



Guía de Actuación ante casos de Violencia de Género en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

Memoria presentada para optar al título de Graduado en Enfermería de la
Universidad Jaime I por Vicente Ortiz Melero en el curso académico 4º.

15/05/2018

Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG

Yo, Vicente Ortiz Melero, con NIF 53726649-Y, alumno de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universidad Jaime I, expongo que durante el curso académico **2017/2018**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado Guía de Actuación en la violencia de género en Urgencias., tutelado por el profesor XXXX, defendido en lengua castellana, en el período de **31 de mayo, 2018**.

Firmado: Vicente Ortiz Melero

Castellón de la Plana, 15/05/2018.

Agradecimientos.

En primer lugar, a la Universidad Jaime I y al equipo docente encargado de mi formación durante estos 4 años de Grado, no solo por atención y su conocimiento enseñado, sino también por su gran paciencia. En especial, a mi tutor XXXXX, por su motivación y ayuda en la realización de este trabajo, resolviendo todas aquellas dudas que me han ido surgiendo, así como también por sus continuos consejos.

A mi familia y amigos todo su apoyo y cariño mostrado a lo largo de estos cuatro años. Especialmente, quiero mencionar a mi madre, quien tras un primer año de muchas dudas acerca de dejar o no la carrera, me ayudó a reconducir la situación haciéndome ver que de verdad servía para esta dura profesión.

A José, actualmente enfermero de atención primaria de CS Cariñena, quien ya en primero me invito a pasar con él tiempo los sábados por la mañana, con el fin de ir conociendo más de cerca ciertos aspectos de nuestro trabajo, creando así una mayor motivación para afrontar los años posteriores. Es por ello, por lo que siempre le estaré agradecido.

A mis compañeros de grado, por su continuo apoyo a lo largo de estos cuatro años, que espero que sean los primeros de muchos de amistad. Especialmente a Paula Monzonís y Pablo Nicolau, con quienes espero estar dentro de poco trabajando en Reino Unido, continuando así el camino que iniciamos juntos.

A los enfermeros de los diferentes Servicios conocidos a lo largo de este tiempo, quienes siempre se preocuparon de enseñarme el máximo conocimiento posible, solucionando todas aquellas dudas que se me pudieran ir planteando. Ha sido un placer trabajar codo con codo, con todos y cada uno de vosotros/as.

Ya por último, dedicarles el presente trabajo a todas aquellas mujeres quienes a lo largo de su vida padecieron esta dura realidad de la trata el presente trabajo. De especial importancia, a todas aquellas mujeres quienes perdieron la vida a manos de un hombre.

Únicamente puedo decirles una y mil veces, gracias!

Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	2
1. Introducción.....	3
1.1. Concepto.....	3
1.2. Origen y factores de riesgo.....	4
1.3. Factores de protección.....	6
1.4. Reconocimiento.....	6
2. Epidemiología.....	8
2.1. Evolución de la violencia de género y violencia doméstica en España.....	8
2.2. Víctimas de violencia de género y violencia doméstica por sexo y edad.....	8
2.3. Víctimas de violencia de género y violencia doméstica por comunidades y ciudades autónomas.....	11
3. Justificación.....	14
4. Objetivos.....	15
4.1. General.....	15
4.2. Específicos.....	15
5. Metodología.....	16
5.1. Diseño.....	16
5.2. Palabras clave y descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica.....	16

5.3. Estrategia de búsqueda.	17
5.4. Criterios de inclusión y exclusión.	19
5.5. Resultados de la revisión.	20
6. Guía de Actuación en la violencia de género en Urgencias.....	23
6.1. Detección y valoración.	24
6.2. Identificación y valoración.	26
6.3. Actuación y seguimiento.	27
6.4. Actuación legal.	29
6.5. Notificación al sistema de vigilancia epidemiológica de indicadores de violencia de género.	30
7. Discusión y Limitaciones.....	31
8. Conclusiones.	37
9. Referencias bibliográficas.....	38
10. Anexos.	42
Anexo 1: Cuestionario AAS.....	42
Anexo 2: Cuestionario DA.....	47
Anexo 3. Tabla resumen de artículos filtrados.....	50
Anexo 4. Herramientas de lectura crítica.	56

Índice de Tablas

Tabla 1: Factores de riesgo de la violencia de género.....	5
Tabla 2: Factores protectores de la violencia contra la mujer.....	6
Tabla 3: Víctimas de violencia de género por edad..	9
Tabla 4: Víctimas de violencia doméstica por edad y por sexo.....	10
Tabla 5: Evolución de víctimas de violencia de género por comunidades y ciudades autónomas en las que se ha inscrito el asunto..	12
Tabla 6: Evolución de víctimas de violencia doméstica por comunidades y ciudades autónomas en las que se ha inscrito el asunto..	13
Tabla 7: Descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica.....	16
Tabla 8: Descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica.....	17
Tabla 9: Estrategia empleada para la búsqueda..	17
Tabla 10: Estrategia empleada para la búsqueda. Parte II.....	18
Tabla 11: Estrategia empleada para la búsqueda. Parte III.	19

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo ecológico de factores asociados con la violencia infringida por la pareja... ..	5
Figura 2: Consecuencias de la violencia de género en las mujeres maltratadas.	7
Figura 3: Evolución de víctimas de violencia de género y violencia doméstica.....	8
Figura 4: Tasas de violencia de género por edad (tasas por 1.000 mujeres y más años).	10
Figura 5: Tasas de víctimas de violencia doméstica en 2016, según sexo y edad (tasas por 1.000 habitantes).	11
Figura 6: Tasas de víctimas de violencia de género por comunidades y ciudades autónomas en las que se han inscrito los asuntos (tasas por 1.000 habitantes).....	12
Figura 7: Mapa conceptual de la búsqueda bibliográfica.....	22
Figura 8: Algoritmo de Actuación..	24

Índice de Abreviaturas

AAS: Abuse Assessment Screen.

CASPe: Critical Appraisal Skills Programme Español.

CCAA: Comunidades Autónomas.

CV: Comunidad Valenciana.

DA: Danger Assessment.

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

FR: Factores de Riesgo.

HC: Historia Clínica.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

MeSH: Medical Subject Headings.

MT: Malos Tratos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PS: Personal Sanitario.

SU: Servicios de Urgencias.

VD: Violencia Doméstica.

VG: Violencia de Género.

Resumen.

Introducción/Justificación: Se entiende por violencia de género, aquella violencia que afecta a las mujeres por el mero hecho de serlo, pudiendo ser esta psicológica, física, sexual, económica o ambiental. Entre los factores de riesgo podemos encontrar la pertenencia de las mujeres a grupos marginados, el abuso de sustancias o la falta de sanción para los perpetradores. A diario, los servicios de urgencias atienden a víctimas de esta violencia, aunque no siempre son detectadas como tal.

Objetivos: Establecer unas pautas comunes para el personal sanitario del Servicio de Urgencias para la atención de las mujeres que padecen violencia de género.

Metodología y Resultados: Se realizó una revisión de la bibliografía. Para ello, se combinaron una serie de palabras clave mediante los operadores booleanos AND y OR. Se utilizaron 6 bases de datos: PubMed, Cochrane, CINAHL, National Guideline CleringHouse, Nursing&Allied Health Database y Cuidatge, además de algunas páginas web. Además se aplicaron una serie de filtros y criterios de inclusión y exclusión con la intención de acotar la búsqueda, obteniéndose un resultado final de 17 artículos. Se propone una guía de actuación.

Discusión: Los resultados nos muestran a los servicios sanitarios, y más concretamente a los servicios de urgencias, como lugares idóneos para la identificación y prevención de los casos de violencia de género. Siendo necesario el desarrollo de protocolos y guías clínicas que articulen el rol del personal sanitario en la atención de estas víctimas.

Palabras clave: Violencia de género, violencia doméstica, guía de práctica clínica, servicios de urgencias y enfermería.

Abstract.

Introduction/Justification:

Violence against women is understood as violence that affects women for the mere fact of being so, which may be psychological, physical, sexual, economic or environmental. Between the risk factors we can find the belonging of the women to alienated groups, the abuse of substances or the absence of sanction for the perpetrators. Every day, the emergency service attend to victims of this violence, although not always they are detected as such.

Objective: To establish a few common rules for the sanitary personnel of the first aid service for the attention of the women who endure genre violence.

Methodology and Results: A review of the bibliography was realized. For it, a series of keywords were combined using the Booleans operators AND and OR. We used 6 databases: PubMed, Cochrane, CINAHL, National Guideline CleringHouse, Nursing & Allied Health Database and Cuidatge, as well as some web pages. A clinical guideline is proposed.

. Also there were applied a series of filters and criteria of inclusion and exclusion with the intention of annotating the search, being obtained a final result of 17 articles.

Discussion: The results show us to the sanitary services, and more specifically to the first aid service, like suitable places for the identification and prevention of the cases of violence of genre. Being necessary the development of protocols and clinical guidelines that articulate the role of the sanitary personal in the attention of these victims.

Key words: Violence Against Women, Domestic Violence, Emergency Medical Services, Nursing and Practice Guideline.

1. Introducción.

Violencia doméstica, violencia de género, violencia contra la mujer o violencia conyugal, son formas diferentes para definir un mismo problema (Ali, Naylor, Croot & O'Catlain, 2015).(1)(2)

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad. Abarca no únicamente las agresiones del tipo físico, sino también el maltrato psíquico y sexual. (3)

A lo largo de la historia , ha permanecido oculta siendo además, justificada. Se escondía, y esconde, dentro del ámbito familiar, impidiendo así su visualización social y produciendo en las víctimas graves consecuencias físicas y psicológicas, llegando en algunos casos al asesinato de la víctima por parte del agresor. (4)

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en 1993, se subrayó la importancia de eliminar la violencia hacia las mujeres tanto en la vida privada como pública y se instó a los países a combatirla, hasta el punto que en 1996 la OMS convirtió este tipo de violencia en una prioridad en salud pública en todo el mundo, debiendo los estados evaluar la dimensión del problema en sus territorios. (5)

1.1. Concepto.

Se entiende por violencia de género (VG), aquella violencia que afecta a las mujeres por el mero hecho de serlo; constituyendo un atentado contra su dignidad y libertad.(6)

Según la definición aportada por la ONU, violencia contra la mujer resulta "cualquier acto de violencia de género que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de estos actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como privada". (7)

Tal y como se señala en la definición, existen diferentes formas de violencia bajo el nombre de violencia de género, las más comunes señaladas son:

- **Violencia psicológica:** la cual comprende toda agresión en forma de insultos, humillaciones, desprecios, descalificaciones, abandono, amenazas o aislamiento social. (5)
- **Violencia física:** son las conductas en las que se usa la fuerza para producir heridas o lesiones corporales en las víctimas, se consiga o no el objetivo. (5)
- **Violencia sexual:** cualquier actividad no deseada impuesta a la mujer a través de intimidación o coacción, o bien en otras situaciones de indefensión. (5)
- **Violencia económica:** dirigida a controlar de forma estricta el manejo del dinero que realiza la mujer, quien debe rendir cuentas al maltratador de todos sus gastos. (5)
- **Violencia ambiental:** considerado cualquier acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el entorno para intimidar a la mujer; despliegues de fuerza con la intención de que la mujer perciba que lo mismo le puede ocurrir a ella. (5)

1.2. Origen y factores de riesgo.

La VG representa un mecanismo de control cuyo origen se encuentra en la jerarquía sexual según la cual las mujeres tienen un mandato de obediencia y sumisión a los varones. Este trato deriva de la creencia ancestral de que la mujer es propiedad del hombre, quien puede tratarla como juzgue adecuado. (6)

La violencia se ejerce sobre las mujeres independientemente de su estado civil, de su procedencia, de su clase social o de su cultura, y aunque pueden existir factores que incrementen la prevalencia, el único factor de riesgo es ser mujer.(3)(8)

Así pues, tal y como aparece en la Tabla 1, entre los FR predominantes para que se produzca la violencia se encuentran por ejemplo las construcciones sociales en función del género, la cultura patriarcal y la normalización o legitimización de los significados de violencia, pero no se puede dejar de lado otros factores como las presiones laborales, las condiciones de exclusión social, la pobreza, el excesivo consumo de alcohol u otras sustancias

alucinógenas, la historia de violencia en la familia de origen, experiencias violentas en la infancia o el inadecuado manejo de la ira, entre otros.(9)(10)

Tabla 1: Factores de riesgo de la violencia de género. Fuente: ONU Mujeres. Entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de Género y el Empoderamiento de las mujeres.

FACTORES DE RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> • Atestiguar o experimentar abuso desde la infancia. • Abuso de sustancias, asociado a una mayor incidencia de la violencia. • Pertenencia de las mujeres a grupos marginados o excluidos. • Limitadas oportunidades económicas. • Conflicto y tensión dentro de una relación íntima de pareja o de matrimonio. • Control masculino en la toma de decisiones y respecto a los bienes. • Actitudes y prácticas que refuerzan la subordinación femenina y toleran la violencia masculina. • Un limitado marco legislativo y de políticas para prevenir y hacer frente ante la violencia. • Falta de sanción para perpetradores de la violencia. 	

Ninguno de estos factores por si solo explica por qué existen estos comportamientos violentos o por qué existen en mayor número en unas comunidades u otras, sino que la VG es el resultado de la interacción entre los factores individuales, relaciones, sociales, culturales y ambientales. (11)

Por ello, Heise, Elsberg y Gottemoeller en el año 1999 desarrollaron un modelo ecológico de los factores asociados a la VG, tal y como muestra la figura 1. (11)

Figura 1: Modelo ecológico de factores asociados con la violencia infringida por la pareja. Fuente: Elaboración propia. Tomado de Heise, Elsberg y Gottemoeller 1999.



1.3. Factores de protección.

Por otro lado, existen factores que reducen significativamente el riesgo de las mujeres de sufrir violencia, estos son los denominados factores protectores. Entre estos podemos encontrar: (10)

Tabla 2: Factores protectores de la violencia contra la mujer. Fuente: ONU Mujeres. Entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de Género y el Empoderamiento de las mujeres.

FACTORES PROTECTORES

- Educación secundaria completa para niñas (y niños).
- Retardar la edad de matrimonios hasta los 18 años.
- Autonomía económica de las mujeres y acceso a entrenamiento de sus capacidades, crédito y empleo.
- Normas sociales que promuevan la equidad de género.
- Servicios que articulen respuestas con calidad con dotación de personal con conocimientos, capacitación y entrenamiento adecuado.
- Disponibilidad de espacios seguros o refugios.
- Acceso a grupos de ayuda.

Es importante recordar que el riesgo y los factores de protección no son causas directamente relacionadas pero están correlacionadas.

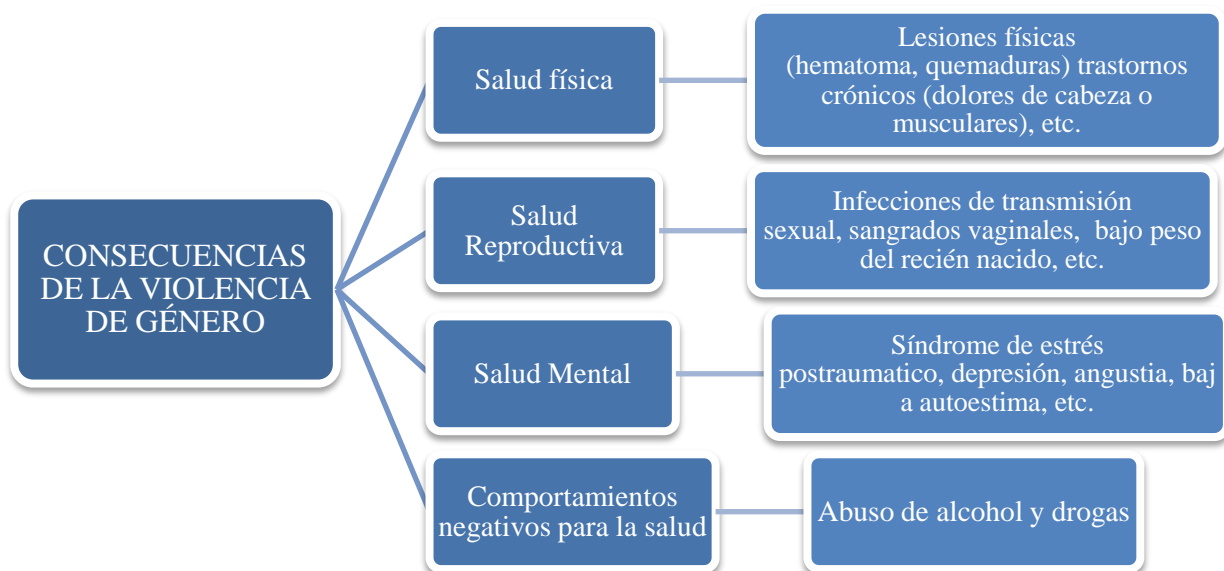
1.4. Reconocimiento.

Según un informe elaborado por la Organización Mundial de Salud (OMS), en el mundo, más de una de cada tres (35%) mujeres han sido víctimas de violencia de género, siendo la mayoría de veces el agresor la pareja de esta (30%). (7)

La infradetección es un grave problema que trae consigo la VG, ya que el número de casos diagnosticados es significativamente bajo en relación a los existentes. Además, generalmente, el diagnóstico de estos casos se realiza tras bastante tiempo de padecimiento por parte de las víctimas, situación que acarrea graves secuelas tanto físicas como psíquicas en la víctima para el resto de su vida.(12)

En las mujeres que padecen este tipo de violencia se puede reconocer toda una serie de signos y síntomas tanto físicos como psíquicos, entre los cuales podemos encontrar entre otros, la existencia de depresión, ansiedad, cefaleas, además de estos, también podemos observar problemas reproductivos como pueden ser infecciones de transmisión sexual, parto prematuro, aborto espontáneo o hipertensión entre otros, y comportamientos negativos para la salud como por ejemplo abuso de alcohol y drogas. (12)(13)(14)

Figura 2: Consecuencias de la violencia de género en las mujeres maltratadas. Fuente: Elaboración propia.



2. Epidemiología.

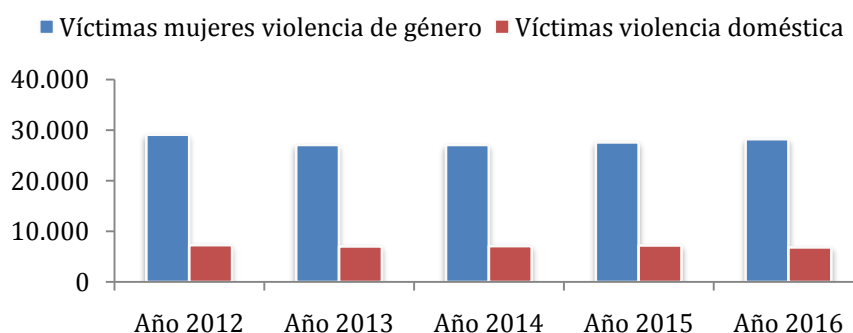
Según la OMS, se estima que en todo el mundo, alrededor de una de cada 3 mujeres sufre VG a lo largo de su vida, cifras que resultan realmente alarmantes.

2.1. Evolución de la violencia de género y violencia doméstica en España.

Tal y como podemos encontrar reflejado en el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2016 se inscribieron en el Registro como víctimas de VG y VD, 35.331 personas, de las cuales la gran mayoría de estas eran mujeres, 32.638. (15)

En la figura 3, se puede observar que existe un descenso gradual en cuanto a lo que a casos de violencia doméstica se refiere, así como también a la VG, aunque en esta última haya vuelto a aumentar en 2016 superando de nuevo los 28.000 casos.(15)

Figura 3: Evolución de víctimas de violencia de género y violencia doméstica. Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos extraídos del INE.



2.2. Víctimas de violencia de género y violencia doméstica por sexo y edad.

Se entiende por Malos Tratos a aquella violencia física, psicológica o sexual dirigida contra las mujeres por parte del marido, compañero, novio o ex pareja. (16)(17)

Esta situación es recogida en el Código Penal como delito de malos tratos, donde al margen de las penas por las lesiones causadas, existe el agravante por el hecho de ser producidas con habitualidad en el ámbito de la familia.(16)

Además, existen dos leyes muy importantes en la regulación de estos casos de violencia. Por un lado, encontramos la Ley 27/2003, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica, que al constatar la existencia de una situación objetiva de riesgo para una víctima de violencia doméstica, ordena su protección durante la tramitación de un proceso penal. Por otro lado, tenemos Ley orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género, la cual contempla tanto medidas asistenciales como de prevención, con especial atención a las políticas educativas que insistan en la igualdad y el respeto de los derechos de la mujer. (16)

En 2016, tal y como muestra la tabla 3, se llegaron a registrar 28.281 casos de VG, esto supuso un 2,4% más que el año anterior. Casi la mitad de las víctimas (48,6%), tenían entre 30 y 44 años de edad. La edad media de estas se situó en los 36,6 años. (15)

Tabla 3: Víctimas de violencia de género por edad. Fuente: INE.

	Año 2015	Año 2016
TOTAL	27.624	28.281
Menos de 18 años	637	569
De 18 a 19 años	909	957
De 20 a 24 años	3.093	3.277
De 25 a 29 años	3.785	3.863
De 30 a 34 años	4.638	4.558
De 35 a 39 años	4.928	5.057
De 40 a 44 años	3.794	4.118
De 45 a 49 años	2.632	2.654
De 50 a 54 años	1.521	1.496
De 55 a 59 años	738	754
De 60 a 64 años	381	403
De 65 a 69 años	267	247
De 70 a 74 años	143	147
75 y más años	158	181

En el año 2016 se registraros 6.683 víctimas en lo que a VD se refiere, significando un 5,1% menos que el año anterior. De estas, el 62,5% fueron mujeres mientras que el 37,5% fueron hombres. (15)

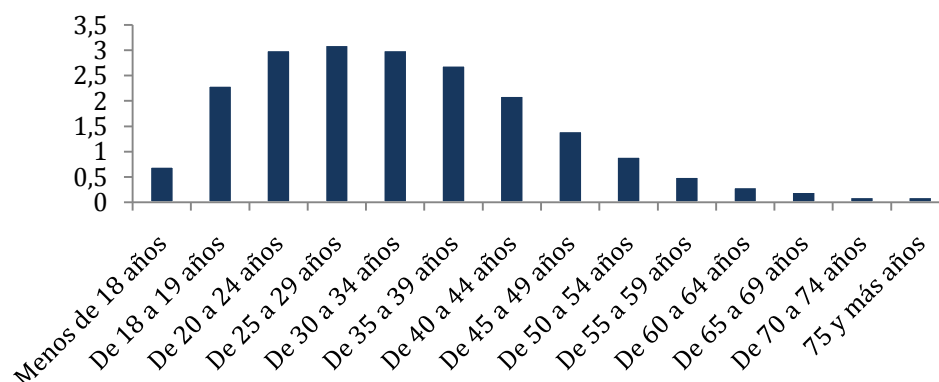
Cabe destacar dos hechos observables en la tabla 4, como son el significativo aumento de los casos en personas mayores de 74 años, desde el año 2015 al 2016, así como también el descenso de víctimas menores de edad.(15)

Tabla 4: Víctimas de violencia doméstica por edad y por sexo. Fuente: INE.

	Año 2015		Año 2016	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
TOTAL	2.677	4.552	2.574	4.289
Menos de 18 años	592	894	637	948
De 18 a 19 años	74	153	62	166
De 20 a 24 años	142	257	118	227
De 25 a 29 años	128	173	113	152
De 30 a 34 años	123	182	114	161
De 35 a 39 años	158	261	168	245
De 40 a 44 años	210	372	204	343
De 45 a 49 años	220	420	195	342
De 50 a 54 años	209	397	197	366
De 55 a 59 años	195	315	209	302
De 60 a 64 años	149	277	151	229
De 65 a 69 años	140	247	129	234
De 70 a 74 años	111	187	111	192
75 y más años	226	417	166	382

En el siguiente gráfico, se puede ver como gran parte de los casos de VG tienen como víctimas mujeres entre 20 y 40 años de edad. Además, existe un descenso gradual de los casos a partir de los 35 años de edad, siendo en edades más mayores cuando existen menor número de casos. (15) (Figura 4)

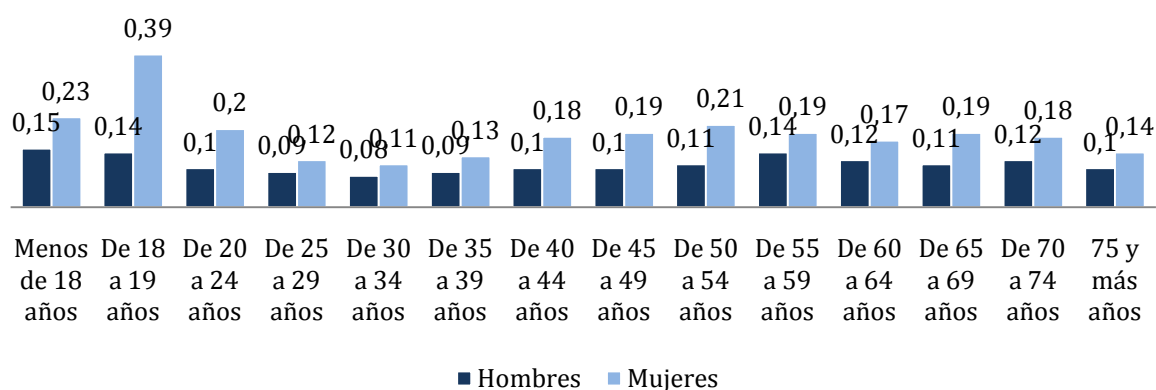
Figura 4: Tasas de violencia de género por edad (tasas por 1.000 mujeres y más años). Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del INE.



En términos relativos, se advierte que los asuntos de VD fue más frecuente entre aquellas mujeres de entre 18 y 19 años, con una tasa de 0,4 casos por 1.000 mujeres de ese grupo de edad. (15)

A diferencia de la VG, la incidencia de esta resulta mucho más uniforme a todas las edades, destacando en menores de 18 años con un 23,1% del total de los casos. La edad media de esta se situó en 41,5 años. (15) (Figura 5)

Figura 5: Tasas de víctimas de violencia doméstica en 2016, según sexo y edad (tasas por 1.000 habitantes). Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos del INE.



2.3. Víctimas de violencia de género y violencia doméstica por comunidades y ciudades autónomas.

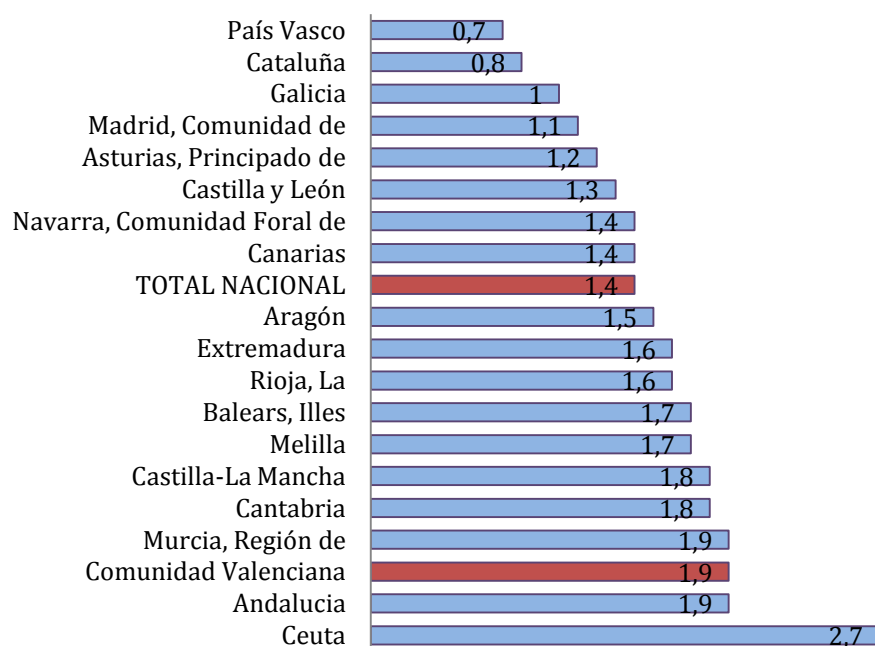
En lo que a Comunidades Autónomas (CCCAA) se refiere, las que tuvieron un mayor número de víctimas de VD en el año 2016 fueron Andalucía con 6.913 casos, Comunidad Valenciana (CV) con 4.067 y la Comunidad de Madrid con 3.200 víctimas. Por otra parte, las que registraron menor número de casos fueron Ceuta y Melilla, así como también La Rioja.(15) (Tabla 5)

Tabla 5: Evolución de víctimas de violencia de género por comunidades y ciudades autónomas en las que se ha inscrito el asunto. Fuente: INE.

	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
TOTAL	29.146	27.122	27.087	27.624	28.291
Andalucía	7.161	6.800	7.012	7.014	6.913
Aragón	728	713	771	713	875
Asturias, Principado de	448	441	466	485	565
Baleares, Illes	776	844	761	822	853
Canarias	1.432	1.341	1.163	1.261	1.301
Cantabria	334	363	374	391	470
Castilla y León	1.520	1.437	1.534	1.479	1.394
Castilla-La Mancha	1.611	1.510	1.532	1.576	1.550
Cataluña	3.038	2.444	2.301	2.588	2.518
Comunitat Valenciana	4.172	3.857	3.940	4.144	4.067
Extremadura	746	753	727	706	744
Galicia	1.294	1.253	1.215	1.187	1.280
Madrid, Comunidad de	3.427	3.036	2.973	2.865	3.200
Murcia, Región de	1.180	1.131	1.107	1.146	1.157
Navarra, Comunidad Foral de	311	320	319	347	378
País Vasco	675	610	577	545	644
Rioja, La	194	168	200	198	225
Ceuta	43	59	51	60	91
Melilla	58	52	64	97	56

En cuanto a la incidencia de violencia de género, se puede apreciar en la figura 5, a Ceuta como la ciudad autónoma con mayor tasa de casos, seguida de las CCAA de Andalucía y CV. Es por ello, por lo que tanto la VG como la VD constituyen en la CV un problema mayor, tanto por el número total de casos, como por la elevada tasa de víctimas por cada 1.000 habitantes, siendo esta última un 0,5 mayor que la Tasa Total Nacional. (15)

Figura 6: Tasas de víctimas de violencia de género por comunidades y ciudades autónomas en las que se han inscrito los asuntos (tasas por 1.000 habitantes). Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en el INE.



Por comunidades autónomas, la tabla 6 refleja que el mayor número de víctimas de VD en el año 2016 se sitúa en Andalucía (1.570), CV (923) y Cataluña (827). Mientras que donde menos casos de registraron fueron en Melilla (14) y Ceuta (22), así como en la Rioja (66).(15)

Tabla 6: Evolución de víctimas de violencia doméstica por comunidades y ciudades autónomas en las que se ha inscrito el asunto. Fuente: INE.

	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
TOTAL	7.298	7.060	7.084	7.229	6.863
Andalucía	1.671	1.644	1.596	1.628	1.570
Aragón	160	143	158	144	179
Asturias, Principado de	176	189	197	177	158
Baleares, Illes	138	142	152	165	156
Canarias	338	304	262	256	267
Cantabria	110	96	113	105	109
Castilla y León	428	441	433	429	407
Castilla-La Mancha	402	351	375	384	342
Cataluña	964	821	829	846	827
Comunitat Valenciana	912	976	973	1.014	923
Extremadura	196	210	194	201	191
Galicia	359	414	406	365	296
Madrid, Comunidad de	712	676	639	721	687
Murcia, Región de	282	209	262	274	253
Navarra, Comunidad Foral de	61	91	71	93	89
Pais Vasco	287	270	309	302	307
Rioja, La	73	61	92	74	66
Ceuta	11	5	4	24	22
Melilla	18	17	19	27	14

3. Justificación.

Las causas que han motivado la elección de este tema en concreto, las encontramos en la actualidad y prevalencia de este problema, así como las graves consecuencias que comporta. Por ello, se pretende realizar una búsqueda bibliográfica y Guía de Actuación de fácil uso para el abordaje de este tema en los Servicios de Urgencias.

Resulta inverosímil que en pleno siglo XXI, la VG continúe ocupando desgraciadamente parte en nuestro día a día. Comportando un problema que está aún por resolver en diferentes niveles: legislativo, sanitario, jurídico, etc.

Esta violencia produce toda una serie de consecuencias en la salud de las víctimas y en la de sus hijos, además de causar significativos costes a las comunidades y las diferentes naciones. (18)

Es por ello, por lo que se está formando de forma más concienciada al personal sanitario en la detección, sobre todo a los que trabajan en los SU, ya que existen estudios que demuestran que muchas de las mujeres que acuden a este servicio son víctimas de este tipo de violencia. (19) (20)

Por ello, la realización de un protocolo común compartido entre las diferentes comunidades y también porque no entre países, podría ayudar a combatir este grave problema, ya esta problemática no únicamente afecta a las mujeres sino a todos y cada uno de los sectores de la sociedad, constituyendo un atentado contra el derecho a la vida, la seguridad, la libertad y la dignidad de las mujer, y convirtiéndose pues en un obstáculo para el desarrollo de nuestra sociedad. Así pues, sobre los Estado recae el deber de combatirla para así buscar su erradicación.

En resumen, el presente trabajo pretende ser una herramienta con pautas uniformes de actuación sanitaria. Tal guía, impulsará actividades de prevención, detección precoz e intervención continuada a la mujer sometida a VG.

4. Objetivos.

4.1. General.

Establecer unas pautas comunes para el personal sanitario (PS) de los Servicios de Urgencias (SU) para la atención integral (esferas: física, psicológica, emocional y social) de las mujeres que padecen violencia de género.

4.2. Específicos.

- Dotar de unos conocimientos actuales y evidenciados al personal de enfermería en cuanto a la atención de pacientes que han padecido VG, incidiendo en la valoración e identificación de este tipo de casos, así como también en los cuidados que se deben proporcionar.
- Establecer una ruta clínica que permitan guiar las actividades de intervención sanitaria tras la detección y valoración de los casos de VG en los SU.
- Sensibilizar a los profesionales de la salud de la magnitud y gravedad del problema de la VG.
- Mejorar la prevención, detección y atención de los casos de VG.

5. Metodología.

5.1. Diseño.

Con la realización de este trabajo, se pretende realizar una propuesta de Guía de Actuación de Enfermería, con la finalidad de guiar su proceso ante un caso relativamente común en Urgencias como es un caso de Violencia de Género. Para ello, se ha efectuado una revisión de la literatura de los últimos años, con la finalidad de aportarle una base contrastada y evidenciada. Esta revisión tuvo inicio en enero el 2018, finalizando en abril del mismo año.

5.2. Palabras clave y descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica.

Tabla 7: Descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.

Palabra clave	Descriptor DeCS	Descriptor MeSH
Violencia de género	Violencia contra la mujer	Violence Against Women
Violencia doméstica	Violencia doméstica	Domestic Violence
Maltrato a la mujer	Maltrato conyugal	Spouse Abuse
Violencia en la pareja	Violencia de Pareja	Intimate Partner Violence
Violencia sexual	Delitos sexuales	Sex Offenses
Urgencias	Urgencias Médicas	Emergencies

Tabla 8: Descriptores utilizados en la búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia. Parte II.

Palabra clave	Descriptor DeCS	Descriptor MeSH
Servicios de Urgencias	Servicios Médicos de Urgencia	Emergency Medical Services
Enfermería	Enfermería	Nursing
Cuidados de enfermería	Atención de Enfermería	Nursing Care
Guía de práctica clínica	Guía de práctica clínica	Practice Guideline

5.3. Estrategia de búsqueda.

Tabla 9: Estrategia empleada para la búsqueda. Fuente: Elaboración propia.

Base de Datos	Estrategia de búsqueda	Nº Artículos	Filtros	Nº Artículos
PubMed	(((((emergencies) OR emergency medical services)) AND ((nursing) OR nursing care)) AND (((sex offenses) OR domestic violence) OR violence against women) OR intimate partner violence) OR spouse abuse))) AND clinical practice guideline	15	Humans Last 5 years	4

Tabla 10: Estrategia empleada para la búsqueda. Fuente: Elaboración propia. Parte II.

Base de Datos	Estrategia de búsqueda	Nº Artículos	Filtros	Nº Artículos
PubMed	(((emergencies) OR emergency medical services)) AND ((nursing) OR nursing care)) AND (((sex offenses) OR domestic violence) OR violence against women) OR intimate partner violence) OR spouse abuse)	302	Humans Last 5 years	66
	Spouse Abuse	7	Publication year: 2013-2016	7
National Guideline CleringHouse	Intimate Partner Violence	9	Publication year: 2013-2016	9
La Biblioteca Cochrane Plus	(((emergencies) OR emergency medical services)) AND ((nursing) OR nursing care)) AND (((sex offenses) OR domestic violence) OR violence against women) OR intimate partner violence) OR spouse abuse)	16		16

Tabla 11: Estrategia empleada para la búsqueda. Fuente: Elaboración propia. Parte III.

Base de Datos	Estrategia de búsqueda	Nº Artículos	Filtros	Nº Artículos
CINAHL	(((emergencies) OR emergency medical services)) AND ((nursing) OR nursing care)) AND (((sex offenses) OR domestic violence) OR violence against women) OR intimate partner violence) OR spouse abuse)	249	Texto completo Fecha publicación: 2012-2017	17
Cuidatge	Violencia de género AND Enfermería	2	-	2
Nursing&Allied Health Database	Emergency Medical Services AND Nursing Care AND Intimate Partner Violence	1840	Texto Completo Fecha Publicación Posterior a 2013.	358

5.4. Criterios de inclusión y exclusión.

5.4.1. Criterios de inclusión.

- Artículos completos.
- Fecha de publicación/ revisión posterior al año 2012.
- Idioma del artículo: Inglés o Castellano.
- Artículos que guarden relación con el tema tratado.

5.4.2. Criterios de exclusión.

- Publicaciones duplicadas en las bases bibliográficas visitadas.
- Artículos cuya temática sea diferente a la de estudio.
- Artículos que tengan acceso libre.
- Aquellos textos que traten sobre maltrato infantil o a ancianos.

5.5. Resultados de la revisión.

Para la búsqueda en las diversas bases de datos, se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "OR", obteniéndose un total de 2.440 documentos. Para acotar la búsqueda, se aplicaron a esta una serie de filtros, entre los que podemos encontrar: fecha de publicación menor a 5 años de antigüedad, escritos en lengua inglesa o española, que traten sobre la raza humana y que el texto se presente completo. Por otro lado, se aplicaron una serie de criterios de inclusión y exclusión con la intención de aproximar más la investigación a la finalidad del trabajo. Una vez realizado este filtraje se obtuvieron 479 artículos.

Posteriormente, se procedió a la lectura del título, palabras clave y resumen de los 479 artículos, reduciéndose los resultados a 32 artículos con información pertinente para nuestro estudio.

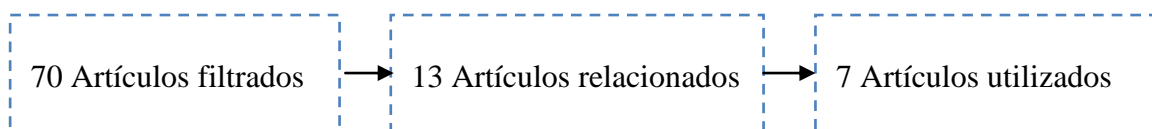
Sin embargo, de estos 32 artículos se eliminaron 1 por estar duplicado y 10 por presentar información no perteneciente al ámbito de estudio. Por lo que finalmente tras ser descartados estos 11 artículos, se obtuvieron 21 artículos relacionados. (Anexo 3)

Posteriormente, se procedió a comprobar la calidad metodológica de estos 21 artículos. Para ello se utilizaron dos herramientas de lectura crítica, el Programa de Habilidades de Lectura Crítica en Español (CASPe) y la plataforma de lectura crítica 2.0, debido a la imposibilidad de valoración de los estudios transversales mediante la primera de ellas. (Anexo 4)

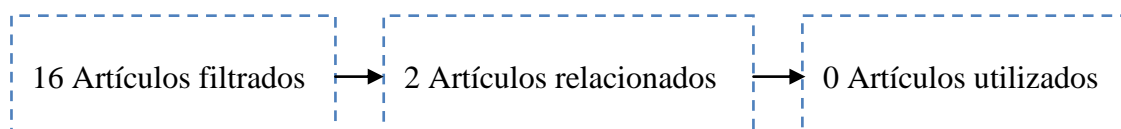
Por lo tanto, la primera de ellas se utilizó para la comprobación de las revisiones bibliográficas, estudios cualitativos y estudios de cohorte obtenidos en nuestra revisión; mientras que con la segunda de las herramientas, se comprobaron los estudios transversales.

Finalmente, 4 de ellos fueron descartados por no contener la calidad requerida, por lo que se obtuvieron 17 artículos útiles para el estudio. (Figura 7)

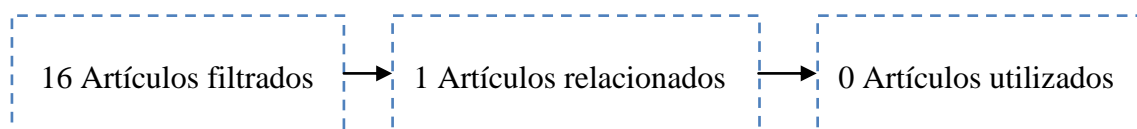
5.5.1. PubMed



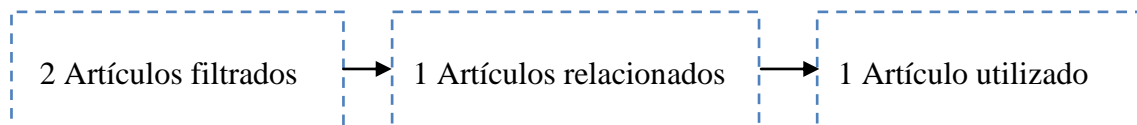
5.5.2. National Guideline Clearinghouse



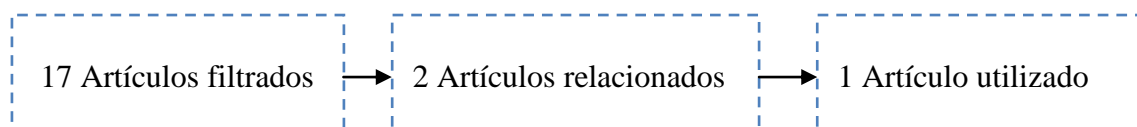
5.5.3. Cochrane



5.5.4. Cuidatge



5.5.5. Cinahl



5.5.6. Nursing & Allied Health Database

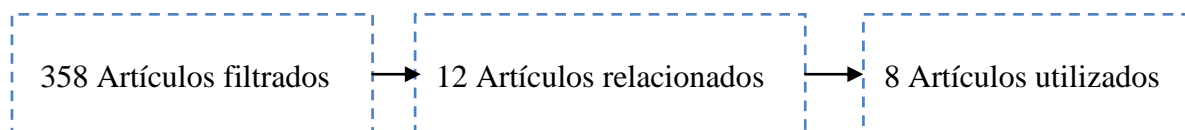
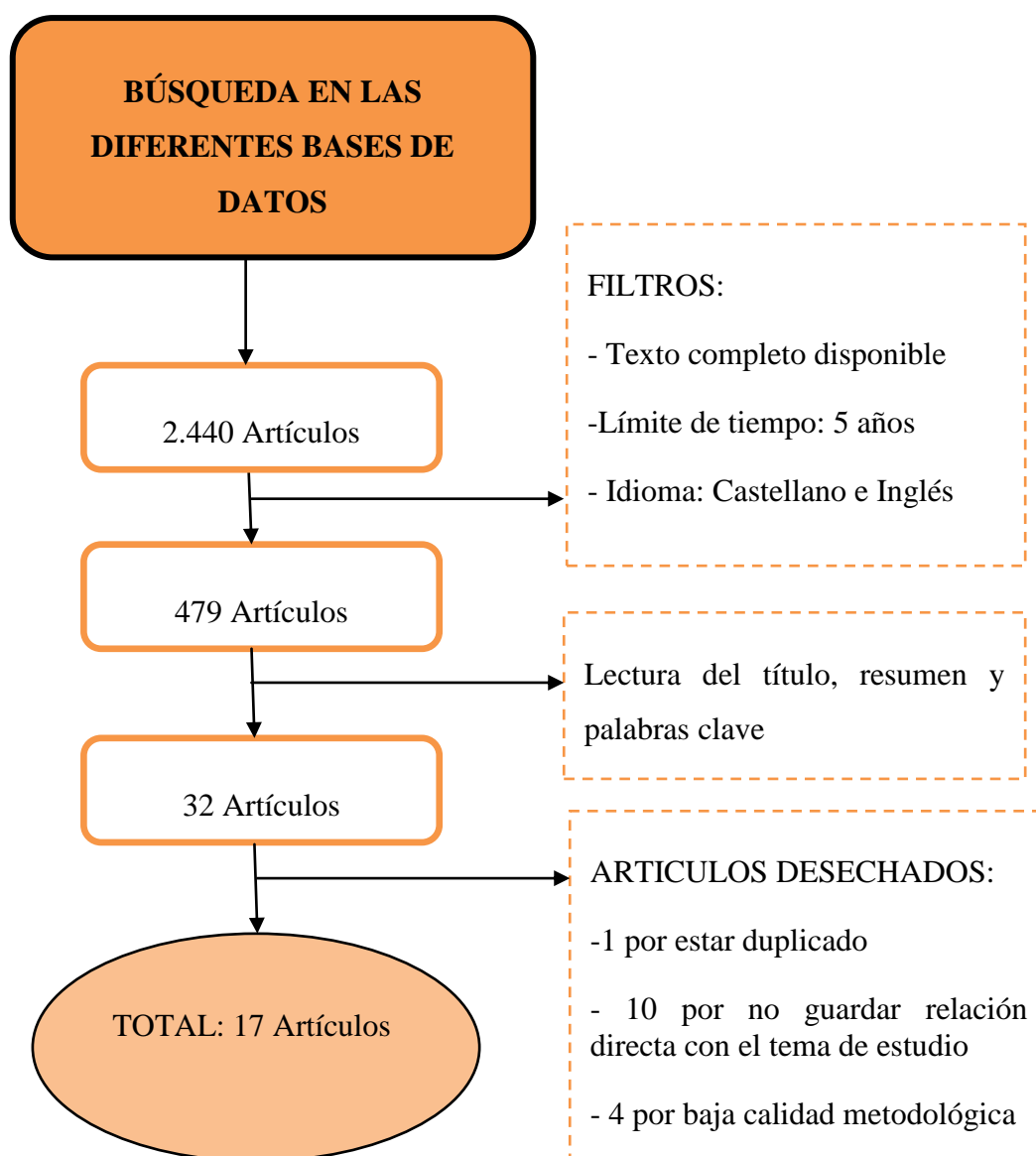


Figura 7: Mapa conceptual de la búsqueda bibliográfica. Fuente: Elaboración propia.



6. Guía de Actuación en la violencia de género en Urgencias.

Las medidas encaminadas a la atención de mujeres que padecen malos tratos, necesitan de un abordaje multisectorial. Por ello, el papel que desempeñan las personas que trabajan en el ámbito de la salud resulta tan y tan importante. (21)

Para ello, es fundamental que exista una correcta coordinación entre los distintos profesionales para así lograr atender a estos pacientes, así como también para evitar la cronificación de los ya existentes. (22)(23)

1. DETECCIÓN Y VALORACIÓN

A. Indicadores de sospecha

B. Identificación

C. Valoración:

- Biopsicosocial
- Situación de violencia
- Riesgo

2. INTERVENCIÓN

A. Información del problema

B. Consulta-seguimiento

C. Derivación

D. Registro en Historia Clínica

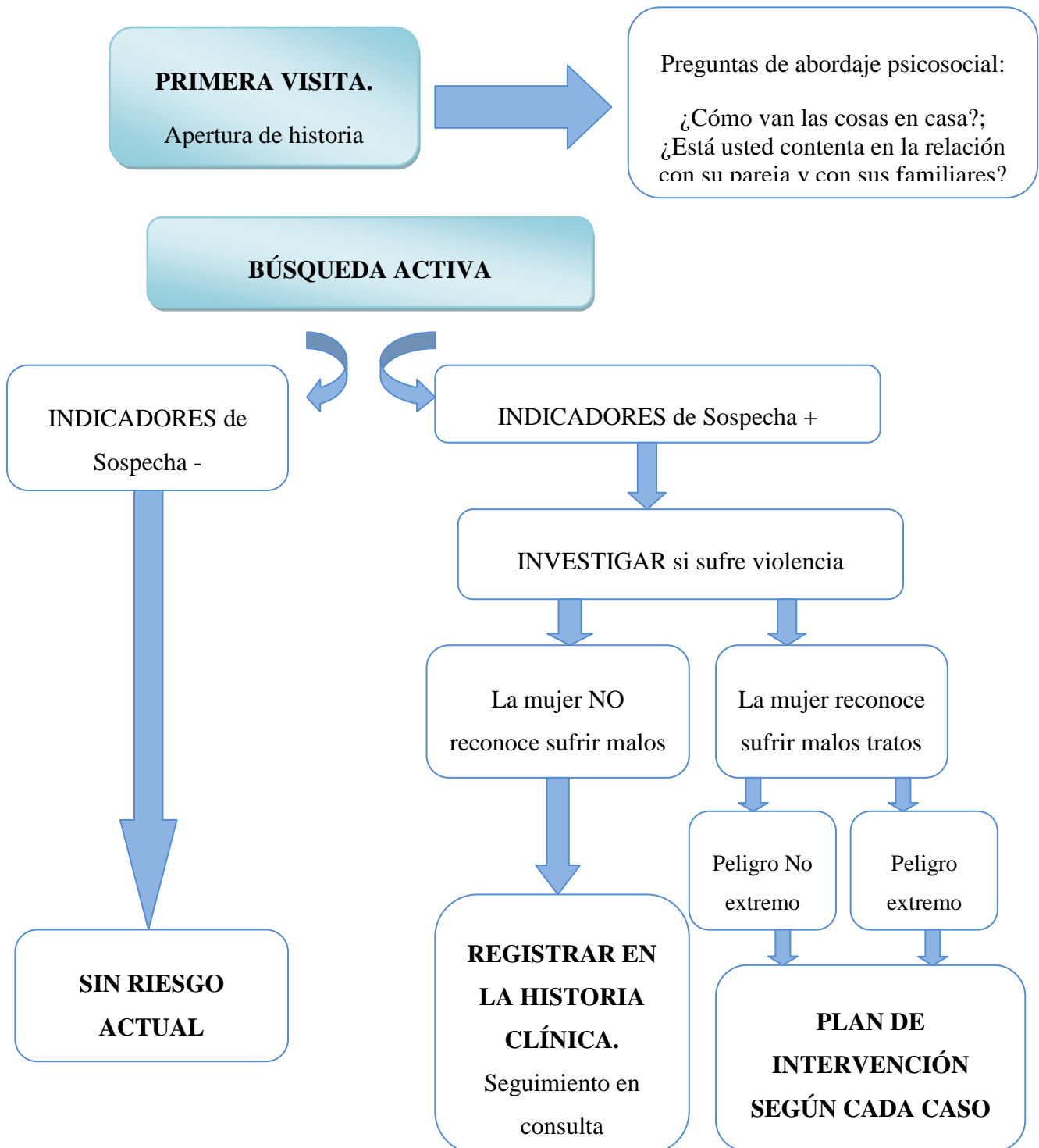
E. Actuación con las personas dependientes si las hubiera

F. Emisión del parte de lesiones e informe médico

6.1. Detección y valoración.

Algoritmo de actuación

Figura 8: Algoritmo de Actuación. Fuente: Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.



Actividades de Prevención y Promoción

Como medida habitual dentro de las actividades preventivas, se realizará una entrevista de cribado sobre la existencia de violencia en el ámbito familiar a todas las mujeres. Es importante, que la paciente se sienta segura durante la entrevista, por lo que se realizará sin la presencia de la pareja ni de ningún otro familiar. Además, la colocación estratégica de posters, así como también la repartida de folletos informativos, tiene un papel importante en la creciente detección de casos de VG.(17)(24)(23)

Esta entrevista se hará al realizar la historia clínica y consistirá en preguntas de abordaje psicosocial. Podemos utilizar los siguientes ejemplos:

- ¿Cómo van las cosas en casa?; ¿Está usted contenta con la relación con su pareja?; ¿Quién marca las normas en casa?; La encuentro algo intranquila, ¿Le preocupa algo?.
- (24)(25)

Educación para la salud

Es, a día de hoy, el mejor instrumento que posee el personal sanitario para sensibilizar y prevenir la VG. Esta se deberá comenzar en las primeras etapas de la vida, siguiendo por los adolescentes y las personas adultas, ya sean hombres o mujeres, trabajando con todos ellos la igualdad entre ambos sexos. (25)

Diagnóstico precoz

La prevención secundaria es imprescindible para detectar de forma precoz el problema, interviniendo así de forma rápida, coordinada y eficaz. (25)(23)

Para ello, si la entrevista de cribado muestra riesgo de malos tratos, se investigará acerca de la existencia de violencia. Se deberá estar atento a posibles signos y síntomas que muestren la posibilidad de VG en la paciente, para ello se hará un seguimiento de los antecedentes de malos tratos, conflictos familiares, aislamiento familiar, etc. (24)

La entrevista de cribado continuará con cuestiones para valorar la situación y tipo de violencia. (24)

- **Violencia física:** ¿Su pareja le empuja o agarra?; ¿Su pareja le golpea, da bofetadas o cualquier otra agresión?. (21)(23)(24)
- **Violencia sexual:** ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?; ¿Le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que no desee?; ¿Le impide utilizar el método anticonceptivo que usted desea?.(21)(23)(24)
- **Violencia psicológica:** ¿Le grita a menudo o habla de forma autoritaria?; ¿Amenaza con hacerle daño a usted o a otras personas o animales domésticos?; ¿Le insulta, ridiculiza o menosprecia?.(21)(23)(24)

Para esta detección precoz de los posibles casos de maltrato, también se puede utilizar la herramienta de cribado AAS ("Abuse Assessment Screen"), que ha sido adaptado a nuestra lengua por Escribá-Agüir. Este cuestionario cuenta con toda una serie de preguntas sencillas y directas con la finalidad de facilitar la identificación del problema. (22)

Sistema de registro

Resulta de vital importancia que se registren todas las actuaciones realizadas en la Historia Clínica (HC) de la paciente, porque puede servir de prueba en caso de proceso judicial. (24)

6.2. Identificación y valoración.

A aquellas mujeres las cuales hayan sido víctimas de violencia de género o sobre las cuales se sospeche que existe riesgo de ello, se procederá a realizar: (24)

- **Valoración inicial**

Lesiones físicas

Situación familiar

Situación socioeconómica

Situación psico-emocional

- **Valoración del riesgo**

Valoración de la seguridad (Cuestionario DA. Anexo 2)

*Cuestionario DA ("Danger Assessment"): pretende adaptar la actuación del personal sanitario en función de la situación de peligro en la que se encuentre la mujer. (22)

Determinar si existe riesgo extremo

Percepción de peligrar por parte de la mujer

Criterio profesional

- **Actuación legal**

Parte de lesiones e informe médico

Información y derivación a la mujer

6.3. Actuación y seguimiento.

1. Plan de atención a una mujer sin riesgo actual de violencia de género.(26)

- Informarle sobre su situación actual (sin riesgo), y proponerle atención si tuviera algún problema en el futuro.
- Registrar la actividad en la HC de la paciente.
- Trabajo en la consulta y seguimiento:
 - Investigar si sufre algún tipo de violencia.
 - Identificar indicadores de sospecha.

Se realizará con una periodicidad anual o siempre que se sospeche.

2. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos (MT). (21)(23)(24)(25)(26)

- Registrar en la HC la sospecha, así como también las actuaciones realizadas.
- Se deberá informar a la mujer sobre cuál es la situación en la que se encuentra.
- Trabajo en la consulta y seguimiento:
 - Atención integral e interdisciplinar
 - Atención de las alteraciones físicas, psíquicas y/o sociales encontradas
 - Ofrecer visitas de seguimiento, acompañando-la así en el proceso de reconocimiento de la situación

3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir MT pero no se encuentra en peligro extremo. (21)(23)(24)(25)(26)

- Registrar en la HC
- Informarle sobre la situación en la que se encuentra
- Trabajo en la consulta y seguimiento:
 - Atención integral/interdisciplinar
 - Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados
 - Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema
- Derivar: bien sea al personal de trabajo social o a los recursos adecuados a su situación
- Emitir parte de lesiones si procede

- Actuación con los hijos o demás personas dependientes si las hubiera

*Ante casos donde la mujer se niega a denunciar y el personal sanitario tenga fundadas sospechas de la existencia de malos tratos, se recomienda comunicar a la Fiscalía dicha situación, tal como establece el precepto legal.

4. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir MT y se encuentra en peligro extremo. (21)(23)(24) (25)(26)

- Informarla de la situación de peligro en la que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola
- Derivar con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 de emergencias sociales para mujeres que padecen maltrato
- Registrar en la HC el episodio y las actuaciones realizadas
- Emitir el parte de lesiones e informe médico, entregando una copia a la mujer e informarle de sus implicaciones
- Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con los que cuenta
- Llamar al 112 o los servicios específicos de la Comunidad Autónoma

6.4. Actuación legal.

En España es obligatorio la notificación a la autoridad judicial de la existencia de lesiones ante la constatación de MT. La notificación se realizará mediante un parte de lesiones y un informe médico, siempre informando previamente a la mujer afectada, y registrándolo en la historia clínica. (21)(23)(24)(25)

6.5. Notificación al sistema de vigilancia epidemiológica de indicadores de violencia de género.

Ante cualquier nueva detección de un caso de violencia de género en el ámbito sanitario, debe ser el propio profesional que atienda o detecte el caso, quien deberá notificar el suceso al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia de Género.(24)

Este sistema tiene como objetivo el conocimiento tanto de la magnitud de este problema de salud, así como también de las consecuencias que comporta en la salud y en el sistema sanitario. (24)

7. Discusión y Limitaciones.

El problema de la violencia de género es uno de los casos más comunes en los Servicios de Urgencias (SU) . A menudo, las víctimas de esta clase de violencia contactan con los SU inmediatamente después de los incidentes violentos, por lo que estos servicios se encuentran en una posición ideal para la identificación de estos casos, así como de su prevención. (27)

En los últimos años, la VG se ha convertido en una especie de epidemia con una prevalencia de alrededor de una de cada tres mujeres serán víctimas a lo largo de su vida. (28) Asociándose en mayor número a mujeres adultas de bajo nivel intelectual.(29)

En cuanto a la identificación y remisión de las víctimas, una reciente revisión bibliográfica, muestra que esta fue predominantemente por una vía policial y servicios sociales, mientras que los servicios sanitarios necesitan tener un mayor papel en este ámbito (30), ya que son un entorno donde muchas mujeres víctimas buscan cuidado para tratar sus lesiones, así como también apoyo y respuesta a su problema. (31) (32) Además, son muchas las mujeres víctimas que identifican al PS como los profesionales en quienes más confían para la divulgación del abuso. (33)

Esto se debe en parte a que, tal y como se cómo se expone en un estudio realizado en Delhi, únicamente el 11% de las mujeres con VG fueron evaluadas en los SU para determinar si eran víctimas de este problema o no. (27) Mientras que otros estudios reflejan que aproximadamente 3 de cada 4 personas que padecen VD y son tratadas en los SU, no son reconocidas como víctimas porque no tienen quejas y lesiones relacionadas con la violencia de género. (34)

Por ello, aunque todas las enfermeras en los servicios de salud pueden tener un papel crucial en la identificación, prevención y trato tanto de la VD como de la VG (Nice 2014), las que trabajan en urgencias pueden encontrarse de forma más regular con víctimas de estas violencias, las cuales visitan estos servicios con frecuencia ya sea por lesiones relacionadas o no (Houry et al. 2008).(1) En relación a esto, Dennis añade que muchas de estas enfermeras son competentes y confidentes en estos temas, mientras que otras no lo son tanto. (35)

En algunos países tienen directrices o protocolos que articulan este rol y el personal sanitario está capacitado en este ámbito, pero en general el desarrollo y mejora del sistema ha avanzado lentamente. (32)

Estos protocolos específicos de actuación y la disponibilidad de apoyo y referencia son caminos importantes donde el personal de los SU puede proporcionar ayuda a estas mujeres y sus familias. (36)

En cuanto a la prevalencia de estos casos en los SU, encontramos por ejemplo que:

- Las mujeres que sufren VG acuden más número de veces a los SU que las demás mujeres. (Wagner & Mongan 1998, Crandall et al. 2004, Hilden et al. 2004). (36)(37)
- Al menos un 54% de las mujeres que acuden a los SU han experimentado VG en algún momento de su vida (Abbott, Johnson, Koziol-McLain, & Lowenstein, 1995), mientras que únicamente un 5% de estas víctimas son identificadas por el PS (McGarry & Nairn, 2015) permaneciendo la mayoría ocultas (Corbally, 2001; McGarry & Nairn, 2015).(1)

A menudo estas mujeres prefieren ocultar la verdad cuando buscan atención, además el personal sanitario puede carecer de la capacitación adecuada para el reconocimiento de las víctimas, llevando todo ello a fallos en el descubrimiento de casos de violencia de género. (Huang, 2007) (27)

Entre las diferentes razones para no revelar su situación, estas incluyen miedo al sistema legal, miedo a perder a los hijos, miedo a ser juzgada por los servicios de salud, así como también represalias por parte del abusador. (34)

Por otro lado, también existen estudios que muestran que las víctimas de VG creen que los profesionales de la salud a menudo las culpan por el abuso, no muestran preocupación y no abordan el abuso (Yam, 2000), incluso cuando el caso es obvio (Bradley, Smith, Long y O'Dowd, 2002), por lo que es muy importante entablar una relación de confianza con la víctima, para lo que es fundamental no establecer juicios preconcebidos de la situación, ya que la actitud del personal influirá sobre esta para que hable o no de su situación. (1)(16)

Por ello, el personal de los SU debe mantener especial vigilancia en la identificación de los casos de VG para asegurar una referencia adecuada y mantener a salvo al paciente. (34)

Entre las diferentes barreras que podemos encontrar en los SU para la detección e identificación de estos casos:

- Yonoka, Yoder, Darrow y Sherck (2007) señalaron que entre ellas se encontraban barreras en el lenguaje, un historial personal o familiar de abuso o la disponibilidad de tiempo. (27)
- También podemos encontrar una falta de confianza, conocimiento y consciencia del PS sobre el problema (Sundborg et al., 2012). Además, esta falta de conocimiento sobre la VG y sus efectos pueden llevar a sentimientos de inadecuación y frustración, que se suman a las barreras (Husso et al. 2012). (1)
- Además, la mitad de los profesionales de los SU estudiados, no cuentan con una estrategia común para proceder en los casos de VG, siendo esta falta de entrenamiento y conocimientos una gran barrera. (36)

A pesar de ello, son muchas las estrategias que pueden ser utilizadas para abordar los FR de la VG y promover factores protectores (DH, 2013). Para ello, la prevención primaria es una llave importante y Dennis (2014) ha descrito diferentes caminos por los que los pacientes pueden participar en las actividades primarias, siendo las escuelas un buen lugar donde educar y apoyar a los jóvenes para desarrollar relaciones positivas. (DH, 2013) (35)

Hay otros estudios que muestran que un equipo multidisciplinar de abuso doméstico en los SU puede incrementar las cifras de casos detectados y mejorar la confianza del personal para abordar el problema (30), sin embargo, hay otros que proponen que estas víctimas sean atendidas por un equipo de médicos forenses antes que por médicos de urgencias o por otros sanitarios en general, ya que estos muestran mayores tasas de condena cuando son atendidos por los primeros.(18)

En cuanto a la comparación de las mujeres víctimas de violencia de género con las que no la padecen:

- Campbell et al. 2002, Coker, Smith et. 2002, Ellsberg et. 2008, Lown & Vego, 2001, comentan que las primeras presentan una salud más pobre. (38)
- Los efectos de estar durante un largo periodo en una relación con un compañero abusivo son significante perjudiciales para la salud física y mental de la víctima (Hightower 2002, Fisher y Regan 2006, Mc Garry y Simpson 2011, Mc Garry et 2011). Estos van desde la ansiedad y depresión, problemas digestivos y dolor crónico (Fisher y Regan 2006), baja autoestima y falta de juicio (Spangler y Brandl 2007), falta de vivienda y VIH (Sormant y Shibusawa 2008) hasta trastornos severos de alimentación y discapacidad física permanente (Hightawer 2002). (39)(38)
- Además, Sullivan (2009) encontró que la frecuencia de violencia física, sexual y psicológica estaba estrechamente relacionada con el stress postraumático, los problemas con las drogas (40), y el consumo de alcohol y tabaco (Hathaway et 2000)(38) (17).
- Mientras que Scott-Tilley, Titton y Sandei (2010) encontraron que este stress postraumático estaba además relacionado con una función inmunológica deteriorada, obesidad, un aumento del riesgo de diabetes y de la gravedad de los síntomas premenstruales, de la depresión y del suicidio, y aumento de la probabilidad de re-abuso. (40) Otras, han demostrado que es más probable que tengan una dieta pobre (McNutt, Carlson, Rose y Robinson, 2002) y sean más propensos a consumir mayor cantidad de analgésicos (Alexander et 1998). (38) (17)

Por otro lado, a pesar de que la VG es un tema muy estudiado, sobre todo en los últimos años, poco se sabe acerca de los procedimientos de diagnóstico que funcionan mejor en los entornos clínicos para detectar la VG en las relaciones actuales. (40)

En el ámbito sanitario se están desarrollando programas en diversas áreas de salud para potenciar las habilidades de las enfermeras en detectar, informar y evaluar los malos

tratos. Ya que tal y como se observo en este estudio realizado acerca de la capacitación de las enfermeras detectando casos de VD o VG, la tasa de comunicación por parte de las víctimas a enfermeras no formadas se situó en el 7,5%, mientras que con enfermeras formadas fue del 30%. (16)

En relación a esto, el artículo acerca del rol del PS en el reconocimiento y respuesta a la violencia domestica y el abuso, nos remarca tres claves para las enfermeras.

- a. En primer lugar, en cuanto a la identificación, nos recuerda que no debemos tener miedo de sacar el tema de la VD, ya que es improbable que la mujer se sienta ofendida si se habla con sensibilidad. (35) Es por ello, por lo que preguntar rutinariamente a las mujeres acerca de su actual pareja o reciente abuso utilizando preguntas estandarizadas independientemente del motivo de consulta es a nivel mundial la intervención más extendida en los sistemas de salud. (33) También se ha demostrado que puede tener especial importancia en el incremento de los casos de violencia detectados, la colocación estratégica de poster o la repartida de folletos en relación al tema en cuestión.(17)
- b. La segunda clave es entorno a la respuesta del profesional, donde a veces la única ayuda es la de aceptar la situación. Pudiendo ser una actuación correcta para comenzar, la planificación de una ruta de seguridad para la víctima y sus hijos si tuviese. (35)
- c. Como tercera clave, encontramos que se requiere de juicio clínico en cuanto a conocimiento, juicio, capacidades y habilidades del personal en la práctica enfermera. (35)

Otro estudio, identificó 3 dimensiones importantes en el personal sanitario para la correcta atención de estas víctimas. En la dimensión del conocimiento, por ejemplo podemos incluir conocer las manifestaciones clínicas del individuo, los procedimientos estándar para la evaluación del daño o las reacciones físicas postraumáticas de las víctimas. En la de las actitudes, se incluyó entre otras ser empático y respetuoso con el individuo y ser sincero al escuchar las descripciones de la persona. Mientras que en la de la práctica, estarían garantizar

la privacidad de la paciente durante la evaluación de las lesiones, hacer un informe de los hechos, o garantizar la seguridad personal de la mujer durante el proceso de presentación de los informes. (27)

Ya por último, comentar que se ha demostrado que las enfermeras deben jugar varios roles cuando se trata a personas que han experimentado violencia de género, entre ellos encontramos los de investigador y asesor (Keane y Chapman, 2008), cuidador-consultor (Watt, Bobrow y Moracco, 2008), educador (McFarlane, Maleca, Gist y Watson, 2002) y administrador (Comité de prevención de violencia doméstica y sexual, 2004). (27)

Las principales limitaciones que han aparecido durante la realización de este trabajo han estado en la obtención de información adecuada. A pesar de que en la búsqueda en las diferentes bases de datos se obtuvieron un gran número de artículos, muchos de estos no se adecuaba la información al tema de estudio, debido en gran parte a la diversidad de sistemas sanitarios que existen en los diferentes países, y las diversas formas que tenían de proceder ante los casos de violencia de género. Siendo esta muy diferente por ejemplo en España, Australia o Estados Unidos, donde los sistemas sanitarios no son iguales, ni presentan la misma organización.

El idioma de estos artículos también resulto una limitación, ya que gran parte de ellos se encontraron en inglés, necesitándose para la comprensión de ciertas palabras diccionarios y traductores.

Además, otra limitación importante resultó de la no existencia de una herramienta para análisis de estudios transversales en el programa de lectura crítica CASPE, por lo que se tuvo que utilizar una segunda herramienta para la comprobación de estos.

La limitación principal de esta Guía de Actuación, es la carencia de un comité que valore y acepte las actividades propuestas, por este motivo, únicamente se trata de una propuesta de guía, la cual simplemente pretende mostrar toda una serie de recomendaciones evidenciadas mediante una revisión bibliográfica de la literatura al respecto de este tema, pero la cual no cuenta con ninguna validez oficial.

8. Conclusiones.

A pesar de que existe gran cantidad de información acerca de la violencia de género, y que son muchos los autores/as que se han preocupado por hacernos saber más acerca de este tema, esta violencia continúa por desgracia siendo muy prevalente y son muchas las mujeres, que aún a día de hoy, continúan siendo víctimas de este problema.

Por todo ello, resulta vital que los profesionales sanitarios se formen en cuanto a conocimientos (factores de riesgo, factores protectores, herramientas de evaluación, etc.) acerca de la VG para así conseguir que un menor número de estas víctimas pasen desapercibidas a diario para el personal. Porque únicamente con un diagnóstico precoz podemos llegar a conseguir reducir las enormes consecuencias (físicas, psicológicas y sociales) que tiene la VG o VD en la salud de las mujeres que la sufren.

Debido a las numerosas las barreras que dificultan el diagnóstico y reconocimiento de estas mujeres en estos servicios, resultan verdaderamente importante tanto los protocolos como guías de práctica clínica, que guíen el proceso del PS durante la atención de estas víctimas en los SU.

Esta Guía de Actuación, por lo tanto, se ha creado con el propósito de aportar al personal sanitario herramientas sencillas y útiles en el abordaje de la VG en el ámbito sanitario, ya que personalmente creo que este colectivo debe asumir mayor implicación en el asunto, especialmente al personal de enfermería.

Si bien, no quita de la importancia que demás sectores tienen en el trato de este problema, ya que únicamente con una respuesta conjunta de todos se puede llegar a conseguir una reducción verdaderamente significativa de las cifras de víctimas.

Para concluir, quisiera como futuro enfermero expresar el deseo de que en un futuro reciente, se consiguiera la erradicación de esta VG que tanto daño causa, no únicamente a las mujeres, sino a la totalidad de la sociedad.

9. Referencias bibliográficas.

1. Ali, Parveen; McGarry JDK. Identifying signs of intimate partner violence. Emergency Nurse [Internet]. 2016 [cited 2018 May 7];23. Available from: [http://eprints.leedsbeckett.ac.uk/2205/3/Identifying signs of intimate partner violence.pdf](http://eprints.leedsbeckett.ac.uk/2205/3/Identifying_signs_of_intimate_partner_violence.pdf)
2. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria . I, Valls-Llobet C. Gaceta sanitaria [Internet]. Vol. 17, Gaceta Sanitaria. Ediciones Doyma; 2003 [cited 2018 Feb 28]. 263-265 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000400001
3. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria . P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. Gaceta sanitaria [Internet]. Vol. 18, Gaceta Sanitaria. Ediciones Doyma; 2004 [cited 2018 Feb 28]. 182-188 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029
4. Isabel Sánchez Alonso D, José Javier Callejo González D, Sánchez Alonso Grado en Trabajo Social I. TRABAJO DE FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL " FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN LA VIOLENCIA MACHISTA ENTRE ADOLESCENTES. 2015 [cited 2018 Feb 28]; Available from: https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/19484/1/TFG-G_1884.pdf
5. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia en las parejas hacia las mujeres. [cited 2018 Feb 28]; Available from: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Guia_actuacion_Madrid.pdf
6. ¿Qué es la violencia de género? [Internet]. [cited 2018 Feb 28]. Available from: <http://igualdade.xunta.gal/es/content/que-es-la-violencia-de-genero>
7. OMS | Violencia contra la mujer. WHO [Internet]. 2018 [cited 2018 Feb 28]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
8. La violencia de género [Internet]. [cited 2018 Feb 28]. Available from: <https://urjconline.atavist.com/la-violencia-de-genero>
9. Molina Giraldo E, Alberto Carmona Parra J. FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN. [cited 2018 Feb 28]; Available from: http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/2742/Molina_Giraldo_Estefanía_2016.pdf?sequence=4&isAllowed=y
10. Causas, factores de riesgo y de protección [Internet]. [cited 2018 Feb 28]. Available from: <http://www.endvawnow.org/es/articles/300-causas-factores-de-riesgo-y-de-proteccion.html>

11. González Méndez X. Modelo Ecológico de la Violencia Conyugal. 2007 [cited 2018 May 8]; Available from: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1056/1/06245.pdf>
12. Calvo González G , Camacho Bejarano R . Enfermería global . [Internet]. Vol. 13, Enfermería Global. Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia; 2014 [cited 2018 Feb 28]. 424-439 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022
13. Consecuencias sobre la víctima - Programa d'atenció sanitària a la violencia de gènere o domèstica [Internet]. [cited 2018 Apr 26]. Available from: <http://sivio.san.gva.es/consecuencias-sobre-la-mujer1>
14. Vizuite Rebollo Elisa, González García José, Del Valle Álvarez Rosa FAC et al. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012 [cited 2018 May 7]; Available from: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
15. INE. Estadísticas de Violencia Doméstica y Violencia de Género. 2017;23. Available from: http://www.ine.es/prensa/evdvg_2016.pdf
16. Aparicio D de la F, Castro ABS, Castro SS. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? NURE Investig [Internet]. 2005;2(15):1–10. Available from: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/235/217>
17. Hewitt LN. Intimate Partner Violence. The Role of Nurses in Protection of Patients. Crit Care Nurs Clin North Am [Internet]. 2015;27(2):271–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnc.2015.02.004>
18. Nittis M, Hughes R, Gray C, Ashton M. Domestic violence documentation project 2012. J Forensic Leg Med [Internet]. 2013;20(6):683–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2013.04.002>
19. Sullivan T. Triage Challenges: Recognizing Intimate Partner Violence. J Emerg Nurs. 2014;40(6):632–3.
20. María Luisa Grande Gascón Dpto D. La Violencia de Género como problema de salud pública. 2014 [cited 2018 Feb 28]; Available from: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1342/1/TFG_FontiverosCorzo%2CSandraMaria.pdf
21. Vizuite Rebollo E, González Garcia J, Del Valle Álvarez R et al. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2007; Available from: http://www.poderjudicial.es/stfls/PODERJUDICIAL/DOCTRINA/FICHERO/protocoloComunSanidad_1.0.0.pdf

22. Escribá Agüir V, Royo Marqués M, Mas Pons R et al. Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género (PDA). 2009; Available from: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf
23. Suárez Ramos A, Borrás Pruneda S, Frías Oncina I et al. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. 2015; Available from: http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2017/protocolo_violencia_genero_2015.pdf
24. Álvarez Gallego Y, García Ortíz J.M, Hernández Fernández E, Moralo Bejarano I et al. Protocolo actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura. 2016; Available from: <http://sosvics.eintegra.es/Documentacion/01-Medico/01-02-Protocolos/01-02-020-ES.pdf>
25. Adrover Barceló R, Carandell Jager M, Carmona Franco A et al. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista en las Islas Baleares. 2017; Available from: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI234057&id=234057>
26. Amador Demetrio M^a, Armas Santana J et al. Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. 2003; Available from: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_sanitario_Canarias.pdf
27. Lee F-H, Yang Y-M, Huang J-J, Chang S-C, Wang H-H, Hsieh H-F. Clinical Competencies of Emergency Nurses Toward Violence Against Women: A Delphi Study. *J Contin Educ Nurs* [Internet]. 2015;46(6):272–8. Available from: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/00220124-20150518-03>
28. McFarlane J, Pennings J, Liu F, Gilroy H, Nava A, Maddoux JA, et al. Predicting Abused Women With Children Who Return to a Shelter: Development and Use of a Rapid Assessment Triage Tool. *Violence Against Women*. 2016;22(2):189–205.
29. Singh V, Epstein-Ngo Q, Cunningham RM, Stoddard SA, Chermack ST, Walton MA. Physical dating violence among adolescents and young adults with alcohol misuse. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2015;153:364–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.003>
30. Basu S, Ratcliffe G. Developing a multidisciplinary approach within the ED towards domestic violence presentations. *Emerg Med J*. 2014;31(3):192–5.
31. Catallo C, Jack SM, Ciliska D, MacMillan HL. Minimizing the risk of intrusion: A grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *J Adv Nurs*. 2013;69(6):1366–76.

32. García-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL, Koziol-Mclain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385(9977):1567–79.
33. Spangaro J. What is the role of health systems in responding to domestic violence? An evidence review. *Aust Heal Rev A Publ Aust Hosp Assoc* [Internet]. 2017;639–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28104041>
34. Normandin PA. Identifying Maternal Intimate Partner Violence in the Emergency Department. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2015;41(5):444–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2015.05.011>
35. Bradbury-Jones PhD, MA, BSc, RN, MW, RHV C, Appleton BA, RGN, RHV, MSc, PhD, PGCEA J V, Watts BSc, RGN, MW, RHV, MSc, PGCAP S. Recognising and responding to domestic violence and abuse: the role of public health nurses. *Community Pract* [Internet]. 2016;89(3):24–8. Available from: http://ezproxy.nottingham.ac.uk/login?url=http://search.proquest.com/docview/1777916367?accountid=8018%5Cnhttp://sfx.nottingham.ac.uk/sfx_local/?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ%3Aasia&atitle=Recogn
36. Leppäkoski T, Paavilainen E. Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: Emergency professionals' perspective. *J Clin Nurs* [Internet]. 2013;22(15–16):2273–85. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2012.04202.x>
37. Dennis T. Time to tackle domestic violence: identifying and supporting families. *Community Pract* [Internet]. 2014;87(9):29–32 4p. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=103806546&site=ehost-live>
38. Wong J, Mellor D. Intimate Partner Violence and Women's Health and Wellbeing: Impacts, risk factors and responses. *Contemp Nurse* [Internet]. 2013;46(2):3086–115. Available from: <http://pubs.e-contentmanagement.com/doi/abs/10.5172/conu.2013.3086>
39. Shiel R. Identifying and responding to gaps in domestic abuse services for older women. *Nurs Older People* [Internet]. 2016;28(6):22–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27353789>
40. Svavarsdóttir EK, Orlygsdóttir B, Gudmundsdóttir B. Reaching out to women who are victims of intimate partner violence. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2015;51(3):190–201. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ppc.12080>

10. Anexos.

Anexo 1: Cuestionario AAS.

1) En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su marido/pareja o por una persona importante para usted?

NO 0 → Fin del cuestionario.

SI. 1

¿Qué edad tenía usted? ____ años.

¿Durante cuánto tiempo? ____ años.

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

2) Durante el último año, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional?

NO 0

SI 1

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

¿Con qué frecuencia?

ALGUNAS VECES. 1

FRECUENTEMENTE. 2

MUY FRECUENTEMENTE. 3

3) Durante el último año, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico?

NO 0

SI 1

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

¿Cuántas veces? _____

4) Durante el último año, ¿le han forzado a mantener relaciones sexuales?

NO 0

SI 1

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

¿Cuántas veces? _____

SOLO PARA MUJERES EMBARAZADAS

- 5) Desde que está embarazada, ¿le han humillado, insultado, menospreciado, gritado, amenazado, asustado, controlado su vida o ha sufrido otra forma de maltrato emocional?

NO 0

SI 1

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

¿Con qué frecuencia?

ALGUNAS VECES. 1

FRECUENTEMENTE.2

MUY FRECUENTEMENTE.3

- 6) Desde que está embarazada, ¿le han empujado, abofeteado, golpeado, dado patadas o ha sufrido otra forma de maltrato físico?

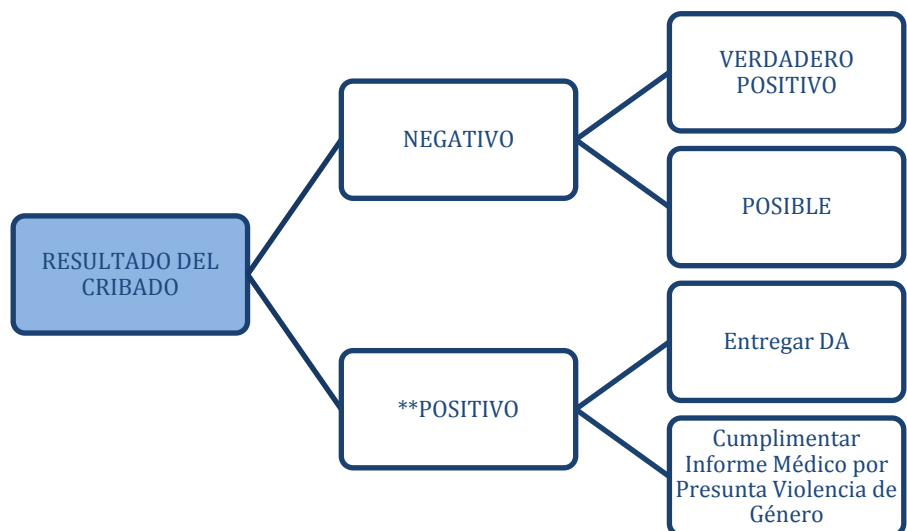
NO 0

SI 1

¿Quién lo hizo? (ver códigos en lista inferior)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----

¿Cuántas veces? _____



**Se considera un CASO POSITIVO, al responder afirmativamente a algunas de las preguntas de la número 2 a la 6.

Si el caso es positivo:

¿Es la primera vez que se identifican, en los servicios sanitarios, los malos tratos que sufre actualmente?

NO 0

SI 1

¿Durante cuánto tiempo sufre los malos tratos actuales? _____ años.

LISTA DE CÓDIGOS PARA IDENTIFICAR QUIÉN LO HIZO

1	Marido/Pareja	10	Hija
2	Ex marido/Ex pareja	11	Hermano
3	Novio	12	Hermana
4	Ex novio	13	Tío u otro hombre del ámbito familiar
5	Padre, padrastro o compañero de madre	14	Tía u otra mujer del ámbito familiar
6	Madre, madrastra o compañera de padre	15	Hombre conocido no perteneciente al ámbito familiar
7	Suegro	16	Mujer conocida no perteneciente al ámbito familiar
8	Suegra	17	Desconocido
9	Hijo	18	Otros (especificar)

Anexo 2: Cuestionario DA.

Con la finalidad de poder valorar el nivel de riesgo que puede tener dada la situación en que se encuentra, le pedimos que responda a estas preguntas, que se refieren a la persona que la está agrediendo (su marido o pareja, ex marido o ex pareja u otra persona cercana a usted)

- 1) En el último año, ¿ha aumentado la violencia emocional o física en severidad o frecuencia? NO 0 SI 1
- 2) ¿Tiene alguna arma de fuego? NO 0 SI 1
- 3) ¿Está en paro? NO 0 SI 1
- 4) ¿Ha amenazado con matarle? NO 0 SI 1
- 5) ¿Se ha librado de ser detenido por violencia doméstica? NO 0 SI 1
- 6) ¿La ha forzado a mantener relaciones sexuales? NO 0 SI 1
- 7) En alguna ocasión, ¿ha intentado estrangularla? NO 0 SI 1
- 8) ¿Consume drogas? (como por ejemplo, estimulantes o anfetaminas, speed, polvo de ángel, cocaína, ...) NO 0 SI 1
- 9) ¿Tiene algún problema con el alcohol o es alcohólico? NO 0 SI 1
- 10) ¿Se pone celoso de forma violenta? (como por ejemplo, dice "si yo no puedo tenerte, no te tendrá nadie") NO 0 SI 1
- 11) ¿Amenaza con hacer daño a sus hijos/as? NO 0 SI 1
- 12) ¿Cree que es capaz de matarla? NO 0 SI 1
- 13) ¿La persigue o la espía, le deja notas amenazantes o le deja mensajes, rompe sus cosas, o la llama cuando usted no quiere? NO 0 SI 1

14) En alguna ocasión, ¿ha amenazado o ha intentado suicidarse?

NO 0 SI 1

15) En alguna ocasión, ¿la ha golpeado cuando ha estado embarazada?

NO 0

SI 1

NUNCA HE ESTADO EMBARAZADA DE LA PERSONA QUE ME
ESTÁ AGREDIENDO 2

16) En el último año, ¿ha dejado a su pareja o ex pareja, después de haber estado viviendo juntos?

NO 0

SI 1

NUNCA HE VIVIDO CON ÉL 2

17) ¿Controla la mayoría o todas sus actividades diarias? (como por ejemplo, le dice con quién puede hacer amistades, cuándo puede ver a su familia, cuánto dinero puede gastar, o cuando puede coger el coche, etc.)

NO 0

SI 1

LO INTENTA PERO NO LE DEJO 2

18) En alguna ocasión, ¿ha usado alguna arma contra usted o la ha amenazado con ella?

NO 0 SI 1

¿Fue con arma de fuego?

NO 0 SI 1

19) ¿Tiene usted algún hijo/a que no sea de la persona que le está agrediendo?

NO 0 SI 1

20) En alguna ocasión, ¿usted ha amenazado con suicidarse o lo ha intentado?

NO 0 SI 1

PUNTUACIÓN: _____ (Contar el número de respuestas positivas)

*Se considera PELIGRO EXTREMO DE HOMICIDIO O SUICIDIO, si se obtiene una puntuación igual o superior a 4 puntos. No obstante, si se obtiene una inferior a 4, se recomienda valorar el contenido de las preguntas que ha respondido afirmativamente para guiar las actuaciones.

Anexo 3. Tabla resumen de artículos filtrados.

Nombre del artículo	Autor	Fecha publi.	Tipo de artículo	Revista científica	Observaciones
Intimate Partner Violence	Burston A.	2016	Artículo de opinión	Emergency Nurse	Descartado por baja calidad metodológica
Transforming Care for Victims of Violence	Anne C	2017	Artículo de opinión	The Journal of Nursing Administration	Desechado por no guardar relación directa con el tema
The Sexual Assault Nurse Examiner's Interactions Within the Sexual Assault Response Team	Phyllis A, et al.	2016	Revisión sistemática	Advanced Emergency Nursing Journal	Desechado por no guardar relación directa con el tema
Young Victims Telling their Stories of Sexual Abuse in the Emergency Department	Faye A, et al.	2016	Revisión sistemática	Issues in Mental Health Nursing	Desechado por no guardar relación directa con el tema
Predicting Abused Women With Children Who Return to a Shelter Development and Use of a Rapid Assessment Triage Tool	McFarlane J, et al.	2015	Estudio de cohortes	SAGE	Artículo utilizado en el estudio
Identifying Maternal Intimate Partner in the Emergency Department	Patricia A, et al.	2015	Artículo de opinión	Emergency Nurse	Descartado por baja calidad metodológica

Nombre del artículo	Autor	Fecha publi.	Tipo de artículo	Revista científica	Observaciones
Physical dating violence among adolescents and young adults with alcohol misuse	Singh V, et al.	2015	Estudio transversal	Drug and Alcohol dependence	Artículo utilizado en el estudio
Intimate Partner Violence: The role of nurses in protection of patients	Lisa N, et al.	2015	Revisión sistemática	Crit Care Nurs Clin	Artículo utilizado en el estudio
Triage Challenges: Recognizing Intimate Partner Violence	Sullivan T, et al.	2014	Artículo de opinión	Emergency Nurse	Artículo desechado por estar duplicado
Domestic Violence documentation project 2012	Nittis M, et al.	2013	Estudio transversal	Journal of Forensic and Legal Medicine	Artículo utilizado en el estudio
Developing a multidisciplinary approach within the ED towards domestic violence presentations	Basu S, et al.	2014	Estudio cualitativo	Emergency Medical Journal	Artículo utilizado en el estudio
Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective	Leppäkoski T, et al.	2012	Estudio transversal	Journal of Clinical Nursing	Artículo utilizado en el estudio

Nombre del artículo	Autor	Fecha publi.	Tipo de artículo	Revista científica	Observaciones
Minimizing the risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments	Catallo C, et al.	2012	Estudio cuantitativo	Journal of Advanced Nursing	Artículo utilizado en el estudio
Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement.	Moyer VA.	2013	Revisión sistemática	Annals of Internal Medicine	Desechado por no guardar relación directa con el tema
Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.	World Health Organization (WHO)	2013	Guía de actuación	Agency for Healthcare Research and Quality	Desechado por no guardar relación directa con el tema
Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse	Rivas C, et al.	2015	Revisión sistemática	Cochrane Library	Desechado por no guardar relación directa con el tema
¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria?	Salamanca AB, et al.	2005	Estudio cualitativo	Nure investigación	Artículo utilizado en el estudio

Nombre del artículo	Autor	Fecha publi.	Tipo de artículo	Revista científica	Observaciones
Reaching Out To Women Who Are Victims of Intimate Partner Violence	Kolbrún E, et al.	2014	Estudio transversal	Perspectives in Psychiatric Care	Artículo utilizado en el estudio
Caring for people who experience domestic abuse	Patterson J, et al.	2013	Revisión sistemática	Emergency nurse	Artículo desechado por baja calidad metodológica
Dealing with domestic violence	Picton C	2013	Artículo de opinión	Emergency Nurse	Desechado por no guardar relación directa con el tema
Clinical Competencies of Emergency Nurses Toward Violence Against Women: A Delphi Study	Lee F, et al.	2015	Estudio transversal	Journal Contin Educ Nurs.	Artículo utilizado en el estudio
Identifying signs of intimate partner violence	Ali P, et al.	2016	Revisión sistemática	Emergency Nurse	Artículo utilizado en el estudio
The health-systems response to violence against women	Garcia-Moreno C, et al.	2015	Revisión sistemática	WHO	Artículo utilizado en el estudio
What is the role of health systems in responding to domestic violence? An evidence review	Spangaro J, et al.	2017	Revisión sistemática	Journal compilation	Artículo utilizado en el estudio

Nombre del artículo	Autor	Fecha publi.	Tipo de artículo	Revista científica	Observaciones
Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses	Wong J, et al.	2014	Revisión sistemática	Contemporary Nurse	Artículo utilizado en el estudio
Triage Challenges: Recognizing Intimate Partner Violence	Sullivan T, et al.	2014	Artículo de opinión	Emergency Nurse	Artículo desechado por baja calidad metodológica
Healthy People 2020 Objectives for Violence Prevention and the Role of Nursing	Thomas R, et al.	2014	Revisión sistemática	The Online Journal of Issues in Nursing	Descartado por no guardar relación directa con el tema
Recognising and responding to domestic violence and abuse: the role of public health nurses	Bradbury-Jones C, et al.	2016	Revisión sistemática	Community Practitioner	Artículo utilizado en el estudio
Time to tackle domestic violence: identifying and supporting families	Dennis T, et al.	2014	Revisión sistemática	Community Practitioner	Artículo utilizado en el estudio
When there is no sexual assault nurse examiner: emergency nursing care for female adult sexual assault patients	Capri D, et al.	2017	Revisión sistemática	Emergency Nursing	Desechado por no guardar relación directa con el tema

Nombre del artículo	Autor	Fecha publi.	Tipo de artículo	Revista científica	Observaciones
Identifying and responding to gaps in domestic abuse services for older women	Shiel R.	2016	Revisión sistemática	Nursing Older People	Artículo utilizado en el estudio
Are adults in need of support and protection being identified in emergency departments?	Jarvis A, et al.	2016	Estudio transversal	The Journal of Adult Protection	Descartado por no guardar relación directa con el tema

Anexo 4. Herramientas de lectura crítica.

<http://www.lecturacritica.com/es/>

<http://www.redcaspe.org/herramientas/instrumentos>