

**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2015/2016

TRABAJO FIN DE GRADO

Plan de mejora para la detección y registro de los casos de violencia de género en atención primaria de Aragón.

Improvement plan for the detection and registration of gender-based violence cases in primary care of Aragón.

Autora: Blanca Sáez-Benito Hernández

Tutora: Isabel García Marco

ÍNDICE

1. Resumen	2
1. Abstract.....	3
2. Introducción.....	4
3. Objetivos	6
4. Metodología.....	7
5. Desarrollo	9
5.1. Planificación (Plan)	9
5.2. Realización (Do).....	14
5.3. Evaluación (Check).....	18
5.4. Actuación (Act)	21
6. Conclusiones	21
7. Bibliografía	22
8. Anexos	26

1. RESUMEN

Introducción: La violencia de género en la pareja es un problema fundamental para la mujer víctima, con graves consecuencias para su salud. Debido a la complejidad que presenta, los profesionales de la salud se encuentran en una situación privilegiada para detectar y abordar este problema; por lo que se hace imprescindible la implicación de éstos para dar una respuesta integral a este tipo de situaciones.

Objetivo: el objetivo principal de este trabajo consiste en mejorar la detección y registro de los casos de VG por parte de enfermería en atención primaria de Aragón.

Metodología: se ha realizado un análisis cualitativo descriptivo mediante la entrevista a profesionales de enfermería. Como método de análisis y obtención de información se realizó una revisión de la literatura reciente.

Conclusión: debido a la elevada tasa de infradetección, existe la necesidad inmediata de formación entre los profesionales para el desarrollo de las competencias en la materia de VG; aplicando los protocolos existentes, reduciendo el nivel de tolerancia, y aumentando la toma de conciencia y sensibilización, para incrementar el número de detecciones y registros.

Palabras clave: violencia de género, atención primaria, enfermería, detección.

1. ABSTRACT

Introduction: Gender-based violence in couples is a fundamental problem for the victim woman, with severe health consequences. Due to the complexity of the matter, the healthcare professionals are in a privileged situation to detect and address this issue; which is why their implication is essential in order to give a comprehensive answer to this kind of situations.

Objective: the main objective of this project is to improve the detection and registration of the gender-based violence cases by nursing in primary care of Aragón.

Methodology: a described qualitative analysis has been made through the interviewing of nursing professionals. As analysis and information collection method a review of recent literature was made.

Conclusion: Due to the high rate of detection deficit, there is an immediate need for formation amidst the professionals for the development of skills in the field of gender-based violence; applying the existing protocols, reducing the tolerance level, and raising awareness and sensitization, in order to increase the detection and registration level.

Key words: gender violence, primary care, nursing, detection.

2. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud admite que la violencia contra la mujer o violencia de género (VG) se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, y constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de la mujer.^{1, 2}

Las Naciones Unidas define el maltrato o VG en el artículo 1 de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer: "Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".³

La VG supone un problema global con dimensiones alarmantes, ya que está presente en todos los países y culturas, afectando indistintamente a todas las clases sociales, edades, niveles de educación, categorías económicas y grupos étnicos.^{4, 5}

En la resolución de la 49^a Asamblea Mundial de la Salud, se declaró que la VG, además de suponer un importante problema de salud pública para la mujer en todo el mundo, entraña un espectacular aumento de lesiones causadas especialmente a mujeres y niños.^{6, 7, 1}

En España, la necesidad de erradicar progresivamente la violencia contra las mujeres en la pareja o ex pareja, se consiguió que en diciembre del 2004 se aprobara por unanimidad la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la violencia de Género.⁷

De una manera silenciosa y oculta, la mujer ha sufrido los malos tratos desde tiempos inmemorables, según las normas sociales. La actitud de la mujer debía ser sumisa y obediente, no tenía derecho a la educación o la cultura; por lo que la violencia tenía la finalidad de mantener un orden injustamente establecido.^{3, 8, 9}

El sistema sanitario es la institución mejor valorada y que más confianza genera en la mujer que denuncia su situación de maltrato. Muchas de las

víctimas acuden a los centros de atención primaria (AP) o urgencias antes que a otros servicios, por la creencia extendida de que es el único lugar donde pueden buscar ayuda o ser atendidas.^{10, 11}

Varios estudios, indican que las enfermeras de AP están poco concienciadas con este tema, además de sentirse incómodas por no saber cómo preguntar, por temor a invadir su esfera privada o perder el control. Por ello, la formación y sensibilización por parte de enfermería, debe representar una herramienta fundamental para que puedan asumir el compromiso de analizar actitudes, comportamientos, roles sociales y otras manifestaciones que puedan pasar desapercibidas.^{12, 13, 14}

Las mujeres que han sido víctimas de dicha violencia, valoran de una forma significativa algunos aspectos en el trato personal dentro de la consulta como la escucha activa, la confidencialidad, el cuidado y el no ser juzgadas. Muchas de ellas sienten miedo, vergüenza, fracaso o culpa a la hora de reconocer su situación; si perciben incredulidad o incomprendición, al ser muy vulnerables al rechazo, es probable que no vuelvan a la consulta.^{6, 15}

Debido a que los/as profesionales de enfermería representan un trato más cercano a la población en general, se deduce que la AP es el lugar idóneo para la identificación y seguimiento de los casos de VG^{16, 17}. Su situación privilegiada facilita el abordaje y sobre todo la detección precoz del problema.¹⁸

Diversos estudios reflejan el bajo índice de detección de VG en los servicios sanitarios y lo relacionan con múltiples causas, entre las que cabe destacar, la falta de relación entre pacientes hiperfrequentadoras con trastornos inespecíficos y la violencia, falsas creencias sobre VG, prejuicios, falta de sensibilización, y sobre todo una deficiente información sobre la existencia de protocolos y su aplicación en los programas informáticos de AP.^{4, 7, 8, 19}

El maltrato a la mujer es el "fenómeno social" que más vidas de mujeres se cobra al año en todo el mundo. Según el Instituto Nacional de Estadística, en España y hasta el 20 de abril de 2016, se han producido 16 víctimas mortales (1 en Aragón). En el año 2015: 60 y en los últimos 10 años: 626.

En el año 2014 se produjeron 126.742 denuncias por VG (3.241 en Aragón).²⁰

Resulta sorprendente la elevada infradetección del maltrato por parte de enfermería, ya que representan un punto de confianza entre paciente profesional que mejora la capacidad para revelar su problema.

Por todo ello, se hace evidente plantear la elaboración de un plan de mejora que aborde su capacidad de detección y seguimiento adecuado entre los/as profesionales de enfermería de AP, mediante programas de formación que respondan a las necesidades específicas de este colectivo.

3. OBJETIVOS:

- Objetivo general: mejorar la detección y registro de los casos de violencia de género en atención primaria de Aragón.
- Objetivos específicos:
 - Distinguir actitudes en la mujer víctima de violencia para detectar el riesgo.
 - Reforzar el desarrollo de habilidades para la entrevista con la víctima.
 - Manejar los protocolos de VG contenidos en el programa OMI.

4. METODOLOGÍA

Este trabajo está basado en una revisión bibliográfica que se muestra en la tabla 1 y se han consultado diferentes libros, tesis, guías y protocolos de actuación en VG.

Se ha realizado un análisis cualitativo descriptivo mediante la entrevista a profesionales de enfermería con gran experiencia en atención primaria. La selección de dichos profesionales se hizo de manera aleatoria en los centros de salud: La Bombarda, Delicias Sur, Picarral y Torre Ramona, de la ciudad de Zaragoza. Esta entrevista tiene como finalidad conocer la capacidad entre dichos profesionales para detectar situaciones de violencia de género, así como su nivel de conocimientos para el registro de los mismos en el programa OMI.

Se comenzó manteniendo una reunión con el equipo de la Sección de Estrategias y Formación de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, para recoger información sobre las actuaciones que se están llevando a cabo actualmente con respecto a los casos de violencia contra la mujer.

Se ha consultado la página oficial del Servicio Aragonés de Salud, donde se han identificado los diferentes protocolos que existen sobre violencia de género.

Para realizar este trabajo fin de grado se ha empleado como herramienta el ciclo de mejora continua de Shewart o "círculo de Demnig". Este sistema permite describir las cuatro etapas cíclicas: Planificar, Hacer, Comprobar y Ajustar; que se deben llevar a cabo de forma sistemática para lograr la mejora continua y aplicar un proceso de cambio.

Bases de datos	Palabras clave	Límites	Artículos encontrados en la búsqueda	Artículos que he leído el ABSTRACT	Artículos seleccionados Tras lectura del ABSTRACT	Utilizados en el TFG
PUBMED	1ª Búsqueda: (Gender violence) AND (violence against women) 2ª Búsqueda: (Primary care) AND (violence against women) 3ª Búsqueda (Primary health care) AND (violence against women) 4ª Búsqueda: (Primary health care) AND (violence against women) AND (detection)	2016-11 2016-11 + art. En inglés y español. 2016-11	168 5 105 94 8	1 2 5 1 3	1 0 2 1 2	0
COCHRANE PLUS	1ª Búsqueda: violencia contra la mujer 2ª Búsqueda: violencia machista 3ª Búsqueda: violencia de género		2 0 3	0 0 1	0 0 1	1
SCIENCE DIRECT	1ª Búsqueda: "violencia de género" AND "detección" AND "atención primaria" 2ª Búsqueda: "violence against woman" AND "detection"	2016-11 2016-11	64	10	10	7
DIALNET	1ª Búsqueda: violencia de género 2ª Búsqueda: violencia de género AND atención primaria		73 22	9 5	9 5	6
CUIDEN	1ª Búsqueda: violencia de género AND atención primaria		37	5	5	3
SCOPUS	1ª Búsqueda: violencia de género AND atención primaria		9	4	4	3

Tabla 1: bases de datos. Elaboración propia.

Ámbito: Centros de Atención Primaria de Aragón.

Población: Profesionales de enfermería de Atención Primaria.

Declaración de intereses: la autora declara no tener ningún conflicto de interés en la realización del Trabajo Fin de Grado.

5. DESARROLLO

5.1. Planificación (Plan):

5.1.1. Definición del problema:

- El problema que se propone: la elevada infradetección de maltrato en mujeres víctimas de VG y la falta de conocimientos sobre su registro en el programa OMI de AP.
- Beneficios que es esperan conseguir:
 - Para la víctima: mejor capacidad para la detección precoz, aumento de la confianza en el personal sanitario, mayor grado de satisfacción, respuesta adaptada a sus necesidades, aumento en la percepción de seguridad y cercanía de las instituciones.¹⁸
 - Para la empresa/administración: sistematizar los conocimientos sobre la detección y registro de casos, mayor eficiencia en el uso de recursos y fiabilidad en la recogida de datos.¹⁷
 - Para la ciudadanía: mayor conocimiento de la situación actual, incremento de la percepción de VG como un problema social y desarrollo de estrategias dirigidas a grupos específicos.^{14, 16}
 - Para los profesionales: mayor sensibilización para identificar los casos o situaciones de riesgo, adquisición de habilidades para la entrevista y ampliación del conocimiento de los recursos disponibles para su abordaje.⁷

5.1.2. Análisis causal del problema:

Tras la revisión bibliográfica para la identificación de las causas posibles, se ha realizado una representación gráfica mediante el diagrama causa-efecto de Ishikawa. Éste refleja el impacto relativo que tienen algunos factores o causas de carácter cualitativo sobre el problema y que participan en el desarrollo del problema que se ha planteado.



5.1.3. Desarrollo del problema:

Debido a que la VG se considera un grave problema de salud, resulta indispensable y elemental el trabajo desde Atención Primaria para el abordaje del mismo, por ser éste de fácil acceso a la población.

Hoy en día, y a pesar de los intentos por conseguir disminuir las cifras de incidencia de violencia de pareja las mujeres siguen sufriendo esta situación.¹⁹

Un estudio realizado por la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo en el año 2015, contempla que la mitad de las enfermeras de AP afirman conocer el protocolo sobre VG, pero sólo lo aplican el 34%.¹¹

Según la OMS, entre un 30% y un 60% de las mujeres que acude a la consulta de AP, sufren algún tipo de malos tratos.¹¹ Por ello, recomienda el entrenamiento de los profesionales sanitarios en la detección de los indicadores de salud física y mental asociados a la VG, así como de habilidades para la entrevista a las víctimas.²¹

Las principales acciones a llevar a cabo desde el sector sanitario están consensuadas a nivel nacional. Entre las más importantes están:

- Preguntar a todas las mujeres sobre experiencias sufridas de violencia.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas.
- Proporcionar asistencia para el cuidado de la salud y registrar todos los casos.
- Orientar sobre los recursos existentes y coordinarse con otros profesionales e instituciones.
- Proporcionar evidencias sobre la magnitud y gravedad de los malos tratos.

En España, a partir de la década de los 70, comienza la lucha por parte de colectivos feministas y organizaciones de mujeres por visibilizar el maltrato contra la mujer, así como por el desarrollo normativo.²²

España es uno de los pocos países del mundo que, gracias a la Ley Orgánica

1/2004 de Protección Integral contra la violencia de género, contempla actuaciones específicas desde diversos servicios, pero de forma particular desde AP.²³

Independientemente del servicio desde donde se trate el problema, los principios básicos de la atención en VG, son:²¹

- Fundamentada en los derechos humanos.
- Inclusión de la perspectiva de género.
- “Tolerancia cero” contra la violencia.
- Perspectiva multicultural.
- Respeto a las individualidades.
- Efectividad de los recursos.

Algunos de los obstáculos que es preciso abordar a la hora de actuar con las mujeres víctimas:²¹

- Violencia simbólica en el medio sanitario (Valls-Llobet, 2006).
- Falta de formación y de herramientas de abordaje.
- Marco espacio-temporal inapropiado de las consultas.
- Dificultades en la coordinación profesional.

En la entrevista realizada a cinco profesionales con gran experiencia en AP en diferentes centros de Zaragoza, sólo el 20% conocía la existencia del protocolo y ninguno la forma de registrar creando el episodio (Z12) y accediendo a Planes Personales. (**ANEXO I**).

Desde este apartado se accede a:

- 1º: Protocolo de valoración: valoración maltrato, utilidades valoración, utilidades entrevista y comentarios.
- 2º: Protocolo de información (aparece cuando la paciente no reconoce el maltrato): intervención y comentarios.

- 3º: Protocolo de seguimiento (aparece cuando la paciente reconoce el maltrato): intervención, señales de alerta/riesgo, plan de seguridad y comentarios.

En Aragón y desde la Sección de Estrategias y Formación de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, llevan impartiendo cursos de formación sobre VG desde el año 2005 a un total de 1518 profesionales de distintos ámbitos asistenciales. (**ANEXO II**).

PLAN DE INTERVENCIÓN

El proyecto de intervención se basa en la formación continua en materia de VG para profesionales de AP, con los siguientes contenidos:

- Afianzar la percepción de la VG como problema de salud pública.
- Potenciar actitudes y capacidades de detección precoz de la VG.
- Adquisición de habilidades para la entrevista.
- Registro mediante protocolo común.

Las actuaciones en el proceso de formación se dividirán en tres grandes bloques: a) sensibilización, b) formación para la detección y c) formación para el registro de casos. Se llevarán a cabo dentro del mismo centro de trabajo y mediante sesiones clínicas impartidas por los propios profesionales, previa preparación, o formadores especializados.

5.2. Realización (Do):

El programa se realizará mediante 4 sesiones clínicas, una por semana, en el día y hora que se determinen y en función de la disponibilidad de los profesionales. La duración aproximada de cada sesión será de unos 60 minutos. Se utilizará una metodología activa y participativa con el fin de mejorar la interrelación, el clima y las actitudes.

SESIÓN 1: Afianzar la percepción de la VG como problema de salud pública. En esta primera sesión se trabajará mediante proyectos de sensibilización, que buscan informar y dar a conocer cuáles son las causas y los efectos de la VG y cómo actuar frente a ella.

Tema 1:
Contraerrestar mitos y falacias sobre la relación hombre-mujer y sobre la violencia de género.

- Cuestiones de género básicas como las desigualdades de género en las relaciones de pareja.
- Factores culturales de la vulnerabilidad a la violencia.

Tema 2:
Mostrar el riesgo y gravedad que supone la violencia de género para mujer víctima.

- Consecuencias de la VG en la salud de la mujer que la sufre.
- Consecuencias de la VG en el entorno familiar y social.
- Aumentar la toma de conciencia.

ANEXO III

Tema 3:
Competencias básicas de comunicación.

- Identificar las dificultades para hablar de la situación de violencia por parte de las mujeres y del personal sanitario.
- Brindar apoyo y abstenerse de culpar a la víctima (identificar actitudes en relación a experiencias de violencia).

SESIÓN 15 : Potenciar las actitudes y capacidades de detección precoz de la VG.
En esta sesión se propone potenciar la capacidad de acción y de disminuir las dudas y temores existentes al respecto.

Tema 1:

Sospecha y detección de VG: atención a los factores psicosociales.

ANEXO IV

- Detección de lenguaje defensivo y evitación de respuestas.
- Detectar y diagnosticar signos y síntomas de sospecha, manteniendo una actitud de alerta.
- Prestar atención a los indicadores de sospecha ante la VG. **ANEXO V**

Tema 2:

"Protocolo común del Sistema Nacional de Salud"

- Sistema de apertura de historia clínica: anamnesis.
- Cuestionarios para la detección de VG.

Tema 3:

Dificultades para la detección de VG.

ANEXO VI

- Reconocimiento de las diferentes manifestaciones de la VG.
- Roles y actitudes de las y los profesionales sanitarios en la VG.
- Dificultades para hablar de la situación por parte de las mujeres y del personal sanitario.

SESIÓN 16: Adquisición de habilidades para la entrevista.

Esta sesión está enfocada a proporcionar al profesional de enfermería, las habilidades comunicativas y de manejo de emociones, necesarias para una entrevista motivacional.

**Tema 1:
Recomendaciones
básicas para la
entrevista.
ANEXO VII**

- Qué hacer: respecto de la confidencialidad, promover el acceso a los servicios comunitarios, creer y validar su experiencia, ayudarle con un plan para su seguridad futura, reconocer la injusticia y respetar su autonomía.
- Qué no hacer: violación de la confidencialidad, normalizar la violencia machista, trivializar y minimizar el abuso, ignorar su necesidad de seguridad, culpar a la mujer, no respetar su autonomía.

**Tema 2:
Habilidades y
actitudes para la
entrevista.**

- Conocimientos sobre la posibilidad de profundizar en el análisis del problema, los obstáculos o preocupaciones de la víctima.
- Competencias para hacer frente a cuestiones emocionales con empatía, escucha activa y comprensión.
- Aprender y aceptar las reacciones emocionales de la mujer ante la violencia y tranquilizarlas.

SESIÓN 4: Registro mediante protocolo común en OMI.

Esta sesión tiene como objetivo que los profesionales de AP reciban la capacitación suficiente para mejorar el registro en la historia clínica y aprovechar al máximo los recursos que ofrece OMI-AP.

Tema:

Mejora del Registro en
OMI-AP en los Equipos
de Atención Primaria
del Salud.

ANEXO I

- Módulos básicos de registro de información en OMI-AP.
- Organizar la información clínica, abrir episodio Z12.
- Registrar las actividades: protocolos del Plan Personal en función de la situación de la víctima.
- Identificar las situaciones más habituales que pueden originar la pérdida de información.

5.3. Evaluación (Check):

Se han diseñado 3 indicadores para la evaluación continua, que nos aportan información sobre la mejora en la detección y registro de casos de VG:

<p>1. Indicador: Grado de conocimiento de los/as enfermeros/as sobre la integración de la perspectiva de género en la práctica profesional.</p>
<p>Dimensión: Calidad Científico Técnica</p>
<p>Fórmula:</p> $\frac{\text{Nº de profesionales con formación sobre la integración de la perspectiva de género en la práctica profesional.}}{\text{Nº total de profesionales de enfermería de Atención Primaria}} \times 100$
<p>Aclaración de términos:</p> <p>La integración de la perspectiva de género en la práctica profesional, supone una herramienta de análisis para explicar el fenómeno de la desigualdad entre hombres y mujeres. Se trata de explicar las relaciones y comportamientos de éstos en la sociedad, destacando la existencia real del género femenino y masculino, sin dominio de uno sobre el otro y sin desigualdades.</p>
<p>Justificación:</p> <p>Los/as profesionales de enfermería desempeñan un papel estratégico en el cuidado de la mujer en situaciones de violencia en AP, ya que éstos se caracterizan por ser la puerta de entrada a la asistencia sanitaria.</p>
<p>Fuente: cuestionario sobre conocimientos en perspectiva de género</p>
<p>Responsable de Recogida de datos: Jefe de sección de Estrategias y Formación de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de Aragón.</p>
<p>Frecuencia de Recogida: anual.</p>
<p>Tipo de Indicador: Estructura</p>
<p>Estándar: la tasa de respuesta es del 68,26% del total de invitados a participar en el cuestionario.¹¹</p>

Tabla 2: Indicador 1. Elaboración propia.

2. Indicador: Casos de VG detectados en la consulta de enfermería de atención primaria.

Dimensión: Calidad científico-técnica, Satisfacción profesional, Efectividad y Adecuación.

Fórmula:

$$\frac{\text{Nº de pacientes detectadas en la consulta de enfermería de AP}}{\text{Nº total de mujeres que sufren maltrato}} \times 100$$

Aclaración de términos:

Enfermería de AP tiene la difícil tarea de detectar los casos de maltrato contra la mujer, creando un ambiente de empatía y confidencialidad que permita a la mujer víctima expresarse en confianza, y ofrecerle la oportunidad de hablar en condiciones de privacidad.

Justificación:

Enfermería debe estar atenta a signos y síntomas que indiquen la sospecha de estar sufriendo algún tipo de maltrato y poder así identificarlo.

Fuente: sistema de registro del programa OMI-AP

Responsable de Recogida de datos: Responsable de calidad en la gestión de los registros informáticos en los equipos de AP del SALUD.

Frecuencia de Recogida: anual.

Tipo de Indicador: **Resultado**

Estándar: el 51,1% de la muestra (93) tenían historia clínica abierta en el mismo centro de salud que notificó el caso al Registro VIMPA. De estas mujeres, el 15,1% tenían un código CIAP de maltrato. En el resto (64,5%) no había ninguna referencia escrita, a pesar de ser pacientes de ese centro y tener un parte/informe enviado al juzgado.²⁴

Tabla 3: Indicador 2. Elaboración propia

3. Indicador: Formación/capacitación de profesionales de enfermería de AP en la detección y registro de los casos de VG en la pareja y ex pareja.
Dimensión: Calidad Científico Técnica
Fórmula: $\frac{\text{Nº de profesionales de AP con formación en la detección y registro de caso de VG en la pareja.}}{\text{Nº total de profesionales de Atención Primaria}} \times 100$
Aclaración de términos: La literatura consultada demuestra que los profesionales sanitarios deberían ser las personas con mayor capacidad de sensibilización, pues son un eje fundamental para la detección precoz y registro de los casos de VG.
Justificación: La formación en VG de los profesionales de enfermería, el conocimiento del protocolo de actuación en VG, así como una mayor sensibilización de éstos; incrementarían el número de detecciones de maltrato y su registro, reduciendo problemas crónicos de salud y gasto sanitario. La bibliografía estima que más del 70% de los casos son invisibles ante los ojos sanitarios.
Fuente: cuestionario sobre formación en protocolos de VG en AP.
Responsable de Recogida de datos: Jefe de sección de Estrategias y Formación de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de Aragón.
Frecuencia de Recogida: anual.
Tipo de Indicador: Estructura
Estándar: el 82,9% desconoce la existencia de protocolo sobre VG y el 74,8% no ha detectado nunca un caso de malos tratos. ³

Tabla 4: Indicador 3. Elaboración propia.

5.4. Actuación (Act):

Los resultados obtenidos en la fase de evaluación nos indicarán si se han alcanzado los objetivos marcados.

Se analizarán dichos resultados para poder tomar medidas correctoras en caso de que los resultados sean negativos, planteando nuevas actividades con su correspondiente evaluación. Y medidas de implantación o estandarización, en aquellas actividades cuyos resultados hayan sido satisfactorios.

6. CONCLUSIONES

La VG es una lacra para la sociedad de hoy en día y, a pesar de los esfuerzos realizados por erradicarla, todavía muchas mujeres la siguen sufriendo.

Enfermería está en condiciones de detectarla de manera precoz desde AP por ser ésta, la puerta de entrada al sistema sanitario; no sólo por las repercusiones que genera en la vida y salud de las mujeres maltratadas, sino por el derecho a una vida digna y en libertad.

La literatura revisada, reconoce la elevada tasa de infradetección en VG. Entre las dificultades para la detección está la escasez de conocimientos en el abordaje integral del maltrato a la mujer víctima, la falta de actitudes motivadoras, así como la socialización del personal sanitario; que en algunos casos tienen interiorizados los mismos roles, estereotipos y valores culturales que las mujeres maltratadas y maltratadores.

Por todo ello, resulta evidente la necesidad de formación en este colectivo sobre la adquisición de conocimientos en habilidades para la comunicación, creando un clima de confianza que favorezca la expresión de los hechos en la víctima, mediante la escucha activa y la acogida; un nivel adecuado de sensibilización y responsabilidad en la detección precoz y sospecha de maltrato en la mujer hiperfrequentadora; y la formación en el uso de la herramienta informática para el registro adecuado, siguiendo los protocolos que están establecidos en el programa OMI-AP del Servicio Aragonés de Salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1- García-Esteve L, Torres A, Navarro P, Ascaso C, Imaz ML, Herreras Z, et al. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137 (9): 390-397.
- 2- Marino R, Moschella F, Petrino R, Salvador E. Violence Against Women: a local program form identification and reception. *The Journal of Emergency Medicine*. 2014; 46 (2): 294-295.
- 3- Lozano C, Pina F, Torrecilla M, Ballesteros C, Pastor JD, Ortúño A. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Rev Enferm UFSM*. 2014; 4 (1): 217-226.
- 4- Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce T, Rivera-Álvarez A, Jiménez I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. *Rev Esp Salud pública*. 2012; 86: 85-89.
- 5- Visentin F, Becker L, Trevisan I, Lorenzini E, Franco E. Women's primary care nursing in situations of gender violence. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33(3): 556-564.
- 6- Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. *Rev Esp Med Legal*. 2010; 36 (3): 104-109.
- 7- Calo G, Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm Global*. 2014; 33: 424-439.
- 8- Ruiz MG. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género?. *Enfermería Integral*. 2011; 93: 8-14.
- 9- García B, González CT, Fernández IM, González R. Violencia de género en mujeres mayores. En: Gázquez JJ, coordinador. *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*. Volumen III. Almería: ASUNIVEP; 2015. p. 543-46.

- 10- Yago T, Tomás C. Violencia de pareja hacia las adolescentes y jóvenes atendidas en una consulta de anticoncepción e indicadores de riesgo. Rev Esp Med Legal. 2015; 41(3): 103-110.
- 11- Valdés CA, García C, Sierra A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Aten Primaria. 2016; 48 (1): 1-9.
- 12- Cocco M, Marques MJ, Fachinelli JDS. Violence against rural women: gender and health actions. Esc Anna Nery. 2015; 19 (1): 162-168.
- 13- González I, Serrano A, García N, Del Campo M, Moreno B, González AB, et al. Conocimientos sobre violencia de género de la población que consulta en Atención Primaria. Aten Primaria. 2011; 43 (9): 459-464.
- 14- Cirici R, Querol N, Ripoll A. La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género?. Form Med Contin Aten Prim. 2010; 17 (8): 550-559.
- 15- Rojas K, Gutiérrez T, Alvarado R, Fernández A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. Aten Primaria. 2015; 47 (8): 490-497.
- 16- García V, Fernández A, Rodríguez FJ, López ML, Mosteiro MP, Lana A. Violencia de género en estudiantes de enfermería durante sus relaciones de noviazgo. Aten Primaria. 2013; 45 (6): 290-296.
- 17- Muñoz F, Burgos ML, Ortega I, Río J, Martín ML, Carrasco A, et al. La violencia de género en la atención primaria. Salud (i) Ciencia. 2015; 21 (4): 380-387.
- 18- Fernández MC. Compromiso de la atención primaria ante la violencia de género. ¿Hemos superado el reto?. Aten Primaria. 2015; 47(3): 129-130.
- 19- Lucas AM, Pina F. Mujer y Cuidados: retos en salud [Internet]. Murcia: Edit.um; 2014. Capítulo 16, Detección de los casos de violencia de género por los profesionales de la salud en un centro de atención primaria; [citado el 30 de abril de 2016]; p. 299-312. Disponible en:

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=lJQwBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA6&dq=mujer+y+cuidados+retos+en+salud&ots=sKhuG9tiX_&sig=5xzT-QFVUAjIG0EsEejYBJyJkyQ#v=onepage&q=mujer%20y%20cuidados%20retos%20en%20salud&f=false

20- INE (2016). Víctimas mortales por violencia de género [en línea]. Delito y violencia [actualizado 3 diciembre 2015; acceso 31 de abril de 2016]. Disponible en:

http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESccion_C&cid=1259926144037&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888

21- Morales R. Actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia [Tesis doctoral] . Murcia: Universidad de Murcia, Departamento de Ciencias Sociosanitarias; 2015.

22- Cabrera MI. Valoración de los profesionales del distrito sanitario Alfarafe sobre los talleres de sensibilización del maltrato contra las mujeres 2010-12. R.E.D.S. 2013; 1: 123-139.

23- Vives C, Torrubiano J, Carrasco M, Espinar-Ruiz E, Gil-González D, Giocolea I. Validación de la versión española del cuestionario (PREMIS). Rev Esp Salud Pública. 2015; 89: 173-190.

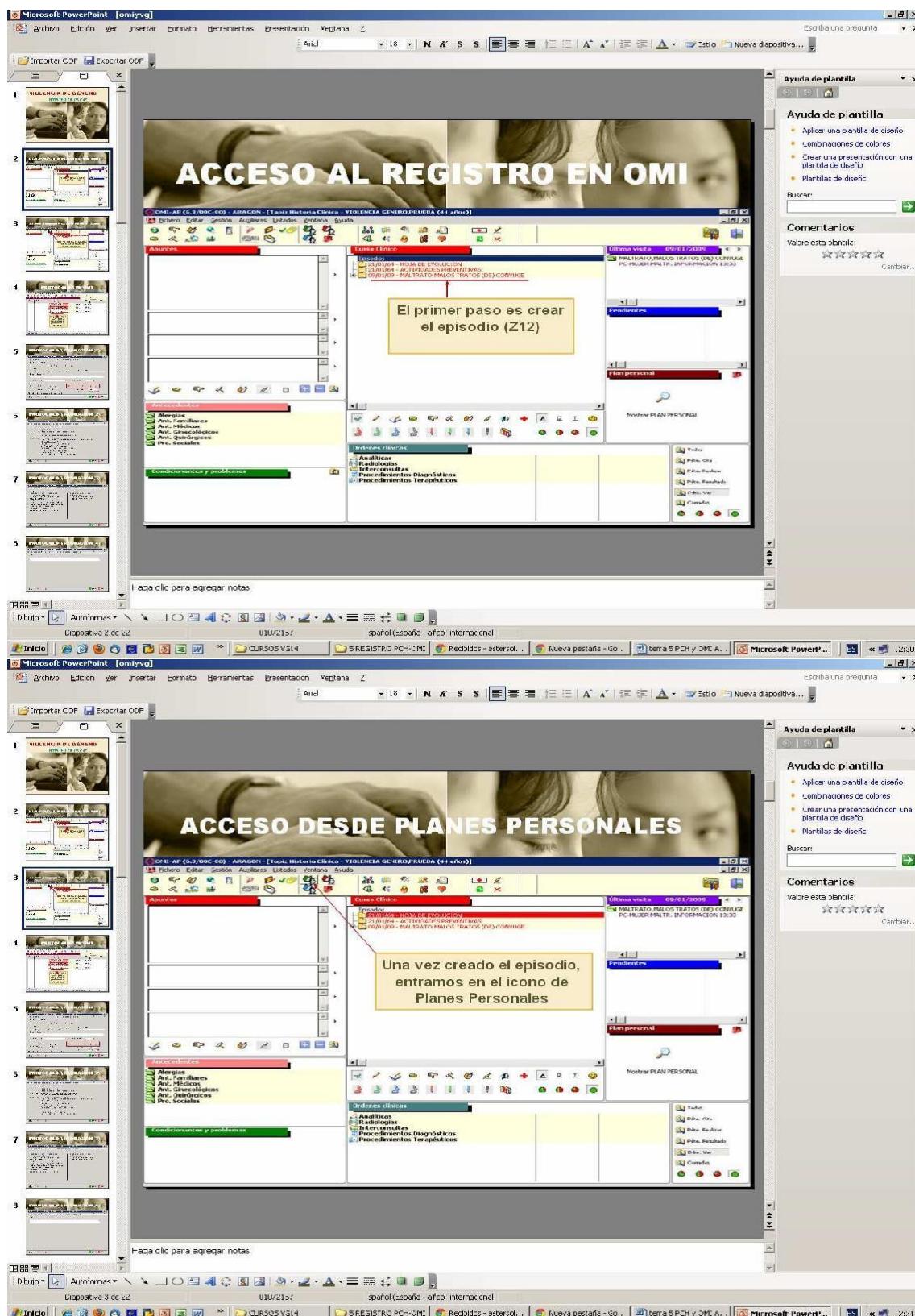
24- Muslera-Canclini E, Natal C, García V, Fernández-Muñoz P. Descripción del registro de los casos de violencia de género en las fuentes de información sanitarias del Principado de Asturias. Gac Sanit. 2009; 23 (6): 558-561.

25- Servicio Aragonés de Salud [sede web]. Zaragoza: Gobierno de Aragón. 2016 [acceso 30 de abril de 2016]. Comisión contra la violencia de género del consejo interterritorial del sistema nacional de salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2012. Disponible en: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/OOAA/InstitutoAragonesMujer/AreasTematicas/Violenciacontramujer/Procedimiento_Comarcal/ci.Protocolos_Actuacion.detalleDepartamento?channelSelected=785189dc3e83b210VgnVCM100000450a15acRCRD

26- Escribá V, Royo M, Mas R, Fullana A, Moreno MP. Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA). [Monografía en Internet]. Agència Valenciana de salut. 2009. (último acceso 8 de mayo de 2016). Disponible en: http://www.violenciagenero.mssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Protocolo_atencion_sanitaria_Valencia.pdf

8. ANEXOS

ANEXO I



ANEXO II

Fuente: CURSO REALIZADOS DESDE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL SALUD PARA LA ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. CURSOS VIOLENCIA DE GÉNERO 2009

CURSOS	FECHAS	HORAS	FORMADOS			Medicina	D.U.E	Matronas	Aux. Enf.	Celador	Psicólogo	T. Socia I	E. Social	Edil	Abog.	G.Civil	P. Local	Otros	Créditos	
			T	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
ONLINE Mº IGUALDAD	Enero-marzo	30	45	7	38	5	7	1	16	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
ZARAGOZA CLÍNICO 1	18 y 19/02	14	24	1	23	0	2	1	8	0	2	0	8	0	2	0	0	0	1,5	
ZARAGOZA CLÍNICO 2	25 y 26/02	14	23	2	21	2	1	0	7	0	0	0	9	0	2	0	0	0	1,5	
ZARAGOZA SERVET	3 y 4/06	14	23	0	23	0	0	0	13	0	0	0	10	0	0	0	0	0	1,5	
ZARAGOZA SERVET 2	7 y 8/07	14	24	0	24	0	0	0	11	0	3	0	9	0	0	0	0	0	1,5	
ZARAGOZA ROYO	23 y 24/06	14	13	2	11	0	1	1	4	0	0	0	3	0	1	1	1	0	1,5	
PROT. COMÚN ACTU. SANITARIA DAROCA	17, 18, 19, 24 y 25/03	20	28	6	22	2	6	0	8	0	0	0	0	0	0	1	1	6	0	
PROT. COMÚN. ACTU. SANITARIA CASPE	25 y 31/03	12	9	3	6	3	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2,5	
PROT. COMÚN. ACTU. SANITARIA ANDORRA	1, 2 y 16/04	14	30	8	22	4	6	4	9	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2,5	
PROT. COMÚN ACTU. SANITARIA TARAZONA	21 y 22/04	14	34	6	28	3	4	2	10	0	0	0	7	1	2	0	0	0	2,5	
PROT. COMÚN ACTU. SANITARIA ALCAÑÍZ	15, 16 y 28/04	14	20	6	14	6	4	0	7	0	3	0	0	0	0	0	0	0	2,5	
U.Docente Medicina. Fam	27/mar	3	4	1	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
			277	42	235	26	35	9	98	1	10	0	47	1	7	1	6	1	24	0
																			7	

ANEXO III

CONSECUENCIAS DE LA VG EN LA SALUD DE LAS MUJERES.

CONSECUENCIAS FATALES

- Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)

CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA

- Lesiones diversas contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, etc. que pueden producir discapacidad.
- Deterioro funcional

CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- Dolor crónico.
- Síndrome del intestino irritable.
- Otros trastornos gastrointestinales.
- Trastornos del sueño.
- Discapacidades.

CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- Por relaciones sexuales forzadas, pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluida la infección por el VIH, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, cáncer de cérvix, embarazo no deseado.
- Por maltrato durante el embarazo, embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, anemia, hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA

- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia).
- Trastornos psicopatológicos.
- Intento de suicidio, autoagresiones.
- Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.
- Dependencia psicológica del agresor (Síndrome de Estocolmo).

CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL

- Aislamiento social.
- Pérdida de empleo.
- Absentismo laboral.
- Disminución del número de días de vida saludable.
- Cambio de domicilio y/o ciudad forzada por la necesidad de protegerse.

Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la VG 2012.²⁵

ANEXO IV

PREGUNTAS MARCO PARA EL ABORDAJE PSICOSOCIAL DE LA VG

- ¿Cómo van las cosas en casa?, ¿está contenta de la relación con su pareja y sus familiares?
- La violencia contra las mujeres es un problema más frecuente de lo que se cree y que puede tener consecuencias muy graves. Por ello, ahora el personal sanitario pregunta de forma rutinaria a todas las mujeres sobre este tema: ¿alguna vez ha sufrido algún tipo de maltrato?
- Los malos tratos de los que tanto se habla, son un problema muy común en muchas mujeres de nuestra sociedad y pueden tener graves consecuencias en su salud. Por ello, ahora el personal sanitario pregunta de forma rutinaria a todas las mujeres sobre este tema: ¿le ha ocurrido a Usted alguna vez?
- La violencia contra la mujer es habitual en la vida de algunas personas y sucede en múltiples tipos de relaciones de pareja o entre los familiares. Desconocemos si le afecta directamente. Por ello, ahora el personal sanitario pregunta de forma rutinaria a todas las mujeres sobre este tema: ¿alguna vez ha sufrido algún tipo de maltrato?
- La violencia contra la mujer tiende a crecer haciéndose más frecuente y grave con el tiempo. Por ello, ahora el personal sanitario pregunta de forma rutinaria a todas las mujeres sobre este tema: ¿alguna vez ha sufrido algún tipo de maltrato?

Fuente: Protocolo para la atención sanitaria de la VG (PDA).²⁶

ANEXO V

Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer.

ANTECEDENTES DE VIOLENCIA

- Haber vivido otras relaciones de maltrato en la pareja.
- Haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia, abusos y/o agresiones sexuales.

ANTECEDENTES PERSONALES Y DE HÁBITOS DE VIDA

- Lesiones frecuentes.
- Otros problemas de salud frecuentes: dolores, trastorno del sueño y la alimentación.
- Abuso de alcohol, psicofármacos u otras drogas.

PROBLEMAS GINECO-OBSTÉTRICOS

- Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.
- Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición.
- Anorgasmia.
- Dismenorrea.
- Historia de abortos repetidos.
- Hijos con bajo peso al nacer.
- Retraso en la solicitud de atención prenatal.

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

- Insomnio.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Trastorno del estrés postraumático.
- Intentos de suicidio.
- Baja autoestima.
- Agotamiento psíquico.
- Irritabilidad.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Labilidad emocional.

ASPECTOS SOCIALES

- Aislamiento, escasas relaciones y actividades fuera de la familia, bajas laborales.

SÍNTOMAS FÍSICOS FRECUENTES

- Cefalea, cervicalgia, dolor crónico general, mareos.
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal).
- Molestias pélvicas.
- Dificultades respiratorias.

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

- Existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias).
- Incumplimiento de citas o tratamientos.
- Uso repetido de los servicios de urgencias.
- Frecuentes hospitalizaciones.
- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.

SITUACIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD

- Situaciones de cambio vital: **embarazo y puerperio, noviazgo, separación, jubilación propia o de la pareja.**
- Situaciones que aumentan la vulnerabilidad: tener hijas/os y personas dependientes a su cargo, aislamiento, migración, enfermedad discapacitante, dependencia física o económica, dificultades laborales y desempleo, ausencia de habilidades sociales.
- Situaciones de exclusión social: prisión, prostitución, pobreza, etc.
- Infección por el VIH.

INFORMACIÓN DE QUE LA MUJER ESTÁ SIENDO VÍCTIMA DE MALOS TRATOS A TRAVÉS DE:

- Familiares
- Amistades
- Profesionales del sistema sanitario u otras instituciones.

Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la VG 2012.²⁵

ANEXO VI

DIFICULTADES PARA LA DETECCIÓN DE VG

POR PARTE DE LAS MUJERES

- Miedo a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar sola una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos.
- Baja autoestima, culpabilización. Sentimientos de vergüenza y humillación.
- Estar viviendo una situación de especial vulnerabilidad.
- Ser dependiente económicamente. Estar fuera del mercado laboral.
- Deseo de proteger a la pareja.
- Desconfianza en el sistema sanitario.
- Minimización de lo que ocurre.
- Aislamiento y falta de apoyo familiar y social.
- Tener incorporadas creencias y valores sexistas.
- Estar acostumbradas a ocultarlo.
- Percepción del maltrato como algo "normal" dentro de la relación.
- Bloqueo emocional por trauma físico y psíquico.

POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO

- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad.
- Haber internalizado mitos estereotipos sobre la VG.
- No considerar la VG como un problema de salud.
- Vivir y/o haber vivido experiencias personales respecto a la violencia.
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
- Intento de racionalización de la conducta del agresor.
- Miedo a ofender a la mujer, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad.
- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones.
- Formación fundamentalmente biológico (no abordaje de problemas psicosociales).
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica.

EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA

- Falta de privacidad e intimidad, interrupciones durante la consulta.
- Sobrecarga asistencial
- Acceso de la mujer a la consulta acompañada de su pareja.

EN EL ÁMBITO SANITARIO

- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos.
- Insuficiente alcance de programas de formación en VG a los profesionales.
- Insuficiente desarrollo de mecanismos facilitadores del acceso a los cursos de formación sobre VG al personal sanitario.

Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la VG 2012.²⁵

ANEXO VII

Recomendaciones para realizar la entrevista clínica ante sospecha de maltrato.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Seguir una secuencia lógica, se aconseja empezar formulando preguntas más generales e indirectas para posteriormente pasar a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas, etc.

EN CASO DE QUE LA MUJER RECONOZCA SUFRIR MALOS TRATOS

- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.
- Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- No dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- No dar falsas esperanzas.
- No criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: "¿por qué sigue con él?, si usted quisiera acabar, se iría...."
- No infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
- No recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
- No prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer
- No utilizar una actitud paternalista.
- No imponer criterios o decisiones, etc.

Fuente: Protocolo común para la actuación sanitaria ante la VG 2012.²⁵