesionales de salud. Esc. enferm. USP [Internet]. Septiembre 2008 [cited febrero 2015]. 42(3): 467-473. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000300008&script=sci_arttext

10- Coll-Vinent B, Echeverría T, Rodríguez D, Farràs Ú, Millá J, Santiñá M. Percepción de la violencia de género por el personal sanitario. Gac Sanit [Internet]. Diciembre 2008 [citado febrero 2015]. 22(6): 620-620. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600022

11- González Lozoya I, Serrano Martínez A, García Sánchez N, Giménez M del Campo, Moreno Ruiz B. Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en Atención Primaria. ELSEVIER [Internet] Septiembre 2011 [citado febrero 2015]. 43(9): 459-464. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656710004440>

12- Rohlfs I, Valls-Llobet C. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. Gac Sanit [Internet]. Julio 2003 [citado febrero 2015]. 17(4): 263-265. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112003000400001&script=sci_arttext

13- González Lozoya I, Serrano Martínez A, García Sánchez N, Campo Giménez M del, Moreno Ruiz B, González Lozoya A.B. et al . Experiencias en relación con la Violencia de Género de la población que consulta en Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. Junio 2010 [citado febrero 2015]. 3(2): 104-109. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2010000200009&lng=es

- 14- Muslera-Canclini E, Natal C, García V, Fernández-Muñoz P. Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias. Gac Sanit [Internet]. Diciembre 2009 [citado febrero 2015]. 23(6): 558-561. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112009000600015&script=sci_arttext
- 15- Cano Martín L.M, Berrocoso Martínez A, Arriba Muñoz L de, Bernaldo de Quirós Lorenzana R, Alamar Provecho J.D., Cardo Maza Ana. Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. Febrero 2010 [citado febrero 2015]. 3(1): 10-17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2010000100004&script=sci_arttext
- 16- Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud pública Méx [Internet]. Diciembre 2003. [citado febrero 2015]. 45(6): 473-482. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003000600007&script=sci_arttext
- 17- Fernández Alonso M^a C. Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género ¿Hemos superado el reto? ELSEVIER [Internet] Marzo 2015 [citado marzo 2015] 47(3). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-compromiso-atencion-primaria-ante-violencia-90388061>
- 18- Vizquete Rebollo E, González García J, del Valle Álvarez R, Fernández Alonso C, Rovira Fontanals A, Escribá Agüi V et al. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. [Internet] 2012 [citado marzo 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf
- 19- Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2008. Andalucía.
- 20- Guía de Atención Sanitaria a la Mujer Víctima de Violencia Doméstica, 2005. Aragón.

- 21- Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género, 2005. Asturias.
- 22- Recomendaciones de actuación sanitaria ante la violencia de género, 2009. Islas Baleares.
- 23- Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en el Ámbito Doméstico, 2003. Islas Canarias.
- 24- Protocolo de Atención Sanitaria a Víctimas de Agresiones/Abusos Sexuales, 2007. Cantabria.
- 25- Protocolo de actuación en atención primaria para mujeres víctimas de malos tratos, 2005. Castilla La Mancha.
- 26- Protocolo Marco de actuación profesional para casos de violencia de género, 2008. Castilla y León.
- 27- Protocolo para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud en Cataluña, 2009. Cataluña.
- 28- Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género, 2008. Comunidad Valenciana.
- 29- Protocolo interdepartamental para la erradicación y prevención de la violencia contra la mujer, 2010. Extremadura.
- 30- Guía Técnica del proceso de atención a las mujeres en situación de violencia de género (en gallego), 2009. Galicia.
- 31- Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres, 2010. La Rioja.
- 32- Guía de actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid.
- 33- Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid. 2008.
- 34- Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención Primaria. Murcia.
- 35- Acuerdo Interinstitucional para la coordinación efectiva en la atención y prevención de la violencia contra las mujeres, 2010. Navarra.
- 36- Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos. País Vasco.