



escoles universitàries
g i m b e r n a t

ADSCRITA A LA **UAB**



Campus d'Excel·lència
Internacional

Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat

Trabajo final de Grado

Curso académico 2016-2017

DETECCIÓN Y GESTIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO HACIA LA MUJER DESDE ENFERMERÍA

Tatiana Molina Tienza

Cecilia Brando Garrido

Sant Cugat del Vallès, Juny de 2017

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
3.1 Justificación del trabajo.....	4
3.2 Formulación de objetivos	4
3.3 Metodología.....	5
3.4 Fundamentación y marco teórico.....	5
4. Marco conceptual.....	12
4.1 Recogida de datos.....	12
5. Discusión.....	23
6. Conclusiones.....	24
7. Propuesta.....	25
8. Bibliografía.....	27

1. Resumen

Actualmente la violencia de género es considerado un problema de salud pública que se da a nivel mundial y que, por desgracia, sigue cobrándose vidas. Es evidente que la sociedad, la cultura, la educación y los recursos influyen en cómo se gestiona el problema pero lo que muchas personas infravaloran es que el sistema sanitario tiene un papel crucial en cuánto a la prevención, detección y gestión de la violencia de género, concretamente, el profesional de enfermería que acostumbra a ser el primer contacto de la paciente con el mundo sanitario. En este trabajo he hecho una revisión de diversos protocolos y estudios con el objetivo de ver que se puede mejorar en nuestro sistema y en qué fallamos y como resultados he obtenido que los protocolos actuales no concretan sobre los profesionales que deben atender a las víctimas por lo que no competen obligatoriamente a algún profesional en concreto, hecho que hace que algunos profesionales no sientan que atender a una mujer con sospecha de malos tratos sea de su competencia. Además la falta de formación de los profesionales de la salud es un punto importante a resolver ya que la mayoría de los profesionales de la salud, incluidos aquellos que aún se están sacando el título, no tienen los conocimientos necesarios para atender de manera adecuada a la persona.

2. Abstract

Nowadays, gender violence is considered a global public health problem and unfortunately, a lot of women died cause to. It is clear that society, culture, education and resources are very influential in how the problems are managed but many people underestimate that the health system has an important role in the prevention, detection and management of gender violence, concretely, the nursing professional who usually becomes the first contact of the patients with health world. In this project I have done a review of some protocols and studies with the objective to see what things could improve in our health system, the results demonstrated that the protocols do not specify the professionals who must care for the victims and for this some professionals do not feel that attending a woman suspected of ill-treatment is within their competence. In addition, the lack formation is an important

issue to solve because most health professionals, including those who are finishing the career, do not have the necessary knowledge to attend the victims.

3. Introducción

3.1 Justificación del trabajo

La enfermera es el profesional más cercano y conocedor del paciente, tanto en Atención Primaria (AP) como en el ámbito hospitalario y por esta misma razón es tan importante que las enfermeras, desde cualquier servicio, estén formadas y tengan la capacidad de poder detectar un caso de violencia de género hacia la mujer, ya que enfermería es una disciplina científica profesional de carácter holístico que ha ayudado al desarrollo teórico de la asistencia a la salud mediante diversas teorías, desde Florence Nightingale hasta la actualidad. Dichas teorías contemplan las diferentes esferas de la persona de forma integral y por ello enfermería es uno de los profesionales con mejores competencias para abordar la violencia de género. Actualmente, la mujer sigue sometida a una sociedad machista y que sigue cobrándose víctimas. A día de hoy el maltrato a la mujer es considerado un problema de salud pública, porque no afecta únicamente a un punto geográfico en concreto sino que se da a nivel mundial (1).

El motivo de la realización de este trabajo de investigación se basa en la falta de conocimientos por parte de enfermería respecto a la detección y abordaje de los casos de violencia de género hacia la mujer.

3.2 Formulación de objetivos

Mis objetivos por orden de prioridad será analizar las distintas formas de detectar y gestionar el maltrato hacia la mujer desde el ámbito sanitario por parte del profesional de enfermería, con la finalidad de poder comparar las diferentes intervenciones que se recomiendan en los protocolos de actuación del sistema sanitario europeo y español, ya que en los países del norte de Europa se tiene una mayor educación en cuanto a sexualidad e igualdad de género, de manera que pueda reconocer qué intervenciones son las más utilizadas y cuáles se

pueden implantar en nuestro sistema sanitario de manera eficaz. Otro de mis objetivos será analizar el nivel de conocimientos sobre detección y atención de violencia de género del profesional de enfermería y así conocer cuál es la causa de la falta de conocimientos. Asimismo también haré una propuesta de mejora en base a los resultados de mis objetivos, que se relacione con los protocolos, la educación y los recursos sociales y legales que se ofrecen a las mujeres que se encuentran en esta situación.

3.3 Metodología

Para analizar las intervenciones del sistema sanitario a nivel europeo y español revisé los actuales protocolos sobre violencia de género en España, tanto el protocolo común a nivel nacional como el protocolo general de cada Comunidad Autónoma, y en Europa me centré únicamente en los países del norte, tales como Reino Unido, Alemania y Finlandia. Para realizar la búsqueda de artículos de evidencia científica utilicé varias bases de datos como Pubmed o Scielo, en ésta última utilizando las palabras clave “violencia”, “género” y “enfermería” con los operadores booleanos AND, me aparecieron 16 artículos de los cuales seleccioné siete porque eran los que se adecuaban más a mi búsqueda, ya que unos hablan de la actuación enfermera ante la violencia de género, otros de la percepción enfermera en cuanto a su acción en éste tema y otros de la percepción de los estudiantes sobre los conocimientos para abordar esta clase de situaciones al acabar los estudios. También me puse en contacto vía e-mail con las universidades públicas de Cataluña como la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), la Universitat de Lleida (UdL), la Universitat de Girona (UdG), la Universitat de Barcelona (UB), la Universitat de Vic (UVic) y la Universitat Rovira i Virgili (URV) para comparar las distintas metodologías educativas en relación a este tema y de las seis universidades, me respondieron cuatro, las cuales, me informaron de sus itinerarios académicos en relación a la igualdad entre sexos y a la violencia de género, aquellas que no obtuve respuesta busqué sus itinerarios académicos en las respectivas webs oficiales de cada universidad.

3.4 Fundamentación y marco teórico

Socialmente la mujer ha estado en un papel secundario, quedando limitada su función únicamente a las tareas del hogar y a la continuidad de la especie, hasta llegar al punto en que el hombre era el dueño de la mujer y ésta no tenía ni voz ni voto, de hecho el primer país en conceder el derecho a voto a las mujeres fue Nueva Zelanda en 1893, el primer país europeo fue Finlandia en 1906 y en España en 1931, es decir, que el sufragio femenino es un derecho que las mujeres han conseguido hace relativamente poco. Sin irnos más lejos, en el S.XIX las mujeres no tenían ni derecho político, ni civil, tenían restricciones a la hora de acceder a propiedades, herencias, educación y a trabajos asalariados, incluso en España, existía la autoridad marital donde los maridos, por ley, controlaban el salario de sus esposas y se consideraba motivo de encarcelamiento para la mujer si ésta insultaba o desobedecía al hombre, en cambio el marido, únicamente era castigado si la maltrataba físicamente. A raíz de la Gran Guerra (1914-1918), las mujeres demostraron aptitudes en el trabajo, la producción de industrias de guerra y en la retaguardia y, además, la llegada del cine de Hollywood transmitió una imagen de la mujer distinta, más autónoma e independiente dando pie a que en España, la mujer pasase a ser más moderna, instruida y profesional capaz de compaginar trabajo asalariado y doméstico, aunque desafortunadamente la mujer tradicional aún pervivía en la sociedad (2). Dicha desigualdad entre hombres y mujeres ha creado una tolerancia sociocultural a diversas manifestaciones de violencia de género íntimamente unidas al poder, privilegios y control masculino que a día de hoy sigue provocando numerosas muertes (3). Actualmente, según un estudio realizado por el Foro Económico Mundial, los cinco países con mayor igualdad de género son Islandia, Finlandia, Noruega, Suecia y Dinamarca y entre los países con mayor desigualdad son Yemen, Pakistán, Chad, Siria y Mali(4).

Actualmente, en España se considera la violencia de género hacia la mujer o feminicidio un problema de salud pública, ya que el número de víctimas mortales desde 1999 no ha variado en exceso, es decir, los valores rondan entre las 50 y 70 víctimas hasta 2016, exceptuando éste último año que se cierra con un valor de 44 víctimas, considerablemente reducido en comparación con los años

anteriores (5). En Europa los datos encontrados contemplan que entre el 40% y el 50% de las mujeres de países como Dinamarca (52%), Finlandia (47%) y Suecia (46%) son víctimas de violencia por parte de un hombre, llegando a doblar la cifra en relación con España que se sitúa con un 22%, 11 puntos por debajo de la media europea (6). No obstante, hay que tener en cuenta otros aspectos, como por ejemplo que el hecho de tener una sociedad educada y concienciada de la igualdad entre sexos y que confía en la justicia y la seguridad de su país permite que haya tolerancia cero hacia este tipo de comportamientos, en cambio en un país como por ejemplo España donde existe una clara desigualdad entre ambos géneros y que la mayoría de las mujeres que se atreven a denunciar se pierden entre la burocracia, crea inseguridad en las víctimas a la hora de reconocer que sufre violencia de género.

Hoy en día, existen ciertas ideas en relación a la violencia de género que deberían ser desmitificadas como por ejemplo que este tipo de violencia solo se da en familias con problemas (pocos recursos, paro...) cuando realmente se da en todos los grupos sociales, étnicos y culturales. También se cree que los hombres que maltratan son enfermos mentales o abusan del alcohol y/u otras drogas y según diversos estudios la proporción de agresiones relacionadas con trastornos psicopatológicos es baja y no está del todo claro si el alcohol puede ser un causante, hay autores que lo definen como un factor coyuntural por el hecho que aumenta las probabilidades pero realmente los valores de asociación son muy pequeños (7-9). En España, el perfil sociodemográfico del feminicidio es una mujer española de 41 años de media o en el caso de ser inmigrante menor de 35 años. También se observa que las mujeres que viven en lugares rurales o que son inmigrantes tienen más barreras para acceder a los recursos legales ya sea por desconocimiento de dichos recursos, por la percepción de discriminación o por el miedo a la deportación(10). Por otro lado, el año 2014 en España se intentó hacer una reforma y mejora del protocolo que se utiliza para identificar a las mujeres en riesgo de feminicidio pero a día de hoy sigue en proceso su implantación y por ello se concluye que denunciar al agresor no modifica el riesgo de feminicidio por lo que esta reforma debería aplicarse cuanto

antes para para que el riesgo para las mujeres sea el mínimo (11). El Convenio de Estambul, es el primer tratado europeo en la lucha contra la violencia de género abordando de forma exhaustiva las distintas formas de violencia contra las mujeres, como la violencia psicológica, el acoso, la violencia física, la violencia sexual y el acoso sexual, que intenta ser una base común para adoptar leyes y políticas similares en los estados miembros de la UE, sus fundamentos son:

- Prevenir la violencia, proteger a las víctimas y entablar acciones judiciales contra los agresores
- Sensibilizar a toda la sociedad para crear conciencia y acabar con una cultura de tolerancia y negación que perpetúa la desigualdad de género y la violencia que la causa.
- Destacar la importancia de una actuación coordinada de todos los organismos y servicios oficiales pertinentes y la sociedad civil.
- La recogida de datos estadísticos y de investigación sobre todas las formas de violencia contra la mujer(12).

Aunque también hay que considerar que las investigaciones y los datos fiables en Europa son escasos ya que hay dificultad para diferenciar entre homicidio y feminicidio y por ello se creó el Programa de la Unión Europea COST (Euoperan Cooperation in Science and Technology), la primera y una de las más amplias redes europeas intergubernamentales de coordinación de la investigación científica y técnica europea. Su objetivo es fortalecer la investigación científica y técnica en Europa a través de redes que se conocen como “acciones COST” mediante reuniones científicas de los grupos de trabajo, talleres y seminarios, misiones científicas de corta duración o más conocidas como Short Term Scientific Missions (STSMs), talleres de formación y conferencias científicas y actividades de diseminación. España es uno de los países más activos en COST, de hecho, actualmente está presente en más de 300 acciones, lo que le adjudica el tercer puesto en el ranking de países con mayor número de participación(13).

En 2013 se puso en marcha la Acción COST Femicide across Europe, la primera acción coordinada para el estudio del feminicidio en Europa que cuenta con la participación de 30 países y 78 personas expertas internacionales que analizan el feminicidio en Europa desde una perspectiva interdisciplinaria, donde se pretende ofrecer la oportunidad de trabajar en red vía digital y presencial para abordar grandes retos sociales y de salud pública, como la violencia de género hacia la mujer, y así aumentar el impacto de las investigaciones a los responsables políticos (14). Por otro lado hay que tener en cuenta también la creación del Programa Daphné (2004-2008) en que la Unión (países de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo, de Turquía, Rumania y Bulgaria) aporta un valor añadido a las medidas de prevención de la violencia que deben ser adoptadas esencialmente por los Estados miembros, a través de la difusión y el intercambio de información y de experiencias, la promoción de una estrategia innovadora y el establecimiento en común de prioridades. Todos los tipos de violencia y todos los aspectos de este fenómeno, ya sean de la esfera pública o la privada, entran en el ámbito del programa, es decir, la violencia familiar, en los centros de enseñanza y de otro tipo, en el lugar de trabajo, la explotación sexual con fines comerciales, las mutilaciones genitales y la trata de seres humanos(15).

Desde el ámbito sanitario se pueden hacer muchas intervenciones ya que la violencia de género es el resultado de las relaciones de dominación masculina y de subordinación femenina que incluye el maltrato físico, psicológico, sexual y social. Toda intervención o no intervención ante una mujer maltratada, tiene consecuencias. Tras la valoración inicial de una mujer que sufre VG, distinguimos cuatro tipos de situaciones diferentes, que van a condicionar la intervención a realizar:

- Mujer con sospecha fundada de violencia de género (la mujer no refiere violencia).
- Mujer víctima de VG sin peligro extremo.
- Mujer víctima de VG con peligro extremo
- Mujer víctima de agresión sexual.

Dentro de cada tipo hay diferentes métodos como bofetadas, arañazos, obligar a las mujeres a realizar actos sexuales que las avergüenzan, humillarlas verbalmente, descalificarlas, prohibirles trabajar o salir de casa e incluso prohibirles relacionarse con otras personas y estos hechos hacen que la mujer tenga miedo, vergüenza y una baja autoestima (16) por lo que se deberían tener en cuenta estos signos y síntomas como método de valoración.

Según diversos estudios, enfermería es un punto clave en el abordaje de la violencia de género hacia la mujer, ya que dispone de las herramientas adecuadas (protocolos, algoritmos de actuación, planes de seguridad, aplicaciones) y la relación cercana con la paciente para hacer prevención, detección y atención a las víctimas. Aunque también se ha observado que en la práctica las enfermeras no tienen los conocimientos de un abordaje adecuado y además no consideran que forme parte de su competencia gestionar estas situaciones y esta creencia tiene como consecuencia que muchas mujeres que asisten a los servicios de salud no reciban la atención que deberían (17-20). No obstante, ha quedado demostrado que las enfermeras están capacitadas para detectar casos de violencia de género por la relación de confianza que se establece entre el/la profesional y la paciente pero enfatizan que se requiere mayor formación y coordinación para fomentar la accesibilidad, el contacto directo y un abordaje integral desde los diferentes niveles (21). Esta falta de preparación y de definición de los protocolos provoca que haya una infradetección, que a su vez se le suma la falta de coordinación entre los distintos organismos implicados (22).

Además, si nos atenemos a la formación que reciben las enfermeras españolas durante sus años académicos en el grado, encontramos que actualmente las universidades no tienen como obligación un plan docente que proporcione los conocimientos que tanto echan en falta nuestros profesionales a la hora de abordar un caso de violencia de género. En 2008 con la implementación del Plan Bolonia, enfermería al igual que muchos otros grados universitarios, sufrieron

diversos cambios en el plan de estudios. Algunas universidades introdujeron en el grado de enfermería la asignatura Género y Salud, que tenía como objetivo introducir contenidos en igualdad en el ámbito de la educación superior y de dotar de estrategias de empoderamiento a los estudiantes. Esta modificación académica se demostró que tenía resultados positivos en cuanto a la minimización de las creencias sexistas de los estudiantes (23). No obstante, un estudio realizado recientemente demuestra que los estudiantes no han adquirido conocimientos sobre la violencia de género y no se ven preparados para abordar este tipo de casos al terminar la carrera, por lo que se reafirma la importancia de enseñar a los futuros profesionales de enfermería en este tema (24). En algunas universidades catalanas se ofrece formación de violencia de género y de igualdad en una asignatura en concreto en un curso o en diversas asignaturas a lo largo del grado, aquí hay un ejemplo:

- UdL: En 1º de carrera tratan el abordaje a la víctima y al agresor en Psicología, en 2º en Sociología se trabaja de forma teórica estudiando y analizando los protocolos hospitalarios si tenían o no y si se ha utilizado alguna vez, en 3º se profundiza el tema en Cuidados de enfermería comunitaria donde estudian los signos y síntomas para una detección precoz y adecuada y que actitudes y estrategias hay que utilizar para abordar el problema
- UdG: En 1º de grado se trabaja desde la asignatura Atención de enfermería a la persona sana (asignatura optativa) donde se forma a los estudiantes para una detección precoz de la violencia de género en población joven y hacerlos partícipes de la responsabilidad social que tienen como personas y ciudadanos. Además celebran la Semana de la Salud en el mes de abril con una conferencia dirigida a todos los estudiantes con el apoyo de los Mossos d'Esquadra de la Generalitat de Cataluña para ofrecerles los conocimientos adecuados como profesionales y los canales de derivación y circuitos que hay establecidos.
- URV: Empiezan a ver este tema en 2º de carrera donde se da esta formación en la asignatura Antropología y ciudadanía y luego en 3º como optativa en Salud, género y desigualdades sociales.

- UAB: No trata el tema desde ninguna asignatura.
- UB: No trata el tema desde ninguna asignatura.
- UVic: No trata el tema desde ninguna asignatura.
- EUG: Se daba la asignatura Género y Salud hasta el curso académico 2015-2016, año en que se retiró del itinerario educativo de la escuela.

4 Marco conceptual

4.1 Recogida de datos

La violencia de género se define como la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres (estatus de dominación masculina) que incluye la violencia física, sexual y psicológica (25). La violencia de los hombres sobre las mujeres suele comenzar de forma insidiosa por lo que es difícil reconocerla, incluso por la propia mujer, y progresivamente va aumentando en intensidad y frecuencia. Además, existe un ciclo de la violencia, definido por Leonore Walker en 1979 (26), que recoge tres fases:

- Tensión: existe una escala gradual de irritabilidad por parte del hombre, sin motivo comprensible para la mujer, con discusiones donde aparecen la violencia verbal y ademanes premonitorios de agresión física.
- Agresión: estalla la violencia con agresión física, psíquica y/o sexual. Suele ser la fase donde la mujer denuncia o pide ayuda.
- Calma o luna de miel: desaparecen la violencia y la tensión y se inician por parte del agresor estrategias de manipulación afectiva y falso arrepentimiento, lo que hace difícil la decisión de la mujer de romper con la situación. Esta fase durará cada vez menos tiempo hasta hacerse inexistente (27).

En España, de las mujeres asesinadas entre los años 2010-2011, 13 habían puesto más de una denuncia y de las denunciadas y asesinadas el 54% tenía vigente medidas penales de protección en el momento de la muerte pero solo en el 11,5% de los casos se consideró que el riesgo era extremo o alto. Teniendo

en cuenta que la violencia de género es un problema que repercute en toda la sociedad porque tiene unos costos sociales y económicos debido a que las mujeres pueden sentirse aisladas e incapacitadas para trabajar, perder su sueldo y su fuerza para llevar a cabo las actividades cotidianas y por ello es necesario que la sociedad disponga de programas de prevención con los que responder.

Por lo dicho anteriormente, los poderes públicos no pueden ser ajenos a la violencia de género y por ello tienen, conforme a lo dispuesto en el artículo 9.2 de la Constitución, la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos los derechos fundamentales como la libertad, la igualdad, la vida, la seguridad y la no discriminación. En los últimos años se han producido en el derecho español avances legislativos con la finalidad de luchar contra la violencia de género. Todas estas leyes han incidido en distintos ámbitos civiles, penales, sociales o educativos a través de sus respectivas normativas.

La primera vez que se aprobó una ley que tiene un único texto legal respecto al abordaje contra la lucha contra la violencia de género en España desde diferentes ámbitos de la sociedad es la Ley orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que tras ser revisada 10 años después, se reconsideraron una gran variedad de reformas, tales como la ampliación del concepto de violencia de género que a su vez considera otras formas de violencia que se dan en otros ámbitos distintos de la pareja o expareja, también amplía la condición de víctima a los menores hijos/as y a todas las personas que dependan de la mujer afectada, se eliminan barreras a la hora de poder acceder a los beneficios y derechos de los programas de inserción socio laboral y a los organismos judiciales para los procesos penales, se garantiza la formación obligatoria e integral de los letrados y profesionales de la salud para que sean conocedores de las causas y consecuencias de la violencia de género y de los recursos de protección que existen con la finalidad de dar una respuesta completa y adecuada a las víctimas, endurece las penas de alejamiento, entre muchas otras reformas y, por otro lado, destaca la importancia de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las

C.C.A.A (28).

No obstante, las mejoras judiciales no garantizan la erradicación de la violencia de género sino que se necesita la implicación de todos los organismos y de toda la sociedad. Diversos estudios han demostrado que la prevención desde el ámbito educativo es muy eficaz ya que proporciona al alumnado los conocimientos adecuados para reconocer una situación de violencia de género y cómo actuar ante ella, además de sentirse más seguros respecto a futuras relaciones, aunque uno de ellos manifiesta que la mayoría de los programas de prevención que se hacen en adolescentes se limitan a la prevención primaria facilitando conocimientos y actitudes sobre las relaciones sanas, las señales de alerta ante la violencia de género pero pocos intentan proporcionar cambios conductuales como habilidades de comunicación, control de la ira y la resolución de problemas (29-34). Además no existen estudios de seguimientos de dichos programas con lo cual no se puede saber con certeza si los cambios han perdurado a lo largo del tiempo o no, por ello se considera que para propiciar cambios duraderos, es importante que se promulguen leyes y se formulen políticas que protejan a la mujer, combatan su discriminación y fomenten la igualdad de género. El presupuesto general del estado para la prevención de la violencia de género en España en 2016 fue de 25.228,18 millones de euros con la finalidad de que el 50% sea para los servicios que ofrece la dirección general de violencia de género a las mujeres que han padecido o padecen maltrato, cinco millones se transfieran a las C.C.A.A y a las ciudades de Ceuta y Melilla para garantizar el derecho a la asistencia social integral a las víctimas de la violencia de género y sus hijos e hijas, 4,7 millones se doten para campañas de sensibilización con el ánimo de promover la prevención y el rechazo social ante la violencia y la detección de primeras señales y dos millones de euros se destinan en forma de subvención para proyectos de atención a mujeres víctimas de trata de seres humanos con fines de explotación sexual y sus hijos e hijas menores o con discapacidad, podemos observar un ligero aumento respecto al 2014 donde el presupuesto fue de 21.800 millones de euros aunque ambos valores se quedan muy lejos de los 34.300 millones de euros que se destinaban

en 2010 (35, 36).

Desde la perspectiva de la salud pública las actuaciones orientadas a la prevención de la violencia contra las mujeres pueden darse en tres niveles de intervención:

- Primaria: Intervenciones dirigidas a evitar que se produzca la violencia.
- Secundaria: Medidas centradas en la atención integral que puede darse en AP o en urgencias o el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual después de una violación, con el objetivo de disminuir su impacto sobre la salud.
- Terciaria: Intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como casas de acogida, atención psicosocial a mujeres afectadas, atención a las secuelas en la salud o la rehabilitación de los perpetradores.

En la actualidad, la actuación sanitaria generalizada está principalmente orientada a la atención tras la detección de una situación de maltrato (o prevención secundaria). Una vez que la paciente reconoce ser víctima de violencia de género, se atiende únicamente a los síntomas físicos o psicológicos y no a la problemática que los ha originado. Como ya he mencionado con anterioridad, se reconoce a los servicios de salud entre los lugares más idóneos para la detección de este tipo de casos, ya que sólo el 5% (aprox.) de las mujeres víctimas de violencia denuncia a su agresor ante la policía o el juzgado. Sin embargo, según la OMS, la mayoría de las mujeres víctimas de violencia en el ámbito familiar acuden en algún momento al médico o médica de familia, por lo que los centros de salud son imprescindibles para identificar este tipo de víctimas, proporcionarles ayuda, y derivarlas a los recursos pertinentes, ya que se puede ofrecer una gran ayuda para la prevención de la violencia contra la mujer y dar una respuesta adecuada ante ésta pero para ello es necesaria la sensibilización y la formación de los profesionales de la salud, ya que es vital para visualizar este fenómeno que se esconde tras sintomatologías tan diversas(37). La Ley Integral, que entró en vigor el 29 de enero de 2005, reconoce la importancia de

dicha formación(38).

Actualmente, en España hay un protocolo llamado *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género* del año 2012 (39) donde se implica a todos los profesionales de la salud a investigar la posibilidad de maltrato en toda mujer que acude a la consulta y que no figure en su historial clínico que se le haya preguntado, también se informa al profesional de los signos y síntomas que puede presentar una mujer que sufre violencia de género para que el personal esté alerta para identificarlos como por ejemplo antecedentes de violencia, problemas gineco-obstétricos, síntomas psicológicos, aspectos sociales, síntomas físicos, utilización de servicios sanitarios (hiperfrecuentación) o información de que la mujer está siendo víctima de malos tratos a través de familiares, amistades u otros profesionales. También se facilitan métodos de abordaje una vez detectado el problema:

- **Valoración:** Debe ser integral y minuciosa, donde se evaluará la situación de peligro y se explorarán las expectativas de la mujer y si se encuentra en condiciones de tomar decisiones en relación a cambios en su vida, de manera que el ámbito biopsicosocial de la mujer, la situación de violencia, la seguridad y el riesgo que tiene la paciente deben quedar abordados por dicha valoración. Es muy importante que haya coordinación entre los profesionales de AP con los hospitales, servicios sociales y los cuerpos de seguridad o justicia para abordar el caso de la mejor manera posible.
- **Intervención:** Una vez confirmada la sospecha de malos tratos a una mujer el personal sanitario debe informarla, atenderla y trabajar con ella desde la consulta las diferentes posibilidades que hay, además derivarla en función del caso. Los profesionales deben ser conocedores de las fases en el proceso de cambio de las mujeres para actuar de una forma u otra y se recomienda el trabajo grupal como herramienta de escucha, reflexión, relación, apoyo y compañía en las fases de cambio en un entorno protegido y seguro. Además hay tres situaciones posibles en las que hay estipulados unos planes de actuación en función del nivel de riesgo para la mujer.

En todas las situaciones es preciso informar a la víctima de forma clara y completa de las intervenciones, tanto sanitarias como médico-legales que se vayan a realizar como el trabajo grupal, derivaciones a otros profesionales, el parte judicial... y de las posibles consecuencias que éstas pueden tener, asimismo hay que facilitar a la paciente todos los recursos que tiene a su disposición y que le pueden ser de gran utilidad.

Desde urgencias, según el protocolo común, las recomendaciones son las mismas que en AP pero sin el seguimiento en la consulta y dando prioridad a atender el estado de salud de la mujer tanto físico como psicológico con la finalidad de hacer un diagnóstico y ofrecer una atención adecuada, seguidamente hay que valorar la seguridad y el riesgo en que se encuentra la mujer y una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales se le proporcionará la información que necesite y se hará la derivación en función del caso y de acuerdo con los protocolos sanitarios e interinstitucionales de cada C.C.A.A (40-56). También habrá que informar a AP de la situación detectada para que se realice un seguimiento correcto de la paciente. Por otro lado, existe una obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial las lesiones de malos tratos, informando a la mujer de dicha actuación garantizando siempre su protección (57). Una de las propuestas de mejora de la Ley 1/2004 de 28 de diciembre respecto a la asistencia sanitaria es reforzar la aplicación del Protocolo de actuación Sanitaria Frente a la Violencia de Género ya que el Servicio de Atención telefónica 016 indica desde su experiencia que es habitual que la mayoría de casos de violencia psicológica, incluso ante lesiones reincidentes, no dispongan del parte de lesiones oportuno (28).

Los recursos que ofrece el protocolo son:

- A nivel nacional: Teléfonos de información 24h del Instituto de la Mujer (900 191 010 o bien el 900 152 152 para mujeres sordas), Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias (112), Policía Nacional (091), Guardia Civil (062)
- Recursos en las C.C.A.A: Servicio de Atención de Urgencias y

Emergencias en la C.C.A.A, SAM (Servicio de Atención a la Mujer de la Policía Nacional) en la C.C.A.A, EMUME(especialistas Mujer-Menores de la Guardia Civil) en la C.C.A.A, Policía Municipal, Presentación de denuncias, solicitud de orden de protección y de servicio de telasistencia móvil (ante la Policía Nacional, Municipal, Guardia Cviil, Comisarías, Fiscalía y Juzgados), Orientación y asesoramiento Jurídico (colegios de abogados, organismos de Igualdad de las C.C.A.A, Servicios Sociales de los ayuntamientos, Servicios de Atención a las Víctimas de Delitos Violentos y Contra la Libertad Sexual en los Juzgados, Organizaciones de mujeres o de inmigrantes) y casas de acogida.

Podemos ver diferencias en los protocolos europeos respecto al español, por ejemplo en el Reino Unido el *Domestic Violence: A resource manual for health care professionals in Wales* tiene más profundidad de contenido en el hecho de preguntar o no a las pacientes si sufren malos tratos, dejando a valorar por parte del profesional si ve necesario preguntarlo de forma indirecta o directamente excusando la pregunta con algo de información “Lo siento si alguien le ha preguntado por esto y no quiero ofenderla, pero sabemos que en nuestro país una de cada cuatro mujeres sufre violencia doméstica un tiempo durante su vida. Tengo noticia de que usted tiene un gran número de heridas/quemaduras/moretos... ¿Podría decirme cómo se ha hecho esas heridas?” las preguntas que aparecen en el manual se basan en las recomendaciones de las guías del Reino Unido que a su vez se basan en los modelos que se desarrollan en Estados Unidos. Por otro lado, tiene un apartado donde explica de quién es la responsabilidad de preguntar y atender a una paciente víctima de violencia doméstica, que según el manual la responsabilidad recaerá en cualquiera que tenga responsabilidad del cuidado de una persona, ya sea un médico, enfermera, comadrona, etc, y el personal joven debe tener la formación adecuada para saber actuar ante tal situación.

Históricamente, en Reino Unido ha habido numerosas políticas y documentos legales que dan relevancia al desarrollo de las intervenciones del sector sanitario

dirigidas a la violencia doméstica. En 2005 el Departamento de Salud publicó un manual para los profesionales sanitarios donde se recomendaba que todos deberían trabajar juntos en la investigación y proporcionar a las mujeres información sobre los servicios de apoyo en caso de abuso doméstico. En 2009 se estableció una tarea para averiguar qué servicios sanitarios podrían prevenir la violencia contra las mujeres i las niñas y provisionara servicios más efectivos para identificar y apoyar a las víctimas. La tarea consistía en cuatro subgrupos: violencia doméstica (incluyendo el impacto en los niños), violencia sexual contra las mujeres, abuso sexual contra los niños y prácticas tradicionales abusivas (mutilación genital, matrimonios forzosos, tráfico de mujeres) donde se coordinaron académicos eminentes, profesionales de la salud, del cuerpo de policía nacional, abogados de las organizaciones de mujeres, entre otros.

En Alemania la primera acción para combatir la violencia de género fue en 1999 y en el año 2000 se hizo un protocolo piloto que describía las intervenciones de los profesionales de salud basándose en el departamento de emergencias y accidentes del Charité Hospital de Berlín. Entre 2002 y 2005 se coordinaron algunos profesionales de salud y abogados expertos para elaborar estrategias que mejorasen el cuidado y la atención a las mujeres víctimas, asimismo cada comunidad desarrolló sus propios planes de acción y alianzas en contra de la violencia doméstica y por ello actualmente existen numerosas guías y recomendaciones para luchar contra la violencia de género. S.I.G.N.A.L fue la primera intervención en Alemania desarrollada por el área médica de los profesionales en accidentes y emergencias que es un acrónimo alemán que se refiere a:

- Sprechen (hablar para) la paciente sobre violencia y demostrar tu voluntad.
- Interview (entrevistar) a la paciente utilizando preguntas simples
- Gründlich (exhaustivo) examinar viejas y nuevas heridas que puedan ser indicativos de malos tratos.
- Notieren (anotar) y documentar todos los hallazgos y estados que pueden ser utilizados como evidencia.
- Abklären (aclarar) la necesidad de protección.

- Leitfaden (folletos) que deberían ser ofrecidos a la víctima y que contengan el teléfono de emergencias y los de servicios de apoyo.

Años más tarde se fundó la red Gesine que fue la primera intervención en relación a la violencia doméstica dirigida a los médicos generalistas que poco a poco fue replicándose en otras regiones. Gesine ofreció a los médicos generalistas el conocimiento y las herramientas para responder a las pacientes y conectar con ellas, de manera que se crearon enlaces entre las organizaciones locales y los profesionales de la salud. En estas intervenciones se dan mucha importancia al sector médico y ginecólogo ya que las enfermeras, aunque se les paga las horas extra que hacen, si quieren participar e involucrarse en el tema pueden ir de forma voluntaria en su tiempo libre a las reuniones que se hacen.

En Finlandia, el primer programa de prevención *Finnish National Programme for Prevention of Violence against Women and Prostitution* empezó en 1998 y duró cinco años, a raíz de este programa se publicaron numerosos manuales, informes, artículos y estudios, además de la realización de un proyecto de investigación durante dos años que dio como resultado un manual para la prevención de la violencia de pareja. En 2008 el Gobierno tomó la decisión de iniciar un plan nacional para reducir la violencia contra la mujer, sería un plan de acción inter-ministerial dado que se coordinarían el Ministerio de Interior, el Ministerio de Justicia, Ministerio de Asuntos Sociales y Salud y el Ministerio de Asuntos exteriores, la junta nacional de policía y la junta nacional de educación. (58)

En cuanto a la formación de los profesionales, hay varios estudios que afirman que el conocimiento del protocolo o guía para la atención a las víctimas de violencia de género es limitado y que la mitad de los profesionales sanitarios lo desconocen y es más común la utilización de los protocolos en AP que en hospitales, ya que existe mayor experiencia en detección en AP y en urgencias. También cabe destacar que tres cuartas partes de los profesionales de enfermería y medicina no cuentan con formación específica sobre este tema (42,

52, 59). Por ello, existe un cuestionario llamado *Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS)* considerado de los más completos en el contexto internacional para valorar la capacidad de respuesta de los profesionales de AP (medicina y enfermería, aunque podría aplicarse a otros profesionales) frente a la violencia de género (60). El PREMIS traducido al español, como se ha visto en otros estudios en otras traducciones (34, 61, 62), se considera que tiene una buena validez interna, alta fiabilidad y capacidad predictiva de las prácticas profesionales, hecho que permite que los estudios realizados con este cuestionario puedan ser comparables con los de otros países que también tengan una versión validada del PREMIS (63). En un estudio realizado en 15 centros de salud de cuatro C.C.A.A para determinar la frecuencia y los factores asociados a la realización de preguntas en la detección de la violencia de género, mediante el cuestionario PREMIS, se observó que el 67,2% de los profesionales preguntan sobre violencia en la consulta ya sea haciendo una derivación a otro servicio, consejo individual, o entrega de información y se asocia el hecho de realizar preguntas sobre violencia con tener más de 21 horas de formación, nivel formativo avanzado, conocer políticas y programas y disponer de protocolo y recursos apropiados de referencia. Por lo que se demuestra que la formación es imprescindible para el abordaje de la violencia de género y existe la necesidad de continuar invirtiendo en formación para el personal sanitario (64).

En otro estudio realizado en Reino Unido tiene unos resultados bastante similares ya que, de los profesionales de AP de dos ciudades distintas, solo el 46% cree que es correcto preguntar directamente a la víctima si sufre violencia de género y el 56% consideran no estar bien preparados para abordar este tipo de consultas por falta de formación, teniendo en cuenta que el 28% reconoce haber dedicado tiempo a este tema únicamente en las lecturas de la carrera o en el posgrado una hora (61).

Los hallazgos de un estudio hecho en Finlandia revelan que los profesionales del departamento de urgencias que tenían experiencia y protocolos para manejar

la situación ante un caso de violencia de género informaron haber ayudado a mujeres y maltratadores con más frecuencia que aquellos que desconocían el protocolo y que no tenían experiencia. El estudio concluye que los profesionales del departamento de urgencias no saben lo suficiente acerca de la legislación relativa a la violencia hacia la mujer y su deber profesional (65), información que nos demuestra la importancia de hacer más investigación, educación profesional y prevención de la violencia de género

La UE anima a los Estados miembros a elaborar planes de acción nacionales específicos teniendo en cuenta los datos nacionales y haciendo partícipes a la sociedad civil que trabajan con las mujeres víctimas para el desarrollo de los planes de acción con la finalidad de garantizar que éstos tengan unos resultados prácticos y sostenibles. En los ámbitos de empleo, educación, salud y TIC's la política de la UE es clara, se deben abordar las consecuencias de la violencia desde sus ámbitos respectivos gracias a intervenciones normativas específicas y planes de acción nacionales que se aborden desde los distintos ámbitos. Por otro lado, la UE debe garantizar la financiación de los programas de ayuda a la protección de niños, jóvenes y mujeres víctimas de la violencia de género y a la continuidad del programa Daphné.

En 2015 se hizo un estudio en España con 40 mujeres que fueron maltratadas y que no denunciaron a su agresor para ver desde AP como se trabaja la violencia de género. En dicho estudio se exponen las razones y dificultades por las que hay una baja detección de las pacientes maltratadas por parte de los médicos y médicas y por parte de las víctimas pero no se tiene en cuenta al profesional de enfermería, también se contempla la experiencia en violencia de género del personal médico pero no de otros profesionales sanitarios. El estudio concluye con unos resultados que demuestran la falta de formación de los profesionales en relación a este tema, la falta de conocimientos de los recursos sanitarios y la falta de implicación, ya que solo el 33,1% de los profesionales encuestados habían leído el protocolo del Ministerio. A su vez, como obstáculos que se podrían extrapolar a cualquier profesional sanitario nos encontramos con los más

habituales como son el no reconocimiento de maltrato por parte de la víctima, las barreras idiomáticas y culturales y la falta de tiempo en la consulta. Por parte de las mujeres víctimas de violencia de género encontramos como barreras y dificultades el sentimiento de culpa y vergüenza ante la situación que está viviendo, la negativa de la víctima al reconocimiento de que es víctima de violencia, el sentirse coaccionada para poner la denuncia, el miedo y temor al agresor si no encuentra apoyo y respuesta segura, el hecho de sentirse responsable del abuso, es decir, la autoinculpación y el grado de seguridad, atmósfera amigable y de confianza con el médico/a de AP (66).

5. DISCUSIÓN

Como ya he ido mencionando a lo largo del trabajo, vemos que el profesional de enfermería es clave para la detección de la violencia de género ya que la mayoría de las mujeres que sufren maltrato están dispuestas a hablar sobre ello cuando se les pregunta con respeto y sin juicios de valor. Asimismo, enfermería tiene un papel crucial en la atención a las víctimas en la prevención, detección y en conseguir que se verbalice el problema para poder realizar las intervenciones de un plan de atención individualizado que garantice al profesional una continuidad de cuidados. Por otro lado, se observa una evidente falta de formación por parte de los profesionales sanitarios en relación a la violencia de género y de los recursos existentes para abordarla, dicha formación no se da ni durante el grado universitario ni después, a no ser que el/la profesional decida formarse por su cuenta ya que, tal y como he comentado antes, actualmente de las seis universidades públicas de Cataluña solo cuatro realizan formación respecto a la violencia de género durante el itinerario académico del grado de enfermería, aunque cada vez hay más sensibilización y formación con la finalidad de avanzar en actuaciones normalizadas y prácticas homogéneas para su abordaje, así como los registros electrónicos y compartidos que mejoran el seguimiento y la evaluación del caso. Cabe decir que, aunque se ha avanzado mucho en diversas legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad de derechos, hay que fomentar otras vías como la educación en la igualdad desde colegios,

asociaciones, etc. Porque no se trata solo de números ni de contabilizar víctimas sino de sensibilización de la sociedad a través de la formación en la igualdad como prevención del problema.

A parte del sistema sanitario también existen numerosos programas dirigidos a la atención de la mujer víctima de malos tratos promovidos por las áreas de servicios sociales de ayuntamientos, C.C.A.A, asociaciones, etc., que únicamente tienen un objetivo asistencial y no están pensados como estudios de investigación para la evaluación de la efectividad de terminadas intervenciones preventivas. Por otro lado, desde el ámbito sanitario de investigación no hay suficientes estudios ni artículos científicos que permitan evaluar la efectividad de proyectos y prácticas asistenciales hecho que debería fomentarse más ya que es una gran necesidad para el avance asistencial.

Se debería tener en cuenta que existen necesidades sanitarias diferentes en función del sexo y del género, ya que desde la perspectiva del sexo hay factores biológicos y desde la perspectiva del género hay factores que influyen en la salud en función de las relaciones sociales, los roles familiares y las expectativas laborales asociadas a cada género que generan una sobrecarga física y emocional. La OMS y las directrices políticas de la Comunidad Europea recomiendan un abordaje igualitario en género y salud, ya que es fundamental para diseñar programas y políticas sanitarias que mejoren la calidad de vida y eviten y/o minimicen los efectos de las enfermedades con la finalidad de eliminar las desigualdades en la salud entre hombres y mujeres.

6. CONCLUSIONES

Enfermería es fundamental para la detección y el abordaje de la violencia de género y por ello no puede estar fuera de los pactos y proyectos que se ponen en marcha desde las instituciones públicas ya que, el/la enfermero/a es el primer contacto con el mundo sanitario de estas mujeres, ya sea desde urgencias o desde el CAP y por ello es necesario que se implique y se concrete en los

protocolos y guías de práctica clínica al grupo de enfermería en este tema.

Es importante que enfermería y todos los profesionales sanitarios estén bien formados en este ámbito porque como hemos podido ver, según la evidencia científica no hay suficiente formación y como consecuencia de ello los profesionales no se sienten capaces de detectar un caso ni tienen la seguridad que proporciona el saber sobre un tema en concreto, al atender a una víctima.

No obstante, cuando hablamos de formación de los profesionales no hay que olvidarse de la educación básica, donde debería fomentarse la educación sobre violencia de género y salud con la finalidad de erradicar los falsos mitos sobre el maltrato hacia la mujer, disminuir los prejuicios y fomentar la igualdad entre sexos, asimismo aquellas personas que decidan dedicarse al ámbito sanitario deberían tener una formación más exhaustiva durante su itinerante académico de manera que pueda ofrecer una atención adecuada a las víctimas. Por otro lado también sería interesante y de gran utilidad fomentar la investigación científica desde enfermería en este tema para así poder realizar una evaluación a lo largo del tiempo de los programas e intervenciones que se realizan con la finalidad de mejorar la atención asistencial hacia las víctimas y de mejorar la detección del problema.

Los cambios legislativos a nivel nacional e internacional y los distintos proyectos y acuerdos contra la violencia de género son muy necesarios y muy escasos. Actualmente la ley aunque va por buen camino aún no tiene la cobertura ni la finalidad que se espera que tenga, ya que el número de víctimas mortales sigue siendo alto.

7. PROPUESTA

Urge un gran cambio en el sistema educativo, donde se fomente la igualdad y el respeto entre sexos, se enseñe a diferenciar una relación sana de la que no lo es, se hagan proyectos para evaluar la visión de los adolescentes respecto a la

violencia de género y se eliminen los prejuicios y los mitos de la violencia de género.

Las leyes actuales son insuficientes y se necesita una reforma legislativa que proteja más a las víctimas y no queden desamparadas ni ellas ni las personas a su cargo, ya sean personas discapacitadas o hijos y que no victimice únicamente a la mujer sino que castigue por igual todo tipo de violencia, ya sea entre una pareja homosexual o de una mujer hacia un hombre.

Es necesaria una actualización de los protocolos sanitarios, donde se dé más visión a enfermería ya que suele ser el primer contacto con la víctima, y donde se concrete todos aquellos profesionales que tienen responsabilidad obligada a atender una mujer víctima de malos tratos para que no haya nadie que pueda creer que no es de su competencia.

También es importante hacer una revisión de dichos protocolos y del nivel de formación de los profesionales mediante el cuestionario PREMIS, de manera que se pueda saber cuándo un protocolo queda desfasado y además se pueda poner solución a la falta de conocimientos del personal.

Fomentar la investigación científica en relación a la violencia de género dado que hay muy poca evidencia científica y además no existen estudios de seguimiento con lo cual no es posible hacer una evaluación de proyectos muy interesantes y que sería de gran utilidad tener sus resultados.

Por otra parte también veo necesario hacer más sensibilización y concienciación a la población, pero llegando a las personas de otra manera, es decir, las malas noticias en el telediario y las campañas publicitarias no son suficientes, debería estudiarse otra forma de llegar a la población que dé más resultados que los actuales.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. WHO. 2013.
2. Nash M. Mujeres en el mundo: Historia, retos y movimientos. Madrid 2004. 333 p.
3. Arruda da Silva P, Pereira da Costa Kerber N, Costa Santos SS, Netto de Oliveira AM, Santos da Silva MR, Dos Santos Luz G. La violencia contra la mujer en el ámbito familiar: estudio teórico sobre la cuestión de género. *Enfermería Global*. 2012;11:251-8.
4. Forum WE. The Global Gender Gap Report 2014 2017 [Available from: <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2014/#frame/91c1a>].
5. Ministerio de Sanidad SSeI. Portal Estadístico Violencia de Género 2016 [Available from: <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>].
6. 62 millones de mujeres han sufrido malos tratos en Europa, pero sólo un tercio denuncia 2017 [Available from: http://www.europarl.es/es/sala_de_prensa/communicados_de_prensa/pr-2014/pr-2014-march/mujer.html].
7. Bosch-Fiol E, Ferrer-Pérez VA. Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*. 2012;24(4):548-54.
8. Foran M. Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. 2008;28(7):1222–34.
9. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*. 2012;3(2):231-80.
10. Vives-Cases C, Gil-González D, Plazaola-Castaño J, Montero-Piñar MI, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, et al. Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. *Gaceta Sanitaria*. 2017;23:100-6.
11. Sanz-Barbero B, Heras-Mosterio J, Otero-García L, Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gaceta Sanitaria*. 2016;30:272-8.
12. Europa Cd. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. In: cooperación

Mdaeyd, editor. Estambul2011.

13. FECYT. COST / Otros programas / Más Europa / Horizonte2020 2017
[Available from: <http://eshorizonte2020.es/mas-europa/otros-programas/cost>.

14. Sanz-Barbero B, Otero-García L, Boira S, Marcuello C, Vives Cases C. Acción COST Femicide Across Europe, un espacio de cooperación trasnacional para el estudio y el abordaje del feminicidio en Europa. Gaceta Sanitaria. 2016;30:393-6.

15. Comisión Europea : CORDIS : Programas : Programa Daphne II 2004
[Available from: http://cordis.europa.eu/programme/rcn/835_es.html.

16. Casique Casique L, F. Furegato AR. Violencia perpetrada por compañeros íntimos en mujeres. Index de Enfermería. 2007;16:17-21.

17. Carrilero López S, Martínez Díaz JM, Flores Bienert MD. Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. Enfermería Global. 2012;11:430-45.

18. Rangel da Silva L, Domingues Bernardes Silva M, Mota Xavier de Meneses T, Rodríguez Borrego MA, Meneses dos Santos IM, Lemos A. El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de enfermería. Enfermería Global. 2011;10:0-.

19. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gaceta Sanitaria. 2008;22:7-10.

20. Medina-Maldonado VE, Landenberger M, de Gómez RR, Patrizzi MO. Experiencias de enfermeras en prevención de la violencia de género y asistencia a mujeres afectadas. Revista Cubana de Enfermería. 2015;31(4).

21. Suárez DÁ. ¿ Está preparada enfermería para la detección y atención de mujeres víctimas de violencia de género? Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia. 2011;8(34):15.

22. Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enfermería Global. 2014;13:424-39.

23. Macías Seda J, Gil García E, González Rodríguez MdM. Asignatura " Género y salud" en el Grado Universitario de Enfermería: minimizar creencias

sexistas. 2012.

24. Rigol-Cuadra A, Galbany-Estragué P, Fuentes-Pumarola C, Burjales-Martí MD, Rodríguez-Martín D, Ballester-Ferrando D. Perception of nursing students about couples' violence: knowledge, beliefs and professional role. *Revista latinoamericana de enfermagem*. 2015;23(3):527-34.

25. Fernández Alonso MC. *Violencia doméstica* 2003; 12:[3 p.]. Available from: https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2007m3n12/rceap_a2007m3n12a1.pdf.

26. valenciana G. ¿Qué es el ciclo de la violencia? - Programa d'atencióo sanitària a la violència de gènere o domèstica 2017 [Available from: <http://sivio.san.gva.es/146>.

27. Chamorro HM. *Manual de protección a víctimas de violencia de género*: Editorial Club Universitario; 2008.

28. Género DdGplVd. Reflexiones y propuestas de reforma de la ley orgánica 1/2004

de 28 de diciembre así como otras normas relacionadas en materia de violencia de género con motivo de la celebración del décimo aniversario de la entrada en vigor de la norma. In: Ministerio de sanidad ssei, editor.: Secretaría de estado de servicios sociales e igualdad; 2014. p. 34-7.

29. Díaz-Aguado Jalón MJ. Prevenir la violencia de género desde la escuela. *Revista de Estudios de Juventud*. 2009;86:31-46.

30. HERNANDO GÓMEZ Á. La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. 3. 2007;25:325-40.

31. Final M. *Violencia de género en las universidades españolas*. 2008.

32. Martínez Gómez JA, Rey Anacona CA. Prevención de violencia en el noviazgo: una revisión de programas publicados entre 1990 y 2012 - Dialnet. *Pensamiento psicológico*, ISSN 1657-8961, Vol 12, Nº 1, 2014, págs 117-132. 2014.

33. Genovés VG, Tello MC. La prevención de la violencia en la relación amorosa entre adolescentes a través del taller «La Máscara del Amor» The prevention of dating violence in youth: The «Mask of Love» workshop. *Revista de Educación*. 2009;349:335-60.

34. Papadakaki M, Petridou E, Kogevinas M, Lionis C. Measuring the

effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice. BMC Med Educ [Internet]. 2013; 13:[46 p.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-13-46>.

35. Presupuestos generales del estado: Actuaciones para la prevención integral de la violencia de género. In: Ministerio de sanidad ssei, editor. 2016.

36. género DdgpIvd. El presupuesto de la delegación del gobierno para la violencia de género para el año 2015 ascenderá a 23,7 millones de euros. In: Ministerio de sanidad ssei, editor. 2015.

37. OMS | Violencia contra la mujer. WHO. 2017.

38. Reforma de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, 1/2004 (2005).

39. Ministerio de Sanidad SSeI. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. In: Informes eei, editor. Madrid2012. p. 41-65.

40. Antón Beltrán C. Protocolo marco de actuación profesional para casos de violencia de género en Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades; 2008.

41. Armentia González I, Arroyo Valiente E, Estébanez Ortega A, Fagunde Rebolledo S, García González MÁ. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Cantabria: Dirección General de Salud Pública; 2007.

42. Alcaraz CL, Roche FP, Hernández MT, Meseguer CB, Rodríguez JDP, Esparza AO. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. 4. 2014.

43. Darías San Sebastián C, Ruano León JM, Montalbán Huertas I, Garrido García V, Fuentes González M. Protocolo de coordinación interinstitucional para la atención de las víctimas de violencia de género en la comunidad autónoma de Canarias. Canarias: Gobierno de Canarias; 2009.

44. Departamento de Bienestar Social DyJ. Protocolo de actuación coordinada en la asistencia a víctimas de violencia de género. Guía para profesionales. Gobierno de Navarra; 2006.

45. Díez Ripollés MP, Valdivielso Ld, Aparicio Ortigosa F, Aretio Romero MA, Cuartero Iturralde ML, Díaz Sancirán R, et al. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres.

46. Fernández López J, Noeno Ceamanos LM, Fernández Abadía AM, Silva Gayoso R, Zubiri de Salinas F, Rivera Hernández JM, et al. Protocolo de Coordinación Interinstitucional para la Prevención de la Violencia de Género y Asistencia a la Víctimas en Aragón. Gobierno de Aragón; 2008.
47. Balears GdII. Protocolo interinstitucional de detección, prevención y atención de la violencia machista y en casos de ataques sexuales de las Illes Balears. Illes Balears: Conselleria d'Afers Socials , Promoció i Immigració; 2016.
48. Extremadura Jd. Protocolo interdepartamental para la erradicación y prevención de la violencia contra la mujer. Consejería de Igualdad y Empleo; 2016.
49. Mestre Escrivá MV, Tur Porcar AM, Samper García P. Protocolo de Actuación para la atención de las mujeres víctimas de violencia de género. Valencia: Generalitat Valenciana; 2015.
50. Osakidetza. Protocolo sanitario ante el maltrato en el ámbito doméstico y la violencia sexual contra las mujeres. Departamento de Sanidad; 2008.
51. Suárez Ramos M, Borrás Pruneda S, Frías Oncina I, Llamas Martínez MV, Vizueté Rebollo E. Protocolo andaluz de actuación sanitaria ante la violencia de género. Andalucía: Junta de Andalucía; 2015.
52. Torrecilla Hernández MD. Estudio de la opinión de profesionales sanitarios sobre la violencia de género. Murcia: Universidad de Murcia; 2016.
53. Toruné 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. Dirección General de Asistencia Sanitaria (SMS); 2007.
54. Galicia Xd. Protocolo de derivación entre as comunidades autónomas para a coordinación das súas redes de centros de acollida para as mulleres vítimas da violencia de xénero e os seus fillos e fillas. Diario oficial de Galicia; 2015.
55. de la Puente Martorell ML, Plasència Tradach A, Costa Sampere D, Brugulat Guiteras P, Medina Bustos A. Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya-Document Marc. Barcelona: Departament de Salut; 2009.

56. Rodríguez Gimena M, Pérez Alonso E, Moratilla Monzó L, Escortell Mayor E, Lasheras Lozano L, Domínguez Bidagor J, et al. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Dirección General de Salud Pública; 2008.
57. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. In: Ministerio de sanidad ssei, editor. 2012. p. 44-64.
58. Loraine J, Fernández C, Lo Fo Wong S, Pas L, Perttu S, Savola T. Health Sector Responses to Domestic Violence: Promising Intervention Models in Primary and Maternity Health Care Settings in Europe. Finland: Daphne III Programme; 2012.
59. Larrauri Barandela MÁ, Rodríguez Alonso E, Castro Feijóo TM, Pérez Zorele A, Ojea Montes B, Blanco Gómez MÁ. Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. *Enferurg*. 2010;2:36-43.
60. Short LM, Alpert E, Harris JM, Surprenant ZJ. PREMIS: A Comprehensive and Reliable Tool for Measuring Physician Readiness to Manage IPV. *Am J Prev Med*. 2006;30(2):173-80.
61. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract*. 2012;62(602):e647-55.
62. Connor PD, Nouer SS, Mackey STN, Tipton NG, Lloyd AK. Psychometric Properties of an Intimate Partner Violence Tool for Health Care Students. <http://dxdoiorg/101177/0886260510365872>. 2010.
63. Vives Cases Carmen TDJ, Carrasco Portiño Mercedes, Espinar-Ruiz Eva, Gil-González Diana, Goicolea Isabel. Validación de la versión española del cuestionario *Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey* (PREMIS). *Rev. Esp. Salud Publica* 2015.
64. Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastian M, Goicolea I. [Detection of intimate partner violence in primary care and related factors]. *Gac Sanit*. 2017.
65. Leppäkoski T, Paavilainen E. Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;22(15-16):2273-85.

66. Género DdGplvd. La atención primaria frente a la violencia de género: Necesidades y propuestas. In: Ministerio de Sanidad SSeI, editor. España2015.