BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento

Holgado Jiménez-Castellanos, María; Molina Martínez, Susana; Pérez González, Raúl. Plan de mejora para el abordaje de la violencia contra la mujer en el área de urgencias. Biblioteca Lascasas, 2015; 11(3). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0843.php

Plan de mejora para el abordaje de la violencia contra la mujer en el área de urgencias

Autores: María Holgado Jiménez-Castellanos, Susana Molina Martínez, Raúl Pérez González

Centro de trabajo: Hospital de Alta Resolución de Puente Genil, Córdoba (Agencia Pública Sanitaria Alto Guadalquivir)

Direccion postal: Miguel Quintero s/nº, Polígono industrial Las Acacias, 14500, Puente Genil, Córdoba.

Mail contacto: mholgado@ephag.es

Trabajo presentado como proyecto final en el IV Experto Universitario en Gestión de Cuidados de la Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada), el 29 de septiembre de 2014.

RESUMEN

Desde 1993, las Naciones Unidas y la OMS, definen la “Violencia de género” como un grave problema de salud pública, con consecuencias sobre la salud de las mujeres y los sistemas sanitarios.

Aparecen, en los últimos años, varios avances legislativos, que propician la aparición de protocolos, para amparar la actuación de los profesionales con este colectivo.

Las macroencuestas sobre Violencia (2006 y 2011), y estudios que justifican los costes económicos que acarrea esta para los sistemas de salud; ponen en el punto de mira, la eficacia de las estrategias orientadas a erradicarla; en un momento de crisis en que se enjuicia constantemente la sostenibilidad del sistema sanitario.

Por último, se constata durante la revisión bibliográfica, que la “normalización” de este fenómeno, dificulta su detección a los profesionales sanitarios; y de estos, parece ser Enfermería, el colectivo clave para desarrollar esta intervención.

En este contexto y ante la incidencia de casos en nuestra zona básica, nos proponemos diseñar un plan de mejora en el abordaje de este colectivo en urgencias.

Realizamos una fase de análisis (revisión bibliográfica, DAFO y grupo nominal). Después se define el planteamiento estratégico, en cuatro líneas con sus planes de acción.

La evaluación se realiza mediante definición de indicadores que configuran un cuadro de mandos que permita tomar decisiones de gestión, estableciendo un ciclo de mejora.

Presentamos datos 2011-2014 y las conclusiones alcanzadas respecto a la implantación, con la intención de orientar a otras instituciones en la implementación de estrategias de intervención en Violencia contra la mujer.

ÍNDICE

1. Introducción, justificación y estado actual del conocimiento.
2. Análisis de situación.
   2.1 Descripción del ámbito de aplicación
   2.2 Análisis DAFO
   2.3 Análisis de grupo nominal
3. Objetivos
   3.1 Objetivo general
   3.2 Objetivos específicos
4. Planteamiento estratégico.
5. Cartera de servicios.
6. Cartera de clientes.
7. Intervenciones.
8. Evaluación.
9. Competencias enfermeras.
10. Operativización y secuenciación.
11. Resultados obtenidos y conclusiones.
12. Anexos.
   12.1. Anexo 1. Plan de cuidados
   12.2. Anexo 2. Mapa de competencias Enfermería Cuidados Críticos y Urgencias
13. Referencias y bibliografía.

1. Introducción, justificación y estado de la cuestión.

"Lo preocupante no es la perversidad de los malvados sino la indiferencia de los buenos" Martin Luther King.

Las Naciones Unidas, en 1993, definen la Violencia de género como: "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 la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada".[1]

Desde 1996, la OMS lo reconoce como un grave problema de salud pública, con graves consecuencias sobre la salud de las mujeres, y por ende, sobre la totalidad del sistema sanitario. [2] Según datos de este organismo, entre el 10% y el 50% de las mujeres experimentan durante su vida violencia física de manos de un compañero íntimo y entre el 10% y el 30% ha sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja. Por todo ello, se establece como una prioridad para los sistemas de salud, a nivel internacional, la erradicación de la violencia contra las mujeres. [2]

Todo ello, se traduce en nuestro país, y en Andalucía en concreto, en una serie de avances legislativos (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y en Andalucía, la Ley 13/2007, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género),[3,4] que posibilitan la aparición de diferentes protocolos, que amparan, ya dentro del ámbito sanitario, la actuación de los profesionales en el abordaje de este problema de salud: Protocolo de Abordaje sanitario de la Violencia contra la mujer, editado por la Junta de Andalucía en 2007, y el Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género de 2012.[5,6]

Según datos de la ultima Macroencuesta de Violencia de Género 2011, realizada por el Instituto de la Mujer, el 10,9% de mujeres, ha sufrido alguna situación de maltrato alguna vez en su vida; el 3%, durante el último año (Esto supone casi 600.000 mujeres) Se produce un incremento considerable sobre los datos de la macroencuesta anterior (2006), donde las mujeres que habían sufrido violencia alguna vez en la vida, representaban un 6,3%.[7]

En los último años, además, aparecen diferentes estudios, como el de Hernández et al. y Bolaños et al.[8,9] que vienen a justificar los costes económicos que acarrea la violencia contra la mujer a los sistemas de salud, poniendo así las estrategias orientadas a su erradicación en el punto de mira, tanto político como mediático, en unos tiempos de crisis económica, en los que se enjuicia constantemente la sostenibilidad del sistema sanitario. [8,9]

Una última consideración a tener en cuenta, es la del papel de los profesionales sanitarios en este escenario. Se estima que sólo el 17% de mujeres que se reconocían como víctimas de una relación de maltrato, eran identificadas como tal por los profesionales sanitarios.[10] Si consideramos

además que solo se auto reconocen como maltratadas el 3-4% de las que se detectan, podemos decir, sin lugar a dudas que estamos ante un fenómeno "normalizado" e "invisibilizado" en nuestra sociedad, que se circunscribe al ámbito privado de la persona, llegando a los servicios sanitarios en forma de hiperfrecuentación de los recursos, aludiendo a síntomas inespecíficos de tipo somático(g), sometiéndose a más intervenciones quirúrgicas, prolongando sus estancias hospitalarias y consumiendo mayor numero de fármacos.[11,12]

En contrapartida, existen estudios realizados con personal de enfermería, que demuestran que la tasa de detección, podría mejorar de un 7,5% a un 30%, cuando la mujer es atendida por enfermeras formadas en la materia;[12,13] específicamente en el aprendizaje de la entrevista psicosocial y habilidades como la acogida, la empatía y la escucha activa.[14] De esta manera, el colectivo de enfermería se posiciona como clave en la prevención, detección precoz e intervención de casos de violencia contra la mujer, debido a su accesibilidad en su relación con las pacientes.[12] En contra del modelo biomédico imperante, donde prima la enfermedad sobre la persona; es el "cuidado", entendido como práctica esencial de la disciplina enfermera, la perspectiva más adecuada para abordar la violencia; integrando como objeto de cuidado no solo el cuerpo, sino la persona, el ser humano. Así se posiciona al profesional en contacto directo con la intimidad de la persona a la que se cuida, dando la posibilidad de detectar vulnerabilidades, ajenas y propias, impensables desde otro paradigma.[15,16]

En este contexto, y ante la alta incidencia de casos manifestados en el Hospital de Puente Genil nuestra zona básica de salud, nos propusimos diseñar un plan estratégico orientado a la mejora en el abordaje de este fenómeno en el área de urgencias de nuestro centro.[1]

2. Análisis de situación.

2.1 Descripción del ámbito de aplicación

El Hospital de Puente Genil es un centro de alta resolución perteneciente a la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, integrado en el Área sanitaria Córdoba Sur y que atiende a una población de referencia de 30.000 habitantes. El área de Urgencias soporta alrededor de 40.000 episodios de urgencias por año, constituyéndose así como área privilegiada para la detección y abordaje precoz de la violencia contra la mujer.

La sospecha y/o confirmación del caso de violencia contra la mujer se inicia en la Consulta de RAC (recepción, acogida y clasificación de pacientes), primer punto de contacto de la mujer en el área de urgencias. Desde aquí se activa al supervisor de enfermería de guardia (como personal de apoyo) y al médico de urgencias que corresponda, para empezar con la asistencia propiamente dicha, que tendrá lugar en la consulta médica de urgencias, de manera conjunta.

---

[1] Este proyecto fue diseñado y puesto en marcha en Hospital de Puente Genil en el año 2012, bajo la coordinación de la autora.

2.2 Análisis DAFO

Se realizó un análisis DAFO, con el grupo de enfermeras de urgencias y supervisores que realizan guardias en el hospital. El objetivo de la técnica fue analizar la situación respecto al abordaje de este colectivo en urgencias, por parte del personal de enfermería.

Los participantes fueron un grupo de 8 diplomados de enfermería que realizan guardias de supervisión de enfermería, que ejercen de personal de apoyo en casos de violencia en urgencias; 3 de ellos son supervisores de área (urgencias/hospitalización, Consultas externas y quirófano) y trabajan como enfermeros de base en las diferentes áreas asistenciales del hospital. La distribución por sexos es de 3 hombres y 5 mujeres, de edades comprendidas entre los 29 y los 38 años. La técnica se realizó en el mes de abril de 2012.

Los resultados obtenidos fueron:

1. Amenazas: Conflictos entre categorías por competencias profesionales, los profesionales de enfermería no pueden realizar el parte de lesiones y esto fractura la asistencia; los protocolos no están adaptados al entorno local, o no existen.

2. Oportunidades: Buenas relaciones a nivel local con el resto de instituciones (ayuntamiento, servicios sociales, instituto de la mujer…), existe apoyo institucional, ya que la violencia contra la mujer empieza a tener presencia en contrato programa. La dirección del centro está interesada en impulsar esta estrategia (para disminuir la frecuentación en urgencias y aumentar la calidad percibida).

3. Debilidades: Falta formación específica, tanto en sensibilización como en intervención, se plantean dificultades en la detección en la consulta de RAC por el poco tiempo que hay y también en la continuidad asistencial, faltan recursos de enfermería debido a la presión asistencial, falta implicación del personal médico de urgencias, hay un porcentaje alto de profesionales de todas las categorías que verbalizan prejuicios sobre este tema, tenemos pocos datos de la actividad (número que casos, tipo de violencia, continuidad asistencial o evolución de los mismos), enorme carga emocional que supone esta intervención, desconocimiento de responsabilidad jurídica.

4. Fortalezas: Tenemos profesionales expertos en RAC avanzada, contamos con la implicaciones de los profesionales de enfermería, tenemos un referente con buena formación en este ámbito; contamos con el grupo de enfermería de guardias, como recurso de apoyo.

Después de volcar los datos y realizar la matriz DAFO, los resultados obtenidos son:

1. Estrategias de supervivencia. Potenciar la formación (sensibilización e intervención) y adaptación de los protocolos locales específicos de coordinación con otras instituciones.

2. Estrategias defensivas. Adaptación de los protocolos de intervención en salud a nuestro hospital, con definición de indicadores de calidad del proceso.

3. Estrategias de reorientación. Potenciar desde la Dirección el abordaje multidisciplinar de esta intervención, para rebajar la carga emocional y generar apoyo mutuo. Diseño de un cuadro de mandos para monitorizar los indicadores que nos permitan establecer un ciclo de mejora continúa.

4. Estrategias de Potenciación. Impulsar la creación de algún grupo de coordinación interinstitucional que nos facilite la comunicación y el desarrollo de protocolos comunes en este ámbito local. Dar impulso al grupo de supervisores de guardia como recurso de apoyo en esta intervención.

2.3 Análisis de grupo nominal

Mediante técnica de grupo nominal, se puntúa individualmente y por orden de prioridad, la importancia de implementación de las diferentes estrategias. Esta reunión tuvo lugar en junio de 2012, dos meses después del análisis DAFO, y los participantes fueron los mismos.

Tras la puesta en común y la suma total de puntuaciones se obtienen los siguientes resultados que son la base para diseñar el plan de mejora:

1. Formación del personal del área de urgencias en sensibilización e intervención en violencia contra la mujer. Los profesionales de enfermería que realizan guardias de supervisión, serán prioritarios, para actuar como líderes del cambio de cultura.

2. Elaboración de procedimientos de actuación que estandaricen la detección e intervención en estos casos, impulsando el abordaje multidisciplinar; con definición de indicadores que permitan la evaluación del mismo.

3. Constitución de una mesa técnica local para coordinar las distintas administraciones (servicios sociales, instituto de la mujer, atención primaria, atención especializada….) para asegurar la continuidad asistencial y la optimización de los recursos existentes.

4. Diseñar un cuadro de mandos que permita monitorizar la intervención y evaluar todo el proceso, tomando decisiones en gestión sobre datos reales, orientadas a la mejora continua.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Mejorar el abordaje de la violencia contra la mujer en el área de urgencias del Hospital de Puente Genil.

3.2 Objetivos específicos

- Formar al personal del área de urgencias en sensibilización e intervención en violencia contra la mujer.
- Elaborar procedimientos de actuación que estandaricen la detección e intervención en estos casos.
- Promover la coordinación de las distintas administraciones implicadas en el abordaje de la violencia contra la mujer, para mejorar la continuidad asistencial de este colectivo.
- Diseñar un cuadro de mandos que permita monitorizar las intervenciones y evaluar todo el proceso de atención.

4. Planteamiento estratégico

4.1 Líneas estratégicas

4.1.1. Formación de los profesionales en cuanto a:
- Problemática de la violencia machista: sensibilización
- Abordaje sanitario de las situaciones de violencia contra la mujer
- Recursos comunitarios de apoyo.

4.1.2. Elaboración y/o adaptación de procedimientos
- Adaptación del protocolo de la junta de Andalucía
- Elaboración del procedimiento de Clasificación avanzada de enfermería de urgencias en violencia contra la mujer
- Diseño de Plan de Cuidados de enfermería para víctimas de violencia contra la mujer

4.1.3. Continuidad asistencial y coordinación institucional
- Creación de una Mesa técnica de prevención de la violencia contra la mujer
- Establecer los circuitos de derivación y comunicación con todos los agentes que intervienen.

4.1.4. Monitorización y diseño del cuadro de mando
- Definición de indicadores específicos para medir el abordaje de la violencia contra la mujer.
- Pilotaje del cuadro de mandos.

5. Cartera de servicios

5.1 Plan de cuidados

La valoración inicial de enfermería, se realiza según las 14 necesidades de Virginia Henderson, utilizando como metodología la entrevista motivacional y con la finalidad de establecer y consensuar con la mujer, el plan de cuidados a seguir.

Para estandarizar el plan de cuidados, se han tenido en cuenta los diagnósticos, objetivos de resultados e intervenciones prevalentes en todos los casos valorados en nuestro centro. (Ver Anexo 1. Plan de cuidados)

5.2 Procesos asistenciales.

Todas aquellas actividades y técnicas que competen al personal de Urgencias, respecto a la asistencia clínica de la mujer, según el motivo de consulta (Ver Anexo2. Mapa de competencias de enfermería del Servicio de críticos y urgencias)

6. Cartera de clientes

6.1. Clientes internos

- Profesionales de enfermería del área de urgencias.
- Enfermeros que realizan guardias de enfermería.
- Supervisores de enfermería de área.

6.2. Clientes externos

- Mujeres que viven una relación de malos tratos.
- Hijos menores, que conviven con las anteriores.

7. Intervenciones

7.1 Formación de los profesionales

Se solicita la inclusión de cursos de RED FORMMA, de Sensibilización e intervención en violencia contra la mujer, para el personal de urgencias y supervisores de guardia, en el Plan anual de formación de la Agencia (a partir de 2012 y anualmente). El Supervisor de enfermería de Urgencias, realizará el curso de Formador de formadores en esta materia. Se ofertarán cursos impartidos desde la Red Formma, (Red Andaluza de Formación contra el Maltrato a las Mujeres), dirigidos a todos los profesionales en materia de violencia contra la mujer, y divididos en dos áreas. Un curso de sensibilización ante la problemática de la violencia machista, donde los profesionales toman conciencia de la dimensión de la situación de violencia y de que es un problema de salud así como de los aspectos sociales que mantiene esta situación de desigualdad y de los factores de mantenimiento que hacen que una mujer permanezca en la espiral de violencia machista. Y un segundo curso, que complementa al primero, sobre Intervención básica, que forma a los profesionales de una manera participativa en el abordaje sanitario de las situaciones de violencia contra la mujer, como debemos valorar, tratar, y actuar en estos casos, a las mujeres que acuden a nuestros centros, qué recursos tienen, asesoramiento, coordinación multidisciplinar y, en definitiva activar y poner en marcha el protocolo específico.

7.2 Elaboración y/o adaptación de procedimientos

Durante 2012, se adapta el protocolo de la Junta de Andalucía, a nuestro hospital y se realiza el Procedimiento de Clasificación avanzada de enfermería de urgencias en violencia contra la mujer, como herramienta de detección precoz, y estableciendo un circuito de atención preferente para las víctimas como pacientes vulnerables. Se realiza un Plan de Cuidados de enfermería para víctimas de violencia, para estandarizar la intervención y asegurar la continuidad asistencial. Durante 2013, se revisa el protocolo del hospital tras la edición por la Junta de Andalucía de uno específico para el ámbito sanitario, en las áreas de urgencias.
La base de datos documental será revisada y actualizada anualmente por parte del Coordinador de Violencia contra la mujer del hospital.

7.3 Continuidad asistencial y coordinación institucional

Se promueve la creación de una Mesa técnica de prevención de la violencia contra la mujer, liderada por el Instituto de la mujer y constituida por representantes de todas las instituciones implicadas en la asistencia; servicios sociales comunitarios, atención sanitaria primaria, atención sanitaria especializada, justicia, guardia civil y policía local. Fruto de las reuniones en este ámbito de colaboración se realiza un protocolo de seguimiento telefónico, a través de la asesoría jurídica del instituto de la mujer, para realizar seguimiento y evolución de los casos atendidos y el resultado de nuestras actuaciones; también se consensúa un algoritmo de derivación desde la puerta de urgencias al instituto de la mujer, mediante consentimiento verbal de la misma(2012) y por último, se organizan las I Jornadas para prevención del maltrato, para profesionales. Durante 2013, se realiza un circuito de derivación de hijos/as de mujeres víctimas de maltrato a un programa de intervención psicológica integral de la Asociación Encuentr@cuerdos, subvencionado por la Consejería: se colabora en la realización de un spot publicitario orientado a la sensibilización de la población, con el eslogan “Juntos podemos” y se coordina con el Ayuntamiento, un recurso local para dormir la mujer junto con sus hijos en un hotel hasta el juicio rápido al día siguiente sin necesidad de desplazarse a una casa de acogida. Por último, se establece la necesidad de valorar como víctimas de maltrato infantil, a aquellos menores cuyas madres sean víctimas a su vez de violencia de género, cuando la madre no sea protectora y notificarlo mediante hoja de maltrato a Servicios Sociales para que se inicie una intervención en el ámbito de lo social que evite la aparición de secuelas permanentes en los menores (2014)

7.4 Monitorización y diseño del cuadro de mando

Con el objetivo de evaluar la intervención, nos proponemos efectuar un análisis y monitorización de los casos atendidos, que permita diseñar un cuadro de mandos, con la definición de indicadores específicos para medir el abordaje de la violencia contra la mujer en cada una de sus fases; detección, intervención, continuidad asistencial y resultados; que nos oriente en la toma de decisiones para la mejora continua.

El grupo de trabajo comienza con una revisión de historias de casos detectados durante 2011 y 2012, como inicio. A partir de ahí, vamos analizando y monitorizando cada caso, añadiendo indicadores por consenso; a la vez que en paralelo se realiza una búsqueda bibliográfica específica de este tema, a lo largo del año 2013 (trabajo pendiente de terminar para publicar)

8. Evaluación

8.1.1. Formación de los profesionales

Indicador 1: Nº de profesionales formados en los cursos de RED FORMMA
Fuente: Recursos humanos
Formula: Nº de profesionales certificados/ Nº de profesionales de urgencias
Responsable: Supervisor de Urgencias

Indicador 2. Nº de sesiones clínicas
Fuente: Acta y hoja de firmas
Formula: Nº sesiones realizadas por año
Responsable: Supervisor de urgencias

Indicador 3. Activación del circuito específico en consulta de RAC.
Fuente: Historia clínica digital
Formula: Nº de mujeres en las que se activa el circuito/total de mujeres atendidas
Responsable: Coordinador Violencia contra la mujer.

8.1.2. Elaboración y/o adaptación de procedimientos

Indicador 3. Nº de Protocolos relacionados, que han sido adaptados/actualizados
Fuente: Actas de las reuniones mantenidas
Formula: Nº de Protocolos relacionados, que han sido adaptados o actualizados/ Total de protocolos existentes.
Responsable: Coordinador Violencia contra la mujer

8.1.3 Continuidad asistencial y coordinación institucional

Indicador 4. Participación en la Mesa técnica de Prevención de Violencia contra la mujer.
Fuente: Acta de reuniones Instituto de la mujer.
Fórmula: Nº de reuniones con representante del hospital/total de reuniones anuales de la Mesa técnica.
Responsable: Instituto de la mujer.

Indicador 5. Mujeres víctimas de violencia a las que se entrega Informe de Continuidad de Cuidados con información con su plan de cuidados durante la asistencia.
Fuente: Informes de continuidad de cuidados

Formula: Mujeres víctimas de violencia con ICC/total de mujeres atendidas por esta causa.
Responsable: Coordinador de Violencia contra la mujer

Indicador 6. Seguimiento telefónico de casos con Instituto de la Mujer.
Fuente: Datos de evolución y situación tras el alta
Formula: Contactos telefónicos con Instituto de la mujer para seguimiento de casos/ total de mujeres atendidas.
Responsable: Coordinador de Violencia contra la mujer.

8.1.3. Monitorización y diseño del cuadro de mando

Indicador 7. Nº de casos atendidos y según franja de edad
Indicador 8. Nº de casos en los que se activa el protocolo
Indicador 9. Nº de casos en los que se activa a las fuerzas de seguridad
Indicador 10. Nº de casos que acude al Instituto de la mujer
Indicador 11. Nº casos en los que se realiza seguimiento telefónico de la evolución
Indicador 12. Nº de casos en los que se interpone denuncia contra el agresor
Indicador 13. Nº de casos en los que se retira la denuncia
Indicador 14. Nº de casos derivados a casa de acogida
Indicador 15. Nº de hijos menores derivador a Servicios Sociales
Indicador 16. Nº de casos a los que se realiza plan de cuidados e Informe de continuidad de cuidados
Indicador 17. % Diagnósticos prevalentes según ICC.

9. Competencias enfermeras

9.1 Conocimientos

- Metodología en gestión de procesos (guías de práctica clínica, mapas de cuidados, gestión de casos)
- Educación para la salud, consejo sanitario, estilo de vida y medidas de prevención.
- Cuidados en los procesos crítico-urgentes: violencia doméstica.
- Oferta de servicios y conocimiento organizativo.
- Manejo de escalas y cuestionarios
- Igualdad de género y oportunidades
- Abordaje de Violencia contra la mujer y el menor
- Seguridad del paciente
- Continuidad de cuidados y comunicación interinstitucional
- Derechos de los usuarios

- Legislación: ley protección de datos, ley de autonomía del paciente, legislación específica
-

9.2 Habilidades

- Visión continuada e integral de los procesos
- Gestión eficaz de situaciones críticas
- Manejo de situaciones conflictivas
- Comunicación y entrevista biopsicosocial
- Personalización de los cuidados
- Intimidad y confidencialidad
- Trabajo en equipo.

9.3 Actitudes

- Liderazgo
- Empática
- Escucha activa
- Asertividad
- Aprendizaje y mejora continúa
- Orientación a resultados.

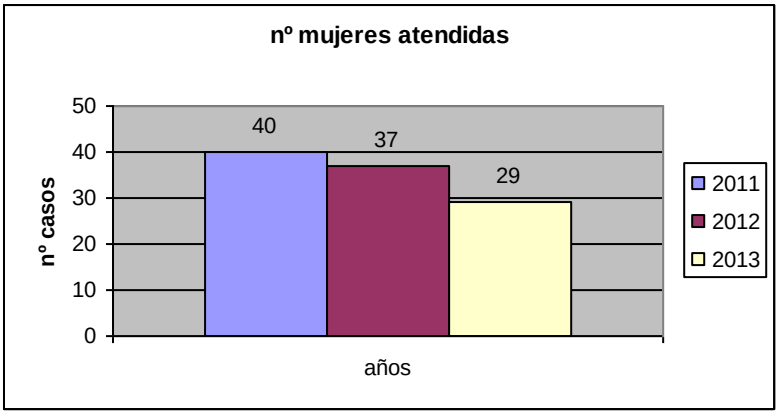
10. Operativización y secuenciación

	2012				2013			2014	
	abril	mayo	junio	diciembre	enero	junio	diciembre	junio	diciembre
Análisis Situación									
Diseño Estrategia									
Informes actividad									
Mesa técnica local de prevención									
Actualización y/o elaboración de Procedimientos									
Implantación: Seguimiento									

telefónico									
Diseño cuadro de mandos									
Implantación seguimiento ICC									
Implantación intervención en hijos menores									

11. Resultados obtenidos (2011 a 2014) y conclusiones.

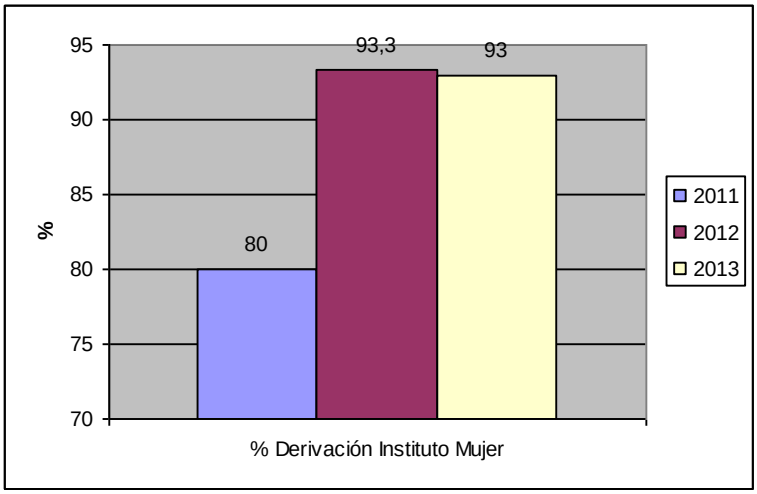
El número de casos atendidos por violencia contra la mujer, ha ido disminuyendo desde 2011, aunque durante el primer semestre de 2014, se han atendido ya 25 casos



Desde la puesta en marcha del protocolo de intervención sanitaria, en 2013, se produce la activación del circuito en el 100% de los casos.
De los casos detectados e intervenidos en 2013, 3 de ellos (10,34%) fueron registrados como ISMT (indicadores de sospecha de maltrato). Durante el primer semestre de 2014, de los 25 casos detectados, 1 fue registrado como ISMT.

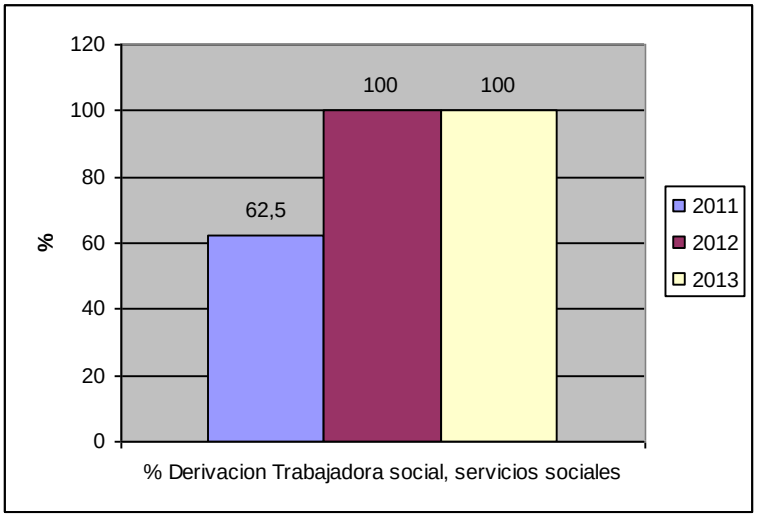
La derivación a las diferentes instituciones es heterogénea:

- % Derivación al Instituto local de la mujer

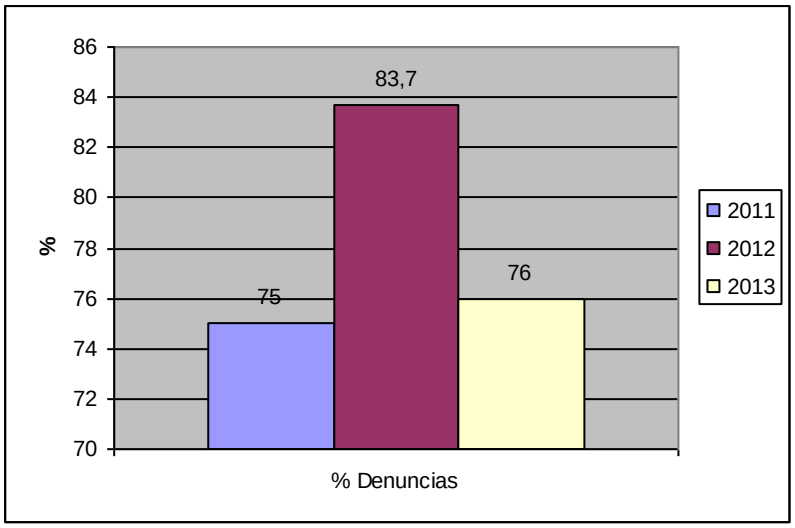


De los casos derivados al Instituto de la mujer durante 2013, acudieron posteriormente el 72,4% de los mismos. Durante el primer semestre de 2014, este porcentaje ha aumentado hasta el 80%.

- % Derivación a Trabajadora social, servicios sociales comunitarios…



El seguimiento telefónico de la evolución de los casos se hace en el 100% de las mujeres atendidas.
Otro dato interesante sobre nuestra intervención, es el porcentaje de mujeres atendidas que presentan denuncia y de estás, cuantas la retiran a posteriori.



De los casos atendidos que presentan denuncia durante 2013, retiran la denuncia el 45,4%(10 mujeres). Durante el primer semestre de 2014, mejora este indicador; ya que denuncia el 80% y retira la denuncia el 20% de estas.
Aunque se venía monitorizando el número de mujeres con medidas de protección tras el alta durante años previos, hemos dejado de hacerlo, ya que no nos aportaba información útil para evaluar ni mejorar nuestra intervención y nos resulta complicado acceder a estos datos de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

Como áreas de mejora implementadas durante 2013:

- Mujeres con hijos que se derivan a servicios sociales comunitarios

  De los casos de mujeres con hijos menores de edad, atendidos durante 2013, se han derivado a Servicios sociales comunitarios el 41,17% de los mismos. Durante el primer semestre de 2014, suponen el 44%.

- Mujeres con Plan de cuidados e ICC

  De los casos atendidos durante 2013, se ha realizado plan de cuidados de enfermería e Informe de continuidad de cuidados en el 79,3% de los casos. Durante el primer semestre de 2014, este indicador ha aumentado hasta el 96%,

Los Diagnósticos de enfermería prevalentes en mujeres víctimas de violencia contra la mujer fueron:

i. Temor: código NANDA: 00148: 12X100/23=52.1%
ii. Conflicto de decisiones: código NANDA: 00083: 2x100/13=8.6%
iii. Baja autoestima situacional código NANDA: 00120 2x100/23=8.6%
iv. Ansiedad: código NANDA: 00146: 5x100/23= 21.7%
v. Manejo inefectivo del régimen terapéutico: código NANDA: 00078 1x100/23= 4.3%
vi. Riesgo de suicidio código NANDA: 00150 1x100/23=4.3%

El aumento del número de profesionales formados y sensibilizados con la problemática de la violencia contra la mujer, ha posibilitado que los indicadores relacionados con activación de protocolos, derivaciones o seguimiento telefónico para asegurar la continuidad asistencial, progresen por encima del 90%.

Durante 2013 hay una disminución significativa en el número de casos detectados, que no podemos explicar, aunque parece que la tendencia vuelve a ir al alza durante la primera mitad del año 2014. El porcentaje de mujeres que interponen denuncia y lo más importante, no la retira después, mejora considerablemente. Este indicador es muy importante para nosotros, ya que es la denuncia la que genera el derecho a todas las medidas de protección y defensa de la administración pública. Habrá que analizar estas tendencias con los datos de final de 2014, teniendo en cuenta el % de mujeres con indicadores de sospecha de maltrato que no lo manifiestan, que se ha empezado a monitorizar en enero de 2014.

Respecto a la Coordinación interinstitucional, nos encontramos con algunas dificultades a la hora de obtener algunos datos de otros organismos, sobre todo de las Fuerzas de seguridad del estado. Es un tema relacionado con la ley de protección de datos, que se tratará en la próxima reunión de la mesa técnica local de prevención.

Como áreas de mejora detectadas, por un lado, mejorar el % de hijos menores de mujeres víctimas de violencia que reciben intervención psicológica por parte de Servicios sociales comunitarios, ya que son víctimas muchas veces ocultas de esta situación y debemos minimizar las secuelas que puedan tener. Por otro lado, se monitorizará la frecuentación de las mujeres detectadas en urgencias, ya que según la bibliografía, las mujeres víctimas de maltrato suelen presentar una alta frecuentación de los servicios sanitarios, por lo tanto este dato se constituye como un indicador más de sospecha de maltrato, de manera indirecta.
Por último, dejar constancia de que según nuestra experiencia, parece estar justificada, la inclusión de alguna herramienta de cribado de violencia contra la mujer, de manera rutinaria, en la consulta de RAC, en todas las mujeres mayores de 16 años que acuden al servicio de urgencias. Es una nueva dimensión a investigar en el abordaje sanitario de la violencia contra las mujeres.

12. Anexos

12.1. Anexo 1. Plan de cuidados

1 TEMOR (código NANDA 00148).
Autocontrol del miedo (Código NOC 1404).
Indicadores:
140402 Elimina los factores precursores del miedo.
140403 Busca información para reducir el miedo.
140404 Evita fuentes de miedo cuando es posible
140405 Planea estrategias para superar las situaciones temibles

Apoyo emocional (Código NIC 5270).
Actividades:
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento si precisa.

Potenciación de la seguridad (Código NIC 5380).
Actividades:
- Disponer de un ambiente no amenazador.
- Escuchar los miedos del paciente.
- Discutir situaciones específicas o sobre personas que amenacen al paciente o a la familia.

2 RIESGO DE LESIÓN (código NANDA 00035).
Control del riesgo (Código NOC: 1902)
Indicadores:
190201 Reconoce factores de riesgo
190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas
190207 Sigue las estrategias del control del riesgo seleccionadas
190215 Utiliza los recursos sociales para controlar el riesgo

Protección del abuso (Código NOC: 2501)
Indicadores:
250101 Planes para salir de la situación
250107 Obtención de orden de restricción si procede.
250113 Facilitación del asesoramiento para la persona abusada
250116 Apoyo social.
250105 Seguridad propia
250106 Seguridad de los niños

Identificación de riesgos (Código NIC 6610).
Actividades:
- Determinar los sistemas de apoyo comunitario.
- Determinar los recursos económicos.
- Determinar los recursos institucionales para ayudar o disminuir los factores de riesgo.
- Proceder a derivar a otro personal de cuidados y/o institución según corresponda.

-Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar

Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge (Código NIC 6403).
Actividades:
-Ayudar a los individuos y a sus familias a evaluar objetivamente la fuerza u la debilidad de las relaciones
-Remitir a los individuos con riesgo de abuso o que lo hayan sufrido a especialistas
-Proporcionar información confidencial respecto a albergues para personas que sufren violencia domestica.
-Iniciar el desarrollo de un plan de seguridad para utilizar si la violencia se intensifica.

3 NEGACIÓN INEFICAZ (código NANDA 00072).
Afrontamiento de problemas (Código NOC 1302).
Indicadores:
130214 Verbaliza la necesidad de asistencia.
130215 Busca ayuda profesional de forma apropiada.
130223 Obtiene ayuda de un profesional sanitario

Creencias sobre la salud: Percepción de amenaza (Código NOC 1704).
Indicadores:
170401 Percepción de amenaza para la salud.
170409Percepción de que el trastorno puede ser de larga duración.
170410 Impacto percibido sobre el estilo de vida actual.
170414 Percepción de amenaza de muerte.

Asesoramiento (Código NIC 5240).
Actividades:
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad.
- Proporcionar información objetiva, según sea necesario y si procede.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.
- Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de cuidadores a cerca de la situación.

4 SINDROME POSTRAUMÁTICO (Código NANDA 00141)
Afrontamiento de problemas (Código NOC 1302)
Indicadores:
130214 Verbaliza la necesidad de asistencia
130205 Verbaliza aceptación de la situación
130223 Obtiene ayuda de un profesional sanitario

Asesoramiento (Código NIC 5240).
Aumentar los sistemas de apoyo (Código NIC 5440).
Actividades:

- Remitir a programas comunitarios de fomento / prevención / tratamiento / rehabilitación, si procede
- Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso.
- Observar la situación familiar actual.
- Determinar el grado de apoyo familiar.

5 CONFLICTO DE DECISIONES (código NANDA 00083).
Toma de decisiones (Código NOC 0906).
Indicadores:
0906096 reconoce el contexto socialuela situación
090602 Identifica alternativas
090603 Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa
090608 Compara alternativas
090609 Escoge entre varias alternativas

Modificación psicosocial: cambio de vida (Código NOC 1305).
Indicadores:
130506: Expresiones de optimismo sobre el futuro
130504 Expresiones de utilidad
130508 Identificación de múltiples estrategias de superación
130513 Expresiones de apoyo social adecuado
130506: Expresiones de optimismo sobre el futuro.

Apoyo en la toma de decisiones (Código NIC 5250).
Actividades:
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.
- Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales.

Potenciación de la conciencia de sí mismo (Código NIC 5390).
Actividades:
- Ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida.
- Facilitar la identificación de sus formas de respuesta habitual a diversas situaciones por parte del paciente.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único.

6 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (Código NANDA 00120)
Capacidad personal de recuperación (Código NOC 1309)
Indicadores:
130901 Verbaliza una actitud positiva
130903 Expresa emociones
130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas

Afrontamiento de problemas (Código NOC 1302).
Indicadores:
130209 Utiliza el apoyo social disponible.
130214 Verbaliza la necesidad de asistencia.

130215 Busca ayuda profesional de forma apropiada

Aumentar el afrontamiento (Código NIC 5230)
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Valorar las necesidades / deseos del paciente de apoyo social.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.

Potenciación de la autoestima (Código NIC 5400)
Actividades:
-Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación
-Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente
-Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse.

Aumentar los sistemas de apoyo (Código NIC 5440).

Exponemos aquí algunos diagnósticos o problemas de colaboración identificados, que son importantes a tener en cuenta a la hora de la derivación a otros niveles asistenciales.

7 DESEMPEÑO INEFECTIVO DE ROL (Código NANDA 00055)
Definición: Los patrones de conducta y expresiones de la persona no concuerdan con las expectativas, normas y contexto en que se encuentra. R/C situación social de violencia domestica en que se encuentra y M/P verbalizaciones y signos de sufrir violencia contra la mujer y verbalizaciones de estar anulada por su pareja.

8 RIESGO DE SINDROME POSTRAUMÁTICO (Código NANDA 00145)
Definición: Riesgo de presentar una repuesta desadaptada sostenida a un acontecimiento traumático o abrumador. R/C falta de soporte del entorno y/o apoyo social y duración del acontecimiento.

9 DOLOR AGUDO (Código NANDA 00132)
Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor a 6 meses. R/C Agentes lesivos (agresiones sufridas) y M/P Informe verbal, conducta expresiva, llanto…

10 DESESPERANZA (Código NANDA 00124).
Definición: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar su energía

en su propio provecho. R/C situación estresante (violencia familiar) de larga duración, M/P Disminución de la verbalización, falta de iniciativa para afrontar el problema...

12.2. Anexo 2. Mapa de competencias Enfermería Cuidados críticos y Urgencias

- Metodología en gestión de procesos (flujogramas, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, gestión de casos)
- Gestión de residuos
- Prevención y cuidados de heridas crónicas
- Cuidados de heridas agudas
- Documentación clínica, registros y cumplimentación
- Ley de muerte digna
- Ventilación mecánica invasiva
- Ventilación mecánica no invasiva
- Oferta de servicios y conocimiento organizativo
- Metodología de cuidados
- Metodología de calidad
- Bioética
- Derechos y deberes de los usuarios
- Educación para la salud, consejo sanitario, estilos de vida y medidas de prevención
- Recepción acogida y clasificación de enfermos en urgencias
- Cuidados en los principales procesos críticos-urgentes (dolor torácico, politraumatismos, disnea, violencia familiar)
- Manejo seguro de monitorización y aparataje
- Conocimientos de ECG básica
- Traslado de enfermos críticos
- Adecuada utilización de los recursos disponibles
- Habilidad para la toma de muestras en pacientes adultos
- Cuidados al final de la vida, cuidados paliativos, y cuidados a personas con procesos terminales, asistencia al duelo.
- Conocimientos del plan de emergencias y evacuación del hospital
- Formación básica en prevención de riesgos laborales
- Manejo de pacientes vulnerables en urgencias.
- Enfermería de práctica avanzada
- Gestión eficaz de situaciones críticas (procesos con impacto, emergencias vitales, múltiples víctimas, etc.)
- Manejo del dolor y la ansiedad (valoración e intervenciones de prevención y alivio)
- Manejo de escalas y cuestionarios
- Conocimientos en igualdad de género y oportunidades
- Conocimientos en urgencias para el abordaje sanitario del maltrato contra las mujeres
- Conocimientos en seguridad al paciente
- Comunicación y entrevista clínica
- Soporte vital avanzado
- Capacidad docente
- Aplicación de técnicas basadas en la investigación
- Personalización de los cuidados
- Vision continuada e integral de los procesos
- Intervención minima antitabaco
- Principales intervenciones en urgencias (canalizaciones, sondajes, vendajes, yesos, suturas,…)

- Manejo de tecnologías/técnicas especiales
- Capacidad para apoyar a la familia en su rol cuidador
- Continuidad asistencial
- Actitud de aprendizaje y mejora continua

13. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración de las Naciones Unidad sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Ginebra; Diciembre de 1993.
2. 49 Asamblea mundial de la Salud. La prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. WHA, 25 de mayo de 1996 [Acceso 08/02/2013] III (3a ed.): 1-11. Disponible en: http://who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf?ua=1
3. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Acceso: 08/09/14]. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf
4. La Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género. Acceso: 08/04/2012 Disponible en: http://andaluciajunta.es/portal/boletines/2007/12/aj-bojaVerPagina-2007-12/0,,bi=699365292885,00.html
5. García-Morato CT, Llamas Martín C. coordinadoras. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2008.
6. Agüera Urbano C, Llamas Martín C coordinadoras. Protocolo andaluz de actuación sanitaria desde el ámbito de las urgencias ante la violencia de género. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2012.
7. Macroencuesta de Violencia de Género 2011, del Instituto de la mujer, disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf
8. Hernández MJ, Sanmartín J, Martínez P, Molina A. Costes de la violencia de género en las relaciones de pareja. Serie Documentos Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; 2007;13-15
9. Bolaños Gallardo E, Fernández-Alonso MC, Menéndez Suárez M et al. Impacto de la Violencia de género en la salud de las mujeres de Castilla y León: un estudio cualitativo. Comunidad 2014:16(1) ISSN 2339-7896
10. Cirici Amella R, Querol Viñas N, Ripoll Ramosb A. La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género? FMC. 2010;17(8):550-9
11. Blancoa P, Ruiz-Jarabob C, García de Vinuesac L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1):182-8.
12. Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enferm Global. 2014; (33): 424-439
13. Ruiz Navarro, MG. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género?. Enferm Integral. 2011 mar:8-14
14. Consejo General de Enfermería. Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la Violencia de Género. 2010 [Acceso 07/11/2012]. Disponible en: http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/CONSEJO%20GENERAL.PDF
15. Toribio Guijarro P. Violencia de Género y Prácticas de Cuidado en los Márgenes del Enfoque Biomédico. Rev Paraninfo Digital 2013 [Acceso

08/09/14]; 7(19). Disponible en: http://www.index-f.com/para/n19/pdf/302o.pdf

16. Paloma-Castro O, Paramio CuevasJC; Romero SánchezJM. La Enfermería como ciencia social de la Salud: de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría. Arch Memoria [en línea]. 2012 [Acceso 20/02/2013]; (9 fasc. 5). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/9/9500.php>

Estrategia de búsqueda

Se han consultado las siguientes fuentes de Información:
Teniendo en cuenta que el estudio de ámbito es español, se han consultado sólo fuentes de información en este idioma.
Bases de Datos: Cuiden Plus, Cuiden, Dialnet, Enfispo.
Otros recursos: Revistas de Elsevier, Página Web Consejería de Salud, Páginas Web Hospitales españoles, google académico.
Las palabras clave:
Violencia de Género
Asistencia sanitaria/ actuación sanitaria
Enfermería

Bibliografía

Álvarez Suárez D. ¿Está preparada enfermería para la detección y atención de mujeres víctimas de violencia de género? Evidentia. 2011 abr-jun [Acceso el 21 de Abril de 2014]; 8(34). Disponible en: <www.index-f.com/evidentia/n34/ev3406.php>

Arredondo Provecho AB, Del Pliego Pilo G, Nadal Rubio M, Roy Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. Enfermería clínica. 2008; 18(4): 175-182

Ballesteros Retamosa M.A., Sánchez González E. Conocimientos y actitudes ante la violencia de género de los/as profesionales sanitarios/as en atención primaria. Documentos de Enfermería 2012; 48: 17-23

Carmona Heredia D., Rivas Doblado J.S., Arjona Barcia F.J., Mejías Montaño F.M. Violencia de género: proceso de atención de enfermería; Hygia 2005; 61: 13-19 Carrilero López S, Martínez Díaz JM, Flores Bienert MD. Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. . Enferm Global. 2012; (27): 430-445.

Carrizo González-Castell A. El protocolo común de asistencia sanitaria frente a la violencia de género y la necesaria formación en materia jurídica de los profesionales de la salud (I). Actualidad del derecho sanitario, Nº 162, 2009. p. 501-509.

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. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2012.

Coll-Vinenta B, Echeverría T, Farràsb U, Rodrígueza D, Milláa J, Santiñàc M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gac Sanit. 2008; 22(1):7-10.

Coll-Vinent Puig B. Violencia y maltrato de género (II): Una aproximación desde urgencias. Emergencias 2008; 20: 269-275.

De Cristino Espinar M, Camacho Buenosvinos A, Ávila Guerrero JL, Mata Jiménez A, Díaz Díaz J, Ojeda Gutiérrez R. Perfil sociodemográfico de la mujer víctima de violencia de género en el Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Distrito Sanitario Córdoba. Revista Páginasenferurg.com. 2012. 3(12): 19-27.

Fernández Gallego de Lerma J., Barberá Gómez A., Casado Flórez M.I., García-Ochoa Blanco M.J., Rodríguez Rodríguez O., Brío Ibáñez P. Violencia de género: detección precoz y abordaje integral desde los servicios extrahospitalarios de emergencias; Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes 2010; 10(3): 111-116

García Minguito L, Casas Sánchez J., Rodríguez Albarrán MS. Propuesta de baremo (de escala) para analizar la calidad de los partes de lesiones en casos de violencia de género. Gaceta sanitaria: 2012; 26(3):256-260.

García Guillamón, G., Brando Asensio I. Estudio piloto sobre la detección de violencia de género en mujeres atendidas en un servicio de urgencias hospitalario. Trab Soc y Salud -Esp-.2013; 74:131-141.

Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. [Madrid]: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad; 2008.

Liquete Briffel TM., Moyano Mora P., Martínez Laguna I., Fajardo Trujillo M., Domínguez Martínez A. Violencia doméstica, abordaje enfermero. Metas Enferm. 2005 sep; 8(7):10-16.

López Cano, M.; Pérez Navarro, A; Fernández Leyva, A. ¿Atendemos correctamente a la población femenina que sufre algún tipo de violencia? Enferm Comunitaria (Gran) | 2009 ene-jun [Acceso: 08/09/13]; 5(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/v5n1/ec6826.php

Martínez Galiano, J.M. Importancia del sistema sanitario en la identificación de casos de violencia de género. ENE: Revista de Enfermería 2010; 4(2): 19-23

Mazarrasa Alvear L, Díaz Rodríguez DR. Violencia de género y cuidados de enfermería. Metas Enferm | 2001 dic-ene | IV (41):52-57

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 Sanitaria. 2009; 23(6):558-561.

Ortiz-Barredaa G, Vives-Casesa C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. Gac Sanit. 2012; 26(5):483–489.

Plazaola-Castañoa J, Ruiz-Péreza I Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. Gac Sanit. 2008; 22(5):415-20.

Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA). 3ª ed. [Valencia]: Generalitat. Conselleria de Sanitat, 2009
Protocolo Sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de Violencia de Género. [Asturias]: Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2007.

Rodrigo Luengo R.M. Abordaje enfermero en la lucha contra la violencia de género; Metas de Enfermería 2010; 13(1): 33-35

Robledo Martín J, de la Fuente Aparicio D, Salamanca Castro Sánchez Castro S. La atención de los profesionales sanitarios a la violencia de género visto desde la percepción de las mujeres maltratadas. Nure Inv. 2009; (39):1-8

Rohlfs I, Valls-Llobet C. Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. Gac Sanitaria.2003; 17(4):263-265.

Ruiz Adán B. La perspectiva de género en la enfermería: líneas de actuación en la violencia de género; Documentos de Enfermería 2008; 33: 5-13.

Ruiz Navarro MG. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? Enferm Integral. 2011: 8-14.

Vives-Cases C., Gil-González D. La violencia contra las mujeres como problema de salud. ¿Un asunto cuestionable? Gac Sanitaria. 2008 nov-dic; 22(6):619-620.
Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v22n6/carta2.pdf