Manejo de la violencia de género en los servicios de urgencias de Castilla- La Mancha: Recomendaciones para la práctica clínica

Managing Gender Violence in the emergency services of Castilla-La Mancha: Recommendations for clinical practice

Autores/as: Carolina María Medrano Sánchez.

Gema María Soriano Ortiz.

Natalia Sánchez Rubio.

Manejo de la Violencia de Género en los servicios de urgencias de Castilla- La Mancha: Recomendaciones para la práctica clínica

Acréditi Editorial

Acréditi Formación s.l.

C/Diego Velázquez, nº 3

C.P. 26007 La Rioja

e-mail: editorial@acreditiformacion.com

www.acreditiformacion.com

www.publicacionescientificas.es

Reservados todos los derechos

Esta publicación no puede ser reproducida o trasmitida, total o parcialmente, por cualquier medio, electrónico o mecánico,

ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información

sin el permiso por escrito de la Editorial.

El contenido de este libro

es responsabilidad exclusiva de los autores.

La editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

ISBN: 978-84-19083-13-5

Resumen

La violencia hacia la mujer implica consecuencias para su salud tanto inmediatas como a largo plazo, lo cual se manifiesta en el empleo de los servicios y recursos sanitarios, destacando entre ellos el de urgencias. Por ello, el objetivo de este documento es el desarrollo de unas recomendaciones a la hora de abordar la violencia ejercida por la pareja (por ser la más prevalente) en las urgencias de Castilla- La Mancha. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica comprendida entre los meses de noviembre de 2020 y febrero de 2021.

La literatura mayoritariamente apoya la detección precoz mediante preguntas abiertas y directas. Una vez detectada a la víctima se deben atender sus necesidades; valorar el riesgo vital que presenta tanto ella como el resto de las personas dependientes de esta; e informar acerca de los recursos disponibles y derivar a ellos (si así lo desea). No obstante, la complejidad que conlleva el estudio de la violencia da lugar a la discrepancia entre los estudios y a la baja calidad metodológica de la mayoría de estos; por lo que se debe tener cuidado a la hora de extrapolar algunas de las recomendaciones propuestas.

Sin embargo, existe un consenso con respecto al desconocimiento de los profesionales a la hora de actuar ante un caso de violencia. Por ello, se hace necesaria la formación continuada de estos y el desarrollo de protocolos de actuación en materia de violencia de género, para que puedan detectarla y asesorar a la mujer, con el fin de ayudarle a generar el cambio y salir de la violencia.

Palabras clave: Violencia ejercida por la pareja; mujer; profesionales sanitarios; servicios de urgencias; detección precoz; derivación.

Abstract

Violence against women has inmediate and long-term consequences in their lifes, so the health care utilization is higher in that group of women (specially the emergency services). Therefore, the aim of this document is the development of rocommendations about how to address intimate partner violence (since it is the most prevalent category of violence) in the emergency departments of Castilla- La Mancha. Thus, a bibliographic review was conducted between November 2020 and February 2021.

Evidence generally urges health care providers to screen all women by asking direct and open questions. When violence is identified, providers should manage the needs of the women and conduct risk assessments both the victim and people who depends on her. In addition, health care professionals should provide information about community resources and refer to them (in case women wish it). Nevertheless, the complexity involved in the study of partner violence leads both to the disagreement between the papers and to the low methodological quality of most of the current studies. This way, It is crucial to be careful when extrapolating some of the recommendations allowed.

However, evidence acknowledge the concerns expressed by providers when it comes to deal with a victim of violence. So, it becomes essential to incorporate ongoing training sessions for staff and to perform protocols that outline guidelines for managing partner violence. Thus, health care professionals could help victims make the change and get out of violence.

Key words: Intimate partner violence, woman, health care providers, emergency service, screening, referral.

Índice

1. Introducción 6

2. Metodología 12

2.1. Diseño 12

2.2. Estrategia de búsqueda 12

3. Desarrollo 16

3.1. Aspectos que considerar en la práctica 16

a) Detección de la violencia 16

b) Actuación asistencial 20

c) Valoración de la seguridad y del riesgo 21

d) Intervención 23

3.2. Grados de recomendación (ver Anexo 2) 26

4. Discusión 27

5. Conclusión 29

6. Aplicaciones para la práctica clínica 31

7. Repercusiones para la práctica clínica 33

8. Bibliografía 39

9. Anexos 43

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la violencia contra la mujer (también conocida como violencia de género) como un problema de salud pública a nivel global, además de una violación contra los derechos humanos(1). Esta es definida como todo acto de violencia cometido contra una mujer, empleado para mantener la desigualdad y la discriminación de los hombres sobre las mujeres; comprendiendo la violencia física, sexual y psicológica, así como las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de la libertad que puede ocurrir en su vida pública o privada(2). En la actualidad se reconocen diferentes formas de violencia contra las mujeres, de entre las que se pueden destacar la violencia física, sexual y psicológica(3).

El término "violencia contra la mujer" abarca numerosas manifestaciones, siendo las más prevalentes la violencia cometida por la pareja o la expareja y la violencia sexual llevada a cabo por otra persona diferente a la pareja. Así, la evidencia muestra que una de cada tres mujeres que ha tenido pareja ha sufrido alguna vez violencia por parte de esta; mientras que el 7,2% de las mujeres han sido víctimas de violencia por parte de una persona diferente a su pareja a lo largo de su vida(1). Además, los datos no auguran una situación mejor ni a nivel nacional ni al autonómico. Por un lado, la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer(4) revela que en 2019 una de cada dos mujeres mayores de 16 años residentes en España había sido víctima de algún tipo de abuso a lo largo de su vida. Con respecto a la violencia en el ámbito de la pareja, el 21,5% y el 13,7% de las mujeres de 16 o más años ha sufrido violencia tanto física como sexual, respectivamente; mientras que, con respecto a la violencia ejercida por una persona con la que nunca se ha mantenido una relación, el 13,4% de la población femenina española ha sufrido violencia física y el 6,5% esta ha sido víctima de violencia sexual. Además, en el año 2019 un total de 55 mujeres fueron asesinadas por sus parejas o exparejas, de las cuales solo el 20% había denunciado la situación(5).

Por otro lado, atendiendo de nuevo a la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer(4), de las 488 mujeres de 16 años o más procedentes de la región castellano-manchega, se obtuvo que el 11,2% de estas habían sido víctimas de violencia física y/o sexual por su

pareja o expareja en algún momento de su vida; y en relación con la violencia fuera de la pareja, el 10,8% y el 6,4% han sufrido violencia física y sexual, respectivamente.

No obstante, los malos tratos hacia la mujer son un problema muy complejo que afecta a la forma de cuantificarlo, puesto que van apareciendo de forma progresiva, siendo difícil para la víctima ser consciente de la situación(3, 6, 7). Así, la violencia suele comenzar con conductas restrictivas por parte del agresor, como la limitación de los movimientos, o el aislamiento de la mujer(3, 6). Seguidamente, comienzan a aparecer las agresiones psicológicas, como la humillación o la desvalorización; las cuales acaban desembocando en la violencia física y/o sexual(6, 7). Finalmente, el agresor manifiesta su arrepentimiento para evitar que la relación se rompa; aunque esta última actuación va desapareciendo conforme las conductas violentas se convierten en un hábito(3). Así, este proceso repetitivo va minando la autoestima de la mujer, hasta el punto de que muchas no son conscientes del maltrato hasta pasados muchos años de su inicio(6, 7).

Aunque la violencia es un problema que afecta a todas las mujeres por igual, con independencia de la clase social o del lugar donde habiten(1), si existen circunstancias que dificultan a la mujer tanto revelar su situación de víctima de malos tratos como salir de ella(3). Así, estas circunstancias son, entre otras, el ser inmigrante; presentar alguna discapacidad (física, sensorial o psicológica); el desempleo o trabajar para el agresor; la juventud y la vejez; la falta de apoyo social; el haber estado expuesto a la violencia en la infancia; o el estar embarazada(3, 8).

La violencia contra la mujer conlleva numerosas consecuencias, de las cuales la mayoría no son fruto de las agresiones físicas puntuales (el resultado más objetivo de los malos tratos), sino de la conocida como “exposición a la violencia”. Este concepto hace alusión a todas las conductas que provocan inseguridad en la mujer y su aislamiento de las principales fuentes de apoyo, lo cual hace que se produzcan importantes daños tanto a nivel psíquico como físico a largo plazo(9). Así, como consecuencias inmediatas se pueden destacar los traumatismos provocados por las agresiones y las muertes por homicidio(1, 9). Por otro lado, se pueden dar complicaciones en la salud ginecológica y reproductiva de la paciente, como enfermedades de transmisión sexual, reducción de la

lívido, mayor número de embarazos no deseados y de abortos involuntarios; y aumento de la probabilidad de tener un bebé con bajo peso al nacer o un nacimiento prematuro(1, 6). Además, pueden presentar también consecuencias a largo plazo, como dolores crónicos, fibromialgias, cansancio y los problemas psíquicos derivados de la violencia, como la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático (TEPT), mayor consumo abusivo de sustancias, e intentos suicidas(1, 6, 9). Finalmente es importante conocer que los hijos que conviven en un ambiente de malos tratos también sufren las consecuencias tanto directos e indirectos de estos, presentando así mayor riesgo de llevar retraso en el desarrollo; de problemas psicológicos (trastornos de ansiedad, TEPT…) y relacionados con el sueño; de comenzar a consumir sustancias de forma abusiva; de tener problemas escolares y de sufrir maltrato infantil; mientras que en la vida adulta existe mayor probabilidad de encontrarse en relaciones donde la violencia esté presente(8, 10).

Como se ha mencionado anteriormente, la violencia contra la mujer se considera un problema de salud pública. Así, las víctimas de violencia consumen más servicios y recursos sanitarios, como productos farmacológicos o un mayor número de consultas a los servicios de salud mental, ginecología, traumatología, atención primaria y de urgencias, con lesiones y manifestaciones que están ocultando el problema de fondo(6, 7). De hecho, el estudio de Rivara et al.(11) reveló no solo el mayor empleo de los servicios sanitarios por parte de las víctimas de malos tratos, sino que también estas personas produjeron un incremento de los costes anuales vinculados al sistema sanitario; encontrando además que, tanto la demanda de recursos como el gasto se mantuvieron tras 5 años de haber salido de la violencia. Por ello es tan importante que los/las profesionales sanitarios/as sean capaces de detectar e intervenir ante situaciones de malos tratos, siendo este el primer paso para la visualización y comprensión del problema(7).

Frecuentemente, es el servicio de urgencias el primer dispositivo sanitario al cual acuden las mujeres víctimas de violencia(6, 7, 10), puesto que se puede acudir a ellos en cualquier momento; además de ofrecer la oportunidad de poder hablar con un profesional sanitario de forma confidencial y de solucionar los problemas médicos vinculados al maltrato(7, 10). Así, la violencia de género puede tomar diferentes

manifestaciones en los servicios de urgencias: algunas veces estas personas acudirán al servicio con lesiones físicas directamente relacionadas con la violencia; mientras que en la mayoría de las ocasiones suelen consultar por una manifestación encubierta del abuso, siendo una manera involuntaria de pedir auxilio(6, 7, 9). Por lo tanto, el personal de urgencias debe ser capaz de reconocer las manifestaciones de la violencia, para poder dirigir la entrevista y la exploración hacia el problema que ha llevado a la mujer a acudir al sistema sanitario; y, por otro lado, orientar la actuación a la solución del problema puntual y al manejo de sus causas, siendo requerido un seguimiento y un abordaje multidisciplinar, si no, la mujer volverá a acudir al centro sanitario con el mismo problema(9).

Sin embargo, los datos estadísticos muestran una realidad muy diferente. Así, la evidencia revela que las víctimas de malos tratos visitan los servicios de urgencias 1,5 veces más que las mujeres que no son víctimas; pero la incidencia de la violencia de género en estos dispositivos oscila entre el 2% y el 7,2%(9). Esto sugiere que los/las profesionales sanitarios/as rara vez sospechan la violencia en sus pacientes(7), por lo que las víctimas están acudiendo a urgencias sin que sea detectada la situación en la que viven (9, 10).

La infradetección del maltrato se explica con una serie de barreras que existen, tanto para las mujeres como para el personal sanitario(6, 7). Así, con respecto a las barreras que pueden encontrar las mujeres para revelar los malos tratos, se pueden destacar la vergüenza y la culpabilidad por sufrir el abuso, el no reconocer los hechos como maltrato, la baja autoestima, las amenazas por parte del agresor, o el miedo a las consecuencias que pueda tener la denuncia que imponga sobre ella o sobre sus hijos. No obstante, también encontramos otros obstáculos para las víctimas vinculadas a la persona que les entrevista, como son la manifestación por parte del profesional de la falta de tiempo o la poca preocupación sobre la mujer o las actitudes enjuiciadoras por su situación o por no aceptar los recursos que se le ofrecen(6).

En relación con los y las profesionales sanitarios/as, también se pueden apreciar una serie de factores, que pueden ser o bien facilitadores o bien limitaciones a la hora de detectar y actuar ante la violencia. Así, por un lado, como facilitadores destacan la

formación profesional en materia de violencia de género, el fomento de los recursos y del trabajo como equipo multidisciplinar o la existencia de un protocolo o de unas políticas de actuación unificadas y homogéneas(12).

Por otro lado, las principales barreras identificadas por el personal que trabaja en urgencias son la falta de tiempo o de un lugar donde poder entrevistar a la paciente de manera confidencial(6). También se encuentran otras barreras como la falta de formación para realizar la entrevista y de cómo actuar si la mujer reconoce los malos tratos, la falta de motivación relacionada con el rechazo de las víctimas a los recursos que se le ofrecen, el olvidarse de preguntar o creer que la mujer va a contar su historia de violencia de forma voluntaria , el miedo a ofender a las pacientes, la presencia de la pareja en la entrevista o las barreras culturales y del lenguaje que puedan existir(6, 12). Ahora bien, una limitación a destacar para todos el personal sanitario es la ausencia de unas guías clínicas o pautas para el abordaje de la violencia hacia la mujer, puesto que, por un lado, el no identificar la violencia como tal, empeoraría el pronóstico de estas mujeres y encarecería los servicios sanitarios tanto en relación con el tiempo como con el dinero; pero también puede ocurrir que si el personal sanitario lleva a cabo una entrevista con la víctima de forma incorrecta puede hacer que la paciente rechace el revelar su situación, o incluso empeorar sus circunstancias si la actuación posterior no es la adecuada(6).

La finalidad de los protocolos de actuación sanitaria y de sus revisiones es la mejora continua de la calidad asistencial a la población a la cual van destinados los cuidados propuestos en el documento. En concreto, en el caso de la violencia de género, los protocolos relacionados con este tema van destinados a mejorar la atención de las mujeres que sufren maltrato y a sus hijos e hijas(3).

Por todo lo mencionado, además de por la ausencia de un protocolo de actuación ante violencia de género dentro de los servicios de urgencias en nuestra comunidad autónoma, el objetivo del presente trabajo es el desarrollo de unas **recomendaciones a la hora del abordaje de las mujeres víctimas de violencia ejercida por la pareja** (por ser el tipo de violencia más prevalente tanto a nivel regional como nacional(4)) **en el ámbito de las urgencias de todo el territorio de Castilla-La Mancha**. De este modo se proponen

actuaciones que les ayuden a reconocer y actuar ante pacientes que son víctimas de maltrato; y así puedan prestar una atención integral y basada en la evidencia científica desde los servicios de urgencias.

2. Metodología

2.1. Diseño

El presente documento se ha realizado a través de una revisión bibliográfica, con la finalidad de sintetizar la literatura acerca de los aspectos más relevantes a la hora de abordar los casos de violencia hacia la mujer en el ámbito de la pareja desde los servicios de urgencias. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y páginas web oficiales tanto a nivel regional como nacional entre los meses de noviembre de 2020 y febrero de 2021.

2.2. Estrategia de búsqueda

Para obtener los estudios empleados en el desarrollo del trabajo se utilizaron en su mayoría una serie de términos en inglés (MeSh); aunque también se utilizaron algunos de sus equivalentes en castellano (DeCS). Estas palabras se encuentran recogidas en la **Tabla 1.**

Tabla 1

Inglés (Mesh)	Castellano (DeCS)
Intimate partner violence	**Violencia de pareja**
Domestic violence	
Spouse abuse	
Battered woman	
Woman	**Mujer**
Battered female	
Female	
Health care provider	
Mass screening	
Screening	
Referral	
Training	
Vulnerability Analysis	**Vulnerabilidad**
Intimate partner violence services	
Emergency department	
Emergency service	
Depression	
Mental health	
Alcohol	
Drugs	
HIV	
Suicide	

Fuente: Elaboración propia.

Los términos y descriptores mencionados fueron introducidos en unas bases de datos sociosanitarias, las cuales fueron:

- Medline.
- Web Of Science (WOS).
- Cochrane Library Plus.
- Scopus.
- Plinio.
- PsychInfo.

Por otro lado, fueron revisadas tanto la página web de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género y las diferentes páginas del Instituto de la Mujer de las comunidades autónomas, haciendo una búsqueda más rigurosa en la de Castilla- La Mancha; como en las sedes web de todas las Gerencias de Atención Integrada de la región castellano-manchega, para conseguir los diferentes protocolos y documentos existentes vinculadas a la atención a la mujer víctima de cualquier tipo de violencia dentro del ámbito sanitario. Asimismo, fue revisada la página del Boletín Oficial del Estado (BOE) para buscar los aspectos ético-legales más relevantes con relación a la actuación sanitaria ante las víctimas de malos tratos.

Con la finalidad de obtener los estudios que respondieran con mayor precisión al objetivo de este documento, los descriptores y términos clave fueron combinados entre si empleando los operadores booleanos “AND”, “OR” y “NOT”. En el **Anexo 1** se exponen las estrategias de búsqueda empleadas.

Posteriormente, se procedió a la selección de los artículos científicos, la cual se dividió en 3 fases. No obstante, de forma previa al desarrollo de estas etapas se establecieron unos criterios de inclusión y de exclusión de los estudios para su posterior aplicación en cada fase (**Tabla 2**).

- **Fase I:** En esta parte solo se procedió a la eliminación de los estudios por medio de la lectura del título, o si fuera necesario, del resumen.
- **Fase II:** Durante esta etapa se leyeron los documentos seleccionados tras la lectura del título y del resumen.

- **Fase III:** En esta última fase se estudiaron de forma más rigurosa las referencias escogidas tras la lectura a texto completo.

Así, fueron escogidos diferentes documentos de naturaleza tanto cuantitativa como cualitativa. La **Figura 1** expone de forma gráfica las etapas de la selección de los artículos, obteniendo finalmente 12 referencias bibliográficas. Finalmente, en el **Anexo 2** se muestra el grado de recomendación de los aspectos propuestos, mediante el empleo de la herramienta propuesta por el SING (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)(13).

Tabla 2

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Estudios donde la muestra sea exclusivamente femenina.	Artículos relacionados con la detección y actuación ante otros problemas que no sea el de violencia a la mujer dentro del ámbito de la pareja.
Artículos de acceso gratuito.	Estudios no relacionados con el ámbito sanitario.
Estudios disponibles en inglés o en castellano.	Artículos que no permiten desarrollar el objetivo establecido.
Artículos que evalúen intervenciones factibles para el servicio de urgencias.	Estudios que sean reportajes de casos o proyectos de investigación.
Estudios extrapolables a la población a la que va destinada este documento.	Artículos que hayan sido publicados antes del año 2010.

Fuente: Elaboración propia.

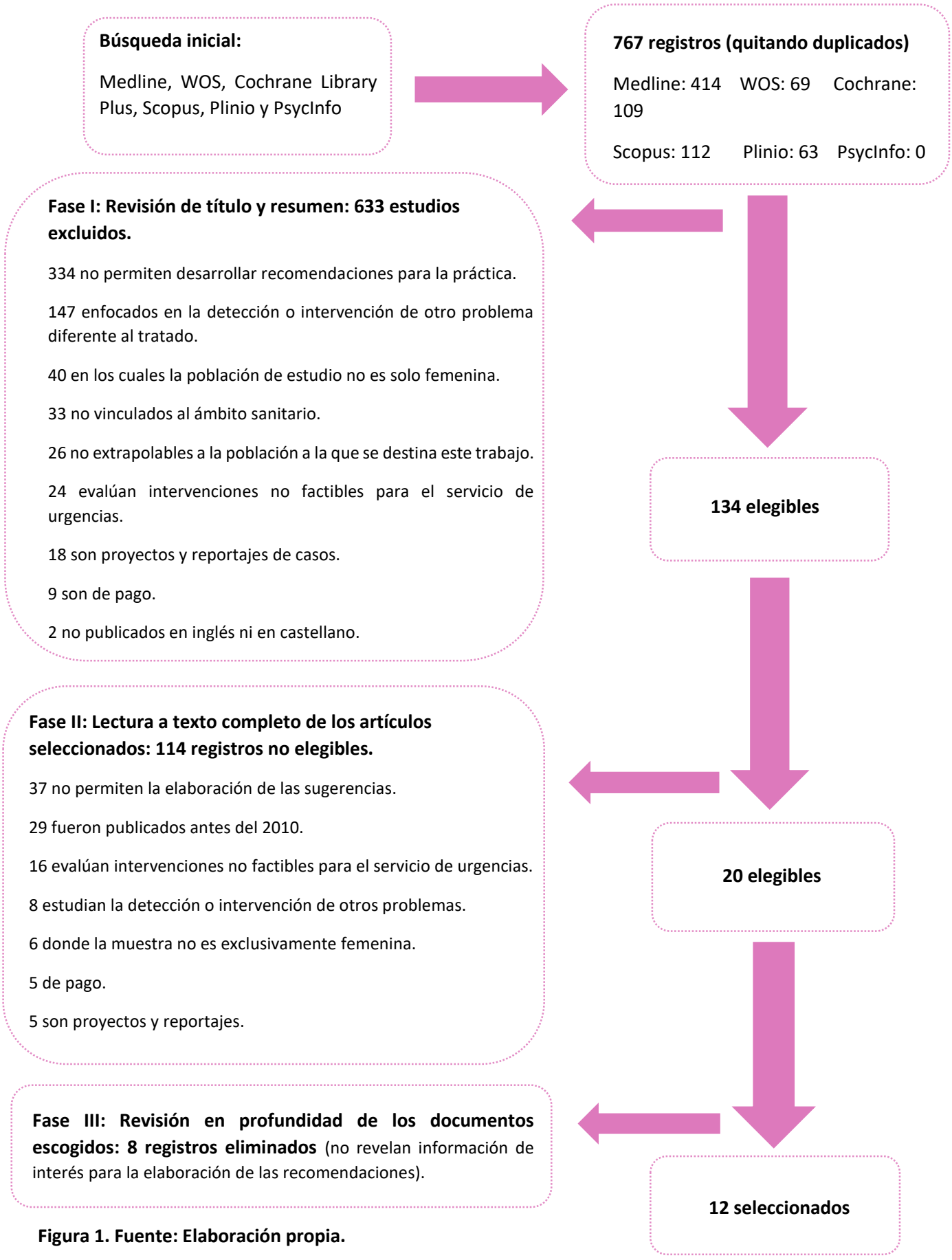


Figura 1. Fuente: Elaboración propia.

3. Desarrollo

3.1. Aspectos que considerar en la práctica

Las recomendaciones expuestas a continuación se han elaborado fruto de la síntesis de los documentos seleccionados en la revisión bibliográfica previa. Estas propuestas se han diseñado para su aplicación en los servicios de urgencias de Castilla- La Mancha, siendo las destinatarias todas las mujeres mayores de 14 años víctimas de cualquier tipo de violencia ejercida por la pareja, con independencia de su lugar de residencia. Estas recomendaciones requieren de todo el personal que trabaja en urgencias atendiendo a los pacientes, tanto a personal sanitario como a trabajadores sociales y administrativos.

Así, para que la violencia pueda ser abordada de forma eficaz, se deben tener en cuenta una serie de aspectos:

a) Detección de la violencia

Con el fin de lograr la detección precoz para poder intervenir de manera temprana, tanto el Protocolo de actuación nacional(3) como la evidencia científica(14- 24) recomiendan preguntar de manera sistemática a las mujeres que acudan al servicio; puesto que el hecho de preguntar puede impulsar a la mujer a iniciar actuaciones que generen un cambio en su vida. Además, facilita que se hable con más frecuencia de los malos tratos en el entorno sanitario(14, 15). Así, una vez que la paciente da sus datos a los administrativos (los cuales también pueden identificar síntomas de maltrato y comunicarlo a los sanitarios), los y las profesionales de enfermería se encargan de valorar a la paciente en el triaje a través de una entrevista(16, 17, 25). Dentro de esta entrevista a las mujeres se deben incluir en las preguntas de valoración biopsicosocial unas cuestiones acerca de la violencia que sean abiertas y directas, ya que tanto las víctimas como las supervivientes prefieren que se les facilite hablar de la violencia en la consulta(14, 16, 18-22). No obstante, con el fin de no incomodar a la paciente, es recomendable proporcionar un marco que justifique la realización de dichas cuestiones(3, 14, 16, 19, 20), sirviendo como ejemplo las frases expuestas en la **Tabla 3**. A continuación, en esta tabla también se muestran preguntas formuladas correctamente.

Tabla 3

Frases que enmarquen la pregunta	Preguntas
"Me/Nos gusta preguntar a todas nuestras pacientes sobre sus relaciones porque puede afectar a su salud".	"¿Se encuentra en una relación con una persona que le haya herido físicamente o le haya amenazado?"
"Como la violencia es un problema muy común en la vida de las personas, he/hemos comenzado a preguntar a todos los pacientes sobre ello".	"¿Ha sido alguna vez forzada por su pareja a mantener relaciones sexuales cuando no ha querido?"
	"¿Ha sido amenazada alguna vez por su pareja o ha sentido miedo de él?"
"Puesto que existen numerosos recursos para ayudar a las víctimas de malos tratos, ahora se pregunta a todas los pacientes sobre violencia de género".	"¿Su pareja ha amenazado o ha abusado de sus hijos alguna vez?"
	"¿Ha destrozado su pareja algún objeto que sabía que le importaba en alguna ocasión?"

Fuente: Elaboración propia, adaptado de los estudios de Choo y Houri(16) y de Tavrow et al.(19).

Además, para poder realizar el cribado correctamente, se deben propiciar una serie de condiciones, entre las que destacan:

- Garantizar la privacidad de la paciente: Por ello la entrevista debería llevarse a cabo en una sala que asegure la confidencialidad(3, 16, 20).
- Entrevistar a la paciente sin acompañantes: Debido a que, ante este tipo de cuestiones, la mujer puede sentirse cohibida delante de la gente que la acompaña(3, 20). Así, se procurará que la paciente entre sola a la sala de triaje(16, 20). No obstante, habrá situaciones en las cuales la mujer no podrá entrar sola, por lo que el personal debería intentar separar a la mujer del acompañante antes de realizarles estas preguntas(17). Un buen punto para separarlos podría ser cuando la mujer vaya a realizarse alguna prueba complementaria. Otra opción

válida es proporcionar a la mujer las cuestiones relacionadas con la violencia de forma autoadministrada, evitando así perder oportunidades de preguntar(14); además de que este tipo de cribado es tan efectivo como el realizado por el personal sanitario, tal y como lo demuestra el estudio de Klevens et al.(21).

- El/la profesional tenga los conocimientos necesarios para saber cómo actuar y a dónde derivar atendiendo al contexto de cada mujer(16, 18, 22, 26).

Por otro lado, para que el cribado tenga éxito, los y las profesionales sanitarios/as deberían animar a la persona para que hable de los malos tratos. Esto puede lograrse transmitiendo confianza, siendo empáticos con su situación, validando el problema que tiene la paciente (lo cual puede conseguirse llamando maltrato a esta circunstancia), invirtiendo el tiempo que necesite la persona para expresarse y no enjuiciarla en ningún momento(16, 20, 26). Si el personal sanitario no desarrolla estas actitudes, no solo hará que la víctima no revele su situación, sino que también generarán sentimientos de deshumanización, incomprensión, mayor culpabilidad de la que ya siente por su situación y, lo que es más importante, recordar la experiencia de revelar el abuso como un suceso traumático, reduciendo en gran medida las probabilidades de que la mujer vuelva a recurrir a los servicios sanitarios(16, 26).

Además, también se recomienda que los trabajadores del servicio de urgencias mantengan una actitud vigilante en la búsqueda de conductas, signos y síntomas que puedan indicar que la mujer está siendo víctima de maltrato(3, 16, 17, 23). Así, cuando una paciente de la que se sospeche que es víctima de malos tratos no lo reconoce en el triaje, debe registrarse en la historia para que el médico vuelva a preguntar(16). A continuación, se podrán apreciar algunos indicadores de sospecha de la violencia (ver Tabla 4).

Finalmente, el personal sanitario que pregunte sobre la violencia debe registrar que la ha cribado, si presenta indicios de maltrato y la respuesta que proporcione(3, 16, 25, 26). De este modo se podrá garantizar la continuidad asistencial tanto en urgencias como en atención primaria; además de que puede ser de utilidad en un proceso judicial(16, 25, 26).

Tabla 4

Indicadores de sospecha de violencia		
Características de las lesiones	**Actitud de la paciente**	**Actitud de la pareja**
• Retrasos en la demanda de atención entre el día que se hizo la lesión y el día que demanda la atención sanitaria. • Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de su causa. • Presencia de las lesiones en zonas comúnmente asociadas a la violencia como la cabeza, cara o cuello. • Daños en zonas compatibles con naturaleza defensiva, como en antebrazos, la región dorsal. • Lesiones en los genitales. • Radiografías que muestren fracturas antiguas.	• Hiper frecuentadora de los servicios de urgencias. • Se encuentra temerosa, incómoda y nerviosa. • Baja autoestima. • Ansiedad e irritabilidad. • Muestra sentimientos de vergüenza, como el retraimiento o el evitar mirar a los ojos. • Si la pareja está presente, la paciente buscará su aprobación a todo lo que diga.	• Presencia constante y atenta de la pareja. • Suele contestar él. • Esta persona intenta banalizar los hechos. • Preocupado de forma excesiva por la paciente. • En ocasiones se muestra colérico con la paciente, o bien con el profesional.

Fuente: Elaboración propia, adaptado de los documentos de la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud(3), de Gibbons et al.(17) y de Perciaccante et al.(23).

En los casos en los cuales la paciente no reconozca sufrir malos tratos, es muy importante volver a preguntar en la siguiente consulta, puesto que es posible que en ese momento la mujer no estuviera preparada para revelarlos, o bien que no reconociera la situación que estaba viviendo(17, 24). Así, en el ensayo de Sala et al.(24) se obtuvo que el 78,4% de las mujeres maltratadas manifestaron tener buena relación con su pareja. Por lo tanto, si se quiere detectar la violencia, es necesario preguntar(17, 24).

b) Actuación asistencial

Una vez llevada a cabo la entrevista, tras el reconocimiento de los malos tratos, se debe prestar atención a esta víctima con prioridad entre moderada a urgente, abordando de forma integral las necesidades biopsicosociales que presente, además de establecer un diagnóstico diferencial(2, 3, 25, 26). Independientemente de si precisa ingresar o no, es fundamental el trabajo como equipo interdisciplinar para dar respuesta a las demandas de la paciente víctima de violencia(3, 25).

Por otro lado, el personal sanitario debería investigar acerca de la existencia de menores o de personas dependientes a su cargo, puesto que pueden estar también sufriendo la violencia(3, 16, 17, 25). Así, el estudio de Sala et al.(24) reveló que, de todas las mujeres que estaban sufriendo malos tratos, el 44,4% afirmaron que la violencia también estaba siendo ejercida a otros miembros del hogar.

Finalmente, junto con el informe del alta se debería entregar a la mujer una copia del parte de lesiones y de las alteraciones psicológicas que presente, en el caso de que existieran, los cuales son recomendables documentar de la forma más precisa posible, con el fin de ser de utilidad para apoyar el testimonio judicial(2, 3, 25, 26). En el caso de encontrar lesiones, debería detallarse en el parte la naturaleza, la forma y la longitud de las lesiones; la disposición de estas; y otras características que determinan la evolución de los daños(2). Además, para complementar la información proporcionada, y siempre con previo consentimiento por escrito, se deberían tomar fotografías de las lesiones, dejando constancia de quién las ha realizado y la fecha(2, 16). El Anexo 3 muestra el parte de lesiones y el escrito de remisión al juzgado (en el apartado 4.2 se expone cuándo debe emitirse dicho informe) propuesto en el Protocolo de actuación en atención primaria ante víctimas de malos tratos de Castilla-La Mancha(2). También se debería asegurar que llegue otra copia del informe de alta a Atención Primaria, para garantizar de este modo la continuidad de los cuidados(3, 16, 25, 26).

c) Valoración de la seguridad y del riesgo

Una vez atendidas las necesidades de la mujer, es recomendable proceder a la evaluación del riesgo vital que corre tanto la paciente como los posibles convivientes, ya que esta valoración determinará los siguientes pasos a realizar(2, 3, 15, 16, 18). El riesgo vital se evalúa investigando la ocurrencia de determinados sucesos que pueden dar lugar al homicidio de la paciente; y también se debe valorar la experiencia subjetiva de la mujer con respecto a su seguridad, a través de una serie de preguntas(2, 3, 16). En la Tabla 5 se reflejan tanto los indicadores de riesgo como las posibles cuestiones a preguntar. Se considerará que la paciente se encuentra en una situación de riesgo vital ante la presencia de uno de los indicadores, o con el hecho de que la mujer afirme que se siente en peligro(2). En el siguiente apartado se expondrá la actuación ante ambas situaciones.

Con independencia de si la víctima y sus convivientes presentan peligro inmediato o no, se recomienda que los y las profesionales colaboraren con la paciente para diseñar un plan de seguridad(2, 15, 16, 26). Esta actuación es de vital importancia para las mujeres ya que, tal y como muestra el ensayo de Cruz et al.(14), la mitad las víctimas que se habían detectado demandaron la elaboración de un plan de seguridad.

El plan debe incluir una serie de acciones que le permitan tanto a la víctima como al resto de los miembros del hogar mantenerse a salvo; además de facilitarles el abandono de la casa si los episodios violentos aumentaran. Así, el personal sanitario, por un lado, puede basarse en una plantilla (ver Tabla 6) para elaborar el plan; o puede desarrollarse, por otro lado, un plan más personalizado a la víctima(16). Finalmente, el sanitario que le esté prestando la atención debería registrar tanto la valoración del riesgo como la elaboración del plan de seguridad(3).

Tabla 5

Valoración del riesgo vital	
Indicadores de riesgo vital	**Preguntas a la mujer**
• Amenazas con armas o uso de ellas. • Amenazas o intentos de homicidio a ella o a sus hijos. • Intentos de suicidio de la paciente. • Presencia de lesiones graves. • Violencia ejercida contra los hijos u otras personas dependientes de la paciente. • Aumento de la intensidad y de la frecuencia de la violencia. • Acoso a pesar de no estar juntos. • Violencia sexual reiterada. • Trastornos paranoides y/o celos extremos. • Consumo de alcohol y/o drogas por parte de la pareja.	• ¿Cree que es seguro volver a casa? • ¿Lo saben sus familiares o amistades? ¿Están dispuestos a ayudarle? • ¿Actualmente teme por la seguridad de sus hijos?

Fuente: Elaboración propia, adaptado de las referencias de Aguado et al.(2) y de la Comisión contra la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud(3).

Tabla 6

Plan de seguridad	
Si la paciente continúa en la relación	**Si la paciente no está en la relación**
• Piense en un cuarto al que acudir si comienza una discusión, evitando habitaciones como la cocina. • Haga una lista de contactos que el puedan ofrecer ayuda de forma segura. • Acuerde con el resto de miembros de la familia y/o amigos una palabra clave o señal para saber cuándo llamar para pedir ayuda. • Piense en qué decir a su pareja cuando esta se empiece a poner agresivo.	• Cambie su número de teléfono. • Archive todos los mensajes amenazantes y partes de lesiones relacionados con el agresor. • Cambie las cerraduras de su casa. • Evite quedarse sola. • Planifique una estrategia de huida en el caso de confrontarse con el agresor. • Cambie sus actividades rutinarias.

Fuente: Elaboración propia, adaptado del estudio de Choo y Houry(16).

d) Intervención

I) Información y derivación

A partir de este momento, los sanitarios deberían poner en marcha una actuación basada tanto en la información como en el asesoramiento y en la derivación a los recursos existentes en la comunidad autónoma (Ver Anexo 4), en función del contexto de la paciente(2, 3, 14-18, 22, 26). Por lo tanto, para poder proporcionar una atención a la víctima con un enfoque holístico es necesario que los servicios sanitarios y los dispositivos comunitarios vinculados a la violencia de género trabajen como un equipo interdisciplinar(17).

Así, a la hora de informar, el/la profesional que este abordando el caso debería actuar de tal forma que demuestre su apoyo a la paciente, además de trasmitirle confianza; puesto que, si esto no ocurre, no solo generarán frustración, sino que es más probable que rechacen las derivaciones y el volver a pedir ayuda(22, 26).

Además, se recomienda que el sanitario seleccione tanto la información proporcionada como los recursos propuestos para la derivación, siempre en función de lo preparada que se encuentre para iniciar el cambio y salir de la violencia; además de evitar en todo momento cualquier prejuicio, puesto que la mujer puede estar revelando su caso tras muchos intentos(17, 22, 26). Así, cualquier expresión que la paciente perciba como que no está siendo respaldada puede ocasionar que rechace la derivación(17, 26).

Asimismo, es relevante destacar el valor otorgado por las mujeres al hecho de que los/las profesionales sanitarios y sanitarias las asesoren, atendiendo a su situación, tal y como lo demuestra el ensayo de Cruz et al.(14), el cual obtuvo que el 63% de las víctimas de maltrato demandaron la intervención profesional en forma de asesoramiento. De esta manera las mujeres consiguen empoderarse y poder decidir ellas sobre su proceso de salida de la violencia(14, 15, 26).

Por otro lado, las pacientes víctimas de malos tratos sienten mayor confianza en el profesional cuando este ofrece con rapidez los recursos disponibles a los que puede ser derivada(22). Además, los sanitarios no deberían olvidar que la mujer puede no estar preparada para iniciar el cambio, motivo por el cual rechazaría los servicios y los traslados propuestos. Por lo tanto, el personal debe aceptar su decisión, evitando mostrar decepción o rechazo, para que no se sienta juzgada(2, 14, 16, 22).

De manera generalizada, los servicios de urgencias que detecten casos de violencia contra una mujer, con independencia del riesgo vital que exista, deberían derivar a Atención Primaria, para poder garantizar la continuidad de los cuidados(3, 16, 25, 26). Otro motivo de la necesidad de dicha derivación es el hecho de que las pacientes suelen sentirse incómodas contando su historia a diferentes personas, además de que, una vez que se establece una relación de confianza con un profesional, las mujeres se sienten más cómodas hablando de su caso con dicho trabajador(26).

Ahora bien, se debería informar y a derivar en función de cada caso(3):

- Si se trata de una paciente que ha reconocido los malos tratos pero que no presenta riesgo vital inmediato, el profesional que haya realizado la valoración del riesgo debería registrarlo e informarle acerca de la situación en la que se encuentra(2, 3). Seguidamente, el médico responsable debe rellenar y emitir tanto el informe médico como el parte de lesiones (en los casos que así lo requieran)(2, 3, 25). Luego, el profesional que le haya atendido debería prestar a la mujer información acerca de la posibilidad de iniciar trámites legales. En el caso de que la paciente no quisiera iniciarlos en ese momento, este sanitario debería explicarle cómo hacerlo en un futuro y hablarle de los recursos comunitarios que prestan apoyo legal y judicial(2, 3, 16). Por otro lado, es recomendable que el profesional exponga a la paciente los dispositivos tanto intrahospitalarios como extrahospitalarios existentes en la región; y la posibilidad de derivación, siempre con previo consentimiento de la paciente(2, 3, 16-18, 22, 25, 26).
- Si la paciente presenta riesgo inmediato, el profesional debería explicarle a esta persona la situación de peligro en la que se encuentra, además de registrar con exactitud la información que se proporciona(2, 3). Después, es recomendable que el médico que le esté prestando la atención elabore el informe médico y el parte de lesiones (si procede) y emitir ambos documentos a la Fiscalía, exponiéndole de manera previa sus implicaciones(3, 25). Además, se debería poner en conocimiento de los cuerpos de seguridad (Policía Nacional, Local o Guardia Civil) el caso, para que pongan en marcha los mecanismos de protección requeridos(2). Por otro lado, el profesional que este atendiendo a la paciente debería ofrecerle de inmediato la derivación tanto al trabajador social del centro como a los recursos comunitarios disponibles en la región; además de facilitarle el contacto con el Instituto de la Mujer de Castilla- La Mancha, para que se le informe con mayor rigurosidad acerca de los dispositivos de la comunidad(2, 3, 16).

II) Actuación legal

El artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal de España(28) obliga a los sanitarios a transmitir a las autoridades judiciales la existencia de malos tratos, lo cual se consigue a través de la emisión al Juzgado del parte de lesiones y del informe médico(3). Así, el/la trabajador/a debe informar a la mujer de esta obligación profesional; además de leer en voz alta todo lo escrito tanto en el parte de lesiones como en el informe del alta para obtener el consentimiento de la mujer(3).

Para que estas consideraciones se mantuvieran en la práctica con éxito, es necesario que se implantaran junto con una serie de factores tratados en la literatura. No obstante, de todos ellos se debe destacar, por consenso(3, 16-20, 22, 25), la formación continuada del personal sanitario en materia de violencia de género. Así, la formación tiene el fin de concienciar a los trabajadores de la importancia de detectar la violencia y de ofrecer ayuda; y aumentar la autoeficacia de los y las profesionales(18-20).

3.2. Grados de recomendación (ver Anexo 2)

Cuando se habla de violencia hacia la mujer en el ámbito científico, tal y como se comenta a continuación, es apreciable la baja calidad metodológica generalizada de los estudios que la tratan. No obstante, se han podido obtener artículos de mayor rigor científico(22, 24, 26) que han conllevado a que las recomendaciones sugeridas presenten diversos grados de recomendación. Así, la mayoría de las sugerencias comentadas cuentan con un grado de recomendación de tipo B, es decir, de tipo medio/alto; pero también encontramos una serie de aspectos que presentan un grado de recomendación de tipo D (bajo) y tres sugerencias con un grado C (entre bajo y moderado). Por último, de manera independiente al resto de sugerencias, el aspecto descrito relacionado con el informar a la mujer de lo que supone la emisión del informe médico y del parte de lesiones(3, 25) no puede ser valorado a partir de la herramienta que se ha empleado(13), debido a que la bibliografía sobre la que se apoya no proviene de artículos científicos.

4. Discusión

El presente trabajo ha sido elaborado con la finalidad de proporcionar unas recomendaciones, basadas en la evidencia científica, a la hora de abordar casos de violencia a la mujer ejercida por la pareja en el ámbito de las urgencias de Castilla-La Mancha. Así, la literatura revisada defiende la necesidad de preguntar de forma sistemática a todas las mujeres que acuden al servicio de urgencias cuestiones abiertas y directas sobre la violencia; y en el caso de que se reconozcan los malos tratos, valorar el riesgo vital, informar y derivar (en los casos en los que la paciente acepte estas derivaciones).

Estos resultados apoyan una creciente evidencia que, por un lado, defiende preguntar a todas las mujeres sobre la violencia(11); y, por otro lado, afirma que los trabajadores del servicio de urgencias deben, además de preguntar, mantenerse atentos ante la presencia de indicadores de sospecha(6, 7). No obstante, también existe una parte de la literatura(10, 29) que propone que, para obtener mejorías sostenidas en la identificación e intervención ante la violencia, es necesario implementar una serie de modificaciones a nivel institucional, las cuales incluyen tanto la formación de los y las profesionales como el desarrollo de estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria; todo ello para mejorar la salud de la mujer.

Por otro lado, debido a la complejidad a la hora de estudiar este tema, se puede encontrar evidencia que no corrobore los aspectos comentados. Así, la revisión de Wathen y MacMillan(8) afirma que es más efectivo preguntar solo cuando la mujer o sus hijos presenten signos y/o síntomas de violencia; mientras que el ensayo de Taft et al.(30) defiende el cribado sistemático autoadministrado diseñado por profesionales, frente a las cuestiones formuladas en la entrevista.

Finalmente, se hace necesario destacar una serie de limitaciones presentes en esta revisión. En primer lugar, desde que se comenzó a elaborar este trabajo han estado presentes las barreras asociadas al estigma presente en torno a la violencia de género y a su concepción como un tema exclusivamente social; lo cual dificulta tanto la realización de estudios científicos como la presencia de un seguimiento significativo en

los artículos existentes. Además, a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica, también se ha encontrado una falta de consenso a la hora de definir qué es violencia de género y qué no lo es, hecho que ha entorpecido tanto la búsqueda como la selección de los artículos científicos. Así, estas barreras han dado lugar a que los estudios obtenidos sean en su mayoría de baja calidad metodológica, lo cual conlleva a tener cautela con algunas de las propuestas sugeridas. Además, también destaca como limitación el hecho de que no todas las recomendaciones han podido ser valoradas correctamente, e incluso una de ellas no ha podido evaluarse, debido a estar basadas también en protocolos de actuación (en el caso de la que no ha podido evaluarse, ha sido debido a estar solo apoyada por estos protocolos).

Asimismo, este trabajo presenta una serie de fortalezas. Por un lado, se encuentra la fácil implantación de las sugerencias en la práctica ya que solo se requeriría como recurso material el disponer de una habitación donde poder desarrollar de forma confidencial la entrevista. Por otro lado, los aspectos desarrollados presentan en su mayoría un elevado grado de recomendación, a pesar de la falta de referencias de calidad, puesto que se ha contado con estudios que presentan moderado/elevado nivel de evidencia científica(15, 22, 24, 26).

5. Conclusión

La violencia de género es un problema de salud pública que afecta a cualquier mujer. Así, para poder ayudar a una víctima eficazmente, el personal sanitario debe estar capacitado tanto para detectarla como para proporcionarle con precisión y rapidez la información y las posibilidades de derivación adecuadas a su contexto y a los recursos disponibles. Desafortunadamente, en nuestro medio se puede apreciar entre los/las profesionales sanitarios/as un profundo desconocimiento del maltrato como origen de numerosos problemas de salud y de la repercusión que puede tener la intervención sanitaria en la vida de estas mujeres; lo cual da lugar a la falta de interés por formar a los trabajadores sanitarios y por desarrollar guías estandarizadas de detección e intervención en los entornos clínicos, dando lugar a su vez a la falta de conocimiento y de práctica a la hora de actuar ante aquellos casos confirmados de malos tratos. Además, si se añade a lo anterior la tendencia de las mujeres a acudir al servicio de urgencias, se pone de manifiesto la importancia de la existencia de unas pautas homogeneizadas de detección y actuación ante casos de violencia de género adaptadas a las peculiaridades de este servicio.

Sin embargo, los sanitarios deben tener en cuenta que, desde que se detecta la violencia hasta que la paciente logra mejorar su salud, existen una multitud de factores que no solo dependen de las instituciones sanitarias y comunitarias, sino que dependen de las circunstancias de la mujer y de lo preparada que se encuentre para iniciar el cambio. Así, el personal sanitario debe evitar caer en la trampa de evaluar la efectividad de la intervención sanitaria ante el maltrato basándose en indicadores de mejoría de la salud de la mujer.

Los profesionales de enfermería tienen en particular una responsabilidad añadida cuando hablamos de violencia de género dentro de las urgencias, puesto que son ellos los encargados de poner en marcha la intervención sanitaria en el triaje, por medio de las cuestiones realizadas en la entrevista biopsicosocial. Por lo tanto, este colectivo se vería muy beneficiado de la existencia de unas recomendaciones homogéneas a nivel regional acerca de cómo identificar y abordar este problema. Además, es de vital

importancia que estos trabajadores aprendan a actuar de tal modo que, con independencia de si la mujer ha revelado o no su situación, ésta se sienta con la confianza suficiente como para volver a acudir a los servicios sanitarios siempre que lo requiera.

Paradójicamente, aunque la mujer no revele su situación voluntariamente, esta desea hablar de ella y adquirir los conocimientos suficientes como para ir dando pequeños pasos hacia la salida de la violencia. Así, tanto los y las profesionales sanitarios/as deben, en primer lugar, preguntar siempre sobre la violencia de forma abierta y directa; además de conseguir empoderar a la víctima de malos tratos proporcionándole información de los recursos disponibles y de los trámites que puede iniciar, todo ello en un ambiente de empatía y confianza.

6. Aplicaciones para la práctica clínica

Las recomendaciones de este documento tienen un espíritu de contribuir a la labor que ya se realiza en todos los servicios de urgencias de Castilla- La Mancha. Por otro lado, las actuaciones descritas van destinadas a todas las mujeres (con independencia de que residan o no en la región) que acuden a las urgencias, víctimas de cualquier tipo de violencia ejercida por la pareja. Finalmente, al igual que el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud(3) y el Programa de Atención Integral a las mujeres víctimas de violencia de género en los servicios de urgencia hospitalarios de la comunidad de Aragón(25), estas sugerencias se aplicarían a todas las mujeres mayores de 14 años.

Para que los aspectos comentados se pusieran en práctica en un servicio de urgencias, se hace necesario generar cambios a nivel institucional con el fin de que los/las profesionales no olviden la repercusión de la violencia en la salud de la mujer. Así, algunas propuestas son:

- Proporcionar formación continuada a todos los trabajadores del servicio de urgencias acerca de los conceptos básicos relacionados con la violencia de género; además de las actitudes y las habilidades con las que debe contar el profesional para poder detectar e intervenir de forma eficaz, con independencia del contexto de la mujer.
- Desarrollar estrategias de prevención primaria para la salud, como la elaboración de pósters que muestren las diferencias entre relaciones de buen trato y abusivas; o bien panfletos donde se describan los recursos sociales disponibles y los números de emergencias y del Instituto de la Mujer de Castilla- La Mancha.
- Establecer buena comunicación entre los centros sanitarios y los servicios sociales vinculados con la violencia de género; para que, de esta manera, se puedan efectuar las derivaciones pertinentes en ambos sentidos con rapidez y eficacia.

Finalmente, también es necesario que los aspectos descritos se acuerden conjuntamente por los y las profesionales de los servicios de urgencias y por una muestra representativa de las mujeres de toda la región para buscar el consenso y una

mayor posibilidad de implementación. Además, también se debería realizar un mapeo de los recursos tanto personales como materiales disponibles en los servicios de urgencias para facilitar así lo máximo posible su implantación.

7. Repercusiones para la práctica clínica

La violencia de género es reconocida como un problema de salud pública a nivel mundial; además de un problema con alto grado de infradetección. De hecho, es sabido que una gran mayoría de mujeres que demandan con elevada frecuencia los recursos sanitarios es por una causa psicosocial más que por una causa física, destacando como principales motivos el ser víctimas de violencia.

Así, este trabajo presenta gran utilidad práctica ya que muestra la evidencia acerca de preguntar de forma sistemática en la entrevista clínica a todas las mujeres que acuden a los servicios de urgencias, puesto que el hecho de hablar de los malos tratos en los medios sanitarios puede impulsar a la mujer a iniciar cambios en su vida que la encaminen a salir de la violencia que sufre. Además, este documento expone que las cuestiones, a diferencia de lo que es creído, deben realizarse de forma abierta y directa, puesto que, de esta manera, se elimina el estigma presente en torno a este tema. Asimismo, también es de especial relevancia para los profesionales sanitarios el reconocimiento de los principales indicadores de sospecha de que una mujer sea víctima de violencia; y reflejarlo en la historia clínica, para que futuros profesionales lo tengan en cuenta a la hora de entrevistarse con la mujer. Finalmente, cabe destacar lo importante que es para la mujer víctima de malos tratos que los servicios sanitarios, comunitarios y judiciales trabajen de forma conjunta; para que así pueda empoderarse y comenzar a salir del ciclo de la violencia.

Las recomendaciones expuestas anteriormente, como ya se ha mencionado, presentan respaldo en la literatura científica. No obstante, es cierto que algunas de las propuestas sugeridas deberían ser estudiadas con mayor profundidad en un futuro puesto que muchas están apoyadas por estudios de calidad metodológica baja. Por otro lado, una ventaja muy importante de estas recomendaciones es la fácil aplicabilidad de estas, puesto que solo requiere de una sala que pueda asegurar la confidencialidad.

Por lo tanto, si se quisieran aplicar en la práctica los resultados propuestos, sería de vital relevancia, en primer lugar, adaptar estas propuestas a las características tanto de la población a la que se va a atender (edad, clase social, ocupación…) como a la forma de

trabajar de los profesionales sanitarios de este servicio. Además, no se puede olvidar que, para que se mantengan en el tiempo las sugerencias, se debe fomentar la formación continuada de todos los profesionales involucrados para el correcto funcionamiento del proceso de actuación.

Dicho esto, considero que las propuestas que se han sugerido para la práctica clínica pueden emplearse en diversas situaciones. Así, cuando una mujer llega a triaje por un cuadro de ansiedad, la enfermera, tras ayudarle a tranquilizarse con técnicas de relajación, puede realizar en la entrevista biopsicosocial preguntas abiertas y directas relacionadas con la violencia; siempre habiendo introducido de manera previa un marco que justifique la realización de esa pregunta.

Otro caso en el cual se podrían emplear las pautas de actuación recomendadas sería, por ejemplo, una mujer que acude al servicio de urgencias con una herida en zonas asociadas a la violencia como la cabeza o el cuello; o en un área del cuerpo relacionado con la defensa personal, como los antebrazos. En esta situación, tras haber atendido todas sus necesidades de forma integral, el profesional que le haya atendido procederá a entrevistarla en un lugar donde pueda garantizarse la privacidad y le preguntará de la misma manera que se ha señado anteriormente.

Ahora bien, en ambos casos, para que las mujeres puedan revelar la posible situación de violencia que viven, los profesionales sanitarios que las entrevisten deben mostrar una serie de habilidades que le transmitan la confianza necesaria a la persona como para poder contarlo. Así, los sanitarios deben ser empáticos; dejar que la mujer se exprese en el tiempo que necesite; validar las emociones que manifieste; y sobre todo tener cuidado con lo que se le dice a la mujer puesto que cualquier cosa podría ser malinterpretada, ocasionando el rechazo a volver a buscar ayuda.

Finalmente, es un punto para considerar que los profesionales sanitarios sean conscientes de que la mujer puede no revelar los malos tratos debido a que no se sienta preparada para ello. Ante esta circunstancia, los sanitarios deben saber que, aunque la mujer no haya contado su problema, las preguntas realizadas le pueden servir para empezar a generar consciencia de que la violencia es un problema real; animándola de

esta forma a buscar ayuda o a relevar la situación la próxima ocasión en la que sea preguntada.

Natalia Sánchez Rubio.

Se trata de un trabajo de gran repercusión en la práctica clínica debido a la actualidad del tema que trata: la violencia de género (en este caso centrada en el ámbito de la pareja). Esta revisión aporta mucha información acerca de incidencia de este problema y de sus repercusiones (en numerosas ocasiones, por desgracia, mortales); así como de su carácter insidioso, por su instauración de manera progresiva en la relación. Por otro lado, se destaca la infradetección de los malos tratos, fundamentalmente debido al estigma social que supone la condición de mujer maltratada.

Así, este estudio destaca lo fundamental que es la labor de los profesionales de enfermería a la hora de detectar situaciones de violencia de la manera más precoz posible, ofreciéndole información de los recursos legales y comunitarios con los que cuenta; con la finalidad de lograr empoderarla para que logre salir de la violencia que vive. Además, este documento muestra la importancia que tiene el hecho de que los sanitarios que atienden a las mujeres cuenten con una serie de habilidades psicosociales que favorezcan que la persona se sienta con la seguridad suficiente como para poder volver a los servicios sanitarios a buscar ayuda siempre que lo necesite.

Por otro lado, conviene resaltar, como principal limitación de este documento, la baja calidad metodológica de los estudios que tratan la violencia de género (por la estigmatización del tema, la falta de seguimiento prolongado, la infradetección…). Si a esto se le añade la necesidad de individualizar cada recomendación a los requerimientos de la población a la que se vayan a aplicar, da lugar a que se deba tener cierta precaución si se quieren poner en práctica estos aspectos.

No obstante, para que estas recomendaciones tuvieran éxito en la práctica clínica, es necesario, en primer lugar, tomar una muestra representativa de la población a la que van a ir destinadas las sugerencias; y entrevistarlas acerca de sus propios intereses, así como de las carencias del sistema sanitario con relación a su actuación ante los malos tratos. Por otro lado, también resulta de vital importancia fomentar la formación continuada entre los profesionales sanitarios, no solo para aprender las habilidades necesarias para atender correctamente a una mujer víctima de violencia de género, sino para tomar consciencia de las importantes consecuencias que tiene al medio y largo plazo el hecho de no reconocer la violencia como origen de los problemas que le hacen

acudir al sistema sanitario, abarcando desde la frecuentación de los servicios y recursos sanitarios hasta la muerte.

Por otro lado, además de adaptar las sugerencias propuestas a cada servicio de urgencias donde se pusieran en práctica, también sería interesante estructurar estas recomendaciones en forma de un código de actuación (como por ejemplo el del código ictus), el cual debería ser de obligado conocimiento por todos los profesionales que trabajen en el servicio. Así, se garantizaría una atención rápida y eficaz a la mujer víctima de malos tratos, lo cual favorecería que la víctima se sintiera con más seguridad para poder iniciar el proceso de salida de la violencia.

Finalmente, este trabajo es de gran relevancia debido a que los aspectos comentados pueden emplearse en múltiples situaciones diarias de los profesionales sanitarios. Por ejemplo, si un profesional se encuentra ante una mujer que acude con inusual frecuencia a los servicios de urgencias por problemas inespecíficos, es preciso que este sanitario sospeche que esta sea víctima de malos tratos. Así, en la entrevista biopsicosocial realizada en el triaje, es preciso que el profesional le pregunte de forma abierta y directa sobre la violencia, dejando el tiempo necesario para que la mujer se exprese.

Otra circunstancia donde son aplicables las sugerencias comentadas es ante una mujer que acude a urgencias acompañada de su pareja, la cual no quiere dejarla sola en ningún momento, siendo además él quien habla por la mujer. Por otro lado, tenemos a la mujer con claros síntomas de intranquilidad, dubitativa, dando la impresión de que busca la aprobación de la pareja a lo poco que dice por sí misma. Así, en este caso es fundamental conseguir que el sanitario se quede a solas con la mujer, sin la pareja presente, para poder hablar abierta y directamente de la violencia. Este momento podría conseguirse cuando se derive a la mujer a realizarse una prueba complementaria, o bien proceder a prestarle la atención sanitaria en una sala en la que no se deje entrar al acompañante y donde se garantice la privacidad de la persona víctima de malos tratos.

Así, en ambas circunstancias, es fundamental que los profesionales sanitarios tengan las cualidades necesarias para poder entrevistarse de forma efectiva con la mujer, así como para poder abordar sus necesidades desde una perspectiva integral. Por lo tanto,

se hace esencial ofrecer formación continuada a los profesionales acerca de cómo actuar ante una mujer víctima de violencia y cómo aplicar esos conocimientos en la práctica clínica.

Gema María Soriano Ortiz.

8. Bibliografía

1. García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence* [Internet]. Italia: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2013 [citado 12 Dic 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=5807D1D1A8B8ABD53C1B856ADB567509?sequence=1
2. Aguado G, Almoguera C, Anibarro P, Comas S, Corroto R, Fernández-Valencia E et al. *Protocolo de actuación en Atención Primaria para mujeres víctimas de malos tratos* [Internet]. Castilla- La Mancha, España: Dirección General de Salud Pública y Participación; 2005 [citado 15 Dic 2020]. Disponible en: https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20150407/protocolo_actuua_atenci_n_primaria.pdf
3. 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* [Internet]. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [citado 25 Nov 2020]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf
4. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. *Macroencuesta de Violencia contra la mujer* [Internet]. Madrid, España: Ministerio de Igualdad; 2019 [citado 26 Dic 2020]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística; 2020 [actualizado en 2016; consultado en abr 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926144037&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888

6. Coll-Vinent PB. *Violencia de Género y maltrato (II). Una aproximación desde urgencias*. Emergencias. 2008; 20 (4): 269-275.
7. Argüelles VR, Lorente MP. *Puntos clave para el manejo en urgencias de casos de violencia de género*. FMC. 2012; 19 (1): 10-15.
8. Wathen CN, MacMillan HL. *Chindren's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions*. Paediatr Child Health. 2013; 18 (8): 419-422.
9. Lorente AM. *Violencia y maltrato de género (I). Aspectos generales desde la perspectiva sanitaria*. Emergencias. 2008; 20 (3): 191-197.
10. Ambuel B, Hamberger LK, Guse CE, Melzer-Lange M, Phelan MB, Kistner A. *Healthcare can change from within: Sustained improvement in the healthcare response to intimate partner violence.* J Fam Viol. 2013; 28: 833-847.
11. Rivara FP, Anderson ML, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carrell D et al. *Healthcare utilization and cost for women with a history of intimate partner violence*. Am J Prev Med. 2007; 32 (2): 89-96.
12. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. *Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis*. BMC Public Health. 2012; 12:473.
13. Scottish intercollegiate guidelines network (SIGN). Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN (Scottish intercollegiate guidelines network) [Internet]. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS) [citado 4 Abr 2021]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/egpc/lupus-niveles/
14. Cruz M, Cruz PB, Weirich C, McGorty R, McColgan MD. *Referral patterns and service utilization in a pediatric hospital-wide intimate partner violence program*. Child abuse and neglect. 2013; 37 (8): 511-519.
15. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. *Screening Women for Intimate Partner Violence: A Systematic Review to update the US Preventive Services Task Force Recommendation*. Ann Intern Med. 2012; 156 (11): 796-808.
16. Choo EK, Houry DE. *Managing intimate partner violence in the emergency department*. Ann Emerg Med. 2015; 65 (4): 447-451.

17. Gibbons L. *Dealing with the effects of domestic violence*. Emerg Nurse. 2011; 19 (4): 12- 16.
18. O' Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. *Implementing successful intimate partner violence screening programs in healthcare settings: Evidence generated from a realistic-informed systematic review*. Soc Sci Med. 2011; 72 (6): 855-866.
19. Tavrow P, Bloom BE, Withers MH. *Intimate partner violence screening practices in California after passage of the Affortdable Care Act*. Violence Against Women. 2017; 23 (7): 871-886.
20. Todahl J, Walters J. *Universal screening for intimate partner violence*: A systematic review. J Marital Fam Ther. 2011; 37 (3): 355-369.
21. Klevens J, Sadowsky L, Kee R, Trick W, García D. *Comparison of screening and referral strategies for exposure to partner violence*. Women's Health Issues. 2012; 22 (1): 45-52.
22. Kirst M, Zhang YJ, Young A, Marshall A, O'Campo P, Ahmad F. *Referral to Health and Social Services for Intimate Partner Violence in Health Care Settings: A Realist Scoping Review*. Trauma, Violence and Abuse. 2012; 13 (4): 198-208.
23. Perciaccante VJ, Susarla SM, Dodson TB. *Validation of a diagnostic protocol used to identify partner violence in the emergency department*. J Oral Maxillofac Surg. 2010; 68 (7): 1537-1542.
24. Sala MI, Hernández Alonso AR, Ros GR, Lorenz CG, Parellada NE. *Domestic violence: a screening question*. Aten Primaria. 2010; 42 (2): 70-77.
25. Amorín Calzada MJ, Cisneros IA, Lou Alcaine ML, Marrón TR, Tello Martín MR. *Programa de atención integral a las mujeres víctimas de violencia de género en los servicios de urgencia hospitalarios* [Internet]. Aragón, España: Departamento de Salud y consumo. Gobierno de Aragón; 2011 [citado 15 ene 2021]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/VG_Urgencias_Programa_Atencion_VD_201107.pdf/be00a4ad-e828-b9b0-ecfa-3a61e099c7dc
26. Tarzia L, Bohren MA, Cameron J, García-Moreno C, O' Doherty L, Fiolet R et al. *Women's experiences and expectations after disclosure of intimate partner abuse*

to a healthcare provider: A qualitative meta-shyintesis. BMJ Open. 2020; 10 (11): 413-439.

27. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Descripción de los recursos de titularidad autonómica en materia de Violencia de Género disponibles en 2017 [Internet]. España: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2018 [citado 2 feb 2021]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/RecursosAutonomicos/InformacionDescriptiva/docs/R_2017_Castilla_LaMancha.pdf
28. Real Decreto del 14 de septiembre de 1892 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. España: Ministerio de Justica; 2020. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1882-6036
29. Hamberger LK, Ambuel B, Guse CE, Phelan MB, Melzer-Lange M, Kistner A. *Effects of a Systems Change Model to Respond to Patients Experiencing Partner Violence in Primary Care Medical Settings*. J Fam Viol. 2014; 29: 581-594.
30. Taft AJ, Hooker L, Humphreys C, Hegarty K, Walter R, Adams C et al. *Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial*. BMC Med. 2015; 13: 15-20.

9. Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

Bases de datos	Estrategia	Filtros de búsqueda	Registros encontrados	Artículos seleccionados
Medline	[Title]: Intimate partner violence "AND" [Mesh terms]: vulnerability analysis "AND" female	Free full text+ last 10 years + clinical trial, review or systematic review	39	0
	[Mesh terms]: Spouse abuse		138	0
	[Mesh terms]: Intimate partner violence "OR" domestic violence "OR" spouse abuse "AND" battered woman "OR" female "AND" mass screening "AND" emergency service "NOT" mental health "NOT" alcohol "NOT" drugs "NOT" HIV "NOT" suicide		33	0
	[Title]: Intimate partner violence "AND" [Mesh terms]: domestic violence "OR" spouse abuse "AND" battered woman "OR" female "AND" mass screening "AND" emergency service "NOT" mental health "NOT" alcohol "NOT" drugs "NOT" HIV "NOT" suicide		81	0
	[Mesh terms]: Spouse abuse "AND" female		123	**1**
WOS	TS= (Intimate partner violence "OR" domestic violence "OR" spouse abuse "AND" battered woman "OR" battered female "AND" mass screening "AND" emergency service "OR" emergency department) "NOT" TS= (mental health "OR" alcohol "OR" drug "OR" HIV "OR" suicide)	Sin filtros	36	**4**
	TS= (Spouse abuse "AND" female "AND" training)	Last 10 years+ review or clinical trial.	33	0
Cochrane Library Plus	[Abstract]: Woman "AND" [Title, abstract, keyword]: Intimate partner violence "AND" mass screening "AND" emergency service	Sin filtros	15	0
	[Title, abstract, keyword]: Spouse abuse "AND" female "AND" training	Sin filtros	17	0
	[Title, abstract, keyword]: Spouse abuse "AND" female "AND" training "AND" healthcare provider	Sin filtros	4	0

	[Title]: Intimate partner violence OR domestic violence AND [Title, abstract, keyword]: woman AND mass screening AND emergency service	Last 10 years	73	**1**
Scopus	Intimate partner violence "OR" domestic violence "AND" battered woman "OR" battered female "AND" mass screening "AND" emergency service "OR" emergency department "NOT" mental health "NOT" alcohol "NOT" drug "NOT" HIV "NOT" suicide	Last 10 years	34	**6**
	Healthcare provider "AND" referral "AND" IPV services "AND" emergency service "AND" battered female	Last 10 years + article or review	61	0
Plinio	Intimate partner violence "OR" domestic violence "AND" battered woman "OR" battered female "AND" mass screening "AND" emergency service "OR" emergency department "NOT" mental health "NOT" alcohol "NOT" drug "NOT" HIV "NOT" suicide	Publicaciones académicas o revistas + últimos 10 años.	22	0
	Violencia de pareja "AND" vulnerabilidad "AND" mujer	Últimos 10 años+ publicación académica + inglés o español + materia (IPV, violencia a la pareja, women).	41	0
PsycInfo	[Title]: Intimate partner violence "OR" domestic violence "OR" spouse abuse "AND" [Title, abstract, keyword]: woman "AND" mass screening "AND" emergency service	Sin filtros	0	0

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2. Grado de evidencia de las recomendaciones

Recomendaciones	Grado de evidencia
Realizar preguntas de forma sistemática a todas las mujeres sobre violencia en la entrevista (14-24).	**B**
Preguntar de forma sistemática, estando a la vez atentos ante la presencia de signos o síntomas de violencia (3, 16, 17, 23).	**D**
Las cuestiones realizadas deben ser abiertas y directas (14, 16, 18-22, 24).	**B**
Se debe proporcionar un marco que justifique la realización de las preguntas (3, 14, 16, 19, 20).	**C**
Garantizar la privacidad durante la entrevista (3, 16, 20).	**C**
Entrevistar a la paciente sin acompañantes (3, 16, 17, 20).	**C**
El profesional que pregunte y aborde los casos de violencia debe contar con unos conocimientos y actitudes determinadas (16, 18, 20, 22, 26).	**B**
Registrar si se ha cribado, la respuesta proporcionada por la paciente y si se aprecian indicios de maltrato (3, 16, 25, 26).	**B**
Volver a preguntar en la siguiente consulta (17, 26).	**B**
Abordaje de las necesidades biopsicosociales de las mujeres víctimas de violencia (2, 3, 25, 26).	**B**
Averiguar si existen menores o personas dependientes a cargo de la víctima (3, 16, 17).	**D**
Elaboración adecuada del parte de lesiones y del informe médico (2, 3, 25, 26).	**B**
Valoración del riesgo vital de la víctima (2, 3, 15, 16, 18).	**B**
Diseño de un plan de seguridad (2, 14, 16, 26).	**B**
Proporcionar de forma rápida y eficaz tanto la información como los recursos disponibles para derivar, atendiendo al contexto de la paciente y con su previo consentimiento (2, 3, 14-18, 22, 25, 26).	**B**

Empoderar a la víctima de malos tratos para que pueda decidir sobre su proceso de salida de la violencia (14, 15, 26).	**B**
Derivar a los equipos de Atención Primaria (3, 16, 25, 26).	**B**
Informar a la mujer de lo que conlleva la emisión del informe médico y del parte de lesiones.	**No es posible su evaluación***
Ofrecer formación continuada a los profesionales sanitarios en materia de violencia de género (3, 16-20, 22, 25).	**B**

Fuente: Elaboración propia, a partir de la herramienta propuesta por el SIGN para la evaluación del grado de evidencia (13).

***Esta intervención no puede ser valorada debido a que la herramienta que se ha empleado no permite evaluar las recomendaciones propuestas solo por protocolos de actuación.

Anexo 3. Informe de remisión al Juzgado y parte de lesiones propuesto en el Protocolo de actuación en Atención Primaria para mujeres víctimas de malos tratos de Castilla- La Mancha

1. Escrito de remisión al Juzgado.

D/Dª._____

_____,Médico, colegiado/a en _____

_____ con el nº_____

_____ y ejercicio profesional en (centro y lugar de trabajo)_____

_____

INFORMA:

Que con fecha _____ , a las _____ horas, he atendido en (según proceda, especificar nombre y dirección del centro de trabajo o lugar donde se presta asistencia) _____

_____

_____

_____

a Dª. _____ de _____

_____ años de edad, con domicilio en (calle y número)_____

_____

código postal y localidad _____

_____

provincia_____ teléfono_____

Y:

Remite el informe médico por presuntos malos tratos que se acompaña.

Fecha y firma:

Fuente: Aguado et al. (2).

2. Parte de lesiones

1.- DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:

- Nombre y apellidos: _____
- Sexo:
- Fecha de nacimiento:
- Estado civil:
- Dirección: _____
- Teléfono de contacto: _____
- Nombre y apellidos del acompañante: _____
- Relación con la asistida: _____

2.- EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA (siempre según declaración de la víctima, especificando si se trata de maltrato físico, psíquico, negligencia...)

_____

Fecha de la agresión: _____ Hora: _____

Lugar de la agresión[1]: _____

Lesión ocurrida por[2]: _____

Mecanismo causante de la agresión[3]: _____

¿Conoce al presunto agresor? ☐ Sí ☐ No

Nombre y apellidos: _____

Relación con el agresor[4]: _____

¿Es la primera agresión? Sí

No. ¿Cuántas veces le ha agredido? _____

¿Lo ha denunciado alguna vez? _____

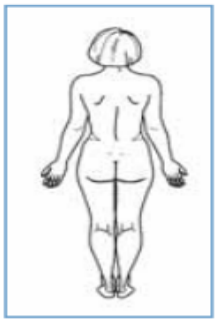
¿Tiene informes de las anteriores agresiones?[5]

_____

3.- ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS (en relación con las lesiones)

_____

4.- EXPLORACIÓN FÍSICA (Descripción de las lesiones, indicando data aproximada. Señalar localización en el gráfico corporal)[6]



DATA DE LAS LESIONES

Coloración	Tiempo de evolución
Negro – azul oscuro	Inmediato (< 1 día)
Rojo, violáceo	1 – 5 días
Rojo púrpura	5 – 7 días
Verdoso	7 – 10 días
Amarillento	> 2 semanas

DESCRIPCIÓN: _____

5.- ESTADO EMOCIONAL ACTUAL:

- Sin alteración valorable
- Ansiedad
- Tristeza
- Vergüenza
- Miedo
- Confusión
- Abatimiento
- Shock emocional

ESPECIFICAR: _____

6.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (si procede): _____

7.- TRATAMIENTO:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8.- PRONÓSTICO: _____

_____

9.- SITUACIÓN: ☐ Alta ☐ Urgencias Hospital ☐ Fallecida

10.- CAUSA DE DERIVACIÓN A URGENCIAS: ☐ Orgánica ☐ Psíquica

11.-VIENE REMITIDA POR POLICÍA/GUARDIA CIVIL: ☐ SI ☐ NO

12.- SE AVISA A POLICÍA/GUARDIA CIVIL: ☐ SI ☐ NO

Fuente: Aguado et al.(2).

Anexo 4. Recursos comunitarios disponibles en Castilla- La Mancha

Tipo de recurso	Denominación del recurso	Descripción del recurso
1. ASISTENCIA SOCIAL:		
1A. ACOGIDA Y ACCESO A VIVIENDA PARA VÍCTIMAS Y SUS HIJAS/OS A CARGO MENORES O CON DISCAPACIDAD		
Centros de emergencia	Centros de Urgencia	Centros que ofrecen alojamiento y protección por un corto espacio de tiempo a las mujeres víctimas de la violencia por parte de sus parejas o exparejas y a sus hijas e hijos. Están especializados en el diagnóstico interdisciplinar y proponen la derivación al recurso más adecuado.
Casas de acogida	Casas de Acogida	Ofrecen alojamiento temporal en un entorno de seguridad. Están especializadas en la atención y recuperación de las secuelas de la violencia de género en las mujeres y sus hijas e hijos, promoviendo su autonomía personal.
	Casas de Acogida para mujeres jóvenes.	Recursos destinados a mujeres entre 18 y 30 años que se encuentren en situación de desprotección social y/o familiar o que sufran violencia de género.
Viviendas tuteladas o de tránsito	Pisos tutelados	Recursos para facilitar una vida autónoma e independiente a aquellas mujeres procedentes de Casas de Acogida que han finalizado el plan de intervención individualizada y precisan de una vivienda por su situación socio-laboral.
Viviendas de protección pública u oficial con acceso preferente para víctimas	Acceso prioritario a viviendas de protección pública.	Prioridad en el acceso a la vivienda de protección pública de las mujeres víctimas de violencia de género.
1B. ATENCIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS Y A SUS HIJAS/OS A CARGO MENORES O CON DISCAPACIDAD		
Centros/servicios de atención integral	Centros de la Mujer	Se caracterizan por una actuación integral que garantiza la aplicación de la perspectiva de género en la intervención social que se desarrolla en todo el territorio, siendo su finalidad coordinar e impulsar medidas que posibiliten alcanzar la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres así como la desaparición de las situaciones de discriminación hacia las mujeres, todo ello condiciones necesarias para erradicar la violencia de género.
L En particular, centros/servicios de atención especializada a menores	Programa de asistencia psicológica a menores víctimas de violencia de género.	Servicio gratuito de atención psicológica que consiste en la prestación de un tratamiento específico, especializado e individualizado, para lograr la completa recuperación de las y los menores que sufren trastornos por haber estado expuestos a la violencia de género.
Puntos de encuentro familiar	Puntos de encuentro familiar	El Punto de Encuentro Familiar es un espacio donde se facilita el encuentro de las y los menores con el padre o la madre que no tiene la custodia y con otros integrantes de su familia, con el fin de cumplir el régimen de visitas en aquellos casos en los que las relaciones son conflictivas.
1C. ACOMPAÑAMIENTO Y TELEASISTENCIA DE LAS VÍCTIMAS		
Servicios de acompañamiento y/o transporte.	INFORMACIÓN NO FACILITADA	
Sistemas de teleasistencia móvil	Dispositivos de localización inmediata	El servicio puede ser prestado a través del teléfono móvil personal de la usuaria o, si así lo desea ésta, o mediante un teléfono móvil facilitado por el Instituto de la Mujer con marcación restringida al 112 de Castilla-La Mancha. El servicio permite poner en conocimiento inmediato de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad una situación de riesgo para la víctima.
1D. EMPLEABILIDAD DE LAS VÍCTIMAS		
Programas de orientación y/o formación para el empleo de las víctimas	Convenio con la Consejería de Economía, Empresas y Empleo.	Servicio de información, de orientación profesional para el empleo y de apoyo al emprendimiento dirigidas a mujeres víctimas de violencia de género que residan en los términos municipales de las localidades pertenecientes al área de influencia de los Centros de la Mujer que dispongan de área laboral.
Programas de subvenciones a empresas para la contratación de víctimas	ESTE RECURSO NO EXISTE O SU TITULARIDAD NO ES AUTONÓMICA	
Otros recursos para mejorar la empleabilidad de las víctimas	Plan extraordinario por el empleo de Castilla-La Mancha.	Priorización a las mujeres víctimas de violencia de género.
	Subvenciones para la reducción de brechas de género en el ámbito laboral.	Ayudas para proyectos que favorezcan la disminución de desigualdades en el ámbito laboral, que promuevan valores igualitarios y no discriminatorios, que contribuyan a reducir las brechas por razón de género y que favorezcan la reducción de la segregación horizontal y vertical.
1E. AYUDAS ECONÓMICAS PARA LAS VÍCTIMAS Y SUS HIJAS/OS		
Ayudas económicas a mujeres víctimas	Ayudas de solidaridad	Ayudas en beneficio de las mujeres víctimas de violencia de género que sufran lesiones, tengan secuelas o daños psíquicos graves como consecuencia de la violencia sufrida.
	Ayudas tras la salida del recurso de acogida	Ayudas económicas a las mujeres que han residido en centros de acogida con el fin de facilitarles el acceso a una vida autónoma e independiente.
L En particular, ayudas económicas para fomentar el empleo y la formación	Ayudas de matrícula para estudios universitarios de víctimas	Ayudas destinadas a sufragar gastos de primera matrícula que realicen mujeres víctimas de violencia de género para cursar estudios universitarios dirigidos a la obtención de un título oficial de Grado o Máster en universidades públicas con implantación regional en la Comunidad de Castilla-La Mancha.
Ayudas económicas a hijas/os de víctimas	ESTE RECURSO NO EXISTE O SU TITULARIDAD NO ES AUTONÓMICA	
1F. TERAPIA A AGRESORES		
Centros que ofrecen terapia a agresores	ESTE RECURSO NO EXISTE O SU TITULARIDAD NO ES AUTONÓMICA	
2. SEGURIDAD:		
Unidades especializadas de Policía Autonómica	ESTE RECURSO NO EXISTE O SU TITULARIDAD NO ES AUTONÓMICA	
Programas de cooperación entre Policía Autonómica y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado	ESTE RECURSO NO EXISTE O SU TITULARIDAD NO ES AUTONÓMICA	
3. JUSTICIA:		
Unidades de Valoración Forense Integral	ESTE RECURSO NO EXISTE O SU	

	TITULARIDAD NO ES AUTONÓMICA	
Equipos psicosociales de las Unidades de Valoración Forense Integral	ESTE RECURSO NO EXISTE O SU TITULARIDAD NO ES AUTONÓMICA	
Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito	ESTE RECURSO NO EXISTE O SU TITULARIDAD NO ES AUTONÓMICA	
Centros de coordinación de órdenes de protección	Puntos de coordinación para la comunicación de las órdenes de protección	Se establecen como puntos de coordinación las Direcciones Provinciales de las 5 provincias de Castilla - La Mancha.
4. INFORMACIÓN, SENSIBILIZACIÓN, PREVENCIÓN Y FORMACIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO:		
Sistemas de información telefónica especializada a víctimas y a la población en general	Línea de Atención Permanente	Es un servicio telefónico gratuito de ámbito regional que funciona las 24 horas del día durante los 365 días del año. Facilita información, apoyo y asesoramiento a las mujeres víctimas de violencia de género así como a otras personas que, por cercanía con algún caso de violencia de género o por razones profesionales, necesitan asesoramiento.
Programas de formación para profesionales en contacto con víctimas.	Programa Relaciona	Proyecto de prevención de la violencia de género desde el ámbito escolar dirigido al profesorado de centros educativos y desarrollado en colaboración con el Instituto de la Mujer adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
	Formación al personal de los Centros de la Mujer y Recursos de Acogida.	Este programa se desarrolla a través de un contrato entre el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha y el Colegio Oficial de la Psicología de Castilla-La Mancha y está financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Va dirigido a las/os profesionales de los Centros de la Mujer, los Recursos de Acogida y los Puntos de Encuentro Familiar con el objetivo de dar a conocer el desarrollo del programa de atención psicológica con menores víctimas en violencia de género.
	Formación de la Escuela de Protección Ciudadana de Castilla-La Mancha.	Aspectos prácticos en la asistencia letrada a mujeres y menores supervivientes de violencia de género. La atención a las mujeres con diversidad funcional víctimas de violencia de género. Intervención psicosocial con la diversidad sexual y de género.
	Formación a letrados/as de los colegíos de la abogacía de Castilla- La Mancha.	Esta formación se realiza en el marco del convenio existente con el Consejo de la Abogacía para la asistencia jurídica a víctimas de violencia.
	Formación al sector farmacéutico en materia de violencia.	En el marco del protocolo general de actuación entre el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha y la Federación de Empresarios Farmacéuticos de Castilla-La Mancha (FEFCAM) para lograr una sociedad sin violencia hacia las mujeres.
Regulación o recomendaciones para agencias de publicidad y medios de comunicación	INFORMACIÓN NO FACILITADA	
Campañas de sensibilización o prevención	Campaña de invierno	Colaboración con la Federación Regional de Empresarios de Hostelería y Turismo de Castilla-La Mancha. Se pretende hacer un llamamiento no sólo a las mujeres que sufren violencia de género sino también a cualquier persona que pueda tener conocimiento de un caso de este tipo.
	Actos institucionales	Se realizaron diferentes actos en relación a las siguientes fechas significativas: 8 de marzo: día internacional de las mujeres; 23 de septiembre: día internacional contra la explotación sexual y el tráfico de mujeres y niñas; 15 de octubre: día internacional de la mujer rural; 25 de noviembre: día contra la violencia hacia las mujeres.
Programas de formación y sensibilización en centros educativos	Programa de animación a la lectura y de sensibilización.	El programa incluye: un servicio dirigido a clubes de lectura que cuenta con 5 lotes documentales compuestos de 15 ejemplares cada uno de ellos; una actividad de club de lectura infantil que el Instituto de la Mujer ha puesto en marcha en abril de 2016 dirigida a personas educadoras de niñas y niños de entre 6 y 12 años que cursan estudios en los centros educativos de Educación Primaria de la Región; un servicio de préstamo colectivo que ofrece un máximo de 50 monografías y 15 audiovisuales; un servicio dirigido especialmente a los niños y niñas que se encuentran en los diferentes Recursos de Acogida de la Comunidad.
	Talleres en centros educativos de la región	Se realizaron los siguiente talleres: - Práctica coeducativa en los CEIP de Castilla-La Mancha. - Proyecto CLICK. - Proyecto #QUIEREMEBIEN. - Programa "Creciendo en igualdad". - Prevención de trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual. - Talleres llevados a cabo por los Centros de la Mujer en sus demarcaciones correspondientes.
Otros recursos sobre información, sensibilización, prevención y formación	Empresas por una sociedad libre de violencia de género	Tiene como objetivo realizar acciones de sensibilización para la igualdad, el respeto de los derechos fundamentales y la construcción de una sociedad sin violencia sobre las mujeres y/o de inserción laboral de las mujeres víctimas de violencia de género contratando a víctimas de violencia en situación de desempleo.
	Ayudas para la prevención de la discriminación múltiple.	Subvenciones destinadas a la realización de proyectos en Castilla-La Mancha que tengan como objetivo llevar a cabo actuaciones para la sensibilización y la prevención de la violencia de género en todas sus manifestaciones, con especial atención a la diversidad, incluida la diversidad funcional, y a la discriminación interseccional.
5. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL:		
Instrumentos de coordinación con las entidades locales	Protocolos locales de coordinación	Desde los Centros de la Mujer se viene impulsando la elaboración de protocolos de actuación para la atención a las víctimas de la violencia de género. Estos protocolos suelen acordarse por los y las profesionales de las Fuerzas de Seguridad, del ámbito judicial, de los servicios de salud y de los recursos sociales dirigidos a la intervención en casos de violencia de género.
6. RECURSOS DE OTRO TIPO:		
Otros recursos no recogidos en los apartados anteriores	Acceso preferente a las plazas de residencia de mayores de la red pública.	Las residencias de mayores de la red pública disponen de plazas de acogida urgente y plazas de larga estancia con acceso preferente para mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género.

	Aplicación informática de gestión de expedientes.	Aplicación informática que permite la gestión de un expediente único para cada mujer atendida en alguno de los recursos con los que cuenta el Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha.
	Servicio de tele-traducción.	Consiste en un sistema de traducción a través del teléfono para mujeres extranjeras que se encuentren en Castilla-La Mancha cuyo objetivo es garantizar su derecho a la información y a la asistencia integral ante la violencia de género. El servicio dispone de una amplia gama de intérpretes profesionales de la traducción en 51 idiomas.
	Programa de asistencia jurídica a víctimas de la violencia de género.	Tiene por finalidades la prestación de asesoramiento jurídico de calidad a cualquier víctima de violencia de género en Castilla-La Mancha y la defensa jurídica en juicio de aquellas víctimas a quienes no les sea reconocido el derecho a justicia gratuita.
	Acuerdo de Coordinación Institucional de Aplicación de los Protocolos para la Prevención de la Violencia de Género y Atención a Mujeres de Castilla-La Mancha.	Marca unas pautas básicas de atención en los procesos emprendidos en esta materia así como itinerarios más específicos para los diferentes ámbitos involucrados en dicha intervención.
	Mapa de recursos y servicios	Mapa de recursos y servicios que trabajan en atención y prevención de la violencia de género.

Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género a partir de la información proporcionada por la comunidad autónoma(27).