



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/302o.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Violencia de Género y Prácticas de Cuidado en los
Márgenes del Enfoque Biomédico**

Autores **Pilar Toribio Guijarro**

Centro/institución Máster Universitario en Igualdad de Género en las Ciencias Sociales,
Facultad de CC Políticas y Sociología, Universidad Complutense de
Madrid

Ciudad/país Madrid, España

Dirección e-mail Pilartg13@gmail.com

RESUMEN

En la praxis sanitaria es la perspectiva del cuidado la que permite abordar la violencia. Por contra, aplicar el enfoque biomédico impone múltiples barreras que impiden la aplicación de las competencias asignadas. En este trabajo se analizan las tensiones, resistencias e implicaciones que emergen en la práctica cotidiana. Se realiza una investigación etnográfica en un Hospital público de la Comunidad de Madrid, durante la puesta en marcha y primer año de actividad de una consulta dirigida a usuarias del servicio de urgencias obstétricas y, posteriormente generales, en las que se detectan indicadores de maltrato. El marco teórico y conceptual en que se realiza este análisis es la práctica del cuidado. Desde esta perspectiva se concluye necesaria la identificación de situaciones de vulnerabilidad más que el hallazgo y selección de mujeres maltratadas cuyo perfil estereotipado deja al margen múltiples contextos de violencia sistemáticamente invisibilizados, incomprensidos y desatendidos por la sociedad en su conjunto y por los profesionales de la salud.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El sistema público de salud coloca a los profesionales que realizan en él su actividad en un lugar privilegiado en la detección del maltrato. A pesar de los múltiples protocolos orientados a clarificar las actuaciones dirigidas a detectar esta problemática en los estadios más iniciales,¹⁻⁵ podríamos decir que, en términos generales, los y las profesionales de la salud únicamente los llevan a cabo cuando el daño es evidente, es decir, cuando se identifican lesiones como consecuencia de una agresión física.

Distintos estudios presentan algunas de las dificultades para identificar casos potenciales a través de esos indicadores, tanto por parte de las mujeres que solicitan asistencia como en el personal sanitario.⁶⁻⁸ Aunque mayoritariamente se alude a la falta de tiempo, a la ausencia de condiciones estructurales, al temor a vulnerar su intimidad o, al desconocimiento de recursos sociales para gestionar las derivaciones oportunas, el problema que subyace a todo ello es qué hacer con la paciente una vez detectado el problema.⁹

En la praxis sanitaria es la perspectiva del cuidado la que permite abordar la violencia. Por contra, aplicar el enfoque biomédico impone múltiples barreras que impiden la aplicación de las competencias asignadas. Con el fin de analizar las tensiones, resistencias e implicaciones que emergen en la puesta en práctica de estas disposiciones se propone realizar una investigación etnográfica. Este trabajo se desarrolla en un Hospital público de la Comunidad de Madrid, durante la puesta en marcha y primer año de actividad de una consulta dirigida a usuarias del servicio de urgencias obstétricas y, posteriormente generales, en las que se detectan indicadores de maltrato. En él se pretende exponer aquellas incongruencias, vacíos, tensiones y resistencias que con frecuencia se descubren en el afán de comprender el dolor y sufrimiento ajeno en los contextos del maltrato; dar sentido y entendimiento a la inquietud que emerge en estos contextos de asistencia reconociendo para ello las emociones a las que hace frente la investigadora desde el momento en que se involucra en estas tramas. Todo ello puede permitir entender algunas de las negativas, incomodidades, falta de implicación y pasividad que a veces se detecta en los profesionales de la salud. No son solo las mujeres, sus parejas y sus hijos e hijas quienes están enredadas en este drama. Se trata de toda una sociedad tan responsable como perjudicada.

Marco conceptual

El marco conceptual desde el que se decide hacer este análisis es partiendo del cuidado como práctica esencial de la disciplina enfermera, cimentado en valores como la comprensión, el diálogo, la empatía o el acompañamiento.¹⁰ Estas condiciones han sido habilitadas, a lo largo de la historia desde infinidad de culturas y prácticas, fundamentalmente por mujeres en y para la sociedad. Este valor, como tantos otros vinculados a la feminidad no ha obtenido su debido reconocimiento y se han cercenado así las múltiples potencialidades de su desarrollo y profesionalización. Con frecuencia, el reconocimiento profesional de la disciplina de cuidados prima aspectos técnicos, actividades definidas y protocolizadas y la ejecución de tareas delegadas sobre la aplicación de otros cuidados independientes dirigidos a sostener a la personas y facilitar el afrontamiento del proceso por el que se transita.¹¹ Estas acciones pueden resultar

banales pero están dirigidas a favorecer el bienestar, cuidar la intimidad, adoptar un juicio sobre las potencialidades de pacientes, acompañar, aliviar o lograr establecer una relación terapéutica.¹¹

Este enfoque de cuidados cumple con algunos criterios de lo que Sandra Harding¹² llama “prácticas alternativas feministas” de la ciencia actual que consolidan epistemologías feministas y sostienen un punto de vista alternativo de la división generizada del trabajo. Epistemologías también “femeninas” en tanto que emanan de la práctica atribuida a las mujeres (pero no necesaria y exclusivamente desarrollada por ellas). Algunas de estas prácticas comunes a este trabajo son:

Se trata de un trabajo fundamentalmente asistencial y tanto el conocimiento como las reflexiones que surgen de él precisan de la elaboración de formas de investigación artesanas que aúnan la actividad manual, mental y emocional que en ella se ponen en práctica.¹³ Son características esenciales allá donde se encuentre un profesional del cuidado que no solo aplica cuidados manuales y conocimientos específicos, sino también toma conciencia de quién es la persona a quien acompaña y establece una relación terapéutica que facilita la verbalización de los conflictos y la resignificación de la experiencia.

El cuidado es una actividad humana sensual y práctica que coincide con la manera en que las mujeres institucionalizan su trabajo reproductivo¹⁴: por un lado el de la subsistencia (el trabajo dirigido a la supervivencia de la especie: parir, alimentar, vestir, refugiar,...) y por otro el de la crianza con tareas específicas como el gestar, el ayudar a desarrollarse al otro, la renuncia gradual al control, experimentar los límites humanos,...

Finalmente rompe con categorías dicotómicas impuestas desde la ciencia ya que en él se preserva la presencia del sujeto como principal actor¹⁵ y recupera distintas historias de mujeres ignoradas por la cultura y por la ciencia permitiendo así visibilizar aquello que permanece oculto o reprimido.¹⁶

Hipótesis

El sistema sanitario actual, enfocado en una perspectiva biomecanicista y todavía jerárquica, no permite detectar, acoger y sostener situaciones de violencia contra mujeres porque está constituido sobre una estructura de valores capitalistas, competitivos y polarizados en los que prima el dominio de la enfermedad sobre el cuidado de la persona.

Objetivo general

Profundizar en las dificultades y distintas formas de resistencia que ofrece el enfoque biomédico de la salud para detectar, acoger y acompañar a mujeres que se encuentren en una situación de violencia.

Objetivos específicos

Reflexionar sobre la dificultad “diagnóstica” que conlleva determinar qué es violencia de género, violencia de pareja contra la mujer, violencia doméstica.

Presentar la multiplicidad de víctimas y victimarios que sucumben ante estas dinámicas violentas de relación.

Reflexionar sobre el adecuado acompañamiento de estas mujeres y sus familias en el proceso de identificación y afrontamiento del problema así como sobre la suficiencia y adecuación de los recursos hasta ahora implementados dirigidos a rehabilitar a las víctimas.

Identificar posibles necesidades estructurales para facilitar el abordaje sanitario de la violencia.

Metodología

El enfoque elegido para este tipo de investigación ha sido cualitativo.

Para la recolección de datos se utilizan “métodos etnográficos”¹⁷ como la observación participante y la posterior revisión de los registros realizados -diario de campo y el cuaderno de notas de la autora- con fines reflexivos. El análisis cualitativo se centra principalmente en dos cuestiones: Las diferentes confusiones que se entrelazan cuando se habla de violencia de género y las dificultades y resistencias que emergen en la detección del maltrato desde una perspectiva de cuidado.

Conviene reseñar que no solo se observan las prácticas, sino también el “*sentido práctico*” de los discursos en tanto en cuanto los sujetos los producen sin tiempo para la reflexión ni distanciamiento alguno.¹⁸

El trabajo de campo se concentra en un hospital público de la Comunidad de Madrid. La recogida de datos se realiza durante todo el proceso de puesta en práctica del proyecto de implementación de una Consulta de Asesoramiento dirigida a mujeres en las que se identifican indicadores de sospecha de violencia de género y el primer año de actividad de esta. Las fases y actuaciones que se desarrollan en el campo de investigación se describen en la siguiente secuencia:

1. Presentación del proyecto piloto a la dirección de enfermería, supervisora del departamento y, una vez aprobado, al jefe de la unidad.
2. Elaboración de una aplicación informática para facilitar la detección de los casos.
3. Formación sobre el uso de la aplicación informática dirigida a profesionales implicadas en la detección de casos.
4. Detección y seguimiento de los primeros casos en la Consulta de Asesoramiento.
5. Ampliación del proyecto piloto al servicio de urgencias con la consiguiente formación de profesionales.
6. Continuación en el seguimiento de casos detectados desde la Consulta de Asesoramiento

Si bien el campo de trabajo es muy variopinto, en su totalidad recoge la realidad de distintos escenarios en los que se trabaja sobre detección y abordaje de violencia de género. Estos distintos escenarios definen la existencia de tres *unidades de observación*¹⁹ en las que se recoge la información y experiencias decantadas en la intersección de la asistencia sanitaria y la violencia de género: unidad interprofesional;

unidad de abordaje institucional y; unidad de abordaje en los márgenes institucionales (Consulta de Asesoramiento).

En cada una de ellas, la investigadora desarrolla diferentes posturas de observación-participación comprometiendo de distinta manera tanto calidad y cantidad de datos producidos, así como la ética del ejercicio.¹⁷ Cabe decir que hasta el momento, este trabajo no ha sido sometido a evaluación en ningún comité ético.

Los datos recogidos durante la investigación se recogen en cada una de las unidades de observación:

Resultados y discusión

Diferentes confusiones que se entrelazan con el concepto de violencia de género

Para el profesional de la salud la violencia de género a detectar está cerca de un imaginario creado en las campañas estatales de sensibilización y tiene que ver con una idea “hegemónica” de violencia contra la mujer construida sobre dos perfiles estáticos, la de la víctima y la del victimario que se relacionan entre sí dentro de una estructura social igualmente fija, el patriarcado, aparentemente capaz de justificar y clarificar cualquiera de estas conductas²⁰. Sin embargo este somero entendimiento no permite apreciar el carácter relacional, procesual e histórico de la violencia de género.²⁰ De esta manera se comprometen diagnósticos e intervenciones necesarias para alcanzar su erradicación.²¹

Por otro lado merece la pena distinguir entre violencia o maltrato, conducta violenta y conflicto. Porque, ¿en qué lugar se establecen los límites que diferencian el conflicto en una pareja y la violencia que acaece entre sus miembros?²⁰ ¿Quién establece la normalidad en que se deben situar esos límites? Sería fácil delimitar conflicto y violencia colocando las agresiones físicas en la línea divisoria. Sin embargo no es extraño que aparezcan conflictos de pareja, en los que se puede llegar a emplear la fuerza con el fin de gestionar las diferencias, mientras se mantiene cierta simetría entre los miembros. El contexto habitual en el que se desencadena la violencia es el desequilibrio de poder y, una de las condiciones que hacen que la violencia perpetrada sea “de género” y no de otro tipo es que el desequilibrio de poder tiene lugar entre identidades de género (masculinas y femeninas) y, por lo tanto se sujeta a distintos marcos interpretativos según sean los procesos históricos, sociales, relacionales y contextuales en los que se han construido estas identidades.²⁰

Ese desequilibrio de poder se gestiona en la intimidad de las relaciones en la que miedos y deseos de distintas subjetividades convergen en un mismo contexto, con frecuencia confuso. En él se ponen en juego múltiples experiencias de dependencia y reconocimiento que pueden llegar a ocultar el desigual acceso a los recursos (materiales, simbólicos o institucionales) con el que cuenta cada posición.²⁰

Si bien hay teorías conductuales y estructurales que señalan el carácter intergeneracional de la violencia y su fácil condición para ser aprendida,²²⁻²³ desde el modelo ecológico²⁴ se considera que para que emerja la violencia, más que factores causales, se produce una interacción de múltiples factores de vulnerabilidad o de inhibición desde el que cada individuo de interacción tiene su parte de responsabilidad

en la representación o rechazo de la violencia. Pero entonces ¿Quién señala lo que es violento? ¿Quién ve la violencia o quién la experimenta?

No obstante es tal la presencia que ha cobrado en los últimos años la VG en los medios que resulta relativamente fácil (y cómodo) señalarla mientras desviamos la mirada de otras formas sociales de violencia.

Dificultades y resistencias en la detección del maltrato desde una perspectiva de cuidado

Más allá del concepto de violencia y de su origen o causa, los miedos, dificultades y resistencias profesionales emergen en el encuentro, en el contexto en el que se descubren y confrontan dos subjetividades, la de la profesional y la de la paciente. No se trata pues de analizar y cuestionar actuaciones individualizadas de determinadas/os profesionales, sino el marco referencial que favorece la puesta en escena de determinados discursos y prácticas e invisibiliza y desdeña la representación de otros.²⁵

Es Pierre Bourdieu²⁶ quién pone nombre a la violencia simbólica que se ejerce en un orden de dominación. Se trata de aquella violencia que se establece mediante prácticas y creencias pre-establecidas y aceptadas en la estructura social, que funcionan a modo de matriz, como único referente de las percepciones de los miembros de esta. No puede ejercerse sin la participación de quienes subyacen a ella²⁶ ya que es, en la repetición inconsciente de esas prácticas, en las que se organiza la estructura dominante.

Desde lo biomédico hemos tenido que aprender a despojar a los cuerpos de toda su humanidad para poder trabajar con ellos.²⁷ Es desde esta perspectiva desde dónde está comprobada la alta eficacia que tienen los protocolos con los que cada acto se adscribe a unas condiciones previamente definidas, los protocolos confieren independencia a las distintas categorías profesionales a la hora de trabajar o de tomar decisiones y, agilizan los procesos pero, ¿son todos los cuidados protocolizables? La necesidad de aplicar protocolos claros y bien definidos⁹ acota los diagnósticos, reduce la incertidumbre y evita la implicación personal de los profesionales de la salud. Por otro lado anula las posibilidades de encuentro con la persona, sujeto de interacción y encuentro de la disciplina enfermera.

En esta disciplina el objeto de cuidado no solo es el cuerpo, si no la persona, el individuo, el ser humano. La función de cuidar sitúa al profesional en contacto directo con la intimidad de la persona a la que se cuida, se apoya en la relación y exige tiempo, privacidad, sensibilidad y respeto para que la persona cuidada pueda descubrir su intimidad.²⁸

No se trata de desarrollar un conocimiento pseudoexperimental elaborado a partir de otras disciplinas como pudieran ser la médica, la psicológica o la sociológica entre otras. Se trata de favorecer el despliegue de la disciplina enfermera desde una corriente humanista en la que el metaparadigma se sitúa en el desarrollo humano mientras se aleja de la hegemonía del determinismo tecnológico y bio-médico.²⁸

“La verdad es que yo no soy quien para preguntarle a nadie cómo le va en su relación. No creo que esté capacitada para ello. Creo que lo que la gente puede esperar de mi es que le atienda en su enfermedad o en sus lesiones pero esto me parece intrusismo”

-Diario de investigación- 20 febrero 2013

Desde este enfoque se detecta cierta necesidad de silenciar aquello que no se entiende. Este tipo de actitudes niegan una y otra vez la existencia de otra realidad, la de la paciente, de aquellos hechos o situaciones incomprensibles desde la medicina pero no por ello indignos de una atención, un acompañamiento y un cuidado. Progresivamente, de la misma manera que no hay lugar para el reconocimiento de alguien cuyas expresiones y síntomas son invisibilizados sistemáticamente, no hay lugar para la asunción de una responsabilidad de cuidado del otro.

Si bien la enfermedad se percibe como el defecto de una función u órgano, considerar exclusivamente el “mecanismo corporal” supone un descuido estructural de la dimensión humana.²⁷

Por lo tanto, más que detectar mujeres maltratadas, se trata de detectar contextos de vulnerabilidad que lejos de definir el nivel de riesgo en que se encuentra una persona para ser destruida, señalan un desajuste en el frágil equilibrio en que se sostienen las dependencias materiales y simbólicas con las que se gesta el vínculo afectivo.²⁹

Se trata de permitir que sean las personas envueltas en esas dinámicas turbulentas las que vayan poniendo palabras poco a poco a lo que sienten y les ocurre.³⁰ La palabra hablada acota y da un sentido a la experiencia que desde la idea corre el peligro de desvanecerse. De otra manera corremos el riesgo de precipitarnos y ser nosotras quienes pongamos palabras a la experiencia ajena y, en esta torpe práctica puede ocurrir que lo que es nombrado por la o el profesional, no coincida con la vivencia de lo que la mujer experimenta o siente. De esta manera aumenta el riesgo de producir sesgos de detección en la identificación de la población diana ya que pueden aparecer actitudes de negación, características de la fase precontemplativa³¹ cuando el sentido de nuestras palabras no se soporta.

Pero esta vulnerabilidad no solo se teje en las relaciones íntimas, también en la persistencia de cierto orden social preestablecido.

Por ello no señalar la extrañeza nos alía con el problema, lo normaliza, lo valida y lo asienta como verdad absoluta.³² Puede que las mujeres no hablen pero sus cuerpos sí lo hacen, manifiestan un malestar que incluso en ocasiones tiene que ser atendido “con urgencia”. No abrirnos a la escucha de ese malestar lo niega una y otra vez.

Pudiera plantearse por tanto, que silenciar el desconcierto o el “absurdo” de situaciones incomprensibles para nosotras, no mostrando interés en entender qué es lo que ocurre, cuál es la experiencia de esa persona, por un lado pudiera interpretarse como una alianza con las condiciones estructurales que la provocan y la someten a permanecer entre la multiplicidad de necesidades humanas negadas, a la privación de acceso a un lenguaje propio. Por otro lado se estaría inhibiendo la posibilidad de que esa persona al ser escuchada desde una posición terapéutica pueda ir construyendo otro sentido de su realidad³³ ya que es gracias a interacciones múltiples como imputamos sentido a la realidad y a nosotras mismas en ellas.

En este cuidar de lo humano, no solo surge el distanciamiento desde la indiferencia o la falta de interés en el otro, en este caso “la otra”. También puede surgir desde el exceso

de empatía, el apasionamiento o las expectativas de cambio.³⁴ Desde posiciones como esta en las que se desdibuja la profesionalidad con el exceso de empatía también se corre el riesgo de imponer otra realidad distinta a las necesidades, decisiones y tiempos que requiere cada cual.

Parece que, acostumbrados como personal sanitario, a indicar qué es lo que ocurre, y a delimitar cuál es el problema, nos quedamos sin recursos cuando lo que ocurre tiene que emerger en un diálogo en el que se conforme la experiencia ajena. “*Cuidar de lo humano*” acarrea la necesidad “*de comprensión del ser humano*”.³⁵ No se trata solo de aprender a hacer una serie de preguntas claves y emitirlas sin más como se indica repetidamente en los protocolos,³⁶⁻³⁸ También hay que estar preparada para acoger y ordenar las respuestas que aparezcan ¿Es que acaso sabemos escuchar?; ¿Estamos preparados para escuchar todo lo que se nos relate conteniendo la impulsividad que desata la angustia de lo escuchado?

No tener herramientas y recursos con los que poder afrontar esta práctica podría suponer para el profesional una fuerte conmoción entre lo ajeno y la propia realidad. Transitar la violencia no hace otra cosa que colocarnos frente a las propias limitaciones personales y subjetivas. ¿Cómo voy a acoger en mi escucha algo que jamás me hubiera consentido a mi misma? Es aquí donde entran en juego conflictos éticos que surgen del contacto directo con la naturaleza y el ejercicio del cuidado y que no encuentran lugar, alivio ni respuesta un orden moral idealizado.³⁹ Cuestiones demasiado incómodas para ser escuchadas han pasado de ser inaudibles a ser inauditas.⁴⁰

Por tanto resulta imprescindible desarrollar habilidades de comunicación que permitan valorar la dimensión psicosocial de cada persona y aplicar en la relación de escucha empatía, veracidad, capacidad de contención, acogimiento y tolerancia sin perder el diferente y necesario posicionamiento entre profesional y paciente.⁴¹

Si es importante detectar la vulnerabilidad es para cuidarla, para abordarla, para protegerla y acompañar en ella. Pero, en este cuidar del otro, ¿quién contempla las necesidades de quien cuida? La incertidumbre, la soledad, el agotamiento emocional, la inquietud por volver a establecer el contacto y saber cómo está, el miedo de sentirte involucrada en una desgracia o el conflicto ético que te puede suponer abordar un problema, no encuentran lugares de expresión y participación como para construir un conocimiento.⁴²

Por otro lado, este compartir información se encuentra tan cerca de invadir la intimidad de las mujeres, de los hombres y sus familias. Exponer públicamente estos datos de carácter personal podría suponer para esa persona ser expuesta a una situación todavía mayor de desprotección y sobrevictimización.

También las mujeres atendidas (como la sociedad en su conjunto) participan del mismo restringido marco referencial que relaciona el continuum salud-enfermedad con la exclusiva asistencia al cuerpo (enfermo), y por tanto solo se plantea la posibilidad de consultar ante problemas de salud física.

No se trata de “contar” sin más “los problemas”. Se trata de crear un espacio de reconocimiento y respeto mutuo en el que se pueda poner palabras a la propia experiencia con la libertad suficiente como para poder nombrar los auténticos

sentimientos, pensamientos o la forma de ser sin que parezca peligroso o nocivo identificarlas y expresarlas.⁴³

Solo así podremos encontrar las vías para ejercer una práctica responsable dirigida al crecimiento mutuo de quien es cuidado y de quien cuida. De apropiarnos de un nuevo sentido de responsabilidad profesional inherente a la práctica del cuidado.³⁵

Conclusiones

El enfoque de salud que todavía hoy en día se desarrolla en prácticas y discursos, continua carente de aquellos valores que emergen de experiencias de cuidado.

Es necesario comenzar a señalar nuestras múltiples vulnerabilidades. Sin la posibilidad de acoger esta multiplicidad de discursos, nos mantenemos incapaces de asumir las múltiples responsabilidades de cuidado en la comunidad que de ellas emergen.

Se hace evidente que hay problemáticas que aun con una demanda reducida, atender su cuidado puede ser excesivo si no se trabajan en equipo.

Es manifiesta la necesidad de habilitar nuevas herramientas que permitan reconocer, reflexionar y evaluar las múltiples formas en que se ejercita el cuidado, para poder cuantificar su inestimable beneficio y el necesario desarrollo de este bien común

Detectar la violencia de género a veces supone identificar condiciones estructurales y dinámicas que contienen en sí tanta violencia como la que se conforma dentro de las relaciones afectivas. Resultaría de gran interés poder desentrañar algunas de esas causas estructurales y relacionales que constituyen distintas formas de vulnerabilidad social y personal.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid; 2012.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid; 2007.
3. Servicio Madrileño de Salud. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: DGSPA; 2008.
4. Servicio Madrileño de Salud. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: DGSPA; 2010.
5. Feroso Palmero MJ. La violencia de género: Un análisis desde la perspectiva sanitaria [trabajo fin de máster]. Salamanca: Universidad de Salamanca. Facultad de Enfermería y Fisioterapia; 2009.
6. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004;18(1):182-8.
7. 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. *Enferm Clin.* 2008;18(4):175-82.
8. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit.* 2008;22(1):7-10.

9. Servicio Madrileño de Salud. Evaluación intermedia. Línea estratégica de formación continuada de profesionales de atención primaria sobre violencia de pareja hacia las mujeres. Informe final. Madrid: DGAP; 2008: 93-6
10. Paloma Castro O; Paramio Cuevas JC; Romero Sánchez, JM. La enfermería como ciencia social de la salud: de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría [versión electrónica]. Arch Memoria. 2012; 9,fasc.5: 1
11. Huercanos Esparza I. El cuidado invisible. Una dimensión de la profesión enfermera [versión electrónica]. Biblioteca Lascasas.2010;6(1):10
12. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996: 120-4
13. Rose H. Hand, brain and heart: A Feminist Epistemology for the Natural Sciences. Sign: Journal of Women in culture and Society 1983;9(1).
14. Hardstock N. The Feminist Standpoint: Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism. Discovering Reality: Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology and Philosophy of Science. Harding S, Hintikka M (eds). Dordrecht: Reidel; 1983. Citado en: Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996: 284.
15. Smith D. The Experienced World as Problematic: A Feminist Method. Soronkin Lecture, 12. Saskatoon: University of Saskatchewan; 1981. Citado en Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996:135-6
16. Flax, J. Gender as social problem: In and For Feminist Theory. American Studies/Amerikan Studien, Journal of the German Association for American Studies 1986. Citado en: Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996:134-5.
17. Kawulich, B. La observación participante como método de recolección de datos [versión electrónica]. Forum: Qualitative Social Research 2005;6(2), art.43
18. Martín Criado E. Los decires y los haceres. Papers 1998;56:57-71
19. Guash O. Observación participante. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas; 1997: 35
20. García Selgas F y Casado Aparicio E. Violencia en la pareja: género y vínculo. Madrid: Talasa; 2010: 89-90
21. Casado Aparicio. Tramas de la violencia de género: sustantivación, metonimias, sinécdoques y preposiciones. Papeles del CEIC 2012;85:1-28.
22. Pereira Gomes N, Freire Diniz NM, de Souza Araujo AJ, Freitas Coelho TM. Understanding domestic violence from the categories gender and generation. Acta Paul Enferm 2007;20(4):504-8.
23. Rojas Marcos. Semillas y antídotos de la violencia en la intimidad. En: Alberdi y Rojas Marcos. Violencia: Tolerancia Cero. Barcelona: Fundación La Caixa; 2005
24. Heise L, Ellsberg M y Gottemoeller M. Endong violence against women, Population Reports, serie L, n.º 11, Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health; 1999. Citado en: Mestre MV, Tur AM, Samper P. Impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres y sus hijos e hijas. Un estudio empírico en la comunidad valenciana. Valencia: Universitat de València; 2008: 38
25. Goffman E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu editors; 1997: 91
26. Bourdieu, P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2000: 49.
27. Le Breton D. Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. Reis 1994;68:197-210.
28. Ferrer Arnedo C (Coord.). La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo. En: Reflexiones éticas desde enfermería, 2º Encuentro de Enfermería. Asociación de Bioética fundamental y clínica: Madrid:15-6.
29. García Selgas F y Casado Aparicio E. Violencia en la pareja: género y vínculo. Madrid: Talasa; 2010: 151

30. Servicio Madrileño de Salud La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe cualitativo. Madrid: DGSPA; 2006:138
31. Servicio Madrileño de Salud. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: DGSPA; 2010: 26-7
32. Servicio Madrileño de Salud. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe cualitativo. Madrid: DGSPA; 2006: 76-7
33. Valverde Gefaell C. Comunicación terapéutica en enfermería. Madrid: DAE; 2007: 24
34. Servicio Madrileño de Salud. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe cualitativo. Madrid: DGSPA; 2006: 109-22
35. Dias Araújo Nunes, Santana da Silva, Oliveira Ramos Pires. La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2011;19(2):1-9.
36. Servicio Madrileño de Salud La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe cualitativo. Madrid: DGSPA; 2006:152.
37. Servicio Madrileño de Salud. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: DGSPA; 2008:22-3.
38. Servicio Madrileño de Salud. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: DGSPA; 2010:21-2.
39. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996:136.
40. Corradi Fiumara G. The other side of language: a philosophy of listening. London: Routledge; 1990:148.
41. Millán Susinos R. El trabajo social con mujeres maltratadas. Intervención individual. En Ruiz- Jarabo Quemada C; Blanco Prieto P (Dir.) La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Díaz de Santos;2004: 145-58.
42. Servicio Madrileño de Salud. Evaluación intermedia. Línea estratégica de formación continuada de profesionales de atención primaria sobre violencia de pareja hacia las mujeres. Informe final. Madrid: DGAP; 2008: 99-100.
43. Rogers CR. El proceso de convertirse en persona. 8ª ed. Barcelona: Paidós; 1993: 107.