

Revisada en
2012
Incluye
Suplemento

Marzo de 2005

Guía de buenas prácticas en enfermería Cómo enfocar el futuro de la enfermería

El maltrato contra las mujeres: *cribado, identificación y respuesta inicial*



investen
isciii

RNAO Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
NURSING: BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM



Saludos de Doris Grinspun

Directora ejecutiva, Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario)

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer esta guía de buenas prácticas en enfermería. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la entrega y excelente servicio que las enfermeras ofrecemos en nuestra labor cotidiana.

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible la iniciativa de la RNAO de desarrollar unas guías de buenas prácticas en enfermería basadas en la evidencia (NBPG, por sus siglas en inglés). El Gobierno de Ontario ha reconocido la capacidad de la RNAO para liderar el desarrollo de este programa, y ofrece para ello su financiación plurianual. La directora del programa NBPG, Tazim Virani, con su esfuerzo y determinación, está consolidando el programa y proyectándolo más lejos de lo que cabía pensar en un principio. La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para la creación y evaluación de cada una de las guías. Los responsables de la contratación han respondido con entusiasmo a la implantación de las guías en sus organizaciones. No obstante, lo primordial es que las enfermeras las utilicen con rigor y coherencia en su labor cotidiana.

Ahora es el momento de la prueba definitiva: ¿Utilizarán las enfermeras las guías en su labor cotidiana?

El uso eficaz de estas guías requiere el esfuerzo conjunto de cuatro grupos profesionales: las propias enfermeras, otros profesionales del sector sanitario, los responsables de formación en el ámbito académico y laboral y los responsables de la contratación. Tras haber asimilado estas guías, las enfermeras y estudiantes de enfermería precisan un entorno laboral favorable para poder aplicarlas a la práctica diaria.

Es nuestro deseo que estas y otras guías se compartan con los miembros del equipo multidisciplinar. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos podemos asegurarnos de que las personas reciban la mejor atención posible siempre que traten con nosotros. Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo.

La RNAO continuará trabajando con ahínco en el desarrollo y la evaluación de futuras guías. ¡Que la puesta en marcha se desarrolle con éxito!

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, O.ONT

Directora ejecutiva

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario)



Saludos de Teresa Moreno-Casbas, Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III de España

La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de Buenas Prácticas en Enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispano-hablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

"La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del JBI para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)".

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III de España.
Madrid Enero 2011



El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

Equipo del programa:

Tazim Virani, RN, MScN, PhD(candidate)
Program Director

Jane M. Schouten, RN, BScN, MBA
Program Coordinator

Heather McConnell, RN, BScN, MA(Ed)
Program Manager

Stephanie Lappan-Gracon, RN, MN
Program Coordinator – Best Practice Champions Network

Josephine Santos, RN, MN
Program Coordinator

Bonnie Russell, BJ
Program Assistant

Carrie Scott
Administrative Assistant

Julie Burris
Administrative Assistant

Keith Powell, BA, AIT
Web Editor

Registered Nurses' Association of Ontario
Nursing Best Practice Guidelines Program
111 Richmond Street West, Suite 1100
Toronto, Ontario M5H 2G4
Página web: www.rnao.org/bestpractices

Miembros del equipo de desarrollo

Daina Mueller, RN, BScN, MSN

Team Leader

*Program Manager
Hamilton Public Health and
Community Services Department
Hamilton, Ontario*

Debbie Aylward, RN, BScN, MScN

*Perinatal Coordinator
Perinatal Partnership Program of Eastern and
Southeastern Ontario
Transport Nurse, Neonatal Intensive Care Unit
Children's Hospital of Eastern Ontario
Ottawa, Ontario*

Helene Berman, RN, PhD

*Associate Professor
University of Western Ontario
School of Nursing
London, Ontario*

Mary Carter, RN, BScN, SANE

*Domestic Violence/Sexual Assault Treatment Program
Sudbury Regional Hospital
Sudbury, Ontario*

Mary Dempsey, RN, BA, SANE

*Sexual Assault/Domestic Violence Care Centre
Nurse Facilitator
Hamilton Health Sciences Centre
McMaster University Medical Centre
Hamilton, Ontario*

Kathleen Fitzgerald RN, BN, MHScN, SANE

*Manager, Sexual Assault/Partner Abuse
Treatment Program
Lake of the Woods District Hospital
Kenora, Ontario*

Lisebeth Gatkowski, RN

*Community Liaison Program
St. Joseph's Healthcare:
Centre for Mountain Health Services
Hamilton, Ontario*

Sarah Kaplan, MSW

*Coordinator
Partner Abuse Sexual Assault Care Team
Cornwall Community Hospital
Cornwall, Ontario*

Sheila Macdonald, RN, MN, CNS

*Provincial Coordinator
Ontario Network of the Sexual Assault/
Domestic Violence Care Treatment Centres
Sunnybrook and Women's College
Health Sciences Centre
Toronto, Ontario*

Rosemary Rak, RN, CPMHN(C)

*Clinical Nurse Educator
Mental Health Addiction Program
Royal Victoria Hospital
Barrie, Ontario*

Susan Ralyea, RN, BScN, MHSc

*Consultant and Educator
Dorchester, Ontario*

Jane M. Schouten, RN, BScN, MBA

*RNAO Program Staff – Facilitator
Program Coordinator
Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario*

Jody Stasko, RN, BSc, BScN, SANE

*Sexual Assault Nurse Examiner
Sunnybrook and Women's College Health
Sciences Centre
Sexual Assault/Domestic Care Centre
Toronto, Ontario.*

La RNAO desea expresar su agradecimiento a Dorothea Leung, una estudiante de enfermería (4th year BScN) de la Universidad de Toronto, por la colaboración prestada en el desarrollo inicial de esta Guía.

Los miembros del equipo de desarrollo de la Guía realizaron declaraciones de conflicto de intereses y confidencialidad. La RNAO dispone de información más detallada al respecto.

Agradecimientos

La RNAO quiere agradecer su contribución en la revisión de esta guía de buenas prácticas a aquellas personas que se han volcado en este proyecto, aportando sus diversas perspectivas y conocimientos:

Mary Pat Bingley, RN, BScN	Manager, Sexual Assault/Domestic Violence, Perth and Smiths Falls District Hospital, Smiths Falls, Ontario
Jean Bowden, RN, D.PHN	Healthy Babies, Healthy Children Coordinator, Elgin-St. Thomas Health Unit, St. Thomas, Ontario
The Honourable Marion Boyd	Consultant on Justice, Health and Women's Issues, Complus Consultants, Tiverton, Ontario
Stacey Bricknell, RN, BScN	Public Health Nurse, City of Hamilton Public Health and Community Services, Hamilton, Ontario
Pat Brown, RN, BScN, MSc	Director of Nursing, Hastings and Prince Edward Counties Health Unit, Belleville, Ontario
Sheila Cameron, BSW, RSW	Executive Director, Violence Against Women Services Elgin County, Elgin County, Ontario
Ruth Carlisle, BA, BEd	Policy Analyst, Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, Ontario
Ilze Caunitis, MSW, RSW	Social Worker, Queensway-Carleton Hospital, Ottawa, Ontario
Lisa Crawley Beames, RN, BScN, CPMHN (C), SANE	Staff Nurse, Dual Diagnosis Program, Centre for Addiction & Mental Health, Toronto, Ontario Nurse Examiner, Sexual Assault & Domestic Violence Care Centre, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, Toronto, Ontario
Sheryl Farrar, BSc, MHSc	Health Promoter, Hastings and Prince Edward Counties Health Unit, Belleville, Ontario
Andrea Frey, RN, BScN	Public Health Nurse, Eastern Ontario Health Unit, Cornwall, Ontario
Irene Gabinet, BA, ECE, MEd(C)	Coordinator, Woman Abuse Prevention Program, St. Joseph's Health Centre, Women's Health Centre, Toronto, Ontario
Patti Gauley, RN, BN	Program Coordinator/Supervisor, Eastern Ontario Health Unit, Cornwall, Ontario
Linda Greenway, RN, BScN	Public Health Nurse, STD & Sexual Health Program, Public Health and Community Services, Health Protection Branch, Hamilton, Ontario
Linda Handley, RPN	St. Catharines General Hospital, Mental Health, St. Catharines, Ontario
Colleen Hanna, RN, BScN, CNeph	Staff Educator, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario
Susan Harrison, RN, BN (McGill), MEd	Public Health Nurse, Peel Health, Family Health, Brampton, Ontario
Mary Hastings, RN, BScN	Educator, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario
Mary Huffman, RN, BScN	Public Health Nurse, Middlesex-London Health Unit, London, Ontario
Janet Izumi, RN, BN, MEd	Manager, Family Health Services, Middlesex-London Health Unit, London, Ontario
Susan Jack, RN, PhD	Assistant Professor, School of Nursing, McMaster University, Hamilton, Ontario
Margo Kennedy, MSW	Woman Abuse Program Coordinator, Toronto Western Hospital, Toronto, Ontario
Karen Kerker, RN, BScN	Public Health Nurse, Grey Bruce Health Unit, Owen Sound, Ontario
Sharon Kostiloff, RN, CNeph(C)	Nephrology Primary Care Nurse, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario
Salima Ladak, RN, BScN, MN (ACNP)	Acute Care Nurse Practitioner, University Health Network, Toronto, Ontario

Guías de buenas prácticas en enfermería

Dorothyanne Last, RN, BNSc, MSc, Dip. Epidemiology	Program Manager, Healthy Lifestyles, Hastings and Prince Edward Counties Health Unit, Belleville, Ontario
Nancy Lewis, PhD	Senior Policy Analyst, Ontario Women's Health Council Secretariat, Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, Ontario
Bobbi Martin-Haw, MSW, RSW	Program Coordinator – Sexual Assault/Domestic Violence Program, Peterborough Regional Health Centre, Peterborough, Ontario
Robin Mason, PhD	Research Scientist, Centre for Research in Women's Health, Toronto, Ontario
Shona McIntyre, RN, BEd, MEd(C)	Educator, Critical Care, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, Ontario
Marie McKeary, MA, MSW, PhD Candidate	Program Director, Phoenix Place Second Stage, Hamilton, Ontario
Mary Jane McNally, RN, BScN, MN, CMHPN(C)	Clinical Director, Emergency, Medicine, Family Community Health, University Health Network, Toronto, Ontario
Jennifer Medves, RN, PhD	Assistant Professor, Queen's University, Kingston, Ontario
Janet Moorhead-Cassidy, BSW	Manager, Healthy Babies, Healthy Children, Hastings and Prince Edward Counties Health Unit, Belleville, Ontario
Jim Natis, BA, BSW, MSW, RSW	Social Worker, University Health Network, Toronto General Hospital, Toronto, Ontario
Marsha Olinski, RN, BScN	Manager, Sexual Health Program, Hastings and Prince Edward Counties Health Unit, Belleville, Ontario
Rosana Pellizzari, MD, CCFP, MSc, FRCPC	Medical Officer of Health, Perth District Health Unit, Stratford, Ontario
Ann Playne, RN	Mental Health Therapist, Ann P. Playne and Associates, Barrie, Ontario
Graham Pollett, MD, MHSc, FRCPC	Medical Officer of Health & Chief Executive Officer, Middlesex-London Health Unit, London, Ontario
Carol Quinlan, BScN	Injury and Family Abuse Prevention Coordinator, Leeds, Grenville and Lanark Health Unit, Smiths Falls, Ontario
Cheryl Rolin-Gilman, RN, MN, CPMHN(C)	Advanced Practice Nurse, Women's & Addictions Programs, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario
Trudy Schitka, BSW, RSW	Crisis Worker, Royal Victoria Hospital, Barrie, Ontario
Michelle Scolaro, RN, CPMHN(C)	Crisis Intervention Nurse, Halton Healthcare Services – Oakville Site, Oakville, Ontario
Donna Stewart, MD, PhD, FRCPC	Professor & Chair of Women's Health, University Health Network and University of Toronto, Toronto, Ontario
Rita Taillefer, RN, BSN	Team Leader Sexual Assault/Partner Assault Care Centre, Sault Area Hospital, Sault Ste Marie, Ontario
Diana Tikasz, MSW, RSW	Coordinator, Sexual Assault/Domestic Violence Care Centre, Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario
Toronto Public Health	Family Health Program, Mental Health Program, Planning & Policy – Family Health, Toronto, Ontario
Lisa Valentine, RN, BScN, MN	Practice Consultant, College of Nurses of Ontario, Toronto, Ontario
Sharon Vandervurg, RN, BScN	Public Health Nurse, Algoma Health Unit, Sault Ste Marie, Ontario
Bonnie Lynn Wright, RN, BA, BScN, MScN, PhD	Manager, Sexual Health, Middlesex-London Health Unit, London, Ontario

Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

Maria Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora científica

Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD candidate

Coordinadora científica

Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia.

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Coordinadora técnica

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Equipo de traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II.

María Nebreda Represa

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación Universidad de Valladolid.

Paula García Manchón

Traductora responsable de proyectos

Licenciada en Traducción e Interpretación. Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II.

Juan Diego López García

Traductor responsable de proyectos

Ldo. en Traducción e Interpretación Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y Universidad de Granada.

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid.*

Clara Isabel Ruiz Ábalo

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid.*

Jaime Bonet

*Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid.*

Carmen Martínez Pérez-Herrera

*Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid.*

Francisco Paredes Maldonado

*Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y
traducción
Universidad de Orléans (Francia).*

Aimón Sánchez

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias.*

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International.

Inés Castilla

*Enfermera Especialista en Obstetricia y
Ginecología (Matrona).*

Pilar Mesa, DUE

*Facultad de Enfermería,
Universidad de Córdoba.*

Juan Carlos Fernández

*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears.*

Grupo de revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate
Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-iscii Instituto Carlos III, España.

Pablo Uriel Latorre, DUE
*Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,
A Coruña, España.*

Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD candidate
Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris. Lleida, España.

Ana Craviotto Vallejo, DUE
Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España.

Raquel Sánchez, DUE
Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Iosune Salinas
*Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España.*

Cómo utilizar este documento

Esta guía de buenas prácticas en enfermería es un documento exhaustivo que ofrece los recursos necesarios para la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno/instalaciones, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Las guías no deben emplearse de forma literal sino como una herramienta útil para la toma de decisiones sobre la atención personalizada del paciente, así como para garantizar que se dispone de las estructuras y respaldos adecuados para prestar el mejor servicio posible.

Las enfermeras, otros profesionales sanitarios y los gestores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica, hallarán útil este documento de cara al desarrollo de directrices, procedimientos, protocolos, programas educativos, herramientas de documentación y evaluación, etc. Se recomienda que las guías se utilicen como recurso y herramienta. Las enfermeras que proporcionan atención directa al paciente podrán revisar las recomendaciones, las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones y el proceso utilizado para el desarrollo de las guías. No obstante, se recomienda encarecidamente que las organizaciones adapten el formato de estas guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo para el usuario. Esta Guía propone varios formatos para adaptarla y personalizarla en función de las necesidades de cada lugar.

Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- Evaluar las actuales prácticas de enfermería y cuidados sanitarios mediante las recomendaciones de la Guía.
- Identificar las recomendaciones que abordan las carencias o necesidades actuales del servicio.
- Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados.

La RNAO está interesada en conocer la aplicación práctica que se da a esta Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia. Mediante la página web de la RNAO, tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de la guía de buenas prácticas.

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

Aviso de responsabilidad

Estas guías se ocupan únicamente de la práctica de la enfermería y no de su dimensión económica. El uso de las guías no es obligatorio para las enfermeras, y debe ser flexible para poder amoldarse a las preferencias del paciente o su familia, así como a las circunstancias particulares. Las guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO garantizan la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, daños, lesiones o gastos que se deriven de errores u omisiones en su contenido. Cualquier referencia a productos farmacéuticos específicos que se realice en estos documentos no implica promoción alguna de los mismos.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento cuya copia o reproducción esté prohibida o restringida expresamente, el resto podrá editarse, reproducirse y publicarse en su totalidad y en cualquier formato (incluido el soporte electrónico), si es para fines educativos y no comerciales. De este modo no habrá necesidad de autorización o consentimiento previo de la RNAO. Asimismo, en la guía reproducida deberá aparecer la siguiente acreditación:

Versión española traducida de: Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Woman abuse: Screening, identification and initial response. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Índice de contenidos

Resumen de recomendaciones	12
Interpretación de la evidencia	13
Responsabilidad del desarrollo de las guías	14
Objetivos y ámbito de aplicación	14
Proceso de desarrollo	15
Definiciones	17
Antecedentes	18
Recomendaciones para la práctica	25
Recomendaciones para la formación	34
Recomendaciones para la organización y directrices	36
Lagunas en la investigación y posibles implicaciones	39
Evaluación y seguimiento de la Guía	40
Estrategias de implantación	41
Proceso de actualización y revisión de la Guía	43
Referencias bibliográficas	44
Bibliografía	48

Anexo A: Estrategia de búsqueda de la evidencia existente.....	58
Anexo B: Gráfico circular sobre el poder y el control.....	62
Anexo C: Herramientas de evaluación para las enfermeras.....	63
Anexo D: Elaboración de cuestiones preliminares.....	66
Anexo E: Vías clínicas.....	67
Anexo F: Herramienta mnemotécnica ABCD-ER.....	69
Anexo G: Obstáculos para el cribado y para que la víctima reconozca el maltrato.....	71
Anexo H: Planificación de la seguridad.....	73
Anexo I: Recursos públicos.....	75
Anexo J: Recursos educativos.....	76
Anexo K: Contextos para la enseñanza.....	79
Anexo L: Ejemplos de directrices.....	80
Anexo M: Descripción de la Herramienta.....	91

Resumen de recomendaciones

	RECOMENDACIONES	*NIVEL DE LA EVIDENCIA
Recomendaciones para la práctica	1.0 Las enfermeras realizan un cribado general rutinario en lo referido al maltrato contra las mujeres en todos los centros sanitarios.	IIb
	2.0 El cribado general rutinario se realiza con todas las mujeres a partir de los 12 años de edad.	IV
	3.0 Las enfermeras desarrollan habilidades para crear un entorno en el que se favorece que la víctima reconozca el maltrato. Para ello, es preciso que las enfermeras sepan: <ul style="list-style-type: none"> ■ ¿Cómo realizar una pregunta? ■ ¿Cómo responder? 	IV
	4.0 Las enfermeras desarrollan estrategias de cribado y respuestas iniciales para responder a las necesidades de cualquier mujer, conscientes de las diferencias en función de la raza, la etnia, la clase, la religión o creencias espirituales, la edad, la aptitud y la orientación sexual.	III
	5.0 Las enfermeras realizan un ejercicio de reflexión para examinar en qué medida influyen, en la práctica de ese cribado, sus propias creencias, valores y experiencia.	IIa
	6.0 Las enfermeras saben qué documentar a la hora de realizar el cribado del maltrato y ofrecer respuestas al respecto.	IV
	7.0 Las enfermeras conocen sus obligaciones legales cuando se denuncia un caso de maltrato.	IV
Recomendaciones para la formación	8.0 Diseñar programas de formación obligatorios en el lugar de trabajo para: <ul style="list-style-type: none"> ■ Mejorar los conocimientos y las habilidades de las enfermeras. ■ Fomentar la concienciación y la sensibilidad con respecto al maltrato contra las mujeres. 	Ib
	9.0 Incorporar en todos los planes de estudios de enfermería, de manera sistemática, contenidos relacionados con el maltrato contra las mujeres.	III
Recomendaciones para la organización y directrices	10.0 Las instituciones sanitarias desarrollan directrices y procedimientos que favorecen el cribado general rutinario y la respuesta inicial, en el maltrato contra las mujeres.	IV
	11.0 Las instituciones sanitarias trabajan con la comunidad en lo que a sistemas se refiere, para así mejorar la colaboración y la integración de servicios entre diferentes sectores.	Ib
	12.0 Las uías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen los recursos, la planificación y el respaldo administrativo e institucional adecuado, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya: <ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluación de la preparación institucional y los obstáculos para la formación. ■ Participación de todos los individuos (tengan función de apoyo directo o indirecto) que estén relacionados con el maltrato contra las mujeres. ■ Participación de todos los individuos (tengan función de apoyo directo o indirecto) que estén relacionados con el maltrato contra las mujeres. ■ La dedicación de un individuo cualificado para proporcionar el respaldo necesario a los procesos de formación e implantación. ■ Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas. ■ Oportunidades para reflexionar acerca de la experiencia personal y organizativa a la hora de implantar las guías. <p>Para este propósito, la RNAO (gracias a un equipo de enfermeras, investigadores y administradores) ha desarrollado la Herramienta: Implantación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Se recomienda esta herramienta para dirigir la implantación de la guía de la RNAO sobre El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial.</p>	IV

* Ver la interpretación de la evidencia en la pág. 13

Interpretación de la evidencia

Niveles de evidencia

En el siguiente marco se describen los niveles de evidencia que han servido para clasificar la investigación utilizada en el desarrollo de esta Guía.

- Ia** Evidencia obtenida del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados.
- Ib** Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizados.
- IIa** Evidencia obtenida, como mínimo, de un estudio controlado y no aleatorizado bien diseñado.
- IIb** Evidencia obtenida, como mínimo, de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasiexperimental y no aleatorizado.
- III** Evidencia obtenida de estudios, no experimentales, descriptivos, bien diseñados, como son los estudios comparativos, los estudios de correlación y los estudios de casos.
- IV** Requiere la evidencia obtenida de la opinión o los informes elaborados por un comité de expertos o las experiencias clínicas de autoridades.

La hipótesis implícita que subyace en este esquema es que el ensayo controlado aleatorizado constituye el "patrón oro" en función del cual se evalúan y comparan todas las demás formas de evidencia. Si bien esta hipótesis es de gran utilidad en las ciencias biomédicas, su relevancia en ciencias humanas y en otras ciencias de la salud no está tan clara. En la enfermería, un campo en el que no solo se valoran, sino que se buscan diferentes formas de conocimiento, resulta problemático tener un esquema jerárquico en el que la investigación cualitativa ocupe un lugar poco destacado. Y lo que es más importante, el esquema no refleja la naturaleza del conocimiento de las enfermeras tal y como existe en el campo de la violencia contra las mujeres. Para entender las experiencias humanas y sanitarias se precisan unos conocimientos que van más allá de establecer una relación causa-efecto, recoger información cuantitativa y conducir estudios de investigación. Todas estas acciones son valiosas, pero no representan todo el conjunto de conocimientos de enfermería existentes y deseables. Es más, deben tenerse en cuenta los matices y particularidades que aporta la realidad de la experiencia cotidiana. Estos conocimientos abarcan un contexto social y político más general, y condicionan la práctica sanitaria en general y los conocimientos relacionados con la violencia en particular. Por ahora, muchos de los conocimientos relacionados con la violencia contra las mujeres proceden de diferentes métodos de investigación, incluidos los métodos cualitativos (biográficos) y los cuantitativos (números). Para el desarrollo de esta guía de buenas prácticas se han utilizado numerosas fuentes de información, lo cual está en consonancia con la importancia que otorga el equipo a las historias y los números. El marco de *niveles de evidencia* ha servido para realizar estas observaciones.

Responsabilidad del desarrollo de las guías

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), con la financiación del Gobierno de Ontario, se ha embarcado en un programa plurianual de desarrollo, implantación piloto, evaluación y difusión de guías de buenas prácticas en enfermería. Esta Guía está en sintonía con las principales áreas de la salud mental, la gerontología, la atención domiciliaria, la atención primaria y el servicio de urgencias. Esta Guía ha sido desarrollada por un equipo multidisciplinar reunido por la RNAO, que llevó a cabo su trabajo con total libertad e independencia del gobierno de Ontario.

Objetivos y ámbitos de aplicación

Las guías de buenas prácticas (BPG, por sus siglas en inglés) son documentos desarrollados de manera sistemática para ayudar, tanto al personal sanitario como a los pacientes, en la toma de decisiones apropiadas en relación a la atención sanitaria (Field & Lohr, 1990).

El objetivo de esta Guía consiste en que las enfermeras realicen el cribado general rutinario para maltrato contra las mujeres en todos los centros sanitarios. Se trata de que hablar del maltrato resulte más fácil, lo cual a su vez abunda en la promoción de la salud, el bienestar y la seguridad de las mujeres. Esta Guía, al ofrecer unos planteamientos y unas recomendaciones basados en la evidencia, brinda a las enfermeras una serie de estrategias que se pueden adecuar a diferentes entornos sanitarios.

El fin no es otro que el de descubrir, mediante el cribado, el maltrato contra las mujeres por parte de sus parejas. En la Guía se incluyen todas las mujeres con relaciones de pareja, de los doce años en adelante, e identifica los siguientes factores:

- Quién debe realizar el cribado.
- Qué debe contemplarse en el cribado.
- En qué circunstancias y de qué modo debe realizarse el cribado.

Los hombres también pueden sufrir maltrato por parte de sus parejas, es algo reconocido. No obstante, la incidencia, naturaleza e impacto de dicho maltrato es más grave en las mujeres.

Si bien la Guía se desarrolló en principio para las enfermeras universitarias y las enfermeras con formación profesional, también pueden utilizarla otros profesionales sanitarios. Asimismo, las recomendaciones incluidas están en consonancia con la legislación actual: la ley de servicios para el niño y la familia de Ontario (en adelante Child and Family Services Act, por su nombre en inglés), el código penal de Canadá (Criminal Code of Canada), y la ley de profesionales sanitarios regulados (RHPA) de Ontario (Regulated Health Professions Act (RHPA) (Ontario), por su nombre y siglas en inglés). La Guía se puede utilizar fuera de Ontario, pero es aconsejable consultar primero la legislación de local.

Esta Guía se centra en: *Recomendaciones para la práctica* para ayudar a pacientes y profesionales en la toma de decisiones. *Recomendaciones para la formación* en las competencias que necesitan adquirir las enfermeras. *Recomendaciones para la organización y directrices* que aborden la importancia de un entorno propicio para ofrecer unos cuidados de enfermería de alta calidad. Para ello, es necesaria una evaluación continua de la implantación de la Guía. Las recomendaciones se presentan, por un lado, con una descripción de términos y conceptos importantes y, por otro, con un análisis de los motivos que llevan a realizar una guía de buenas prácticas.

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

Se sabe que las competencias individuales para el cribado varían en función de sus categorías profesionales (universitarias o con formación profesional) y de las aptitudes propias, y se basan en los conocimientos, competencias, actitudes, análisis crítico y toma de decisiones que van mejorando a lo largo del tiempo gracias a la experiencia y la formación. Las enfermeras realizarán el cribado del maltrato contra la mujer cuando dispongan de una formación y experiencia adecuadas. La enfermera buscará el asesoramiento oportuno cuando los cuidados del paciente sobrepasen sus competencias para actuar con independencia. Los cuidados eficaces dependen de un enfoque interdisciplinar y coordinado, que incluya la comunicación constante entre los profesionales sanitarios y el paciente, y tenga siempre en cuenta las preferencias personales y las necesidades particulares de cada paciente.

Proceso de desarrollo

En enero de 2004, y bajo los auspicios de la RNAO, se reunió a un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios con experiencia en maltrato a mujeres y procedentes de centros educativos, sanitarios e institucionales. El equipo fijó los objetivos de la Guía tras una fase inicial de debate y consenso. Se decidió hacer hincapié en el cribado, la identificación y la respuesta inicial para mujeres que sufren maltrato.

Mediante una búsqueda sistemática se identificaron 24 guías publicadas sobre el maltrato o la violencia doméstica. Los detalles se pueden consultar en el *Anexo A*. Las guías se revisaron de acuerdo con una serie de criterios de inclusión, cosa que dio lugar a la supresión de 10 guías. Los criterios para la inclusión o exclusión fueron los siguientes:

- La guía debía estar en inglés.
- Con fecha no anterior a 1999.
- Únicamente se podía abordar el área temática que correspondía.
- Debía basarse en la evidencia.
- Libertad de consulta y de descarga.
- Que estuviese pensada para una población semejante a la de Canadá.

Se realizó una revisión crítica de las 14 guías resultantes con el objetivo de identificar guías con las siguientes características: actuales, desarrolladas con rigor, basadas en la evidencia, y que abordasen el objetivo marcado por el equipo para la guía de buenas prácticas. Se realizó una evaluación de la calidad en las 14 guías de buenas prácticas clínicas con la herramienta de evaluación de Guías *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument* (AGREE Collaboration, 2001). Este proceso dio como resultado la decisión de trabajar principalmente con cinco de las guías. Dichas guías eran:

1. Department of Health (DH) (2000). *Domestic violence: A resource manual for health care professionals*. Se puede consultar en: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/53/79/04065379.pdf>

2. Education Centre Against Violence (ECAV) (2001). *Routine screening for domestic violence in NSW health: An implementation package*. Parramatta: Author.

3. Family Violence Prevention Fund (FVPF) (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. Se puede consultar en: <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/Consensus.pdf>
4. Health Canada. (1999a). *A handbook dealing with woman abuse and the Canadian criminal justice system: Guidelines for physicians*. Se puede consultar en: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/physician_e.pdf
5. Middlesex-London Health Unit (MLHU) (2000). *Task force on the health effects of woman abuse – Final report*. London, Ontario: Author.

El equipo de desarrollo se dividió en subgrupos para realizar actividades específicas; para ello utilizaron las guías preseleccionadas y otras fuentes y recursos adicionales, con el objetivo de esbozar recomendaciones para las intervenciones de las enfermeras. Este proceso dio como resultado una serie de propuestas de recomendaciones. Los miembros del equipo en su conjunto revisaron las recomendaciones, debatieron sobre las posibles inconsistencias lagunas y sobre la evidencia disponible, y se pusieron de acuerdo en un borrador de la Guía.

El borrador se remitió a un total de 69 colaboradores externos para que lo revisasen y aportasen su opinión al respecto. En las primeras páginas del documento figuran los agradecimientos a los revisores. Los colaboradores representaban a diferentes disciplinas sanitarias, a pacientes y familiares, y a asociaciones profesionales. A los colaboradores externos se les hicieron preguntas específicas sobre las que aportar sus comentarios, así como la oportunidad de ofrecer su asesoramiento e impresiones generales. Un total de 45 colaboradores aportaron sus comentarios y sugerencias para el equipo de desarrollo, lo cual representa un índice de respuesta del 65%. Se calculó, para cada caso, el porcentaje de "aceptación de la recomendación". De los 45 encuestados, hubo un acuerdo del 90-100% en algunas recomendaciones. El equipo de desarrollo se encargó de recopilar y revisar los resultados finales fruto de la opinión aportada por los colaboradores. El debate y el consenso dieron lugar a realizar una serie de revisiones al borrador antes de su publicación.



Definiciones

Definiciones generales

Guías de práctica clínica o Guías de buenas prácticas: Declaraciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a profesionales de la salud y pacientes en la toma de decisiones acerca de los cuidados de salud más adecuados en circunstancias clínicas específicas (Field & Lohr, 1990).

Consenso: Un proceso para la toma de decisiones, y no un método científico para crear nuevos conocimientos. En el mejor de los casos, el consenso solo hace el mejor uso posible de la información de que se dispone, ya se trate de datos científicos o del conocimiento de los participantes (Black et al., 1999).

Recomendaciones para la formación: Informe de las necesidades de formación y planteamientos o estrategias de formación para la introducción, implantación y sostenibilidad de la guía de buenas prácticas.

Recomendaciones de organización y directrices: Informes de los requisitos para que los centros sanitarios permitan el correcto desarrollo de la guía de buenas prácticas. Las condiciones para el buen funcionamiento son en gran medida responsabilidad de la institución, aunque puede haber implicaciones en cuanto a las directrices a escala gubernamental o social.

Recomendaciones para la práctica: Informes de buenas prácticas basados en la evidencia y orientados a la práctica clínica de los profesionales sanitarios.

Definiciones específicas de la Guía

El maltrato a las mujeres: Existen muchas formas de definir lo que es el maltrato a las mujeres en las relaciones de pareja. De acuerdo con los propósitos de esta Guía, se ha optado por una definición general que, por un lado, implique una visión completa y clara del maltrato y, por otro, refleje la violencia ejercida por la pareja. La siguiente definición la realizaron Reynolds y Schweitzer (1998) para The London Abused Women's Centre:

[El maltrato a las mujeres consiste en] el uso intencionado y sistemático de tácticas para ejercer de manera continuada el control sobre los pensamientos, las creencias y la conducta de una mujer, mediante el miedo o la dependencia. Esas tácticas incluyen, entre otras cosas, maltrato emocional, económico, físico y sexual y, por otro lado, el uso del estatus social privilegiado y de los hijos para intimidar, aislar y amenazar. (...) El maltrato a las mujeres incluye la suma de todos los actos violentos ya consumados y la promesa de futuros actos, lo cual aumenta el poder y el control del maltratador sobre su pareja. (...) El comportamiento abusivo no es fruto de un déficit moral, personal o individual, ni de una discapacidad psíquica, una enfermedad física o mental, la pobreza, el comportamiento de la otra persona u otros factores externos. (pág. 3.)

Esta definición completa aspectos de la definición que hace las Naciones Unidas en su Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993).

Se puede consultar una descripción visual de las dinámicas de control y poder en el Anexo B.

Cribado: El equipo de desarrollo acordó determinar que, a la hora de realizar el cribado sobre el maltrato a mujeres, este cribado conlleva incluir preguntas acerca del maltrato en la historia clínica, o bien incorporar herramientas de cribado validadas en la historia o en el proceso de evaluación.

El **cribado general** hace referencia a las características del grupo objeto del cribado, y tiene lugar cuando las enfermeras preguntan a todas las mujeres de una determinada edad acerca de su experiencia de maltrato.

El **cribado rutinario** hace referencia a la frecuencia con la que se realiza el cribado. El cribado de rutina se realiza de manera regular independientemente de que existan signos de maltrato.

El **cribado basado en un indicador** hace referencia a un cribado que se pone en marcha cuando las enfermeras observan uno o más signos de que una mujer podría haber sido objeto de malos tratos y le plantean una serie de preguntas relacionadas con esos indicadores.

El planteamiento más completo es el que combina la rutina con el cribado general. Esta guía de buenas prácticas recomienda dicho planteamiento.

Respuesta inicial: Son una serie de acciones que realizan las enfermeras cuando se reconoce un caso de maltrato.

Las acciones son las siguientes:

- Reconocer el maltrato.
- Dar validez a la experiencia de la mujer.
- Evaluar la seguridad inmediatamente.
- Sopesar las diferentes opciones.
- Derivar a los servicios de maltrato a mujeres si la víctima lo solicita.
- Documentar la entrevista.

Antecedentes

Fundamentos de una guía de buenas prácticas sobre el cribado del maltrato a mujeres

La importancia del problema

Las estimaciones en lo que se refiere al maltrato a mujeres varían, y dependen en parte de las definiciones que se utilicen, la preguntas que se formulen y el formato utilizado para realizar las preguntas (p. ej.: cuestionario, encuesta, etc.). Otros factores que contribuyen a las incoherencias en los índices de prevalencia son las características sociales y demográficas, la naturaleza y contexto del maltrato, y si éste pertenece al pasado o es actual (Cohen & Maclean, 2003). De igual modo, la presencia o ausencia de un marco sociopolítico que permita y anime a las mujeres a denunciar el maltrato influye sobre los índices.

La declaración de la Organización Mundial de la Salud (2002b) indica que "la violencia representa un problema de salud pública a nivel internacional" (pág. 2). Malecha (2003), asimismo, declaró que "la violencia de género es una de las formas de violencia que más sufren las mujeres" (pág. 315). Entre el "17-30% de las mujeres atendidas en las unidades de urgencias de los hospitales han sido víctimas de la violencia doméstica" (Waller, Hohenhaus, Shah, & Stern, 1996, p. 755), y que "a nivel internacional, entre el 10-50% declaran haber sido golpeadas o agredidas físicamente por su pareja" (Taket et al., 2003, p. 673).

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

Mientras que los primeros defensores de la causa sugerían que, cada año, aproximadamente una de cada diez mujeres sufre maltrato a manos de su pareja, las encuestas realizadas en Canadá posteriormente han demostrado que las cifras reales eran, en realidad, mucho más altas que estas estimaciones. La encuesta sobre el maltrato a la mujer (*Violence Against Women Survey*) (Statistics Canada, 1994) mostró que, de las 12.300 encuestadas, el 25% de las mujeres de 16 años en adelante declararon haber sufrido maltrato por parte de su pareja, y el 10% declaró haber sido objeto de agresiones al menos una vez durante los 12 meses anteriores. Según la encuesta social general de 1999 (*General Social Survey*) (Statistics Canada, 2000), el 8% de las mujeres y el 7% de los hombres sufrieron violencia por parte de su pareja en algún momento durante los cinco años anteriores a la encuesta. Si bien estas cifras podrían indicar un descenso en la violencia contra las mujeres, debemos destacar que las mujeres, en esta encuesta, declararon ser objeto de formas de violencia más serias y con peores consecuencias que los hombres (Pottie Bunge & Locke, 2000). Asimismo, muchas de las personas que a priori se consideraban más vulnerables, fueron excluidas de la encuesta, especialmente aquellas procedentes de Yukon, Northwest Territories, Nunavut, las personas sin teléfono y los sin techo (Cohen & Maclean, 2003).

Feldhaus et al. (1997) afirman que las amenazas, la intimidación y las palizas van en aumento conforme pasa el tiempo, y que "esas palizas constantes de las que son objeto las mujeres llevan al homicidio" (p. 1357). El maltrato no conoce límites: no está exento de él ningún grupo cultural, perfil étnico, estilo de vida ni ningún perfil socioeconómico o educativo. No obstante, debemos tener presente que "los más débiles son los más expuestos al maltrato" (Graham, 2000, p. 33) Aquí se incluyen, entre otros grupos, las lesbianas, las madres que viven solas, las mujeres que sufren algún tipo de enfermedad mental, las mujeres con discapacidad y las mujeres mayores (Butterworth 2004; Eckert, Sugar, & Fine, 2002; Graham, 2000; Larkin, Hyman, Mathias, D'Amico, & MacLeod, 1999; McClennen, Summers, & Daley, 2002; McFarlane et al., 2001).

Para esta Guía, el equipo de desarrollo recomendó que se realizara un cribado de todas las mujeres a partir de los 12 años de edad. Las estadísticas actuales sobre la violencia apoyan el cribado en mujeres jóvenes. Según los resultados de una encuesta realizada en Canadá, el 8% de las mujeres encuestadas declararon que, durante la educación secundaria, sus parejas las amenazaron con hacer uso de la fuerza física si no accedían a mantener relaciones sexuales. Un 14% declaró haberse visto forzadas a tener relaciones sexuales, un 50% declaró haber sufrido daños emocionales, y un 9% declaró que sus parejas las habían agredido físicamente (DeKeseredy & Schwartz, 1998). Algunos investigadores han sugerido que los índices de la violencia de pareja, de trato discriminatorio y de consumación de la agresión, son comparables entre los hombres y las mujeres jóvenes. Sin embargo, es algo aceptado a nivel general que estos hallazgos pueden atribuirse a las limitaciones metodológicas si se tiene en cuenta el número de casos de violencia, en vez del contexto o las consecuencias de la violencia. Como sucede con las mujeres mayores, las consecuencias de la violencia contra las jóvenes suelen ser más graves y más duraderas que las de la violencia contra los hombres.

En los informes que se indican a continuación se ha hecho especial hincapié en la importancia de este problema: *Family Violence in Canada: A Statistical Profile* (Statistics Canada, 2004) y la encuesta *General Social Survey* (Statistics Canada, 2000). Según Statistics Canada (2004) de un estudio realizado en 94 comisarías de policía de todo el país se desprende que el número de mujeres víctimas de agresión por parte de sus parejas supera con creces el de hombres. Las mujeres fueron las víctimas en el 85% de los casos de violencia de pareja, y en la mitad de los homicidios cometidos en el entorno del hogar las víctimas fueron las esposas, con un 62% de mujeres asesinadas a manos de sus parejas, independientemente de que estuvieran separados o no. Esta cifra triplica el número de hombres asesinados a manos de sus esposas.

La encuesta *General Social Survey* (Statistics Canada, 2000) dio también validez a esta información mediante la siguiente comparativa entre mujeres y hombres:

- La probabilidad de que las mujeres sean agredidas sexualmente es siete veces mayor que la de los hombres (un 20% frente a un 3%).
- La probabilidad de que las mujeres declaren agresiones físicas es tres veces mayor que la de los hombres (un 40% frente a un 13%), y la de necesitar atención médica debido a un caso de violencia es cinco veces mayor.
- La probabilidad de que puedan temer por sus vidas es mayor (un 38% frente a un 7%).
- La probabilidad de ser asesinadas por una persona con la que mantienen una relación íntima es mayor (un 52% frente a un 8%).

Las estimaciones sobre el maltrato a mujeres en Ontario son claras. Según el proyecto *The Women's Safety Project* (Randall & Haskell, 1995) según el tipo de violencia que se aborde, entre el 27% y el 51% de las mujeres fueron objeto de agresiones físicas o sexuales.

El hospital Sudbury Regional Hospital de Ontario llevó a cabo un estudio de cohortes prospectivo en el que se entrevistó, en la unidad de urgencias, a un conjunto aleatorio de mujeres de 16 años de edad en adelante con el objetivo de determinar la incidencia y la prevalencia del maltrato. De las 983 mujeres encuestadas, un 51% reconocieron haber sufrido violencia a manos de su pareja a lo largo de su vida, y, de ellas, un 26% reconocieron haber sufrido violencia en el último año (Cox et al., 2004).

Actualmente, el hospital Cornwall Community Hospital de Ontario está implantando el cribado en su unidad de urgencias, y está expandiendo el proceso al resto de áreas del hospital. El programa incluye la formación obligatoria del personal de urgencias, y el cribado lo llevan a cabo las enfermeras con todos los pacientes a partir de los 16 años de edad. Gracias a la evaluación del programa, se determinó que el índice de personas que reconoció haber sufrido maltrato fue del 4,8%, que representa un total de 611 pacientes. Si bien en este programa el índice de personas que reconoció haber sufrido maltrato fue bajo, tanto la colaboración de la comunidad como las solicitudes de información de los pacientes y el personal, representan otros resultados alcanzados. Queda de manifiesto que sigue siendo un importante problema de salud pública.

Las consecuencias del maltrato a la mujer

Consecuencias para la salud

Las consecuencias para la salud física y mental de las mujeres que sufren violencia son serias y duraderas. Incluso en el caso de las mujeres capaces de abandonar una relación en la que sufren abusos, a menudo las consecuencias persisten mucho después de que la violencia haya cesado y, en algunos casos, nunca llegan a desaparecer (Felitti et al., 1998). En general, los hallazgos de la investigación indican que cuanto más serio y duradero es el maltrato, mayor será el impacto en la salud física y mental de la mujer (Leserman et al., 1996). De hecho, está probado que el impacto de los diferentes tipos de maltrato y de los constantes episodios de maltrato es acumulativo a lo largo del tiempo (Malecha, 2003). Las mujeres que han sufrido maltrato presentan múltiples trastornos físicos y mentales. Las mujeres que han sufrido maltrato presentan más síntomas físicos, recurren con más frecuencia a la atención sanitaria, tienen más posibilidades de sufrir dolencias crónicas, presentan índices elevados de depresión, ansiedad, autoestima baja, tentativas de suicidio y maltrato durante el embarazo, y ven aumentadas las complicaciones derivadas del embarazo (Malecha, 2003). Asimismo, las mujeres que han sido víctimas de maltrato tienen más probabilidades de calificar su salud física y mental de regular tirando a mala (Coker, Bethea, Smith, Fadden, & Brandt, 2002). Si bien no se ha llevado a cabo ninguna investigación en la que se establezcan las relaciones causales entre la violencia y las consecuencias para la salud, la asociación es fuerte y convincente. Esta Guía no contempla entre sus objetivos llevar a cabo un debate exhaustivo acerca de la respuesta sanitaria ante la violencia. No obstante, en la Tabla 1 se puede consultar un resumen de los aspectos más destacados.

TABLA 1: Consecuencias para la salud derivadas del maltrato a las mujeres

En el plano físico		
Lesiones torácicas o abdominales	Moratonos y bultos	Síndrome del dolor crónico
Discapacidad	Fibromialgia	Trastornos gastrointestinales
Síndrome de colon irritable	Laceraciones y abrasiones	Daño ocular
Mala forma física		
En el plano sexual y reproductivo		
Trastornos ginecológicos	Infertilidad	Enfermedad pélvica inflamatoria
Disfunción sexual	Aborto inseguro en malas condiciones	Complicaciones en el embarazo
Embarazo no deseado	Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA	
En el plano psicológico y conductual		
Abuso del alcohol y las drogas	Depresión y ansiedad	Tabaquismo
Trastornos alimenticios y del sueño	Sentimiento de vergüenza y de culpa	Baja autoestima
Fobias y trastornos por pánico	Sedentarismo físico	Trastornos psicósomáticos
Trastorno por estrés postraumático	Conducta suicida y autolesión	
Conducta sexual insegura	Abuso de sustancias	
Consecuencias letales para la salud		
Mortalidad relacionada con el SIDA	Mortalidad materna	Homicidio y suicidio

Adaptado de: Organización Mundial de la Salud (2002a). **World report on violence and health**. Ginebra: Author.

Consecuencias para la economía

El coste económico derivado de la violencia contra las mujeres es desorbitado y supone una gran carga para la sociedad, tanto por la pérdida de productividad como por el aumento en la demanda de atención médica y de servicios sociales. En un estudio publicado por Health Canada (2002), se estimó que el coste sanitario cuantificable que supone la violencia contra las mujeres en Canadá superaba los 1 500 millones de dólares anuales. Este coste incluye atención médica y dental a corto plazo para el tratamiento de las lesiones, cuidados físicos y psicológicos a largo plazo, tiempo de trabajo perdido y, por último, el uso de hogares de acogida y casas seguras. Las cifras coinciden con un estudio anterior preparado por el centro para la investigación de la violencia contra mujeres y niños (Centre for Research on Violence Against Women and Children, por su nombre en inglés), en el que se estimó que el coste del maltrato a la mujer era de 1 540 millones de dólares anuales (Day, 1995).

Si bien el maltrato no es algo que, de manera explícita, impida a la mujeres acceder al mercado laboral, existe evidencia de que aquellas que lo han sufrido han disminuido sus ingresos y tienen más dificultades para encontrar un empleo estable. En Estados Unidos, la investigación ha demostrado que las mujeres con un historial de maltrato, en comparación con aquellas que no lo han sufrido, tienen periodos de desempleo más frecuentes, menos ingresos, mayor rotación laboral, más problemas de salud físicos y mentales que afectan al rendimiento en el trabajo, y tienen más probabilidades de recibir ayudas públicas (Lloyd & Taluc, 1999).

Aparte del coste económico directo asociado al maltrato a la mujer, el coste indirecto incluye un aumento en el uso de los servicios de atención sanitaria a corto y largo plazo. Las mujeres que han sufrido agresiones sexuales o físicas, ya sea durante la infancia y la edad adulta, sufren un mayor número de intervenciones quirúrgicas, recurren con más frecuencia a los profesionales sanitarios, son hospitalizadas más a menudo, y requieren más cuidados de salud mental que aquellas que no han sufrido ese tipo de agresiones (Leserman et al., 1996).

El impacto en los niños

Determinar cuántos niños son testigos del maltrato a sus madres resulta una tarea compleja y controvertida. Esta Guía no contempla entre sus objetivos llevar a cabo un debate exhaustivo sobre ello. Sin embargo, lo más significativo es que ni en Canadá ni en EE.UU. existen estudios de prevalencia a nivel nacional que midan directamente el número de niños expuestos a la violencia en sus casas. En una reciente encuesta sobre desarrollo infantil llevada a cabo en todo el país sobre niños de entre 2 y 11 años, se preguntó a los padres con qué frecuencia presenciaban sus hijos situaciones violentas en el hogar protagonizadas por los hermanos mayores y los padres. Los padres informaron de que el 8,6%, es decir, unos 330.000 niños, presenciaban alguna forma de violencia en el hogar (Human Resources Development Canada, 1996). Rodgers (1994) aportó los siguientes datos: los niños canadienses estaban presentes durante casi el 40% de los casos de agresiones a las madres; en el 52% de estos casos las mujeres temían por sus vidas; y el resultado del 61% de los ataques que presenciaron los niños fue de lesiones graves para las mujeres.

La investigación sobre la presencia de los niños en las agresiones de sus madres evidencia que muchos de estos niños, están expuestos a los mismos problemas físicos, emocionales y conductuales que aquellos que sufren la violencia directamente (Berman, Hardesty, & Humphreys, 2003; Graham-Berman & Edleson, 2001; Jaffe, Wolfe, & Wilson, 1990). En la Tabla 2 se muestra un resumen de posibles respuestas negativas. Al hacerse adultos, los niños que han crecido en un entorno de violencia suelen sufrir la violencia en sus relaciones posteriores (Graham-Berman & Edleson, 2001).

TABLA 2: Consecuencias para la salud de los niños derivadas del maltrato a las mujeres

En lo físico	Efectos a nivel psicológico y conductual
Alergias	Depresión y ansiedad
Infecciones del tracto respiratorio	Preocupación y frustración
Somatizaciones (p. ej.: dolores de cabeza)	Autoestima baja
Trastornos gastrointestinales (p. ej.: náuseas, diarrea)	Trastornos derivados del estrés
Dificultades para dormir (p. ej.: pesadillas, enuresis nocturna)	Hiperactividad
Trastornos del habla, problemas auditivos y problemas de visión	Trastorno por estrés postraumático
	Habilidades sociales deficientes
	Aumento de las agresiones con adultos y otros niños
	Problemas afectivos
	Dificultades en el rendimiento escolar
	Abuso de sustancias
	Conducta suicida y autolesión
	Conflictos con la ley

Fuente: Berman, H., Hardesty, J., & Humphreys, J. (2003). Children of abused women. In J. Humphreys & J. C. Campbell (Eds.), *Family violence and nursing practice* (pp. 150-187). Philadelphia: Lippincott.

Por qué las enfermeras deben contribuir al cribado del maltrato

Las enfermeras están bien posicionadas para realizar un cribado del maltrato a la mujer por varios factores: son accesibles, gozan de un alto grado de confianza entre el público, y trabajan en diferentes niveles asistenciales. Las enfermeras interactúan con las mujeres en momentos de estrés y de enfermedad y durante las transiciones del desarrollo, como son la adolescencia, el embarazo y la maternidad. Las enfermeras se sirven de un marco de actuación general para la promoción de la salud, en el que cuentan con estrategias para el fortalecimiento y la defensa del paciente (Ross, 2002). Este planteamiento resulta especialmente importante a la hora de tratar con una mujer que ha sufrido agresiones. Resulta crucial que la mujer maltratada encuentre respaldo para así evitar que reproduzca una relación marcada por la coacción y el control.

A menudo, las enfermeras son el primer miembro del equipo de asistencia sanitaria que tiene contacto con las

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

mujeres que sufren maltrato (Malecha, 2003), por lo que deben contar con los conocimientos y las habilidades necesarias para analizar y dar una respuesta apropiada y efectiva (Davidson et al., 2001; Malecha, 2003).

El papel de la enfermera consiste en:

- Formular la pregunta.
- Reconocer el maltrato.
- Dar validez a la experiencia de la mujer.
- Evaluar la seguridad inmediatamente.
- Considerar las opciones posibles.
- Derivar a los servicios de maltrato a mujeres si la víctima lo solicita.
- Documentar la entrevista.

Aunque las enfermeras duden a la hora de realizar el cribado, es importante que recuerden que forman parte de la respuesta integrada que ofrece el servicio sanitario ante este tipo de situaciones. La enfermera no es la única responsable en el desarrollo de un plan de acción integral. Los conocimientos y habilidades de las enfermeras se usan para la identificación y la respuesta iniciales. No obstante, en la mayoría de las comunidades y de los centros de atención sanitaria, tanto las enfermeras como las víctimas pueden acceder fácilmente a personas que cuentan con una formación específica o a alguna asociación de ayuda a la mujer maltratada. En estos casos, si la mujer así lo desea, se debe actuar identificando el maltrato y derivándola a los servicios especializados.

Por qué un cribado general rutinario

El equipo de desarrollo reconoce que falta consenso, por parte de los profesionales sanitarios, en lo que respecta al cribado general en comparación con el cribado basado en indicadores. Algunas guías procedentes de Canadá (MLHU, 2000; Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario (PPESO), 2004), Nueva Zelanda (Ministry of Health, 2002), Estados Unidos (EE.UU) (Family Violence Prevention Fund (FVVF), 2004) han sido revisadas a la hora de realizar esta Guía. Todas ellas aprueban el cribado general en algunos o todos sus centros sanitarios. En cambio, las revisiones sistemáticas de la evidencia realizadas para la comisión canadiense de medicina preventiva (Canadian Task Force on Preventive Health Care, por su nombre en inglés) (Wathen & MacMillan, 2003) y para la comisión de servicios preventivos de EE.UU. (U.S. Preventive Services Task Force, por su nombre en inglés) (Nelson, Nygren & McInerney, 2004) concluyeron que no existe evidencia suficiente que permita emitir una recomendación favorable o contraria al cribado universal. Aparte de estos documentos, el equipo también tomó en consideración estudios cualitativos y cuantitativos, programas de evaluación, evidencia anecdótica y opinión de expertos, incluida la propia opinión de las mujeres maltratadas y así determinar en última instancia las recomendaciones para el cribado general rutinario.

Esta conclusión se basa en un marco de trabajo que difiere de las revisiones sistemáticas de la evidencia (Nelson et al., 2004; Wathen & MacMillan, 2003) en cuatro aspectos significativos: 1) el resultado del cribado; 2) el uso de herramientas validadas; 3) la confianza en los ensayos controlados aleatorizados; y 4) el daño potencial. Cada uno de estos aspectos ha sido analizado de forma somera.

En primer lugar, y en términos de resultados, tanto la Canadian Task Force como la U.S. Task Force utilizan la "disminución de la violencia" como indicador de resultados. El equipo basa su trabajo en reducir los daños (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Se han realizado otras recomendaciones con el mismo planteamiento, y gozan de gran aceptación en otros muchos problemas sociales que tienen implicaciones sanitarias. Ejemplo de ello es la evaluación del consumo de alcohol y tabaco y la planificación familiar (FVVF, 2004; Nelson et al., 2004). El objetivo es ayudar a las mujeres a que pasen de la fase *precontemplativa* ("no tengo ningún problema"), a la *contemplativa* ("Es posible que tenga un problema, pero no es seguro"), o de *preparación* ("Sí, tengo un problema, ¿qué puedo hacer al respecto?") (Prochaska et al., 1992). Desde esta perspectiva, el cribado da a las mujeres la oportunidad de reconocer que sufren maltrato y de hablar sobre ello.

En segundo lugar, ambas revisiones sistemáticas examinaron las herramientas estandarizadas para comprobar su eficacia en la detección del maltrato. Si bien las enfermeras o las instituciones pueden decidir sobre el uso de una herramienta estandarizada (algunas de ellas se recogen en este documento), el equipo otorga gran valor a la entrevista de evaluación y a la revisión de la historia que realizan las enfermeras, así como a su comportamiento, sus habilidades y a la normalización del proceso de formulación de preguntas. Asimismo, el equipo reconoce y respalda el derecho de la mujer a elegir si prefiere reconocer el maltrato o no. El hecho de que no lo reconozca no se considera un fracaso en el proceso de cribado. Incluso cuando la mujer opta por el silencio, el cribado indica el deseo de la enfermera de ayudar de un modo confidencial y seguro. Este modo de actuar ayuda a crear una relación de confianza y aumenta las posibilidades de que el maltrato se reconozca en el futuro.

En tercer lugar, como se indicaba anteriormente, el equipo utiliza para sus recomendaciones numerosas fuentes. La carencia de ensayos controlados aleatorizados no se considera una limitación en la literatura que aborda el asunto del cribado. En lo que respecta a la categorización de la evidencia, las opiniones del equipo han sido descritas anteriormente en este documento (véase *Interpretación de la evidencia*, p. 13).

Por último, el equipo de desarrollo tomó en consideración los beneficios del cribado general rutinario en relación con cualquier posible daño. Estos son algunos de sus muchos beneficios:

- Aumentar las posibilidades para que las mujeres reconozcan el maltrato.
- Aumentar las oportunidades para que las enfermeras identifiquen a las mujeres que han sido maltratadas.
- Asociar los daños de la salud con el maltrato. De este modo la violencia pasa a considerarse un problema de salud legítimo.
- Identificar el impacto del maltrato en la salud y ofrecer una intervención inmediata.
- Evitar la estigmatización preguntando a todas las mujeres sobre el maltrato.
- Reducir la sensación de aislamiento que experimentan las mujeres maltratadas.
- Ofrecer ayuda para los niños de las mujeres maltratadas.
- Impulsar con fuerza un mensaje de condena firme del maltrato.
- Informar sobre los servicios de ayuda a la mujer maltratada y demás opciones disponibles.
- Fomentar los entornos saludables.

Al recomendar el cribado general rutinario, el equipo tomó en consideración estos beneficios en relación con cualquier posible daño derivado del cribado. Nuestra conclusión, basada en los conocimientos actuales, está en consonancia con el comité de investigación de la Family Violence Prevention Fund (2004), que declaró en referencia al cribado: "No conocemos ninguna investigación que sugiera que la evaluación o las intervenciones en los centros sanitarios sean negativas para los pacientes" (pág. 5). Es más, si se fracasa en la implantación del cribado general rutinario, los resultados para la salud de las mujeres maltratadas pueden ser nefastos, como el asesinato (Coker et al., 2002; Sharps et al., 2001).

El equipo también discutió sobre la conveniencia de cambiar el término "cribado" por el de "evaluación del comportamiento", para así diferenciar nuestro marco de trabajo de un modelo médico más tradicional, como se refleja en los informes de los comités canadiense y estadounidense. Finalmente, el término "cribado" se conservó, ya que es el que más se utiliza y mejor se entiende actualmente.

Los miembros del equipo, basados únicamente en la práctica y los conocimientos actuales, afirman que el cribado general rutinario, *junto con* la formación de toda la plantilla y el apoyo constante al centro y a su gestión, representan hoy en día la mejor práctica. Estas recomendaciones se revisarán y modificarán, como cualquier otra guía de buenas prácticas, conforme haya nueva evidencia disponible.

Recomendaciones para la práctica

Recomendación 1.0

Las enfermeras realizan en todos los centros sanitarios un cribado general rutinario en lo referido al maltrato contra las mujeres.

Nivel IIb

Discusión de la evidencia

El maltrato a las mujeres, como se mencionaba anteriormente, constituye un problema de salud significativo y tiene consecuencias graves. El sistema sanitario desempeña un papel importante a la hora de identificar y prevenir los problemas de salud pública. El cribado general rutinario, con especial atención a la identificación precoz de mujeres maltratadas con o sin síntomas aparentes, es el punto de partida fundamental para este enfoque mejorado de la práctica sanitaria que se centra en estas mujeres (Asher, Crespo, & Sugg, 2001; DH, 2000; FVPP, 2004; MLHU, 2000; Poirier, 1997; PPEESO, 2004; Punukollu, 2003). El cribado general rutinario, frente al cribado basado en indicadores, ofrece más oportunidades para la identificación y la intervención eficaz, considera el maltrato a las mujeres un problema de salud importante y legítimo, y permite que los profesionales asistan tanto a las víctimas como a sus hijos (FVPP, 2004, PPEESO, 2004). Se ha demostrado que el cribado es lo más efectivo cuando se realiza directamente con el paciente, en detrimento de los cuestionarios personales (McFarlane et al., 2001). Por consiguiente, el cribado general rutinario debe ser una práctica normalizada y formar parte de la historia clínica de enfermería.

El cribado resulta de particular importancia, dado que el porcentaje de mujeres que buscan atención médica debido al maltrato se estima que es de entre un 8 y un 39%. Estas estimaciones son una recopilación de las visitas a urgencias y a los centros de salud relacionadas con el maltrato. A pesar de la prevalencia del maltrato y del alto índice de visitas para solicitar atención médica, los índices de detección de los médicos son bajos (Health Canada, 1999b).

Para determinar cuándo es útil el cribado se utilizan los siguientes criterios:

- El problema debe tener un impacto significativo sobre la vida del sujeto.
- Es preciso que existan métodos de tratamiento disponibles.
- El problema debe ofrecer una fase asintomática durante la cual se reduzcan significativamente la morbilidad y la mortalidad gracias a la detección y el tratamiento.
- El tratamiento durante la fase asintomática debe conducir a un resultado terapéutico superior al que se obtiene retrasando el tratamiento hasta que aparecen los síntomas.
- Las pruebas, que deben ser aceptables para los pacientes, deben estar disponibles, a un coste razonable, para poder detectar el problema en la fase asintomática (Poirier, 1997).

Ni que decir tiene que el cribado del maltrato a mujeres cumple con estos criterios.

En este tipo de cribado en concreto también deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Las preguntas del cribado se incorporan a la rutina de la historia clínica y del proceso de admisión.
- Las enfermeras consideran la seguridad de las mujeres en esos momentos.
- El cribado tiene lugar cuando el estado de la mujer es estable.
- Las preguntas se formulan directamente y en un entorno en el que la privacidad está garantizada.
- El cribado debe realizarse con la mujer a solas, nunca acompañada de su pareja, otros familiares o de niños de más de 3 años
- En los casos en que el idioma suponga un obstáculo, solo se recurrirá a intérpretes cualificados con los conocimientos culturales necesarios (ECAV, 2001; MLHU, 2000).

La mujer maltratada podría no considerar abusivo el comportamiento de su pareja, especialmente en lo referido a la conducta sexual no deseada. Las herramientas de cribado se sirven de una terminología específica que describe las acciones de los agresores, en vez de recurrir a términos más generales como "agresión". Por consiguiente, las preguntas del cribado deben ser claras, y es posible que se necesiten ejemplos de comportamientos abusivos para ayudar al paciente a que comprenda qué es lo que constituye el comportamiento abusivo. Existen herramientas validadas que pueden utilizarse en el cribado (el cribado al maltrato o Abuse Assessment Screen (AAS), el cribado al maltrato y la discapacidad o Abuse Assessment Screen – Disability (AAS-D), y la herramienta de cribado al maltrato de mujeres o Woman Abuse Screening Tool (WAST), por sus nombres y siglas en inglés), o bien las enfermeras pueden desarrollar su propia estrategia tomando en consideración estos principios. En el *Anexo C* se pueden consultar ejemplos de las herramientas de cribado mencionadas anteriormente.

Las mujeres, igual que no reconocen el maltrato la primera vez que se les pregunta, tampoco consideran la violencia un problema de salud. Por tanto, **el cribado no solo debería realizarse en la historia clínica inicial, sino siempre que se actualiza la historia.**

Cualquier mujer que presente un problema de salud puede ser víctima del maltrato. Jones y Bonner (2002) realizaron el cribado de 159 mujeres en una clínica de maternidad, y el índice de personas que reconoció haber sufrido maltrato fue del 10,7%. Leserman et al. (1996) realizaron el cribado de 239 mujeres con trastornos gastrointestinales en centros de atención primaria y descubrieron que el 66,5% habían sufrido algún tipo de agresión física o sexual. Kimberg (2001) dio a conocer los resultados de una encuesta realizada por el National Institute for Justice y el Centers for Disease Control and Prevention, que mostraba un índice de prevalencia de la violencia de género del 24,8%. Estos resultados ponen de relieve la importancia del cribado en todos los centros sanitarios, independientemente del problema de salud que el paciente presente. También sirve para advertir a las enfermeras que la atención que prestan a las mujeres va más allá de las necesidades médicas inmediatas.

Recomendación 2.0

El cribado general rutinario se realiza con todas las mujeres a partir de los 12 años de edad.

Nivel IV

Discusión de la evidencia

El equipo acordó que a partir de los 12 años se implantara el cribado general rutinario, conscientes de que esto haría más compleja la implantación de esta recomendación. Las mujeres de 12 años mantienen relaciones, y el código penal de Canadá (2003) recoge que las mujeres jóvenes de entre 12 y 16 años pueden consentir en tener relaciones sexuales. Las mujeres jóvenes corren un elevado riesgo de maltrato en las relaciones de pareja. En un estudio realizado por Wiemann et al. (2000) se examinaron los índices de prevalencia de agresión física a manos de las parejas en 724 adolescentes embarazadas de entre 12 y 18 años de edad. El 29% de las mujeres entrevistadas habían sufrido algún tipo de violencia física en los 12 meses anteriores, y casi un 12% declaró haber sufrido agresiones a manos del padre de sus hijos. Por lo tanto, realizar el cribado a una edad temprana permite intervenir a tiempo para reducir la violencia que sufren las mujeres jóvenes, aumentar la concienciación sobre la dinámica de las relaciones abusivas, y fomentar las relaciones saludables entre las jóvenes y sus parejas. Las chicas jóvenes, cuando empiezan a experimentar en las relaciones de pareja, no suelen comprender la dinámica del control. Por ejemplo, en un estudio sobre chicas adolescentes se demostró que la violencia se malentendía y se la consideraba algo relacionado con el enfado (71%), la confusión (40%) y el amor (27%) (Hyman, 1999). Además, en el informe, *Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians* (Health Canada, 1999c) se descubrió que las víctimas de agresiones denunciadas por familiares eran más chicas que chicos. Las víctimas eran mujeres en el 80% de las agresiones sexuales y en el 50% de las agresiones físicas. Asimismo, las chicas tenían más probabilidades de sufrir agresiones sexuales entre los 12 y los 15 años.

Las consecuencias jurídicas del cribado a mujeres jóvenes se abordan en *Recomendación 7.0*.

Recomendación 3.0

Las enfermeras desarrollan habilidades para crear un entorno en el que se favorece que la víctima reconozca el maltrato. Para ello, es preciso que las enfermeras sepan:

- **Cómo realizar una pregunta.**
- **Cómo responder.**

Nivel IV

Discusión de la evidencia

La respuesta inicial de la enfermera ante una mujer que está sufriendo maltrato es de vital importancia. Debido a la complejidad del asunto, las mujeres agredidas pueden negarse a reconocer el maltrato durante meses o años, incluso si se les pregunta directamente sobre el tema. Hay diversos factores que impiden a las mujeres reconocer abiertamente el maltrato: el sentimiento de culpa, la vergüenza, el miedo a no ser creídas, miedo a ser culpadas por lo sucedido, y miedo a una escalada de la violencia (DH, 2000). Además, podría tratarse de la primera vez que la mujer se somete a un cribado de manos de una enfermera, y podría no sentirse cómoda para revelar información (Malecha, 2003). Por lo tanto, es preciso adecuar el entorno para favorecer que la víctima reconozca el maltrato.

Para ello, la enfermera necesita crear un ambiente en el que primen la transparencia, la seguridad y la confianza. Es fundamental que todas las enfermeras apliquen un enfoque apropiado y confortable para animar a los pacientes a ser "sinceros y abiertos en sus respuestas" (MLHU, 2000, p. 33). Asimismo, es muy importante no juzgar y mantener una postura de apoyo al paciente.

Este comportamiento de apoyo al paciente y libre de juicios de valor en el proceso de cribado, puede fomentarse mediante un entorno en el que se muestre abiertamente material informativo, para informar de este modo a las mujeres sobre la predisposición de los profesionales sanitarios a tratar el asunto del maltrato. Las estrategias contemplan:

- Los profesionales tienen información sobre el maltrato expuesta y disponible (pósteres y material educativo).
- Mostrar la información en las zonas públicas y privadas del centro (p. ej.: en los aseos, donde las mujeres pueden leerla sin ser vistas).
- Los trabajadores llevan tarjetas identificativas que indican su predisposición para hablar sobre el maltrato (Stevens, 2003).

Bolin & Elliot (1996) comprobaron que los médicos que llevaban distintivos, con un mensaje en contra del maltrato, mantuvieron más conversaciones sobre violencia doméstica que aquellos que no los llevaban.

A la hora de ofrecer una respuesta adecuada para una mujer que reconoce el maltrato, es importante que las enfermeras sigan un protocolo de cribado flexible. Es imprescindible adoptar un estilo personal que encaje debidamente con el contexto particular de cada entrevista. Probablemente, el proceso variará dependiendo de los siguientes factores:

- El centro sanitario.
- La relación del profesional sanitario con la mujer.
- El tipo de problema que se presente.
- La historia del paciente.
- El papel que juega la enfermera a la hora de satisfacer las necesidades sanitarias del paciente.

Las enfermeras pertenecen a equipos de muy diversas disciplinas, y las responsabilidades de los miembros del equipo en lo que respecta al cribado pueden variar entre unos centros y otros. Aunque una enfermera se encargue inicialmente del cribado, es responsabilidad de todas las enfermeras garantizar que se siguen los pasos precisos para asegurar una seguridad y unos cuidados óptimos para las mujeres.

Cómo formular las preguntas

Al formular una pregunta se crea un entorno de conversación sobre la violencia, y permite que las mujeres revelen su experiencia personal si así lo desean. El modo en que se formula la pregunta también es importante. Las instituciones pueden elegir entre diferentes herramientas validadas (*Anexo C*), o bien cada profesional puede desarrollar su propio estilo como parte de la historia clínica, siempre y cuando se observen los siguientes aspectos:

- Explicar que se pregunta a todas las mujeres por el maltrato porque la violencia es algo muy frecuente en la sociedad y las consecuencias para la salud son significativas (MLHU, 2000).
- La enfermera debe adecuar su enfoque para adaptarlo a la situación de cada mujer.
- Informar a la mujer de que el cribado se realizará cada vez que se actualiza la historia clínica.
- Dejar claro que la violencia es inaceptable.

Se pueden consultar ejemplos concretos sobre la elaboración de preguntas iniciales en el *Anexo D*.

Cómo responder cuando ella dice "Sí"

Para responder adecuadamente es preciso:

- Creer a la mujer.
- Mencionar el maltrato (identificar que lo que ella está sufriendo *es maltrato*);
- Evaluar las necesidades sanitarias inmediatas. Si ha sufrido una agresión sexual recientemente, la puede derivar a una unidad de cuidados especializados en agresiones sexuales.
- Evaluar la seguridad de las mujeres en esos momentos y realizar una comprobación de seguridad.
- Examinar sus necesidades y preocupaciones más inmediatas y establecer un plan de acción.
- Derivar, con su consentimiento, a los recursos adecuados, como son: el equipo de atención sanitaria multidisciplinario, los especialistas, los orientadores, los grupos de apoyo, las casas de acogida y los servicios jurídicos.
- Tener preparada una lista de servicios de ayuda a la mujer maltratada (MLHU, 2000).

Si dice "Sí", preguntar:

1. ¿Se encuentra segura ahora?
2. ¿Le gustaría hablar sobre el tema?
3. ¿Cuándo ocurrió?
4. ¿Ha hablado de esto con alguna otra persona?
5. ¿Cómo le afecta?
6. ¿Qué necesita en este momento?

Adaptado de: Kearsley, K. (2002). Listening for silent screams. *Registered Nurse*, 14 (4), 12-17.

Puede obtener información detallada en otros recursos en los siguientes anexos:

- Anexo C (*Herramientas de evaluación para las enfermeras*)
- Anexo D (*Elaboración de preguntas iniciales*)
- Anexo E (*Vías clínicas*)
- Anexo F (*Herramienta mnemotécnica ABCD-ER*)
- Anexo G (*Obstáculos para el cribado y para que la víctima reconozca el maltrato*)
- Anexo H (*Planificación de la seguridad*)
- Anexo I (*Recursos públicos*)

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

Las enfermeras deben ser conscientes de que la seguridad nunca está garantizada, y ni siquiera el plan de seguridad más detallado puede garantizar el final de la violencia. La mujer que sufre el maltrato es, al fin y al cabo, la única que puede predecir con certeza los riesgos a los que se enfrenta y las posibilidades de que la violencia continúe (DH, 2000). Por tanto, "el mejor plan de seguridad es el de la propia mujer, un plan que ella considere factible en sus circunstancias y que se comprometa personalmente a seguir" (MLHU, 2000, p. 41).

Cómo responder cuando ella dice "NO" y nosotros sospechamos que en realidad es "SÍ":

Por la seguridad de la mujer, deben observarse los siguientes puntos:

- Hablar con ella sobre lo que ha observado y explicarle por qué continúa temiendo por su salud y su seguridad.
- Ofrecer material educativo sobre las consecuencias para la salud y sobre la prevalencia del maltrato.
- Destacar la existencia de servicios especializados en estos temas.
- Documentar sus respuestas (MLHU, 2000).

De este modo las enfermeras se comprometen a respetar la elección de las mujeres de revelar información, y estas mantienen el control de su situación.

Cómo responder cuando ella dice "NO":

Cuando la víctima no reconozca el maltrato:

- Facilitar información general y material educativo acerca del maltrato a mujeres.
- Documentar la respuesta de la mujer (MLHU, 2000).

Recomendación 4.0

Las enfermeras desarrollan estrategias de cribado y respuestas iniciales para responder a las necesidades de cualquier mujer, conscientes de las diferencias en función de la raza, la etnia, la clase, la religión o creencias espirituales, la edad, la aptitud y la orientación sexual.

Nivel III

Discusión de la evidencia

Las enfermeras deben conocer la diversidad cultural de las poblaciones con las que trabajan. En este caso, se trata de diversidad cultural en sentido amplio, y puede significar: raza, etnia, clase social, religión u otras creencias, edad, aptitud y orientación sexual. El Colegio Profesional de Enfermeras de Ontario (CNO, por sus siglas en inglés) (2003) describe el término cultura como "una serie de valores, creencias, normas y estilo de vida aprendidos que, en cierto modo, influyen en el pensamiento, las decisiones y las acciones de una persona" (pág. 3). "La atención orientada al paciente implica que las enfermeras sepan reconocer la cultura del paciente, la cultura de la propia enfermera y cómo influyen ambas sobre la relación paciente-enfermera" (CNO, 2003, p. 3). Cada persona tiene una visión propia del sistema sanitario, y las experiencias anteriores pueden condicionar la predisposición de la mujer a la hora de buscar ayuda.

Las mujeres procedentes de culturas diferentes pueden mostrarse reacias a responder a preguntas sobre el maltrato o a desvelar información al respecto. Estos son algunos de los motivos:

- Alejamiento de la red de apoyo propia.
- Desconfianza generalizada debido al racismo, el sexismo y el clasismo.
- Factores religiosos.
- Obstáculos para la comunicación y barreras lingüísticas.
- Carencia de unos servicios respetuosos con las diferentes culturas (Geffner et al., 2001; Maher, Zillmer, Hadley, & Leudtke, 2002; Melnick et al., 2002).

A la hora de realizar el cribado, es recomendable que las enfermeras usen un lenguaje neutro en lo que al género se refiere, ya que no todas las mujeres mantienen relaciones heterosexuales (McClennen et al., 2002). Las mujeres con discapacidad física o mental están más expuestas a todo tipo de maltrato, dado que lo sufren en mayor proporción que el resto de la población (DisAbled Women's Network (DAWN), 1996).

Campbell & Campbell (1996) destacaron la importancia de realizar el cribado en un lenguaje que sea lo más apropiado posible. "Si el profesional sanitario no comprende el significado de las palabras utilizadas por la paciente, la comunicación puede resultar un fracaso". Si se pregunta por el significado de las palabras que no son familiares, se muestra una predisposición para aprender y apreciar los diferentes matices culturales. Es preferible actuar así a pretender que no existen diferencias o que estas se deben a la falta de formación" (pág. 459).

En un estudio realizado por Iavicoli et al. (2001) se descubrió que la aceptación del maltrato a la mujer variaba en función del perfil étnico, y que las normas de algunas culturas pueden disuadir a las mujeres de reconocer el maltrato. Así pues, las enfermeras deben estar concienciadas sobre el sesgo étnico a la hora de ejercer su labor, un sesgo que puede influir en la predisposición de la mujer a reconocer el maltrato. El *Anexo G* resume algunos de los obstáculos que impiden que la víctima reconozca el maltrato.

Cuando se realiza el cribado con una adolescente, la enfermera tendrá que recurrir a diferentes estrategias y a un lenguaje diferente para crear un entorno agradable y seguro. Para que la comunicación sea efectiva, es importante llegar a saber cuál es el nivel de comprensión de la joven sobre la pregunta que se le hace. Asimismo, deberá manifestar que la joven tiene derecho a sentirse segura, hacer hincapié en que para nada es culpable de incidente alguno. La enfermera también deberá hablar con la joven sobre los límites de la confidencialidad. En según qué condiciones, las enfermeras pueden verse obligadas por la ley a informar sobre el maltrato. En la *Recomendación 7.0* se pueden consultar los requisitos para la notificación. Tranquilizarla diciéndole que se la derivará a otros recursos públicos para proporcionarle más ayuda.

La enfermera es la responsable de elaborar un plan de comunicación para que la mujer esté bien informada en la prestación de cuidados. La *Guía de enfermería para la prestación de cuidados culturalmente respetuosos* (CNO, 2003) ofrece información sobre estrategias de comunicación, lo cual incluye trabajar con un intérprete en los casos en que el idioma suponga un obstáculo. Este tipo de práctica también ayuda a las enfermeras a prestar cuidados culturalmente respetuosos observando las siguientes acciones: reflexión, adquisición de conocimientos culturales, posibilidad de elección para el paciente, y fijación de objetivos mutuos.

Recomendación 5.0

Las enfermeras realizan un ejercicio de reflexión para examinar en qué medida influyen, en la práctica de ese cribado, sus propias creencias, valores y experiencia.

Nivel IIa

Discusión de la evidencia

La reflexión ayuda a las enfermeras a identificar los valores y el sesgo que condicionan su perspectiva y sus acciones. Las enfermeras deben realizar un examen honesto de sus reacciones ante determinadas situaciones, para así descubrir qué las lleva a responder de un modo u otro. En según qué circunstancias, la enfermera puede recurrir a la ayuda de otros profesionales para realizar esta reflexión (CNO, 2004a). Para obtener más información acerca de esta tarea, el Colegio Profesional de Enfermeras de Ontario (2004a) ha preparado un folleto informativo sobre la reflexión como garantía de calidad (*Quality Assurance Reflective Practice*, por su nombre en inglés).

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

El informe (2000) del departamento de sanidad (en adelante, Department of Health, por su nombre en inglés) establece que el 25% de las mujeres con trayectoria profesional han sufrido maltrato en algún momento de sus vidas. La enfermería se compone mayoritariamente de mujeres y, por tanto, es probable que muchas enfermeras hayan sufrido maltrato a manos de sus parejas. En una encuesta realizada a enfermeras de urgencias, Ellis (1999) descubrió que el 57,5% de las encuestadas tenían experiencias personales de maltrato. Por otro lado, un 25% declaró haberlo sufrido en primera persona, mientras que un 32,5% declaró que lo había sufrido una familiar, amiga, esposa, etc. Como indica Ross (2002), si no se ha superado el trauma del maltrato, el cribado puede desencadenar repuestas inesperadas para la enfermera. Como consecuencia de ello podría entorpecerse la buena actuación en favor de la víctima. Es algo constatado que las actitudes y las creencias acerca del maltrato a mujeres suponen un obstáculo a la hora de dar una respuesta clínica efectiva (Maiuro et al., 2000).

Las respuestas de Kurz (1990) para los profesionales que tratan con mujeres maltratadas en las unidades de urgencias, demostraron las correlaciones y los patrones existentes entre las características de las víctimas y la respuesta de los profesionales. El estudio mostró que el personal se mostraba más reacio a tratar con mujeres que presentaban "condiciones vergonzosas" como consumo de alcohol, carácter evasivo, reticencias a la hora de hablar con el personal, o un comportamiento juzgado como inapropiado por el personal. Además, el personal tuvo la impresión de que aun habiendo informado a la mujer, no estaban seguros de que esta información fuera a tomarse en consideración. Larkin et al. (1999) dice que "era mucho menos probable que los enfermeros identificaran a una mujer maltratada por su pareja... Puede deberse a dos cosas: los enfermeros se encuentran menos cómodos, o bien las mujeres son menos dadas a confiar en los profesionales hombres, puesto que los agresores suelen ser hombres" (p. 674).

El trauma vicario (o VT, por sus siglas en inglés) se define como un cambio que experimentan las enfermeras de urgencias. Es el resultado de prestar cuidados de manera compasiva en respuesta a la experiencia traumática del paciente (Robinson, Clements, & Land, 2003). El VT puede influir en las enfermeras en el plano emocional, social, físico, anímico y profesional. Tanto las enfermeras como las organizaciones deben ser conscientes del desarrollo y los efectos del VT. Los síntomas pueden manifestarse mediante profundos cambios en la enfermera en lo que respecta a su comprensión de las cosas, su identidad, su visión del mundo, y el concepto que tiene de sí misma y de los demás. Las enfermeras deben reconocer la mella que hace sobre ellas trabajar en urgencias. El VT, por así decirlo, interactúa: condiciona las respuestas de la enfermera en función del estado del paciente, y se adapta a las características de la situación así como a las necesidades psicológicas y al sistema cognitivo de cada enfermera. Las enfermeras deben ser conscientes de sus reacciones, y para ello han de comprender sus propios signos de distrés (Robinson et al., 2003) y desarrollar una red de apoyo en la que puedan compartir sus experiencias con seguridad, a fin de atenuar los efectos del VT.

Recomendación 6.0

Las enfermeras saben qué documentar a la hora de realizar el cribado del maltrato y de ofrecer respuestas al respecto.

Nivel IV

Discusión de la evidencia

Antes de proceder al cribado, la enfermera debe informar a la mujer sobre el alcance y sobre los límites de la confidencialidad. Las enfermeras garantizan la privacidad y la confidencialidad de los datos sobre la salud que recogen en el ejercicio de su labor. No obstante, es preciso indicar que la confidencialidad y la revelación de información personal relativa a la salud no está garantizada en los siguientes casos:

- Cuando la enfermera sospecha que hay maltrato al menor o negligencia.
- Cuando la enfermera descubre que puede haber autolesión del paciente o daños a otras personas.
- A requerimiento de la autoridad judicial (Ontario Ministry of Information and Privacy (OMIP), 2004).

La documentación es un aspecto fundamental para la práctica segura y efectiva de la enfermería (CNO, 2004c) y debe ser integral, comprensible y reflejar fielmente el proceso de cribado (Health Canada, 1999b; 1999c; MLHU, 2000) ya que puede utilizarlo la justicia como prueba en procesos legales (Canadian Nurses Protective Society (CNPS), 1996b; Rozovsky & Inions, 2003). El registro debe incluir los siguientes aspectos:

- Una evaluación de la seguridad.
- Citas literales de las descripciones de la víctima.
- Observaciones realizadas por la enfermera.
- Las derivaciones planteadas y realizadas o la información proporcionada.

El registro, al igual que el resto de la documentación de enfermería, debe estar libre de todo sesgo y contener observaciones directas realizadas por la enfermera. Es más apropiado utilizar términos no sesgados como "elige", "declina" o "la paciente declara", que usar términos prejuiciosos como "refiere" o "víctima" (Health Canada, 1999a; 1999b; MLHU, 2000). Por ejemplo: "el paciente declara 'mi pareja me golpea'" (no prejuizar), mejor que "la víctima refiere que su pareja la maltrata" (juicioso).

Los servicios especializados y la intervención secundaria deben contar con documentación más detallada:

- Historia clínica relevante.
- Historia del maltrato incluidos el primer incidente, el peor y el más reciente.
- Dónde y cuándo tuvo lugar el maltrato.
- Nombre del maltratador y relación existente.
- Descripción detallada de las lesiones y fotos (si las hay).
- Toda la atención sanitaria prestada, así como la información proporcionada y las derivaciones realizadas (Health Canada, 1999a; MLHU, 2000).

Cuando la paciente no reconoce el maltrato, la enfermera debe indicar "no se reconoce el maltrato en el cribado" (Health Canada, 1999a, MHLU, 2000).

Las enfermeras deben cumplir con los requisitos legales, éticos y profesionales en el manejo de los registros del paciente (CNO, 2004b, 2004c; CNPS, 1996a; 1996b; OMIP 2004; Rozovsky & Inions, 2003). En todos los centros sanitarios, de acuerdo con el protocolo de cribado, deben desarrollarse directrices y procedimientos para el acceso a los datos sobre la salud de la paciente. Antes del cribado, las mujeres deben saber que la interacción será documentada y que la documentación pasará a formar parte de su historia, a la que podrá acceder posteriormente si fuera necesario. Para revelar información a personas u organizaciones ajenas al equipo de atención sanitaria, es preciso contar con el consentimiento expreso de la mujer, excepto en los casos en que se haya tratado el tema con anterioridad.

Recomendación 7.0

Las enfermeras conocen sus obligaciones legales cuando se denuncia un caso de maltrato.

Nivel IV

Discusión de la evidencia

Son tres las consideraciones fundamentales cuando se reconoce el maltrato:

- Informar sobre el maltrato a la mujer.
- Las jóvenes y el reconocimiento del maltrato.
- Los niños que presencian el maltrato a la mujer.

Todas las enfermeras han aprendido que el respeto a la confidencialidad del paciente es algo fundamental para la relación entre ambas partes. Es importante que las enfermeras sean conscientes de cuándo existen excepciones éticas, profesionales y jurídicas a la confidencialidad del paciente (CNPS, 1996a). Deben conocer su código deontológico (Canadian Nurses Association (CNA), 2002), los estándares en lo referido a la confidencialidad y la información sobre la salud (CNO, 2004b) y las directrices específicas relacionadas con la confidencialidad en su lugar de trabajo. La nueva legislación de Ontario sobre la protección de la información sobre la salud también tiene implicaciones para las enfermeras. En el marco de la nueva ley de protección de datos personales sobre salud (Personal Health Information Protection Act (OMIP, 2004), hay una serie de directrices relativas a la documentación y la revelación de datos personales sobre la salud, como se abordó en la *Recomendación 6.0*.

Informar sobre el maltrato a la mujer

No existe obligación de informar a la policía de los casos de maltrato a mujeres. La mujer tiene derecho a decidir si desea involucrar a la policía, y debe dar para ello su consentimiento antes de que la enfermera emprenda dicha acción. Las enfermeras deben respetar la decisión de la mujer y defender su derecho a elegir (Health Canada, 1999b).

Las jóvenes y el reconocimiento del maltrato

Dado que esta guía de buenas prácticas recomienda el cribado para el maltrato a mujeres a partir de los 12 años, si una adolescente reconoce que ha sufrido maltrato se precisaría la intervención de la sociedad de ayuda al menor (en adelante Children's Aid Society o CAS, por su nombre y siglas en inglés). La información siguiente es una guía general para la práctica en este campo.

Según el código penal de Canadá (Department of Justice, 2003) las mujeres jóvenes de más de 12 años pueden consentir mantener relaciones sexuales en los siguientes casos:

- Cuando su edad está entre los 12 y los 14 años y la diferencia de edad entre las dos personas no es de más de 2 años.
- Cuando la persona joven tiene 14 años o más y la otra persona no se encuentra en una posición de autoridad o de confianza.

Si bien la sexualidad adolescente puede suponer un desafío para la enfermera, no es necesariamente algo que tenga que notificarse, como se indica en las circunstancias descritas anteriormente. Los factores que indican la necesidad de notificar el caso a la sociedad de ayuda a los niños (CAS, por sus siglas en inglés) son los siguientes:

- Cuando la joven es menor de 16 años y el presunto maltratador es una persona que desempeña el papel de cuidador.
- Cuando la joven es menor de 16 años y el presunto maltratador se encuentra en una posición de autoridad o de confianza.

Las agresiones a manos de un novio solo deben notificarse si se dan estas condiciones, o bien si los padres o cuidadores de la adolescente son conscientes del maltrato y no hacen nada para proporcionar la supervisión adecuada que permita proteger a la joven de posibles daños.

No existe edad de consentimiento para el tratamiento o la recogida de información a la hora de establecer una historia clínica, por lo que las mujeres jóvenes tendrán derecho a tomar sus propias decisiones en lo referido a la salud (OMIP, 2004; Rozovsky & Inions, 2003;), siempre que el profesional sanitario considere que han entendido las circunstancias y que pueden elegir con conocimiento de causa. Una vez que la joven ha tomado una decisión en cuanto al tratamiento, los padres, los tutores o la CAS necesitarán su consentimiento para acceder a la historia clínica (OMIP, 2004). En caso de que exista un conflicto, siempre prevalecerá la decisión de la joven. Dado que se trata de una legislación reciente que puede alterar la práctica de la enfermería, se recomienda que las enfermeras consulten con sus superiores.

Los niños que presencian el maltrato a la mujer

Como se indicaba en la evaluación histórica, los niños que presencian el maltrato a la mujer pueden sufrir efectos adversos de manera inmediata y a largo plazo (Berman et al., 2003; Graham-Berman & Edleson, 2001; Jaffe et al., 1990). De acuerdo con Child and Family Services Act (Ministry of Children and Youth Services, 2003), esta situación puede notificarse a la Children's Aid Society, dado que se trata de una situación de riesgo para el niño. Se aconseja a las enfermeras que consulten con su CAS local para tratar cada situación por separado. Además, todas las organizaciones sanitarias deben tener implantado un protocolo de actuación con la Children's Aid Society.

Recomendaciones para la formación

Recomendación 8.0

Diseñar programas de formación obligatorios en el lugar de trabajo para:

- Mejorar los conocimientos y las habilidades de las enfermeras.
- Fomentar la concienciación y la sensibilidad con respecto al maltrato contra las mujeres.

Nivel Ib

Discusión de la evidencia

La educación es la base para que todas las actividades relacionadas con el cribado del maltrato a la mujer se desarrollen correctamente. Las guías serán más efectivas si, por un lado, se tienen en cuenta las circunstancias particulares de cada centro y, por otro, se respaldan dichas guías con un programa educativo continuado sobre el maltrato a mujeres (DH, 2000). Estos programas deben estar actualizados, ser relevantes y de fácil aplicación. Los profesionales sanitarios también necesitan ayuda para desarrollar técnicas de entrevista que les permitan ganar soltura cuando se abordan los temas sensibles e íntimos del maltrato (MLHU, 2000).

Independientemente del lugar en que trabajen, tanto las enfermeras de cuidados a pacientes agudos como las de centros comunitarios pueden encontrar casos de mujeres maltratadas. Por lo tanto, es fundamental que las enfermeras cuenten con los conocimientos y las habilidades necesarias para analizar y dar una respuesta apropiada y efectiva (Davidson et al., 2001; Malecha, 2003).

Si se fomenta la educación de los profesionales sanitarios aumentará el número de mujeres a las que se somete a cribado por maltrato (García & Parsons, 2002; Goff, Byrd, Shelton, & Parcel, 2001; Ramsay, Richardson, Carter, Davidson, & Feder, 2002). Según Goff et al. (2001) existía una "importante relación entre la formación sobre el maltrato a la mujer y el nivel personal de preparación, creencias sobre cómo y cuándo realizar un cribado, y expectativas de resultados relativos a la violencia doméstica (p. 49-50).

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

Gracias a la educación, tanto las enfermeras como los responsables de formación, pueden contribuir a mejorar los cuidados de las mujeres maltratadas (Fishwick, 1998). Los programas de formación deben tener carácter informativo y de apoyo. En un ensayo controlado aleatorizado con seguimiento durante dos años, Sullivan and Bybee (as cited in Punukollu, 2003) descubrieron que "los servicios de apoyo permiten una mayor efectividad en la obtención de recursos, la disminución de la violencia física, y mejora en la calidad de vida y el apoyo social después de 10 semanas en la casa de acogida" (p. 4). Es por ello que las enfermeras, a fin de mejorar el acceso de las mujeres maltratadas a los servicios de ayuda, deben ofrecerles todo su apoyo.

Todos los programas educativos deben contemplar los siguientes aspectos:

- Definición del maltrato a la mujer.
- Datos de prevalencia.
- Dinámica del maltrato.
- Consecuencias para la salud.
- Papel que desempeña la enfermera.
- Obstáculos para el cribado (*Anexo G*).
- Conocimiento de los recursos sanitarios disponibles (*Anexo I*).
- Consecuencias de que la mujer reconozca el maltrato.
- Confidencialidad y consecuencias jurídicas (*Recomendación 7.0*).

Los *Anexos J* y *K* contienen varios recursos que sirven de ayuda a los educadores en el desarrollo de los programas educativos.

Los programas educativos que son efectivos utilizan numerosos enfoques. Los profesionales sanitarios, al recurrir a las experiencias de los diferentes grupos étnicos y culturas que representan las enfermeras, encuentran la ayuda necesaria para comprender las necesidades de los pacientes en materia de salud según su cultura (Campbell & Campbell, 1996). Para enseñar a las enfermeras, uno de los requisitos que tienen que cumplir los propios educadores es adquirir conciencia del problema que constituye el maltrato a la mujer y aumentar su sensibilidad hacia este tema. Para adquirir conciencia se pueden utilizar diferentes técnicas. Veamos algunas:

- Programas de "educación para el educador".
- Role play.
- Talleres.
- Vídeos educativos y otras presentaciones (*Anexo J*).
- Programas de supervisión y tutoría.
- Material escrito, concienciación y ejercicio de reflexión.
- Interlocutores invitados, como puede ser el abogado de la mujer.

A la hora de diseñar los programas educativos, es importante incluir la identificación de un individuo y grupo de individuos que lideren el programa. Este grupo asumirá la responsabilidad de mantener y revisar el contenido del programa, a fin de reflejar los conocimientos y aprendizajes actuales y nuevos. Asimismo, podrá responsabilizarse de la orientación de los nuevos profesionales y del desarrollo de los programas educativos continuados en lo relativo al cribado del maltrato a la mujer.

Recomendación 9.0

Incorporar en todos los planes de estudios de enfermería, de manera sistemática, contenidos relacionados con el maltrato contra las mujeres.

Nivel III

Discusión de la evidencia

En opinión de Ross (2002), es preciso que los responsables de las directrices, los educadores y los investigadores estén enterados de las lagunas existentes en materia de violencia, y de los campos en los que se requiere investigación para que las futuras enfermeras reciban la educación adecuada. Los contenidos relacionados con el maltrato a mujeres deben aprenderse de un modo teórico y también contextual, para así "ubicar la violencia dentro del marco de las acciones sociales trascendentes para la salud pública o personal, y por las que los agresores son considerados responsables morales" (Ross 2002, p. 8). Hoff y Ross (as cited in Ross, 2002), dieron a conocer los resultados de una encuesta de las escuelas de enfermería de Ontario (Ontario Schools of Nursing, por su nombre en inglés), en la que se identificaban las necesidades de desarrollo del plan de estudios de la facultad. Todas las escuelas declararon que sus planes de estudios incluían contenidos sobre la violencia, aunque solo como material de lectura. Tres cuartas partes declararon que la formación clínica planificada "no se incluía en el plan de estudios de una forma sistemática, sino de manera casual" (Ross 2002, p. 18).

Ellis (1999) afirma que la educación sobre el maltrato y los recursos de apoyo son aspectos fundamentales del plan de estudios de las escuelas de enfermería. "Casi toda la literatura sobre el cribado de los efectos en la salud del maltrato a mujeres, hace hincapié en la necesidad de ofrecer una educación adecuada a los profesionales sanitarios en lo que respecta a la naturaleza, la dinámica y las consecuencias para la salud. Igualmente, se destaca la importancia de la educación en los niveles de pregrado, grado, posgrado y formación continuada (MLHU, 2000, p. 47). Según Mezey (2001) "se puede mejorar la concienciación y la comprensión de los problemas a los que se enfrentan las víctimas de la violencia doméstica, mediante la inclusión de la asignatura en los programas educativos de posgrado" (p. 546). El plan de estudios debe permitir a los estudiantes adquirir información objetiva y experiencia clínica sobre la violencia doméstica. "La educación en enfermería debe utilizar un doble enfoque: educar al profesorado y preparar a los estudiantes mediante la inclusión en el plan de estudios, la experiencia clínica y otros medios" (Hinderliter et al., 2003, p. 452). Davidson et al. (2001) informan de que los grupos que participaron en los programas de formación consiguieron, desde el punto de vista estadístico, importantes mejoras en los conocimientos, las aptitudes y las competencias. Así pues, el equipo de desarrollo recomienda que se incluyan los contenidos en todos los aspectos del plan de estudios, y que se implanten de manera sistemática.

Recomendaciones para la organización y directrices

Recomendación 10.0

Las instituciones sanitarias desarrollan, en el maltrato contra las mujeres, directrices y procedimientos que favorecen el cribado general rutinario y la respuesta inicial.

Nivel IV

Discusión de la evidencia

Con el objetivo de que el cribado general rutinario sea efectivo, las organizaciones deben desarrollar directrices que apoyen la práctica de la enfermería y tomen en consideración las necesidades y los resultados de los pacientes (PPESO, 2004). Estas directrices deben reflejar el centro específico en el que debe realizarse el cribado. Se recomienda que las directrices incluyan "quién (o quién no) debe someterse al cribado, cuándo se realiza, quién se encarga, cómo se incorpora el cribado a la práctica del lugar de trabajo, y qué debe modificarse en el lugar de trabajo para facilitar el cribado general rutinario" (ECAV, 2001, p. 3). En la creación de directrices y procedimientos deben abordarse los siguientes aspectos:

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

- La práctica obligada del cribado general rutinario (Campbell & Furniss , 2003; Koziol-McLain & Campbell, 2001).
- Formación inicial y continuada para las enfermeras (ECAV, 2001; MLHU, 2000; Metro Woman Abuse Council (MWAC), 2003).
- Desarrollo de protocolos de cribado (Kimberg, 2001).
- La práctica de la documentación rutinaria (ECAV, 2001; MLHU, 2000; MWAC, 2003).
- Promoción de la seguridad de las mujeres y sus hijos (MLHU, 2000; MWAC, 2003).
- Confidencialidad (DH, 2000).
- Una estructura diseñada para garantizar la privacidad y un entorno favorable (DH, 2000; Kimberg, 2001).
- Vínculos con las organizaciones más relevantes de la comunidad (DH, 2000; MLHU, 2000; MWAC, 2003).
- Asesoramiento para los trabajadores. Por ejemplo, mediante los programas de ayuda al trabajador (Employee Assistance Programs, por su nombre en inglés), para tratar los problemas del trauma vicario (ECAV, 2001).

Se pueden consultar ejemplos de directrices en el *Anexo L*.

Recomendación 11.0

Las instituciones sanitarias trabajan con la comunidad en lo que a sistemas se refiere, para así mejorar la colaboración y la integración de servicios entre diferentes sectores.

Nivel Ib

Discusión de la evidencia

En los cribados, a fin de proporcionar unos cuidados óptimos, debe tomarse en consideración la experiencia de estas mujeres cuando acceden a los servicios sanitarios. A menudo, en los estudios dedicados a explorar las barreras que dificultan el abandono de una relación abusiva, se habla de barreras organizativas. En concreto, se trata de falta de coordinación entre todos los profesionales, lo cual supone un impedimento para el acceso a los servicios (Gerbert et al., 1996; Lutenbacher, Cohen, & Mitzel, 2003). Los programas de cribado de los centros de salud pueden ayudar a descubrir nuevos casos de maltrato (Mueller & Thomas, 2001) y está demostrado que su eficacia es mayor cuando se colabora con otros sectores (McCaw, Berman, Syme, & Hunkeler, 2001). No solo mejoraron los índices de cribado, sino que las participantes en estos programas se encontraron más satisfechas con la respuesta de las organizaciones sanitarias ante la violencia de género, y mejoraron asimismo su autoderivación a los servicios. Es preciso que los servicios de ayuda a la mujer maltratada, la sanidad, la justicia y los servicios sociales, trabajen juntos para identificar las barreras y mejorar la coordinación de los servicios. De este modo, se puede potenciar la respuesta sanitaria ante el maltrato a la mujer.

Recomendación 12.0

Las guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:

- Evaluación de la preparación institucional y los obstáculos para la formación.
- Participación de todos los miembros (tengan función de apoyo directo o indirecto) que contribuirán al proceso de implantación.
- La dedicación de un individuo cualificado para proporcionar el respaldo necesario a los procesos de formación e implantación.
- Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- Oportunidades para reflexionar acerca de la experiencia personal y organizativa a la hora de implantar las guías.

Para este propósito, la RNAO (gracias a un equipo de enfermeras, investigadores y administradores) ha desarrollado la *Herramienta: Implantación de guías de práctica clínica* basadas en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Se recomienda esta *herramienta* para dirigir la implantación de la guía de la RNAO sobre *El maltrato a mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial*. *Nivel IV*

Discusión de la evidencia

Graham et al. (2002) apuntan que es imprescindible, para implantar correctamente las guías, el compromiso formal de la organización. Una de las maneras de conseguirlo sería incorporando las recomendaciones a las directrices y procedimientos del cribado general rutinario. Se trata de un paso fundamental para orientar a la organización hacia sus objetivos y facilitar que se integre la Guía en dichos sistemas como el proceso de gestión de la calidad.

Las iniciativas como la implantación de una guía de buenas prácticas requieren un sólido liderazgo por parte de las enfermeras. Las enfermeras pueden convertir las recomendaciones basadas en la evidencia en herramientas útiles que aporten orientación en el ejercicio de la práctica. Se recomienda que la *herramienta* de la RNAO (2002) se utilice para ayudar a las organizaciones a desarrollar el liderazgo necesario para una correcta implantación. En el *Anexo M* se puede consultar la descripción de la *Herramienta* de la RNAO: *Implantación de las guías de práctica clínica*.

Lagunas en la investigación y posibles implicaciones

El equipo, al revisar la evidencia para el desarrollo de la Guía, ha identificado varias lagunas en la bibliografía sobre el cribado y la respuesta inicial ante el maltrato. Dada nuestra creencia en la importancia de los diferentes tipos de conocimientos, hemos identificado la necesidad de investigar diferentes enfoques que incluyan métodos cuantitativos y cualitativos. Además, el equipo cree que la investigación tendrá mayor impacto cuando la dirijan equipos de investigación compuestos por colaboradores del ámbito académico y sanitario. Teniendo en cuenta las lagunas existentes, y con el objetivo de mejorar los resultados de los pacientes, se han establecido las siguientes prioridades en la investigación:

Enfoques del cribado (diferentes enfoques):

- ¿Cuál es la manera más efectiva de realizar un cribado o de dar una respuesta ante el maltrato en los siguientes grupos?:
 - Homosexuales.
 - Personas mayores.
 - Mujeres adolescentes (12-16).
 - Mujeres discapacitadas (física y mentalmente).
 - Emigrantes y recién llegados.
 - Población étnicamente diversificada.
 - Aborígenes.
 - Mujeres procedentes de comunidades rurales o aisladas.
- ¿Qué métodos de cribado son más efectivos?:
 - Entrevistas.
 - Herramientas estandarizadas.
 - Cuestionarios autoadministrados?
- ¿Cuál es el efecto sobre las mujeres de realizar el cribado con una determinada frecuencia?

Educación:

- Una vez finalizada la educación inicial, ¿qué estrategias se necesitan para apoyar el cribado en los centros?
- ¿Cuáles son las estrategias más efectivas, en la educación de los estudiantes de enfermería, para garantizar que incorporen el cribado al ejercicio de su profesión?

Resultados del cribado:

- ¿Cuáles son los resultados a corto y largo plazo del cribado y la respuesta ante el maltrato en los siguientes casos?:
 - Mujeres.
 - Enfermeras.
 - Sistema sanitario.
 - Organización comunitaria.
 - Otras comunidades.

El impacto en los niños:

- ¿Cuál es el impacto que tiene en los niños el hecho de que la mujer reconozca el maltrato en el cribado?

Evaluación y seguimiento de la Guía

Se anima a las instituciones que están implantando las recomendaciones de esta guía de buenas prácticas en enfermería, a que se planteen cómo se va a realizar el seguimiento y la evaluación de la implantación y su impacto. La siguiente tabla se basa en el marco que establece la RNAO en su *Herramienta: La implantación de las guías de práctica clínica (2002)* resume algunos de los indicadores propuestos para la evaluación y el seguimiento.

	Estructura	Proceso	Resultados
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluar los recursos disponibles en la organización, recursos que permiten que las enfermeras realicen el cribado del maltrato a la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluar los cambios en la práctica que permiten mejorar el cribado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evaluar el impacto de la implantación de las recomendaciones.
Institución/ Unidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión de la guía de buenas prácticas: <i>El maltrato a las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial</i> por parte de la organización a fin de determinar las implicaciones en las directrices. ■ Diseñar las sesiones de desarrollo profesional y de orientación. ■ Enfermera responsable identificada para respaldar el proceso de implantación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desarrollar directrices sobre el cribado del maltrato a la mujer en consonancia con la Guía. ■ Modificar las directrices existentes para adecuarlas al cribado del maltrato a la mujer. ■ Determinar el enfoque y las herramientas para realizar el cribado en el centro. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Número de protocolos con organizaciones externas que estén en consonancia con la Guía. ■ Satisfacción de los trabajadores.
Enfermera/ Profesional sanitario	<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de enfermeras que asisten a sesiones de desarrollo profesional y de orientación. ■ Compromiso de las enfermeras con el cribado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conocimientos autoevaluados por las enfermeras en los siguientes campos: <ul style="list-style-type: none"> • Dinámica del maltrato a la mujer. • Condiciones para el cribado. • Respuesta inicial cuando la víctima reconoce el maltrato. • Recursos para la derivación. • Procedimientos para la documentación. ■ Informes realizados por las propias enfermeras acerca de: <ul style="list-style-type: none"> • Cribado general para las mujeres a partir de los 12 años. • Educar a las mujeres sobre los motivos por los que se lleva a cabo el cribado. • Respaldar las decisiones de las mujeres. • Proporcionar la documentación adecuada. • Hacer comfortable el cribado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Documentación acerca de "formular la pregunta" en la historia clínica (auditoría de historias clínicas). ■ Las enfermeras modifican la práctica basada en las directrices o procedimientos y en las sesiones de desarrollo profesional y de orientación.

	Estructura	Proceso	Resultados
Paciente			<ul style="list-style-type: none"> ■ Porcentaje de mujeres sometidas al cribado. ■ Informe de la mujer: <ul style="list-style-type: none"> • La mujer debe conocer los motivos del cribado, sentir que se la escucha, que es respetada. • La mujer debe sentirse apoyada en sus decisiones.
Costes financieros	<ul style="list-style-type: none"> ■ Los centros sanitarios financian la participación de las enfermeras en las sesiones de desarrollo profesional y de orientación. ■ Recursos financieros adecuados para la implantación del cribado general rutinario. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coste de los programas educativos y de los recursos materiales. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Asignación general de recursos.

Estrategias de implantación

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario junto con el equipo de desarrollo de la Guía, ha recopilado una lista de estrategias de implantación que ayuden a las instituciones de atención sanitaria o a las profesiones sanitarias que estén interesadas en la implantación de esta Guía. A continuación se recoge un resumen de estas estrategias:

- Tener al menos una persona dedicada, como una enfermera o una enfermera clínica, que proporcione apoyo, experiencia clínica y liderazgo. Dicha persona también debe tener una buena capacidad de comunicación interpersonal y gestión de proyectos.
- Establecer un comité directivo integrado por los principales colaboradores y miembros comprometidos con liderar la iniciativa. Desarrollar un plan de acción para realizar un seguimiento de las actividades, las responsabilidades y los plazos.
- Ofrecer sesiones de formación y apoyo continuado para la implantación. Las sesiones educativas pueden consistir en presentaciones, una guía para el formador, folletos y estudios de casos. También se pueden utilizar carpetas, carteles y tarjetas para recordar la formación. La planificación de sesiones educativas interactivas incluye: resolver problemas, abordar asuntos que requieren una intervención inmediata y ofrecer la práctica de nuevas competencias (Davies & Edwards, 2004).
- El apoyo por parte de la institución que permita contar con las estructuras necesarias para facilitar la implantación. Por ejemplo: contratar a personal para que los participantes no se distraigan con los problemas del trabajo; tener una filosofía organizativa que refleje el valor de las buenas prácticas a través de las directrices y los procedimientos; y desarrollar nuevas herramientas de evaluación y documentación (Davies & Edwards, 2004).

Guías de buenas prácticas en enfermería

- Identificar y respaldar a los defensores de las buenas prácticas designados en cada unidad para promover y apoyar la implantación. Celebrar los hitos y logros, reconociendo el trabajo bien hecho (Davies & Edwards, 2004).
- Las organizaciones que implantan esta Guía deben considerar diversas estrategias de auto aprendizaje, aprendizaje de grupo, tutoría y refuerzo. Con el tiempo, estas estrategias contribuirán a la construcción de los conocimientos y la confianza de las enfermeras.
- La infraestructura necesaria para la implantación de la Guía incluye, aparte de las enfermeras experimentadas, el acceso a los recursos especializados. Es preciso orientar a los trabajadores en el uso de materiales específicos y planificar la formación continuada.
- Para implantar las guías correctamente, resulta de gran ayuda el trabajo en equipo, la evaluación colaborativa, y el abordaje interdisciplinar. Las derivaciones deben realizarse, cuando sea necesario, a los servicios o recursos pertinentes dentro de la organización y la comunidad.
- El programa avanzado de becas de práctica clínica de la RNAO (Advanced/Clinical Practice Fellowships o ACPF, por su nombre y siglas en inglés) es otra manera en que las enfermeras universitarias de Ontario pueden solicitar una beca y tener la oportunidad de trabajar con un tutor con gran experiencia clínica en el cribado y en la respuesta ante el maltrato a la mujer. Gracias al ACPF, la enfermera becaria tendrá la oportunidad de mejorar sus competencias en el cribado para dar respuesta ante el maltrato a la mujer.
- Identificar, desarrollar y respaldar a los defensores de las guías. Incluir, asimismo, a personas con experiencia en el tema, con las competencias adecuadas y con conocimientos sobre los principios de la educación para adultos. El objetivo es respaldar, desarrollar, supervisar y formar a otras enfermeras dentro de las organizaciones, de modo que se garantice la transferencia de conocimientos.

Aparte de las estrategias mencionadas anteriormente, la RNAO ha desarrollado recursos de implantación que se encuentran disponibles en su página web. Si se utiliza adecuadamente, una *herramienta* para la implantación de guías puede resultar de gran utilidad. En el *Anexo M* se puede consultar una breve descripción de esta *Herramienta*.

Hay una versión completa del documento en: <http://www.rnao.org/bestpractices>.



Proceso de actualización y revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar esta Guía de la siguiente forma:

1. Un equipo de especialistas (el equipo de revisión) revisará la Guía cada tres años a partir de la fecha de la última serie de revisiones.
2. Durante el periodo de tres años transcurrido entre el desarrollo y la revisión, los trabajadores del programa de la Guía revisarán regularmente la bibliografía relevante.
3. Basándose en los resultados de la revisión, el personal del programa puede recomendar que se adelante la revisión. Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia, así se facilita la decisión sobre la necesidad de adelantar la revisión.
4. Tres meses antes de que se lleve a cabo la revisión de los tres años, el personal del programa empezará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
 - a. Invitar a especialistas en la materia a que participen en el equipo de revisión. El equipo de revisión estará compuesto por miembros del equipo de desarrollo y de otros especialistas recomendados.
 - b. Recopilar las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación, y otros comentarios y experiencias de los centros de implantación.
 - c. Recopilar nuevas guías de práctica clínica del mismo campo, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones técnicas, investigación de ensayos controlados aleatorizados, y otros documentos que resulten interesantes.
 - d. Elaborar un plan de trabajo detallado con plazos y resultados esperados.

La publicación de la Guía revisada se llevará a cabo de acuerdo con las estructuras y procedimientos establecidos.

Referencias bibliográficas

- Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument. (2001). Available: <http://www.agreecollaboration.org>
- Asher, J., Crespo, E. I., & Sugg, N. K. (2001). Detection and treatment of domestic violence. *Contemporary OB/GYN*, **46**(9), 61-66.
- Berman, H., Hardesty, J., & Humphreys, J. (2003). Children of abused women. In J. Humphreys & J. C. Campbell (Eds.), *Family violence and nursing practice* (pp. 150-187). Philadelphia: Lippincott.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al. (1999). Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, **4**(4), 236-248.
- Bolin, L. & Elliot, B. (1996). Physician detection of family violence. Do buttons worn by doctors generate conversations about domestic abuse? *Minnesota Medicine*, **79**, 42-45.
- British Columbia Reproductive Care Program (2003). Intimate partner violence during the perinatal period. Available: <http://www.rcp.gov.bc.ca/Guidelines/Obstetrics/IPV.July.2003.Final.pdf>
- Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, **49**, 896-903.
- Butterworth, P. (2004). Lone mothers' experience of physical and sexual violence: Association with psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, **184**, 21-27.
- Campbell, J. & Campbell, D. W. (1996). Cultural competence in the care of abused women. *Journal of Nurse-Midwifery*, **41**(6), 457-462.
- Campbell, J. & Furniss, K. K. (2003). *Universal screening for domestic violence: Slide and script presentation package* (2 ed.). The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).
- Canadian Nurses Association. (2002). *Code of ethics for registered nurses*. Ottawa: Author.
- Canadian Nurses Protective Society. (1996a). Confidentiality of health information: Your client's right. *Info Law: A Legal Information Sheet for Nurses*, **1**, 1-2.
- Canadian Nurses Protective Society. (1996b). Quality documentation: Your best defense. *Info Law: A Legal Information Sheet for Nurses*, **1**, 1-2.
- Cohen, M. & Maclean, H. (2003). Violence against Canadian women. In *Women's Health Surveillance Report* (pp. 1-31). Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- Coker, A. L., Bethea, L., Smith, P. H., Fadden, M. K., & Brandt, H. M. (2002). Missed opportunities: Intimate partner violence in family practice settings. *Preventive Medicine*, **34**(4), 445-454.
- College of Nurses of Ontario. (2003). *Guide to nurses for providing culturally sensitive care*. Toronto: Author.
- College of Nurses of Ontario. (2004a). *Fact Sheet: Quality Assurance Reflective Practice*. Toronto: Author.
- College of Nurses of Ontario. (2004b). *Practice standard: Confidentiality and privacy – Personal health information*. Toronto: Author.
- College of Nurses of Ontario. (2004c). *Practice standard: Documentation*. Toronto: Author.
- Cornwall Community Hospital (2000). *Partner abuse sexual assault care team policy and procedure manual*. Cornwall, Ontario: Author.
- Cox, J., Bota, G. W., Carter, M., Bretzlaff-Michaud, J. A., Sahai, V., & Rowe, B. H. (2003). The incidence and prevalence of domestic violence in a northern emergency department. *Canadian Family Physician*, **50**, 90-97.
- Davidson, L., Grisso, J., Garcia-Moreno, C., Garcia, J., King, V., & Marchant, S. (2001). Training programs for healthcare professionals in domestic violence. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, **10**(10), 953-969.
- Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, **16** (1), 21-23.
- Day, T. (1995). *The health related costs of violence against women in Canada: The tip of the iceberg*. London, Ontario. Centre for Research on Violence Against Women and Children.
- DeKeseredy, W. & Schwartz, M. (1998). *Woman abuse on campus: Results from the Canadian National Survey*. Thousand Oaks: Sage.

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

Department of Health. (2000). Domestic violence: A resource manual for health care professionals. Available: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/53/79/04065379.pdf>

Department of Justice Canada. (2003). **Criminal Code of Canada**. Ottawa: Government of Canada.

DisAbleD Women's Network (DAWN) (1996). **We are those women! A training manual for working with women with disabilities in shelters and sexual assault centres**. Toronto: Author.

Eckert, L. O., Sugar, N., & Fine, D. (2002). Characteristics of sexual assault in women with a major psychiatric diagnosis. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, *186*, 1284-1291.

Education Centre Against Violence. (2001). **Routine screening for domestic violence in NSW health: An implementation package**. Paramatta: Author.

Ellis, J. M. (1999). Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. **Critical Care Nursing**, *22*(1), 27-41.

Family Violence Prevention Fund. (1999). Preventing domestic violence: Clinical guidelines on routine screening. Available: <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/Consensus.pdf>

Family Violence Prevention Fund. (2004). National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings. Available: <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=206>

Family Violence Prevention Fund's Research Committee. (2003). **The Family Violence Prevention Fund's review of the U.S. Preventive Services Task Force Draft Recommendation and Rationale Statement on Screening for Family Violence**. San Francisco: The Family Violence Prevention Fund.

Feldhaus, K. M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H. L., Norton I.M., Lowenstein, S. R., & Abbott, J. T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. **Journal of the American Medical Association**, *277*(17), 1357-1361.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. **American Journal of Preventive Medicine**, *14*(4), 245-258.

Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). **Guidelines for clinical practice: Directions for a new program**. Washington, DC: National Academy Press.

Fishwick, N. (1998). Assessment of women for partner abuse. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, *27*(6), 661-670.

Garcia, F. A. R. & Parsons, M. L. (2002). Effective screening for domestic violence in the inpatient obstetric setting. **Primary Care Update Ob/Gyns**, *9*(3), 94-97.

Geffner, R., Ivey, D., Koss, M. P., Murphy, B. C., Mio, J. S., & O'Neil, J. M. (2001). Intimate partner abuse and relationship violence. Committee on Divisions/APA Relations (CODAPAR). Available: <http://www.apa.org/pi/iparv.pdf>

Gerbert, B., Johnston, K., Caspers, N., Bleeker, T., Woods, A., & Rosenbaum, A. (1996). Experiences of battered women in health care settings: A qualitative study. **Women and Health**, *24*(3), 1-17.

Goff, H. W., Byrd, T. L., Shelton, A., & Parcel, G. S. (2001). Health care professionals' skills, beliefs, and expectations about screening for domestic violence in a border community. **Family Community Health**, *24*(1), 39-54.

Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M., Davies, B., & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, *31*, 599-611.

Graham, J. (2000). An unacceptable risk. **The Exceptional Parent**, *30*, 32-34.

Graham-Berman, S. A., & Edleson, J. L. (Eds.). (2001). **Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention and social policy**. Washington, DC: American Psychological Association.

Health Canada. (1999a). A handbook dealing with woman abuse and the Canadian criminal justice system: Guidelines for physicians. Available: http://www.phac-aspc.gc.ca/nctv-cnivf/familyviolence/pdfs/physician_e.pdf

Health Canada. (1999b). A handbook for health and social service professionals responding to abuse during pregnancy. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/pregnancy_e.pdf

- Health Canada. (1999c). Towards a healthy future: Second report on the health of Canadians. Available: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report/toward/index.html>
- Health Canada. (2002). Violence against women. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/facts_issues/facts_violence.htm
- Health Canada. (2003). Family violence in Canada: A statistical profile 2003. Available: www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/2003famvioprofil_e.pdf
- Hinderliter, D., Doughty, A. S., Delaney, K., Rogers Pitula, C., & Campbell, J. (2003). The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners' feelings of competence and ability to screen patients. *Journal of Nursing Education*, **42**, 449-454.
- Human Resources Development Canada. (1996). *National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY) – October 1996*. Ottawa: Government of Canada.
- Hyman, K. (1999). Dating violence among adolescents: Risk factors and implications for treatment and research. *Developments*, **13**, 5-8.
- Iavicoli, L., Givre, S., Wilets, I. F., Kriesman, E., & Amir, T. (2001). Cultural attitudes toward domestic violence. *Academic Emergency Medicine*, **8**(5), 462.
- Institute for Clinical Systems Improvement. (2002). Health care guideline: Domestic violence. Available: <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=170>
- Jaffe, P. & Wolff, D., & Wilson, D. (1990). *Children of battered women*. Newbury Park: Sage.
- Jones, C. & Bonner, M. (2002). Screening for domestic violence in an antenatal clinic. *Australian Journal of Midwifery: Professional Journal of the Australian College of Midwives Incorporated*, **15**, 14-20.
- Kearsey, K. (2002). Listening for silent screams. *Registered Nurse*, **14**(4), 12-17.
- Kimberg, L. (2001). Addressing intimate partner violence in primary care practice. *General Medicine*, **3**(1), 2-12.
- Koziol-McLain, J. & Campbell, J. (2001). Universal screening and mandatory reporting: An update on two important issues for victims/survivors of intimate partner violence. *Journal of Emergency Medicine*, **27**(6), 602-606.
- Kurz, D. (1990). Interventions with battered women in health care settings. *Violence and Victims*, **5**, 243-256.
- Larkin, G. L., Hyman, K. B., Mathias, S. R., D'Amico, F., & MacLeod, B. A. (1999). Universal screening for intimate partner violence in the emergency department: Importance of patient and provider factors. *Annals of Emergency Medicine*, **33**(6), 669-675.
- Leserman, J., Drossman, D. A., Zhiming, L., Toomey, T. C., Nachman, G., & Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, **58**, 4-15.
- Lloyd, S. & Taluc, N. (1999). The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, **5**, 370-392.
- London Abused Women's Centre [formerly The Battered Women's Advocacy Centre] (2001). *Safety resource kit for abused women*. London, Ontario: Author.
- Loughlin, S., Spinola, C., Stewart, L., Fanslow, J., & Norton, R. (2000). Emergency department staff responses to a protocol of care for abused women. *Health Education and Behavior*, **27**(5), 572-590.
- Lutenbacher, M., Cohen, A., & Mitzel, J. (2003). Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nursing*, **20**, 56-64.
- MacMillan, H. L. & Wathen, C. N. (2001). Prevention and treatment of violence against women: Systematic review and recommendations: Technical report. Available: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3657&nbr=2883
- Maher, A., Zillmer, D., Hadley, S., & Luedtke, L. (2002). Addressing family violence: A professional imperative. *Orthopaedic Nursing*, **21**, 10.
- Maiuro, R. D., Vitaliano, P. P., Sugg, N. K., Thompson, D. C., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2000). Development of a health care provider survey for domestic violence: Psychometric properties. *American Journal of Preventive Medicine*, **19**(4), 245-252.
- Malecha, A. (2003). Screening for and treating intimate partner violence in the workplace. *AAOHN Journal*, **51**(7), 310-316.
- Martin, F. & Younger-Lewis, C. (1997). More than meets the eye: Recognizing and responding to spousal abuse. *Canadian Medical Association Journal*, **157**(11), 1555-1558.
- McCaw, B., Berman, W. H., Syme, S. L., & Hunkeler, E. F. (2001). Beyond screening for domestic violence: A systems model approach in a managed care setting. *American Journal of Preventive Medicine*, **23**, 170-176.

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

- McClennen, J. C., Summers, A. B., & Daley, J. G. (2002). Lesbian partner abuse scale. *Research on Social Work Practice, 12*(2), 277-291.
- McFarlane, J., Hughes, R. B., Nosek, M. A., Groff, J. Y., Swedlend, N., & Dolen Mullen, P. (2001). Abuse Assessment Screen – Disability (AAS-D): Measuring frequency, type and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 10*(9), 861-866.
- Melnick, D., Maio, R., Blow, F., Hill, E., Wang, S., Pomerantz, R., et al. (2002). Prevalence of domestic violence and associated factors among women on a trauma service. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care, 53*, 33-37.
- Metro Woman Abuse Council. (2003). *Best practice guidelines for health care providers working with women who have been abused* (Rep. No. 401). Ontario Hospital Association.
- Mezey, G. (2001). Domestic violence in health settings. *Current Opinion in Psychiatry, 14*, 543-547.
- Middlesex-London Health Unit. (2000). *Task force on the health effects of woman abuse – Final report*. London, Ontario: Author.
- Ministry of Children and Youth Services. (2003). Reporting child abuse and neglect. Available: <http://www.children.gov.on.ca/CS/en/programs/ChildProtection/Publications/repChAbuse.htm>
- Ministry of Health. (2002). Family violence intervention guidelines: Child and partner abuse. Available: [www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a8de1720534369f6cc256c6d006eb15a/\\$FILE/family-violence.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a8de1720534369f6cc256c6d006eb15a/$FILE/family-violence.pdf)
- Ministry of Health, N. Z. (1998). Family Violence: Guidelines for health care sector providers to develop practice protocols. Available: [www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/\\$FILE/FamViol.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/$FILE/FamViol.pdf)
- Mueller, D. & Thomas, H. (2001). The effectiveness of public health interventions to reduce or prevent spousal abuse toward women. Available: www.city.hamilton.on.ca/PHCS/EPHPP/Research/Full-Reviews/SpousalAbuse.pdf
- Nelson, H. D., Nygren, P., & McInerney, Y. (2004). *Screening for family and intimate partner violence (Systematic evidence review)*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ontario Ministry of Information and Privacy. (2004). Personal Health Information Protection Act. Available: http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/English/04p03_e.htm#BK0
- Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario. (2004). *Women abuse in the perinatal period: Guidelines for care providers*. Ottawa: Author.
- Poirier, L. (1997). The importance of screening for domestic violence in all women. *The Nurse Practitioner, 22*, 105-122.
- Pottie Bunge, V. & Locke, D. (2000). *Family violence in Canada: A statistical profile 2000*. Ottawa: Canadian Centre for Justice Statistics.
- Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Application to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.
- Punukollu, M. (2003). Domestic violence: Screening made practical. *The Journal of Family Practice, 52*(7), 1-6.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L., & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *British Medical Journal, 325*, 314-318.
- Randall, M. & Haskell, L. (1995). Sexual violence in women's lives. Findings from the Women's Safety Project, a community based survey. *Violence Against Women, 1*(1), 6-31.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2002). *Toolkit: implementation of clinical practice guidelines*. Toronto, Canada: Author.
- Reynolds, C. & Schweitzer, A. (1998). *Responding to woman abuse: A protocol for health care professionals*. London: London Battered Women's Advocacy Centre.
- Robinson, J. R., Clements, K., & Land, C. (2003). Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, & predictors. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 41*(4), 32-41.
- Rodgers, L. (1994). Wife assault: The findings from a national survey. *Statistics Canada, 14*, 1-21.
- Rosovsky, L. & Inions, N. J. (2003). *Canadian health information: A practical legal and risk management guide* (3rd ed.). Markham: Butterworths.
- Ross, M. (2002). Nursing education and violence prevention, detection and intervention. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/2003nursviolence_e.pdf
- Sharps, P., Koziol-McLain, J., Campbell, J., McFarlane, J., Sachs, C., & Xu, X. (2001). Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Preventive Medicine, 33*(5), 373-380.

- Statistics Canada. (1994). **Violence against women survey 1993**. Ottawa: Author.
- Statistics Canada. (2000). **General social survey 1999**. Ottawa: Author.
- Statistics Canada. (2004). **Family violence in Canada: A statistical profile 2004**. Ottawa: Canadian Centre for Justice Statistics.
- Stevens, L. (2003). Improving screening of women for violence-basic guidelines for physicians. Available: www.medscape.com/viewprogram/2777_pnt
- Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., & Lavis, V., et al. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. **British Medical Journal**, *327*(7416), 673-676.
- The Medical Subcommittee of the Delaware Domestic Violence Coordinating Council (DVCC). (2000). Domestic violence: A resource manual for healthcare providers for the state of Delaware: Part 3: Health care provider's response. **Delaware Medical Journal**, *72*(12), 527-534.
- United Nations (1993). Declaration on the elimination of violence against women. Available: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>
- Waller, A. E., Hohenhaus, S. M., Shah, P. J., & Stern, E. A. (1996). Development and validation of an emergency department screening and referral protocol for victims of domestic violence. **Annals of Emergency Medicine**, *27*(6), 754-760.
- Wathen, C. N. & MacMillan, H. L. (2003). Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. **Canadian Medical Association Journal**, *169*(6), 582-584.
- Wiemann, C. M., Agurcia, C. A., Berenson, A. B., Volk, R. J., & Rickert, V. I. (2000). Pregnant adolescents: Experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. **Maternal and Child Health Journal**, *4*(2), 93-101.
- World Health Organization. (2002a). **World report on violence and health**. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2002b). **World report on violence and health: Summary**. Geneva: Author.
- Yick Flanagan, A. (2001). Domestic violence in ethnic minority communities: guidelines for healthcare providers. *Journal of Professional Nursing*, *17*(1), 33-39.

Bibliografía

- Alameda-Contra Costa Public Health Coalition (ACCMA). (1995). Domestic violence resource guide. Available: <http://www.accma.org/pdf/Domestic-Violence-Resource-Guide.pdf>
- American Medical Association. (2002). Case studies in disease prevention and health promotion: Intimate partner violence. Available: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/9212.html>
- American Medical Association. (2004). Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Available: <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/386/domesticviolence.pdf>
- Anderson, B. A., Hopp Marshak, H., & Hebbler, D. L. (2002). Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: Clustering routine clinical information. **Journal of Midwifery & Women's Health**, *47*(5), 353-359.
- Anglin, D. & Sachs, C. (2003). Preventative care in the emergency department: Screening for domestic violence in the emergency department. **Academy of Emergency Medicine Journal**, *10*(10), 1118-1127.
- Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument. (2001). Available: <http://www.agreecollaboration.org>
- Asher, J., Crespo, E. I., & Sugg, N. K. (2001). Detection and treatment of domestic violence. **Contemporary OB/GYN**, *46*(9), 61-66.
- Barcelona de Mendoza, V. (2001). Culturally appropriate care for pregnant Latina women who are victims of domestic violence. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, *30*(6), 579-588.
- Berk, R. A., Newton, P. J., & Berk, S. F. (1986). What a difference a day makes: An empirical study of the impact of shelters for battered women. **Journal of Marriage and Family**, *48*, 481-490.
- Berman, H., Ford-Gilboe, M., & Campbell, J. C. (1998). Combining stories and numbers: A methodological approach for a critical nursing science. **Advances in Nursing Science**, *21*, 1-15.

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

- Berman, H., Hardesty, J., & Humphreys, J. (2003). Children of abused women. In J. Humphreys & J. C. Campbell (Eds.), **Family violence and nursing practice** (pp. 150-187). Philadelphia: Lippincott.
- Berman, W., Hunkeler, E., & McGaw, B. (2003). Beyond screening for domestic violence: A systems model approach in a managed care setting. **American Journal of Preventive Medicine, 21**, 170-176.
- Betts-Cobau, T., Hoyer, P. P. (1997). Part I – Domestic violence: Are professional pledges such as the “Nightingale Pledge” obsolete? **The Journal of Perinatal Education, 6**(4), 17-27.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et al. (1999). Consensus development methods: Review of the best practice in creating clinical guidelines. **Journal of Health Services Research & Policy, 4**(4), 236-248.
- Bohn, D. K., Paluzzi, P., & Vivio, D. (2002). The American College of Nurse-Midwives Domestic Violence Education Project (DVEP). **International Journal of Gynecology and Obstetrics, 78**(1), S79-S82.
- Bolin, L. & Elliot, B. (1996). Physician detection of family violence. Do buttons worn by doctors generate conversations about domestic abuse? **Minnesota Medicine, 79**, 42-45.
- Bonhomme, S. & Ratcliffe, M. (1999). Working together toward the issue of conjugal violence: The work of an interdisciplinary task force. **Canadian Journal of Nursing Leadership, 12**(1), 23-26.
- Borwsky, I. & Ireland, M. (2002). Parental screening for intimate partner violence by pediatrician and family physicians. **Pediatrics, 110**(3), 509-516.
- Boyle, A., A. (2003). Routinely asking women about domestic violence: Injury may be acceptable in different healthcare environments and to different women. **British Medical Journal, 327**(7427), 1345.
- British Columbia Reproductive Care Program. (2003). Intimate partner violence during the perinatal period. Available: <http://www.rcp.gov.bc.ca/Guidelines/Obstetrics/IPV.July.2003.Final.pdf>
- Brookoff, D., O'Brien, K. K., Cook, C. S., Thompson, T. D., & Williams, C. (1997). Characteristics of participants in domestic violence. Assessment at the scene of domestic violence. **Journal of the American Medical Association, 277**(17), 1369-1373.
- Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G., & Pederson, L. L. (1996). Development of the woman abuse screening tool for use in family practice. **Family Medicine, 28**(6), 422-428.
- Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, G. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. **Journal of Family Practice, 49**, 896-903.
- Butterworth, P. (2004). Lone mothers' experience of physical and sexual violence: Association with psychiatric disorders. **British Journal of Psychiatry, 184**, 21-27.
- Calonge, N. (2004). Screening for family and intimate partner violence. Recommendation statement. **Annals of Internal Medicine, 140**, 382-386.
- Campbell, J. & Campbell, D. W. (1996). Cultural competence in the care of abused women. **Journal of Nurse-Midwifery, 41**(6), 457-462.
- Campbell, J. & Furniss, K. K. (2003). **Universal screening for domestic violence: Slide and script presentation package** (2 ed.). The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).
- Campbell, J., Snow Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P. et al. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. **Archives of Internal Medicine, 162**, 1157-1163.
- Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M. et al. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. **Journal of Public Health, 93**, 1089-1097.
- Canadian Nurses Association. (1992). Family violence: Clinical guidelines for nurses. Available http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/html/fvclinical_e.html
- Canadian Nurses Association. (2002). **Code of ethics for registered nurses**. Ottawa: Author.
- Canadian Nurses Protective Society. (1996a). Confidentiality of health information: Your client's right. **Info Law: A Legal Information Sheet for Nurses, 1**, 1-2.
- Canadian Nurses Protective Society. (1996b). Quality documentation: Your best defense. **Info Law: A Legal Information Sheet for Nurses, 1**, 1-2.

- Canadian Panel on Violence Against Women. (1993). ***Changing the landscape: Ending violence – Achieving equality***. Ottawa: Author.
- Canterino, J. C., VanHorn, L. G., Harrigan, J. T., Ananth, C. V., & Vintzileos, A. M. (1999). Domestic abuse in pregnancy: A comparison of a self-completed domestic abuse questionnaire with a directed interview. ***American Journal of Obstetrics and Gynecology***, *181*(5), 1049-1051.
- Chuang, C. H. & Liebschutz, J. (2002). Screening for intimate partner violence in the primary care setting: A critical review. ***Journal of Clinical Outcomes Management***, *9*, 565-571.
- Cohen, M. & Maclean, H. (2003). Violence against Canadian women. ***Women's Health Surveillance Report*** (pp. 1-31). Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- Coker, A. L., Bethea, L., Smith, P. H., Fadden, M. K., & Brandt, H. M. (2002). Missed opportunities: Intimate partner violence in family practice settings. ***Preventive Medicine***, *34*(4), 445-454.
- Coker, A. L., Pope, B. O., Smith, P. H., Sanderson, M., & Hussey, J. R. (2001). Assessment of clinical partner violence screening tools. ***Journal of the American Medical Women's Association***, *56*(1), 19-23.
- College of Nurses of Ontario. (2003). ***Guide to nurses for providing culturally sensitive care***. Toronto: Author.
- College of Nurses of Ontario. (2004a). ***Fact Sheet: Quality assurance reflective practice***. Toronto: Author.
- College of Nurses of Ontario. (2004b). ***Practice standard: Confidentiality and privacy – Personal health information***. Toronto: Author.
- College of Nurses of Ontario. (2004c). ***Practice standard: Documentation***. Toronto: Author.
- Commission on Chronic Illness. (1957). ***Chronic illness in the United States***. Cambridge: Harvard University Press.
- Community Legal Education Ontario. (2001). ***Sex, young people and the law*** [Pamphlet]. Author.
- Covington, D. L., Dalton, V. K., Diehl, S. J., Wright, B. D., & Piner, M. H. (1997). Improving detection of violence among pregnant adolescents. ***Journal of Adolescent Health***, *21*, 18-24.
- Cornwall Community Hospital (2000). ***Partner abuse sexual assault care team policy and procedure manual***. Cornwall, Ontario: Author.
- Covington, D. L., Diehl, S. J., Wright, B. D., & Piner, M. H. (1997). Assessing for violence during pregnancy using a systematic approach. ***Maternal and Child Health Journal***, *1*(2), 129-133.
- Cox, J., Bota, G. W., Carter, M., Bretzlaff-Michaud, J. A., Sahai, V., & Rowe, B. H. (2003). The incidence and prevalence of domestic violence in a northern emergency department. ***Canadian Family Physician***, *50*, 90-97.
- Davidhizar, R. E. & Giger, J. N. (Eds.). (1998). ***Canadian transcultural nursing: Assessment and intervention*** (pp. 3-19). St. Louis, Missouri: Mosby.
- Davidson, L., Grisso, J., Garcia-Moreno, C., Garcia, J., King, V., & Marchant, S. (2001). Training programs for healthcare professionals in domestic violence. ***Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine***, *10*(10), 953-969.
- Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. ***Registered Nurse Journal***, *16* (1), 21-23.
- Day, T. (1995). ***The health related costs of violence against women in Canada: The tip of the iceberg***. London, Ontario, Centre for Research on Violence Against Women and Children.
- DeKeseredy, W. & Schwartz, M. (1998). ***Woman abuse on campus: Results from the Canadian National Survey***. Thousand Oaks: Sage.
- Denham, D. & Gillespie, J. (1992). Wife abuse: A workplace issue. Available: www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/femgchange_e.html
- Department of Health. (2000). Domestic violence: A resource manual for health care professionals. Available: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/53/79/04065379.pdf>
- Department of Justice Canada. (2003). ***Criminal Code of Canada***. Ottawa: Government of Canada.
- Department of Justice. (2003). Dating violence: A fact sheet from the Department of Justice Canada. Available: <http://canada.justice.gc.ca/en/ps/fm/datingfs.html>
- Derk, S. & Reese, D. (1998). Rural health-care providers' attitudes, practices, and training experience regarding intimate partner violence – West Virginia, March 1997. ***Morbidity and Mortality Weekly Report***, *47*, 670-673.

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

- DiLoreto, S. (2001). Domestic violence: Detection and treatment. *Patient Care*, **35**, 68-78.
- DisAbleD Women's Network (DAWN) (1996). *We are those women! A training manual for working with women with disabilities in shelters and sexual assault centres*. Toronto: Author.
- Duxbury, F. (2003). Routinely asking women about domestic violence – Seeking the causes of disease, not routine inquiry, is good practice [Electronic version]. *British Medical Journal*, **327**(7427), 1345.
- Eckert, L. O., Sugar, N., & Fine, D. (2002). Characteristics of sexual assault in women with a major psychiatric diagnosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **186**, 1284-1291.
- Education Centre Against Violence. (2001). *Routine screening for domestic violence in NSW health: An implementation package*. Paramatta: Author.
- Ellis, J. M. (1999). Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in the emergency department. *Critical Care Nursing*, **22**(1), 27-41.
- Eyler, A. E. & Cohen, M. (1999). Case studies in partner violence [Electronic version]. *American Family Physician*, **60**(9), 2569-2576.
- Family Violence Prevention Fund. (1999). *Preventing domestic violence: Clinical guidelines on routine screening*. Available: <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/Consensus.pdf>
- Family Violence Prevention Fund. (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. Available: <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=206>
- Family Violence Prevention Fund's Research Committee. (2003). *The Family Violence Prevention Fund's review of the US Preventive Services Task Force Draft Recommendation and Rationale Statement on Screening for Family Violence*. San Francisco: The Family Violence Prevention Fund.
- Fanslow, J. L., Norton, R. N., & Spinola, C. G. (1998). Indicators of assault-related injuries among women presenting to the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, **32**(3), 341-365.
- Feldhaus, K. M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H. L., Norton I.M., Lowenstein, S. R., & Abbott, J. T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Journal of the American Medical Association*, **277**(17), 1357-1361.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, **14**(4), 245-258.
- Ferris, L. E. (2004). Intimate partner violence: Doctors should offer referral to existing interventions, while better evidence is awaited. *British Medical Journal*, **328**, 595-596.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Fisher, M., Yassour-Borochowitz, D., & Neter, E. (2003). Domestic abuse in pregnancy: Results from a phone survey in Northern Israel. *Israel Medical Association Journal*, **5**, 35-39.
- Fishwick, N. (1998). Assessment of women for partner abuse. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **27**(6), 661-670.
- Fitzpatrick, M. (2003). Routinely asking women about domestic violence – Ill considered professional interference in personal relationships will prove damaging [Electronic version]. *British Medical Journal*, **327**(7427), 1345b.
- Flitcraft, A. (1997). Learning from the paradoxes of domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, **277**(17), 1400-1401.
- Fogarty, C. T. & Brown, J. B. (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *Journal of the American Board of Family Practice*, **15**, 101-111.
- Fogarty, C. T., Burge, S., & McCord, E. C. (2002). Communicating with patients about intimate partner violence: Screening and interviewing approaches. *Family Medicine*, **34**(15), 369-375.
- Furbee, P. M., Sikora, R., Williams, J. M., & Derk, S. J. (1998). Comparison of domestic violence screening methods: A pilot study. *Annals of Emergency Medicine*, **31**(4), 495-501.

- Gadomski, A. M., Wolff, D., Tripp, M., Lewis, C., & Short, L. M. (2001). Changes in health care providers' knowledge, attitudes, beliefs, and behaviors regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. *Academic Medicine, 76*, 1045-1051.
- Gaines, K. A., & Bickford, A. (1997). Part II – Abuse and pregnancy: What every childbirth educator/nurse should know. *Journal of Perinatal Education, 6*(4), 28-38.
- Gantt, L. (1999). Screening for domestic violence: How one hospital network started asking about abuse. *AWHONN Lifelines, 3*, 36-42.
- Garcia, F. A. R. & Parsons, M. L. (2002). Effective screening for domestic violence in the inpatient obstetric setting. *Primary Care Update Ob/Gyns, 9*(3), 94-97.
- Geffner, R., Ivey, D., Koss, M. P., Murphy, B. C., Mio, J. S., & O'Neil, J. M. (2001). Intimate partner abuse and relationship violence. Committee on Divisions/APA Relations (CODAPAR). Available: <http://www.apa.org/pi/parv.pdf>
- Gerard, M. (2000). Domestic violence: How to screen and intervene. *RN, 63*(12), 52-58.
- Gerbert, B., Johnston, K., Caspers, N., Bleeker, T., Woods, A., & Rosenbaum, A. (1996). Experiences of battered women in health care settings: A qualitative study. *Women and Health, 24*(3), 1-17.
- Glass, N., Dearwater, S., & Campbell, J. (2001). Intimate partner violence screening and intervention: Data for eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *Journal of Emergency Nursing, 27*(2), 141-149.
- Goff, H. W., Byrd, T. L., Shelton, A., & Parcel, G. S. (2001). Health care professionals' skills, beliefs, and expectations about screening for domestic violence in a border community. *Family Community Health, 24*(1), 39-54.
- Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M., Davies, B., & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 31*, 599-611.
- Graham, J. (2000). An unacceptable risk. *The Exceptional Parent, 30*, 32-34.
- Graham-Berman, S. A., & Edleson, J. L. (Eds.). (2001). *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention and social policy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Griffin, M. P. & Koss, M. P. (2002). Clinical screening and intervention in cases of partner violence [Electronic version]. *Journal of Issues in Nursing, 7*, 1-11.
- Grisso, J. A., Schwarz, D. F., Hirschinger, N., Sammel, M., Brensinger, C., Santanna, J., et al. (1999). Violent injuries among women in an urban area. *The New England Journal of Medicine, 341*(25), 1899-1929.
- Health Canada. (1999a). A handbook dealing with woman abuse and the Canadian criminal justice system: Guidelines for physicians. Available: http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/pdfs/physician_e.pdf
- Health Canada. (1999b). A handbook for health and social service professionals responding to abuse during pregnancy. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/pregnancy_e.pdf
- Health Canada. (1999c). Towards a healthy future: Second report on the health of Canadians. Available: <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report/toward/index.html>
- Health Canada. (2001). Woman abuse: Fact sheet. Available: www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/html/femviof_e.html
- Health Canada. (2002). Violence against women. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/english/women/facts_issues/facts_violence.htm
- Health Canada. (2003). *Family violence in Canada: A statistical profile 2003*. Available: www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/2003famvioprofil_e.pdf
- Hegarty, K., Gunn, J., Chondros, P., & Small, R. (2004). Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: Descriptive, cross sectional survey. *British Medical Journal, 328*, 621-624.
- Hinderliter, D., Doughty, A. S., Delaney, K., Rogers Pitula, C., & Campbell, J. (2003). The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners' feelings of competence and ability to screen patients. *Journal of Nursing Education, 42*, 449-454.
- Hollander, J. E., Schears, R. M., Shofer, F. S., Baren, J. M., Moretti, L. M., & Datner, E. M. (2001). The effect of written informed consent on detection of violence in the home. *Academic Emergency Medicine, 8*(10), 974-979.
- Hotch, D., Grunfeld, A., Mackay, K., & Ritch, L. (1996). Policy and procedures for domestic violence patients in Canadian emergency departments: A national survey. *Journal of Emergency Nursing, 22*(4), 278-282.

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

- Hsiao-Rei, M. & Zhonghe, L. (2003). Partner violence and major depression in women: A community study of Chinese Americans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **191**, 722-729.
- Human Resources Development Canada. (1996). *National longitudinal survey of children and youth (NLSCY) – October 1996*. Ottawa: Government of Canada.
- Hyman, K. (1999). Dating violence among adolescents: Risk factors and implications for treatment and research. *Developments*, **13**, 5-8.
- Hyman, I., Guruge, S., Stewart, D. E., & Ahmad, F. (2000). Primary prevention of violence against women. *Women's Health Issues*, **10**, 288-293.
- Iavicoli, L., Givre, S., Wilets, I. F., Kriesman, E., & Amir, T. (2001). Cultural attitudes toward domestic violence. *Academic Emergency Medicine*, **8**(5), 462.
- Information and Privacy Commissioner. (2004). A guide to the Personal Health Information Privacy Act. Available: <http://ipc.on.ca>
- Information and Privacy Commissioner. (2004). Frequently asked questions: Health Information Privacy Act. Available: http://www.ipc.on.ca/scripts/index.asp?action=31&P_ID=14971&N_ID=1&PT_ID=31&U_ID=0
- Institute for Clinical Systems Improvement. (2002). Health care guideline: Domestic violence. Available: <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=170>
- Intimate Partner Abuse and Relationship Violence Working Group. (2002). Intimate partner abuse and relationship violence. Available: <http://www.apa.org/pi/iparv.pdf>
- Jaffe, P. & Wolff, D., & Wilson, D. (1990). *Children of battered women*. Newbury Park: Sage.
- Jones, C. & Bonner, M. (2002). Screening for domestic violence in an antenatal clinic. *Australian Journal of Midwifery: Professional Journal of the Australian College of Midwives Incorporated*, **15**, 14-20.
- Kearsey, K. (2002). Listening for silent screams. *Registered Nurse*, **14**, 12-17.
- Kimberg, L. (2001). Addressing intimate partner violence in primary care practice. *General Medicine*, **3**(1), 2-12.
- Koziol-McLain, J. & Campbell, J. (2001). Universal screening and mandatory reporting: An update on two important issues for victims/survivors of intimate partner violence. *Journal of Emergency Medicine*, **27**(6), 602-606.
- Koziol-McLain, J., Coates, C. J., & Lowenstein, S. R. (2001). Predictive validity of a screen for partner violence against women. *American Journal of Preventive Medicine*, **21**(2), 93-100.
- Kropp, P. R. & Hart, S. D. (2000). The spousal assault risk assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, **24**, 101-118.
- Kurz, D. (1990). Interventions with battered women in health care settings. *Violence and Victims*, **5**, 243-256.
- Larkin, G. L., Hyman, K. B., Mathias, S. R., D'Amico, F., & MacLeod, B. A. (1999). Universal screening for intimate partner violence in the emergency department: Importance of patient and provider factors. *Annals of Emergency Medicine*, **33**(6), 669-675.
- Leininger, M. (2000). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practices*. Toronto: McGraw-Hill.
- Leininger, M. M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. Mississauga: Jones & Bartlett.
- Leserman, J., Drossman, D. A., Zhiming, L., Toomey, T. C., Nachman, G., & Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, **58**, 4-15.
- Lloyd, S. & Taluc, N. (1999). The effects of male violence on female employment. *Violence Against Women*, **5**, 370-392.
- London Abused Women's Centre [formerly The Battered Women's Advocacy Centre] (2001). *Safety resource kit for abused women*. London, Ontario: Author.
- Loughlin, S., Spinola, C., Stewart, L., Fanslow, J., & Norton, R. (2000). Emergency department staff responses to a protocol of care for abused women. *Health Education and Behavior*, **27**(5), 572-590.
- Lutenbacher, M., Cohen, A., & Mitzel, J. (2003). Do we really help? Perspectives of abused women. *Public Health Nursing*, **20**, 56-64.
- MacMillan, H. L. & Wathen, C. N. (2001). Prevention and treatment of violence against women: systematic review and recommendations: Technical report. Available: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3657&nbr=2883

- Maher, A., Zillmer, D., Hadley, S., & Luedtke, L. (2002). Addressing family violence: A professional? imperative. *Orthopaedic Nursing, 21*, 10.
- Maiuro, R. D., Vitaliano, P. P., Sugg, N. K., Thompson, D. C., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2000). Development of a health care provider survey for domestic violence: Psychometric properties. *American Journal of Preventive Medicine, 19*(4), 245-252.
- Malecha, A. (2003). Screening for and treating intimate partner violence in the workplace. *AAOHN Journal, 51*(7), 310-316.
- Mallam, K., Metcalf, B., Kirkby, J., Voss, L., & Wilkin, T. (2003). Contribution of timetabled physical education to total physical activity in primary school children: Cross sectional study. *British Medical Journal, 327*, 592-593.
- Martin, F. & Younger-Lewis, C. (1997). More than meets the eye: Recognizing and responding to spousal abuse. *Canadian Medical Association Journal, 157*(11), 1555-1558.
- Mattson, S. & Rodriguez, E. (1999). Battering in pregnant Latinos. *Issues in Mental Health Nursing, 20*, 405-422.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., et al. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association, 277*(17), 1362-1368.
- McCaw, B., Berman, W. H., Syme, S. L., & Hunkeler, E. F. (2001). Beyond screening for domestic violence: A systems model approach in a managed care setting. *American Journal of Preventive Medicine, 23*, 170-176.
- McClennen, J. C., Summers, A. B., & Daley, J. G. (2002). Lesbian partner abuse scale. *Research on Social Work Practice, 12*(2), 277-291.
- McFarlane, J., Hughes, R. B., Nosek, M. A., Groff, J. Y., Swedlend, N., & Dolen Mullen, P. (2001). Abuse Assessment Screen – Disability (AAS-D): Measuring frequency, type and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 10*(9), 861-866.
- McMullen O'Brien, S. (2002). Staying alive: A client with chronic mental illness in an environment of domestic violence. *Holistic Nursing Practice, 16*, 16-23.
- Melnick, D., Maio, R., Blow, F., Hill, E., Wang, S., Pomerantz, R., et al. (2002). Prevalence of domestic violence and associated factors among women on a trauma service. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care, 53*, 33-37.
- Metro Woman Abuse Council. (2003). *Best practice guidelines for health care providers working with women who have been abused* (Rep. No. 401). Ontario Hospital Association.
- Mezey, G. (2001). Domestic violence in health settings. *Current Opinion in Psychiatry, 14*, 543-547.
- Middlesex-London Health Unit. (2000). *Task force on the health effects of woman abuse – Final report*. London, Ontario, Canada: Author.
- Middlesex-London Health Unit. (2002). The health effects of woman abuse: The RUCS protocol – Routine universal comprehensive screening [Pamphlet]. Author.
- Ministry of Children and Youth Services. (2000). Child Protection Act. Available: http://192.75.156.68/DBLaws/Statutes/English/96h02_e.htm
- Ministry of Children and Youth Services. (2003). Reporting child abuse and neglect. Available: <http://www.children.gov.on.ca/CS/en/programs/ChildProtection/Publications/repChAbuse.htm>
- Ministry of Health. (1998). Family violence: Guidelines for health care sector providers to develop practice protocols. Available: [www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/\\$FILE/FamViol.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/$FILE/FamViol.pdf)
- Ministry of Health. (2002). Family violence intervention guidelines: Child and partner abuse. Available: [www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a8de1720534369f6cc256c6d006eb15a/\\$FILE/family-violence.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a8de1720534369f6cc256c6d006eb15a/$FILE/family-violence.pdf)
- Ministry of Health and Long-Term Care Public Health. (2003). The Public Health and Epidemiology Report Ontario. Available: http://www.searchontario.gov.on.ca/cgi-bin/moh/format_sr.pl?query=patterns+of+screening+for+woman+abuse&offset=0&language=en&url=http%3A%2F%2Fwww.health.gov.on.ca
- Mueller, D. & Thomas, H. (2001). The effectiveness of public health interventions to reduce or prevent spousal abuse toward women. Available: www.city.hamilton.on.ca/PHCS/EPHPP/Research/Full-Reviews/SpousalAbuse.pdf
- Nelson, H. D., Nygren, P., McInerney, Y., & Klein, J. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine, 140*, 387-396.

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

- Nelson, H. D., Nygren, P., & McInerney, Y. (2004). **Screening for family and intimate partner violence (Systematic evidence review)**. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Nucero, P. & O'Conner, P. (2002). Identification of domestic violence in the emergency department. **New Jersey Nurse, 32**, 1-3.
- Ohio Domestic Violence Network. (2003). **Promising practices: Standards for domestic violence programs in Ohio**. ODVN Promising Practices Program Standards for Domestic Violence Programs.
- Ontario Ministry of Information and Privacy. (2004). Personal Health Information Protection Act. Available: http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/English/04p03_e.htm#BK0
- Oriel, K. A. & Fleming, M. F. (1998). Screening men for partner violence in a primary care setting: A new strategy for detecting domestic violence. **The Journal of Family Practice, 46**(6), 493-236.
- Osattin, A. & Short, L. M. (1998). Intimate partner violence and sexual assault: A guide to training materials and programs for health care providers. Available: <http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/pdf/newguide.pdf>
- Paluzzi, P., Gaffikin, L., & Nanda, J. (2000). The American College of Nurse-Midwives domestic violence education project: Evaluation and results. **Journal of Midwifery & Women's Health, 45**(5), 384-391.
- Papadopoulos, I. & Lees, S. (2001). Developing culturally competent researchers. **Journal of Advanced Nursing, 37**, 258-264.
- Paranjape, A. & Liebschutz, J. (2003). STaT: A three question screen for intimate partner violence. **Journal of Women's Health, 12**, 233-239.
- Parkinson, G. W., Adams, R. C., & Emerling, F. G. (2001). Maternal domestic violence screening in an office based pediatric practice. **Pediatrics, 108**(3), 1-9.
- Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario. (2004). **Women abuse in the perinatal period: Guidelines for care providers**. Ottawa: Author.
- Pinn, V. W. & Chunko, M. T. (1997). The diverse faces of violence: minority women and domestic abuse. **Academic Medicine, 72**(1), 65-71.
- Poirier, L. (1997). The importance of screening for domestic violence in all women. **The Nurse Practitioner, 22**, 105-122.
- Pottie Bunge, V. & Locke, D. (2000). **Family violence in Canada: A statistical profile 2000**. Ottawa: Canadian Centre for Justice Statistics.
- Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Application to addictive behaviors. **American Psychologist, 47**, 1102-1114.
- Punukollu, M. (2003). Domestic violence: Screening made practical. **The Journal of Family Practice, 52**(7), 1-6.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year update review: Child sexual abuse. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42**, 269-278.
- Rabin, B., Markus, E., & Voghera, N. (1999). A comparative study of Jewish and Arab battered women presenting in the emergency room of a general hospital. **Social Work in Health Care, 29**(2), 69-84.
- Ramsay, J., Richardson, J., Carter, Y. H., Davidson, L. L., & Feder, G. (2002). Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. **British Medical Journal, 325**, 314-318.
- Randall, M. & Haskell, L. (1995). Sexual violence in women's lives. Findings from the Women's Safety Project, a community based survey. **Violence Against Women, 1**(1), 6-31.
- Read, J. & Fraser, A. (1998). Abuse histories of psychiatric inpatients: To ask or not to ask? **Psychiatric Services, 49**, 355-359.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2002). **Toolkit: implementation of clinical practice guidelines**. Toronto, Canada: Author.
- Renker, P. R. (2002). "Keep a blank face. I need to tell you what has been happening to me." Teens' stories of abuse and violence before and during pregnancy. **American Journal of Maternal Child Nursing, 27**(2), 109-116.
- Reynolds, C. & Schweitzer, A. (1998). **Responding to woman abuse: A protocol for health care professionals**. London: London Battered Women's Advocacy Centre.
- Rhodes, K. V., Lauderdale, D. S., He, T., Howes, D. S., & Levinson, W. (2002). "Between me and the computer": Increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire. **Annals of Emergency Medicine, 40**(5), 476-495.

- Robinson, J. R., Clements, K., & Land, C. (2003). Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, & predictors. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, *41*(4), 32-41.
- Rodgers, L. (1994). Wife assault: The findings from a national survey. *Statistics Canada*, *14*, 1-21.
- Rodriquez, M., Szkupinski Quiroga, S., & Bauer, H. (1996). Breaking the silence: Battered women's perspective on medical care. *Archives of Family Medicine*, *5*(3), 153-158.
- Rosovsky, L. & Inions, N. J. (2003). *Canadian health information: A practical legal and risk management guide* (3rd ed.). Markham: Butterworths.
- Ross, M. (2002). Nursing education and violence prevention, detection and intervention. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/2003nursviolence_e.pdf
- San Francisco Medical Society. (2003). Domestic violence: A practical approach for clinicians. Available: www.sfms.org/brochure.html
- Santa Clara County Domestic Violence Council. (2003). Domestic violence protocol for health providers. Available: www.growing.com/nonviolent/protocol/sccdvp.php.htm
- Senseman, R. L. (2002). Screening for intimate partner violence among gay and lesbian patients in primary care. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, *6*(4), 27-32.
- Sharps, P., Koziol-McLain, J., Campbell, J., McFarlane, J., Sachs, C., & Xu, X. (2001). Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Preventive Medicine*, *33*(5), 373-380.
- Shepard, M. F., Elliot, B. A., Falk, D. R., & Regal, R. R. (1999). Public health nurses' response to domestic violence: A report from the Enhanced Domestic Abuse Intervention Project. *Public Health Nursing*, *16*, 359-366.
- Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X.-Q., Zitter, R. E., & Shakil, A. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, *30*(7), 508-512.
- Short, L. M. & Rodriguez, R. (2002). Testing an intimate partner violence assessment icon form with battered migrant and seasonal farmworker women. *Women and Health*, *35*, 181-192.
- Shoultz, J., Phillion, N., Noone, J., & Tanner, B. (2002). Listening to women: Culturally tailoring the violence prevention guidelines from the Put Prevention into Practice program. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *14*(7), 307-315.
- Sitterding, H. A., Adera, T., & Shields-Fobbs, E. (2003). Spouse/partner violence education as a predictor of screening practices among physicians. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, *23*, 54-63.
- Smith, E. (2004). Nowhere to turn? Responding to partner violence against immigrant and visible minority women. Available: http://www.ccsd.ca/pubs/2004/nowhere/nowhere_to_turn.pdf
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. (1996). Violence against women. SOGC Clinical Practice Guidelines Available: www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps46.pdf
- Statistics Canada. (1994). *Violence against women survey 1993*. Ottawa: Author.
- Statistics Canada. (2000). *General social survey 1999*. Ottawa: Author.
- Statistics Canada. (2004). *Family violence in Canada: A statistical profile 2004*. Ottawa: Canadian Centre for Justice Statistics.
- Stevens, L. (2003). Improving screening of women for violence-basic guidelines for physicians. Available: www.medscape.com/viewprogram/2777_pnt
- Stringham, P. (1999). Domestic Violence. *Mental Health*, *26*(2), 373-384.
- Suderman, M. & Jaffe, P. (1993). Violence in teen dating relationships: Evaluation of a large scale primary prevention program. Executive summary. Available: <http://www.lfcc.on.ca/teendate.htm>
- Swenson-Britt, E., Thornton, J. E., Hoppe, S. K., & Brackley, M. H. (2001). A continuous improvement process for health providers of victims of domestic violence. *Journal on Quality Improvement*, *27*(10), 540-554.
- Taft, A., Broom, D. H., & Legge, D. (2004). General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: Qualitative study. *British Medical Journal*, *10*, 1-4.
- Taket, A., Nurse, J., Smith, K., Watson, J., Shakespeare, J., & Lavis, V., et al. (2003). Routinely asking women about domestic violence in health settings. *British Medical Journal*, *327*(7416), 673-676.

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

The Medical Subcommittee of the Delaware Domestic Violence Coordinating Council (DVCC) (2000). Domestic Violence: a resource manual for healthcare providers for the state of Delaware: Part 3: Health care provider's response. *Delaware Medical Journal*, **72**(12), 527-534.

Tjaden, P. & Thoennes, N. (1998). *Prevalence, incidence and consequences of violence against women: Findings from the National Violence against Women survey* (Rep. No. NCJ 172837). U.S. Department of Justice.

United Nations. (1993). Declaration on the elimination of violence against women. Available: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

Vann, A. A. (2003). *Developing culturally-relevant responses to domestic abuse*. National Resource Center on Domestic Violence. Available: http://www.vawnet.org/NRCDVPublications/TAPE/Papers/NRCDV_Asha.pdf#page=3

Waller, A. E., Hohenhaus, S. M., Shah, P. J., & Stern, E. A. (1996). Development and validation of an emergency department screening and referral protocol for victims of domestic violence. *Annals of Emergency Medicine*, **27**(6), 754-760.

Warshaw, C., Ganley, A. L., & Salber, P. R. (1993). *Improving the health care response to domestic violence: A resource manual for health care providers*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund.

Wasson, J. H., Jette, A. M., Anderson, J., Johnson, D. J., Nelson, E. C., & Kilo, C. M. (2000). Routine, single-item screening to identify abusive relationships in women. *The Journal of Family Practice*, **49**(11), 1017-1022.

Wathen, C. N. & MacMillan, H. L. (2003). Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal*, **169**(6), 582-584.

Webster, J., Stratigos, S. M., & Grimes, K. M. (2001). Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting. *Midwifery*, **17**, 289-294.

Weiss, S., Garza, A., Casaletto, J., Stratton, M., Ernst, A., Blanton, D. et al. (2000). The out-of-hospital use of a domestic violence screen for assessing patient risk. *Prehospital Emergency Care*, **4**, 24-27.

Weiss, S., Ernst, A., Cham, E., & Nick, T. G. (2003). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence and Victims*, **18**, 131-141.

Wiemann, C. M., Agurcia, C. A., Berenson, A. B., Volk, R. J., & Rickert, V. I. (2000). Pregnant adolescents: Experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Maternal and Child Health Journal*, **4**(2), 93-101.

Wiist, W. H. & McFarlane, J. (1999). The effectiveness of an abuse assessment protocol in public health prenatal clinics. *American Journal of Public Health*, **89**(8), 1217-1221.

Williams, G. B., Dou, M., & Leal, C. C. (2003). Violence against pregnant women: These two screening tools may prove valuable in identifying women at risk. *AWHONN Lifelines*, **7**(4), 348-354.

World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2002). *World report on violence and health: Summary*. Geneva: Author.

Wright, C. (1996). The aftermath of tragedy... the Dunblane massacre. *Nursing Times*, **92**(13), 18-19.

Yick Flanagan, A. (2001). Domestic violence in ethnic minority communities: Guidelines for healthcare providers. *Journal of Professional Nursing*, **17**(1), 33-39.

Yoshihama, M., Clum, K., Cramptom, A., & Gillespie, B. (2002). Measuring the lifetime experience of domestic violence: Application of the life history calendar method. *Violence and Victims*, **17**(3), 297-317.

Anexo A: Estrategia de búsqueda de la evidencia existente

PASO 1 - Búsquedas en bases de datos

Una biblioteca universitaria de ciencias de la salud realizó una búsqueda en bases de datos sobre las guías existentes de maltrato a la mujer y violencia doméstica. Se llevó a cabo una búsqueda de artículos y guías publicados entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2003 en las bases de datos de MEDLINE, EMBASE y CINAHL. Los términos utilizados para la búsqueda fueron los siguientes: "violencia doméstica (maltrato físico o sexual a manos del cónyuge o pareja)", "violencia contra las mujeres", "violencia ejercida por la pareja", "abuso a manos de la pareja", "abuso a manos del cónyuge", "cribado", "evaluación", "guía/s de práctica", "guía/s de práctica clínica", "estándares", "documento/s de consenso", "consenso/s", "guías basadas en la evidencia" y "guías de buenas prácticas".

PASO 2 – Búsqueda estructurada de páginas web

Una persona se encargó de buscar una lista de 49 páginas web con contenidos relacionados con el área temática. Esta lista, revisada y actualizada en octubre de 2003, se confeccionó en función de los conocimientos existentes sobre las páginas web que abordan la práctica basada en la evidencia, los impulsores de guías conocidos, y las recomendaciones de la literatura. Se dejó constancia de la existencia o ausencia de guías en todas las páginas en las que se buscó, así como la fecha de la búsqueda. En ocasiones las páginas web no albergaban una guía, pero remitían a otra página web o fuente de información en la que se podía consultar. Las guías podían descargarse si estaba disponible el texto completo, o bien solicitarlas por teléfono o correo electrónico.

- Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahcpr.gov>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research – Health Technology Assessment: <http://www.ahfmr.ab.ca//hta>
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines: <http://www.albertadoctors.org>
- American College of Chest Physicians: <http://www.chestnet.org/education/hsp/guidelines.php>
- American Medical Association: <http://www.ama-assn.org>
- British Medical Journal – Clinical Evidence: <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: <http://www.ccohta.ca>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care: <http://www.ctfphc.org>
- Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov>
- Centre for Evidence-Based Mental Health: <http://cebmh.com>
- Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy: <http://www.aston.ac.uk/lhs/research/med/EvidenceBP/ebmpacks.jsp>
- Centre for Health Evidence: <http://www.cche.net/che/home.asp>
- Centre for Health Services and Policy Research: <http://www.chspr.ubc.ca>
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST): <http://www.crestni.org.uk>
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Database of Systematic Reviews: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness: http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_cldare_articles_fs.html
- Evidence-based On-Call: <http://www.eboncall.org>
- Government of British Columbia – Ministry of Health Services: <http://www.hlth.gov.bc.ca/msp/protoguides/index.html>

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

- Institute for Clinical Systems Improvement: <http://www.icsi.org/index.asp>
- Institute of Child Health: <http://www.ich.ucl.ac.uk/ich>
- Joanna Briggs Institute: <http://www.joannabriggs.edu.au/about/home.php>
- Medic8: <http://www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm>
- Medscape Women's Health: <http://www.medscape.com/womenshealthhome>
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness: <http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence>
- National Guideline Clearinghouse: <http://www.guidelines.gov>
- National Institute for Clinical Excellence: <http://www.nice.org.uk>
- National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat>
- Netting the Evidence: A SchARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet: <http://www.shef.ac.uk/scharr/ir/netting>
- New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz>
- NHS Centre for Reviews and Dissemination: <http://www.york.ac.uk/inst/crd>
- NHS Nursing & Midwifery Practice Dev. Unit: <http://www.nris.gcal.ac.uk/nmpdu.htm>
- NHS R & D Health Technology Assessment Programme: <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/ProjectData/index.asp>
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>
- Queen's University at Kingston: <http://post.queensu.ca/~bhc/gim/cpgs.html>
- Royal College of General Practitioners: <http://www.rcgp.org.uk>
- Royal College of Nursing: <http://www.rcn.org.uk/index.php>
- Royal College of Physicians: <http://www.rcplondon.ac.uk>
- Sarah Cole Hirsh Institute: <http://fpb.cwru.edu/HirshInstitute>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: <http://www.sign.ac.uk>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada Clinical Practice Guidelines: http://www.sogc.medical.org/sogcnet/index_e.shtml
- The Canadian Cochrane Network and Centre: <http://cochrane.mcmaster.ca>
- The Qualitative Report: <http://www.nova.edu/ssss/OR>
- Trent Research Information Access Gateway: <http://www.shef.ac.uk/scharr/triage/TRIAGEindex.htm>
- TRIP Database: <http://www.tripdatabase.com>
- U.S. Preventive Service Task Force: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>
- University of California, San Francisco: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/index.html>
- University of Laval – Directory of Clinical Information Websites: <http://132.203.128.28/medecine>
- University of York – Centre for Evidence-Based Nursing: <http://www.york.ac.uk/healthsciences/centres/evidence/cebn.htm>

PASO 3 - Búsqueda de páginas web con el buscador

Se realizó un búsqueda en Internet de las guías existentes sobre maltrato a las mujeres con el motor de búsqueda "Google" y utilizando los términos mencionados anteriormente. Una persona se encargó de esta labor, tomó nota de los resultados de la búsqueda, de las páginas web revisadas, de la fecha y realizó un resumen de los resultados. Más tarde, una segunda persona realizó una revisión crítica de los resultados de la búsqueda, e identificó guías y documentos a los que no se había recurrido con anterioridad.

PASO 4 - Búsqueda manual/contribuciones del equipo

Asimismo, los miembros del equipo ya disponían de algunas de las guías identificadas. En algunos casos, los miembros del equipo identificaron una guía que no se encontró siguiendo las estrategias de búsqueda anteriores. Se trataba de guías desarrolladas por grupos locales o por asociaciones profesionales específicas. Gracias a esta estrategia se obtuvo otra guía más.

PASO 5 – Criterios básicos de cribado

Gracias a este método de búsqueda se hallaron 24 guías, varias revisiones sistemáticas y abundantes artículos relacionados con el maltrato a la mujer.

Para determinar si la guía de práctica clínica debía someterse a una revisión crítica, el paso final consistía en que el equipo de desarrollo realizara la clasificación de las guías sobre la base de los siguientes criterios (determinados mediante consenso del equipo):

- La guía debía estar en inglés.
- Con fecha no anterior a 1999.
- Únicamente se podía abordar el área temática que correspondía.
- Se basaba en la evidencia, es decir, contenía referencias, descripciones de la evidencia y fuentes de la evidencia.
- Libertad de consulta y de descarga.
- Que estuviese pensada para una población semejante a la de Canadá.

RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Tanto los resultados de la estrategia de búsqueda, como la decisión de realizar una revisión crítica de las guías identificadas, se detallan a continuación. Hay 14 guías que cumplieron con los criterios de inclusión y a las que se realizó una revisión crítica con la herramienta de evaluación y búsqueda de guías *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE)* (AGREE Collaboration, 2001).

TÍTULO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA SOMETIDAS A REVISIÓN CRÍTICA

British Columbia Reproductive Care Program. (2003). Intimate partner violence during the perinatal period. Available: <http://www.rcp.gov.bc.ca/Guidelines/Obstetrics/IPV.July.2003.Final.pdf>

Department of Health (DH) (2000). Domestic violence: A resource manual for health care professionals. Available: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/53/79/04065379.pdf>

Education Centre against Violence (2001). Routine screening for domestic violence in NSW health: An implementation package. Parramatta: Author.

Family Violence Prevention Fund. (1999). Preventing domestic violence: Clinical guidelines on routine screening. Available: <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/screpol.pdf>

Family Violence Prevention Fund. (2004). National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings. Available: <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/Consensus.pdf>

Health Canada. (1999a). A handbook dealing with woman abuse and the Canadian criminal justice system: Guidelines for physicians. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/physician_e.pdf

Health Canada. (1999b). A handbook for health and social service professionals responding to abuse during pregnancy. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/pregnancy_e.pdf

Institute for Clinical Systems Improvement. (2003). Domestic violence. Available: <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=170>

MacMillan, H. L. & Wathen, C. N. (2001). Prevention and treatment of violence against women: Systematic review and recommendations: Technical report. Available: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3657&nbr=2883

Metro Woman Abuse Council. (2003). *Best practice guidelines for health care providers working with women who have been abused* (Rep. No. 401). Ontario Hospital Association.

Middlesex-London Health Unit. (2000). *Task force on the health effects of woman abuse — Final report*. London, Ontario: Author

Ministry of Health. (1998). Family violence: Guidelines for health care sector providers to develop practice protocols. Available: [http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/\\$FILE/FamViol.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/49ba80c00757b8804c256673001d47d0/a6c310fefbf4127c4c256817006f67ec/$FILE/FamViol.pdf)

Ross, M. (2002). Nursing education and violence prevention, detection and intervention. Available: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/2003nursviolence_e.pdf

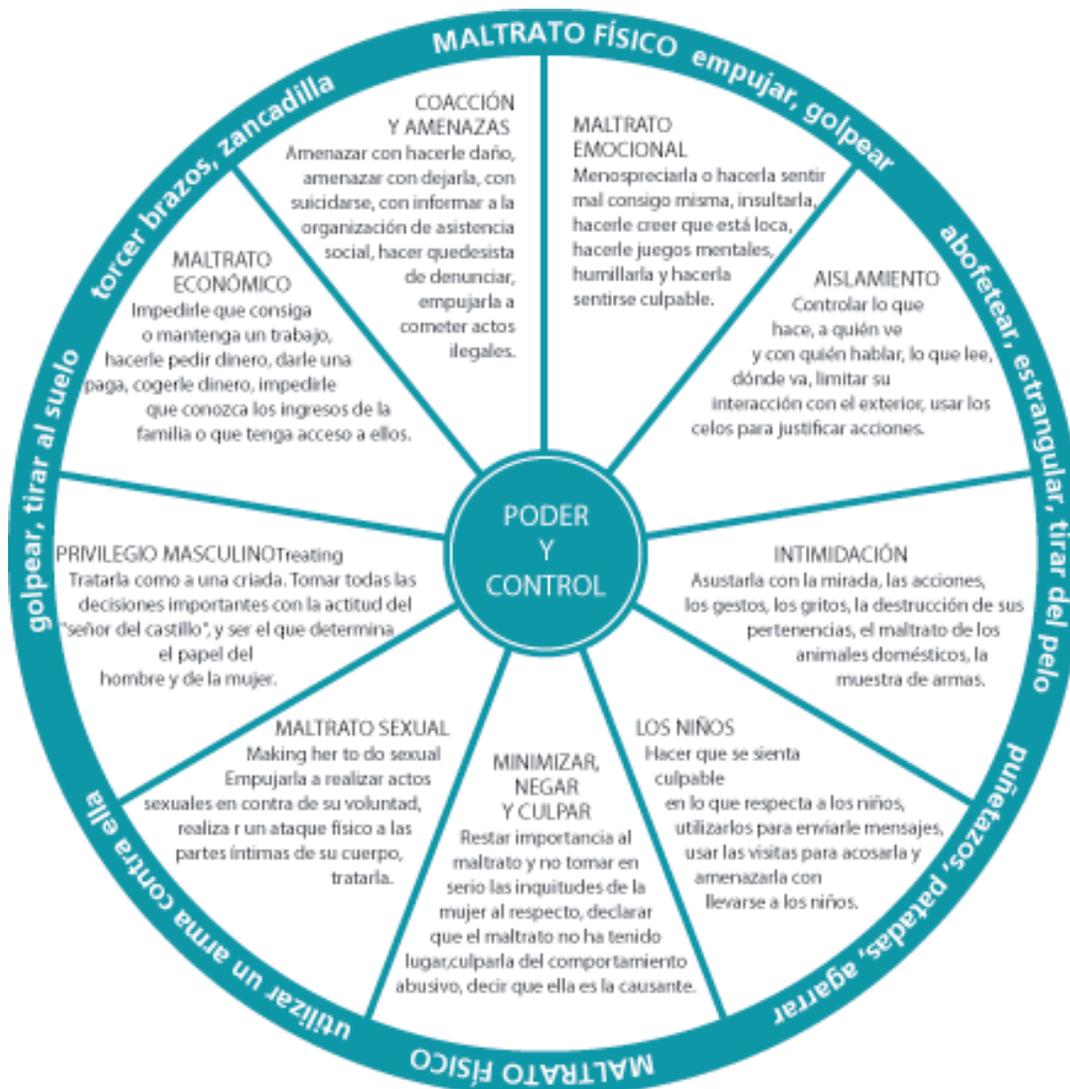
Yick Flanagan, A. (2001). Domestic violence in ethnic minority communities: Guidelines for healthcare providers. *Journal of Professional Nursing*, 17(1), 33-39.

Anexo B: Gráfico circular sobre el poder y el control

Este gráfico, realizado por el *Domestic Abuse Intervention Project*, (Duluth, MN), supone una ayuda visual para demostrar la dinámica del poder y del control en las relaciones abusivas.

En el centro del comportamiento se encuentra el deseo de mantener el poder y el control sobre la mujer y en la relación. Si bien cada maltratador sigue conductas diferentes para mantener el poder y el control, hay comportamientos que se asemejan mucho en el comportamiento abusivo. Cada porción de la rueda ilustra estos comportamientos comunes, entre los que se incluyen: maltrato emocional, maltrato económico, maltrato sexual, aislamiento, intimidación, uso del privilegio masculino, amenazas y manipulación de los hijos o de otras personas.

El borde exterior de la rueda representa la amenaza general o el uso real de violencia física para forzar a la víctima a la sumisión y mantener la bajo control.



Fuente: National Center on Domestic and Sexual Abuse. Domestic Abuse Intervention Project. **Power and Control Wheel**. Reprinted with permission.

Anexo C: Herramientas de evaluación para las enfermeras

FORMULARIO SOBRE EL MALTRATO¹ (AAS, por sus siglas en inglés)

1. DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ¿ha sufrido golpes, bofetadas, patadas o algún otro daño físico a manos de alguna persona? SÍ NO

Si es así, indique a manos de quién _____
Número total de veces _____

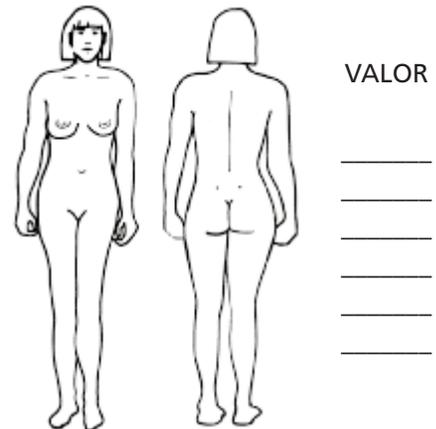
2. DESPUÉS DE QUEDARSE EMBARAZADA, ¿ha sufrido golpes, bofetadas, patadas o algún otro daño físico a manos de alguna persona? SÍ NO

Si es así, indique a manos de quién _____
Número total de veces _____

INDIQUE LA ZONA DE LA LESIÓN EN EL MAPA DEL CUERPO.
VALORE LA GRAVEDAD DE CADA INCIDENTE:

- 1 = Amenaza de maltrato con uso de armas incluido
- 2 = Abofetear, empujar. Sin lesión o dolor duradero
- 3 = Puñetazos, patadas, arañazos, cortes o dolor continuado
- 4 = Palizas, contusiones graves, quemaduras, huesos rotos
- 5 = Traumatismo craneal, lesión interna, lesión permanente
- 6 = Uso de armas. Heridas por arma

Use siempre la puntuación más alta



3. DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ¿le ha forzado alguien a mantener relaciones sexuales? SÍ NO

Si es así, indique a manos de quién _____
Número total de veces _____

Realizado por el Nursing Research Consortium on Violence and Abuse. Animos al lector a reproducir y utilizar esta herramienta de evaluación.

Fuente: McFarlane & Parker, (1994). In Fishwick, N. (1998). Assessment of women for partner abuse. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27, 661-670. Reproducción autorizada.

¹ Nota: esta herramienta ha sido validada

FORMULARIO SOBRE EL MALTRATO – DISCAPACIDAD² (AAS-D)

El formulario sobre el maltrato – discapacidad (AAS-D, por sus siglas en inglés) fue desarrollado y probado para valorar el alcance del maltrato sufrido por mujeres con alguna discapacidad física.

1. Durante el último año, ¿ha sufrido golpes, bofetadas, patadas, empujones o algún otro daño físico a manos de alguna persona?

Si es así, ¿quién fue? (Marque con un círculo lo que corresponda) **SÍ** **NO**

Pareja Cuidador Profesional sanitario Miembro de la familia Otros

Descríbalo: _____

2. Durante el último año, ¿le ha forzado alguien a mantener relaciones sexuales? Si es así, ¿quién fue? (Marque con un círculo lo que corresponda)

SÍ **NO**

Pareja Cuidador Profesional sanitario Miembro de la familia Otros

Descríbalo : _____

3. Durante el último año, ¿alguien le ha impedido usar silla de ruedas, bastón, respirador, u otros dispositivos de asistencia?

SÍ **NO**

Si es así, ¿quién fue? (Marque con un círculo lo que corresponda)

Pareja Cuidador Profesional sanitario Miembro de la familia Otros

Descríbalo : _____

4. Durante el último año, ¿alguien de quien usted depende le ha negado su ayuda ante una importante necesidad personal, como tomar sus medicamentos, ir al baño, salir de la cama, vestirse, comer o beber?

SÍ **NO**

Si es así, ¿quién fue? (Marque con un círculo lo que corresponda)

Pareja Cuidador Profesional sanitario Miembro de la familia Otros

Descríbalo : _____

Formulario sobre el maltrato – discapacidad (AAS-D) (Marque con un círculo SÍ o NO)

Fuente: McFarlane, J., Hughes, R. B., Nosek, M. A., Groff, J. Y., Swedlend, N. & Dolen Mullen, P. (2001). Abuse Assessment Screen – Disability (AAS-D): Measuring frequency, type, and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, **10** (9), 861-866. Reproduced with permission.

² Nota: esta herramienta ha sido validada.

HERRAMIENTA PARA EL CRIBADO DEL MALTRATO A LA MUJER³ (WAST)

1. En general, ¿cómo describiría su relación?

- muy tensa algo tensa sin tensión
-

2. Usted y su pareja resuelven las discusiones con:

- mucha dificultad alguna dificultad sin dificultad
-

3. ¿Alguna vez las discusiones hacen que se sienta mal o deprimida?

- a menudo a veces nunca
-

4. ¿Alguna vez terminan las discusiones con golpes, patadas o empujones?

- a menudo a veces nunca
-

5. ¿Alguna vez siente miedo por lo que su pareja dice o hace?

- a menudo a veces nunca
-

6. ¿Alguna vez la ha maltratado físicamente su pareja?

- a menudo a veces nunca
-

7. ¿Alguna vez la ha maltratado emocionalmente su pareja?

- a menudo a veces nunca
-

8. ¿Alguna vez la ha maltratado sexualmente su pareja?

- a menudo a veces nunca

Fuente: Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, S. (2000). Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of Family Practice*, **49**, 896-903. Reproducción autorizada.

³ Nota: esta herramienta ha sido validada.

Anexo D: Elaboración de preguntas preliminares

Comience con una explicación sencilla sobre el motivo por el que se plantean estas preguntas.

Por ejemplo:

"El maltrato a la mujer es algo tan común para tanta gente que ahora se lo pregunto a todos mis pacientes".

"Muchas de las mujeres a las que veo sufren maltrato en sus relaciones. Algunas están demasiado asustadas e inseguras como para hablarlo por sí solas, así que yo he empezado a preguntarlo de forma rutinaria".

A continuación plantee preguntas específicas.

Por ejemplo:

"¿Alguna vez ha sufrido amenazas o lesiones a manos de alguien?"

"¿Se encuentra o se ha encontrado alguna vez en una relación en la que sufriera lesiones físicas, amenazas o sintiera miedo (o inseguridad)?"

"¿Ha sufrido alguna vez maltrato emocional, físico o sexual a manos de su pareja o de alguna persona importante para usted?"

Referencia:

1. Department of Health (2000). Domestic Violence: A resource manual for health care professionals.

Se puede consultar en: www.doh.gov.uk/pdfs/domestic.pdf

2. Family Violence Prevention Fund (1999). Preventing domestic violence: clinical guidelines on routine screening.

Se puede consultar en: <http://endabuse.org/programs/healthcare/files/screpol.pdf>

Consideraciones específicas para mujeres adolescentes

"Todo el mundo tiene derecho a estar seguro y a elegir lo que hace con su cuerpo".

"A veces la gente nos dice o nos hace cosas que pueden resultar hirientes y hacernos sentir confusos e incómodos. ¿Alguna vez le ha hecho alguien sentirse así?"

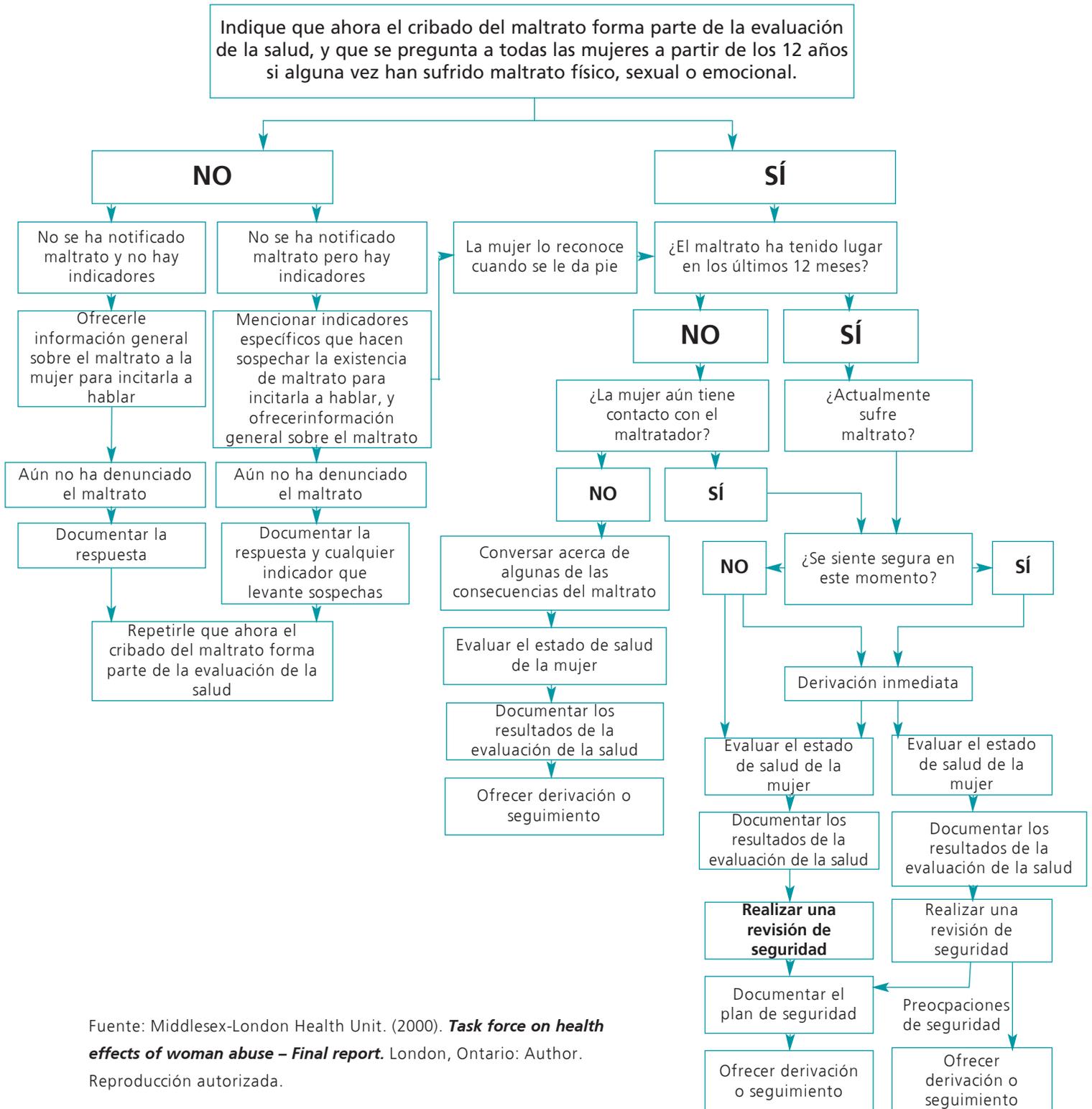
Plantee la siguiente pregunta/s en función de esta respuesta

Consejos:

- Puede que necesite definir la palabra "lesión" utilizando un lenguaje apropiado en función de la edad de la paciente. Véase *Anexo L* (Ocho tipos de maltrato).
- Evitar el uso de palabras como "malo". Una persona joven podría pensar que la palabra "malo" significa que ella es mala o que ha hecho algo mal.
- Evitar las preguntas de fondo. Sea directa y vaya al grano. Permita a la joven responder con sus propias palabras.
- Para crear un clima de confianza con la joven, será necesario proceder más despacio.
- Podría ser necesario explicar que si el maltrato es de naturaleza sexual, incluso siendo un acto no deseado, podría hacerla "sentir bien". Esto implica que la acción no deseada sea aceptable.

Anexo E: Vías clínicas

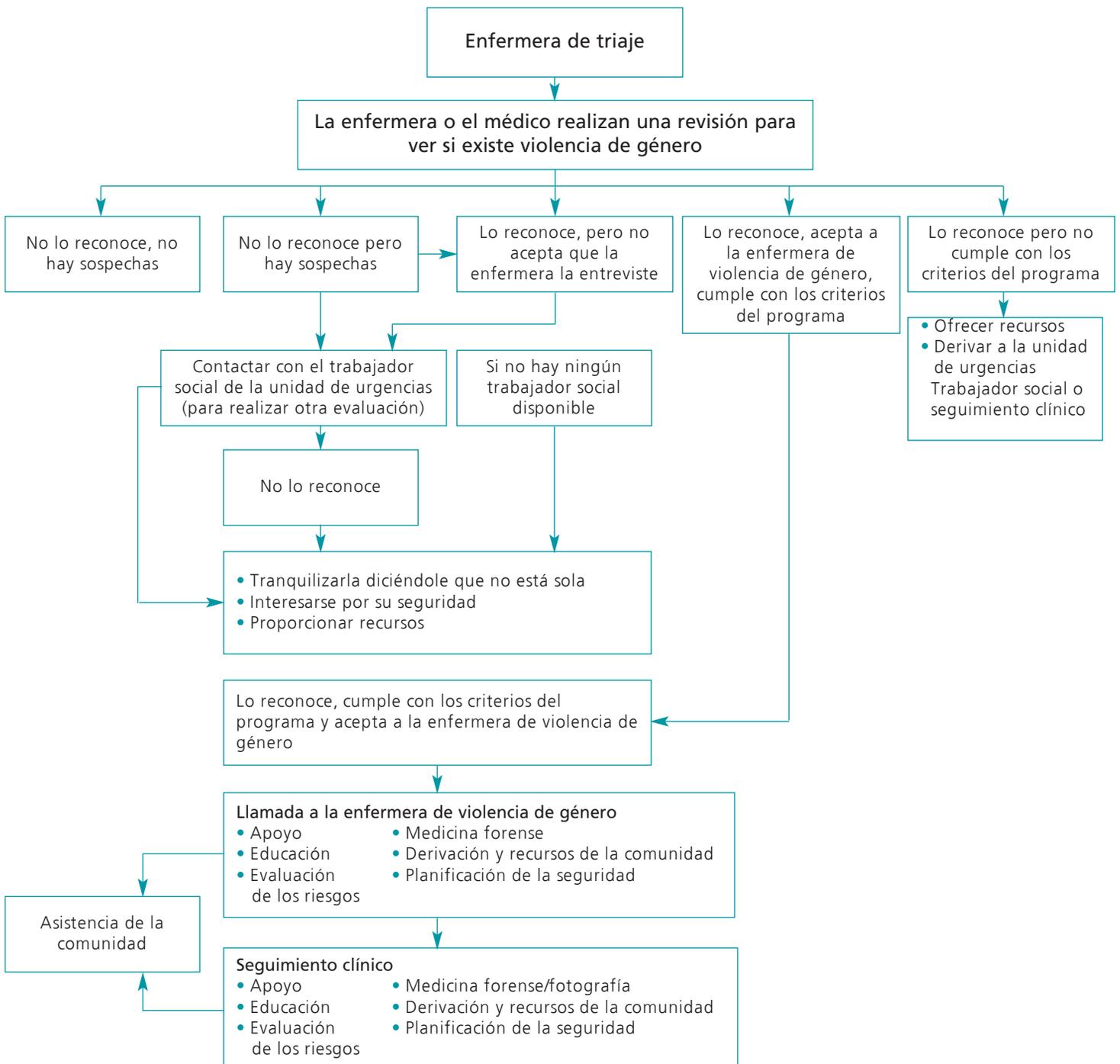
1. Protocolo de cribado general, completo y rutinario (RUCS, por sus siglas en inglés)



2. Ejemplo de diagrama de flujo en el que se aborda la toma de decisiones de la unidad de urgencias

Algoritmo de cribado de la violencia de género

La persona accede a la unidad de urgencias (con o sin policía)



Fuente: Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario. Reprinted with permission.

Anexo F: Herramienta mnemotécnica ABCD-ER

Los principios rectores para el cribado ayudarán a que la intervención de la enfermera sea eficaz. La herramienta mnemotécnica **ABCD-ER** (MLHU, 2000) describe los principios.

A – Actitud y cercanía del profesional sanitario

B – Creer en la versión de la mujer sobre su experiencia con el maltrato

C – La confidencialidad es esencial para que la víctima reconozca el maltrato

D – Documentación que sea coherente y legible

E – Educación sobre los graves efectos para la salud que conlleva el maltrato

R – Respeto por la integridad y la autoridad de las elecciones vitales de las mujeres

Reconocer que el proceso de tratar con el maltrato identificado debe seguirse a su ritmo, bajo su dirección y en función de sus decisiones

A – ACTITUD Y CERCANÍA:

- Tratar al paciente con respeto, dignidad y compasión.
- Ser sensible a las diferencias de edad, cultura, idioma, etnia y orientación sexual.
- Decir con claridad que el maltrato no es culpa de la víctima, sino responsabilidad del maltratador.
- Reforzar la idea de que nadie tiene derecho a usar el maltrato físico, sexual o emocional para controlar las acciones de otra persona.
- Reforzar la idea de que el maltrato físico y sexual está en contra de la ley en Canadá.
- Cuidar de que las palabras, la expresión facial y el lenguaje corporal no resulten amenazantes ni prejuiciosos.
- Expresarle preocupación por su seguridad.
- Reconocer la fortaleza que ha demostrado al sobreponerse al maltrato y revelárselo a una enfermera.
- Ofrecerle respaldo.
- No criticar en exceso al maltratador.

B – CREER A LA VÍCTIMA:

- Mostrar, con palabras y actos, que se cree en la declaración de la víctima.
- Tener presente que, en muchos casos, el miedo a no ser creída hace que la víctima opte por el silencio. El maltratador podría haberla convencido de que nadie la creerá si desvela el maltrato.
- Ayudarla a entender que la mayoría de nosotros trata de enterrar los recuerdos que resultan demasiado dolorosos. Si la víctima habla del maltrato sufrido en el pasado, podría no estar segura con exactitud de qué ocurrió o cuándo.
- Tranquilizarla para recobre la confianza en sus propias percepciones sobre el maltrato.

C – CONFIDENCIALIDAD:

- Entrevistarla en privado, sin la presencia de la pareja ni de familiares.
- Si es preciso, recurrir a un intérprete profesional y no a amigos ni familiares.
- Hablarle abiertamente acerca de las políticas y procedimientos utilizados para proteger la privacidad del paciente en la práctica sanitaria o en el centro en cuestión.
- Asegurarle que no se revelará la información a menos que dé su autorización por escrito.
- Indicar las excepciones de este compromiso de confidencialidad: (a) cuando existe la posibilidad de maltrato infantil o abandono de los hijos; (b) cuando el profesional sanitario tiene motivos para temer por la seguridad de terceras personas; y (c) por requerimiento judicial.
- Hacerle saber que se está registrando la información que ella facilita para que la atención médica prestada y la derivación sean las adecuadas, de manera que sea posible ayudarla más tarde si autoriza a que se dé a conocer esa información.

D – DOCUMENTACIÓN:

- Documentar de manera coherente y legible.
- Distinguir entre las observaciones propias y la información que proporciona la víctima.
- Registrar la información sobre el primer incidente de maltrato, el peor y el más reciente.
- Si más de una persona ha maltratado a la mujer, distinguir entre los maltratadores y las lesiones específicas o consecuencias para la salud de cada incidente.
- Indicar la frecuencia de los incidentes de maltrato y cualquier aumento o disminución de la frecuencia y de la gravedad.
- No hablar de manera subjetiva o con conjeturas para no minar la credibilidad de la mujer.
- Recurrir a citas textuales con la mayor frecuencia posible para reflejar las propias palabras de la mujer.
- Cuando sea posible, utilizar gráficos o fotografías para documentar las lesiones físicas.

E – EDUCACIÓN:

- Educar sobre el maltrato y las consecuencias que tiene para la salud.
- Ayudarla a entender que no está sola.
- Tratar de que la mujer se comprometa a recibir cuidados a largo plazo. Para ello, ofrecerle las derivaciones y el seguimiento adecuados.
- Conocer los recursos públicos disponibles y ayudarla a elegir los servicios que necesita cuando esté lista para buscar ayuda.
- Mostrarle los posters, folletos y demás información sobre el maltrato a la mujer que haya disponible en su oficina o centro.
- Proporcionarle información acerca de la línea de ayuda a la mujer maltratada.

R – RESPETO Y RECONOCIMIENTO:

- Respeto por la integridad y la autonomía de las elecciones vitales de las mujeres.
- Reconocer que la víctima debe abordar el maltrato a su ritmo.
- Reconocer que la mujer maltratada es una experta conocedora de su maltrato y de su maltratador.
- Apoyar sus fortalezas y las habilidades para la supervivencia que ha demostrado.
- No decirle lo que tiene que hacer, sino ayudarla a comprender las opciones de que dispone. Debe decantarse por las opciones que ella considere que pueden ayudarla a conseguir sus objetivos y prioridades.
- Ofrecer derivaciones a otros servicios especializados y el seguimiento con la enfermera.
- No etiquetarla como una persona reacia o no cumplidora si decide no aceptar el consejo de la enfermera. Dejar claro que se respeta su derecho a elegir y que la enfermera continuará, como su cuidadora, apoyándola.
- Asegurarse de que los fármacos ofrecidos para tratar el estrés o las alteraciones del sueño no entorpecen su capacidad de actuar por sí misma de un modo adecuado.
- Ayudarla a reconocer que no puede controlar las acciones de los demás; únicamente puede decidir sobre las suyas propias.

LO QUE NUNCA SE DEBE HACER

- culpar a la víctima
- preguntarle acerca del maltrato delante del maltratador
- minimizar, negar o banalizar lo que dice
- enfrentarse al maltratador
- sugerir asesoramiento matrimonial o de pareja
- distanciar a la mujer criticando a su pareja
- criticar a la mujer que decide permanecer con una pareja que la maltrata

Adaptado : Health Canada: Family Violence Prevention Unit, (1999) & Middlesex-London Health Unit (2000).

ABCD-ER

Fuente: Middlesex-London Health Unit. (2000). *Task force on health effects of woman abuse – Final report*. London, Ontario: Author. Reimpresión autorizada.



Anexo G: Obstáculos para el cribado y para que la víctima reconozca el maltrato

Tanto desde la perspectiva del paciente como del profesional sanitario, existen importantes obstáculos para el cribado y el reconocimiento del maltrato. Es preciso que la enfermera comprenda estos obstáculos.

Desde la perspectiva del profesional, algunos de esos obstáculos para el cribado son:

- Miedo de abrir la "caja de Pandora".
- Miedo de ofender al paciente.
- Homofobia, clasismo, racismo.
- Escasez de tiempo.
- No saber qué hacer en caso de que se confirme el maltrato.
- Creer que intentar ayudar es inútil.
- La mentalidad de "no en mi centro".
- Creer que la víctima ha provocado el maltrato.
- Una concienciación insuficiente hacia el maltrato de la mujer:
 - No reconocer como maltrato algunos actos violentos.
 - Falta de respaldo institucional.

Desde la perspectiva del paciente, algunos de los obstáculos para el reconocer el maltrato son:

- Los niños.
- Los valores culturales o religiosos.
- Miedo a represalias o violencia por parte del maltratador si este descubre que la víctima ha reconocido el maltrato.
- Aislamiento.
- Miedo de la víctima por su condición de emigrante.
- Miedo a que la pareja sea arrestada.
- Estigmatización si solo se pregunta a determinadas mujeres.
- Esperanza de que la pareja cambiará.
- Falta de conocimientos y de recursos accesibles.

Referencia: The Medical Subcommittee of the Delaware Domestic Violence Coordinating Council (DVCC) (2000).

Domestic violence: A resource manual for healthcare providers for the State of Delaware: Part 3: Healthcare provider's response. *Delaware Medical Journal*, 72, 527-534.

Anexo H: Planificación de la seguridad

A. Asegurar en todo momento la seguridad de la mujer

A tener en cuenta – ¿Dónde se encuentra el maltratador en este preciso instante? Si el maltratador se encuentra en este momento en el centro sanitario, ¿cree la mujer que este supone un peligro para ella, para sus hijos o para los profesionales sanitarios? ¿Es preciso solicitar la ayuda de la policía o de los servicios de seguridad? ¿El maltratador sospecha de las intenciones de la entrevista de la víctima? ¿El maltratador ha intentado insistir en que debía estar presente en la entrevista? (MLHU,2000)

B. Rellenar con la mujer una lista de verificación

La enfermera ayudará a la mujer a evaluar los siguientes aspectos:

1. El nivel de peligro:

- ¿Con qué frecuencia ve a su pareja?
- ¿La pareja ha violado alguna orden de alejamiento?

2. La naturaleza del último contacto mantenido con la pareja:

- ¿Se muestra amenazante?
- ¿Expresa sentimientos de desesperación?
(por ejemplo: "no puedo vivir sin ti", "o estás conmigo o no estás con nadie")
- ¿En qué medida se muestra la mujer temerosa de cumplir con las exigencias de su pareja?

3. La naturaleza del maltrato o violencia:

- ¿Está aumentando la frecuencia o la gravedad de la violencia?
- ¿La pareja se encuentra en posesión de algún arma o amenaza con comprar una?

4. Hechos destacados:

- ¿Está la mujer embarazada?
- ¿Está pensando en dejar su relación?
- ¿Está pensando en iniciar una nueva relación?
- ¿Ha empezado un nuevo trabajo o acude a algún centro educativo?
- ¿Tiene alguna cita pendiente en los tribunales (por agresión, separación, divorcio o custodia de los hijos)?

5. Redes de apoyo:

- ¿La mujer se encuentra aislada (por el idioma de comunicación, la falta de transporte, la movilidad)?
- ¿Hay otras personas conscientes de que existe maltrato? ¿Le ofrecen su ayuda?

Referencia: London Abused Women's Centre [formerly The Battered Women's Advocacy Centre] (2001). **Safety resource kit for abused women**. London, Ontario: Author.

C. Desarrollar con la mujer un plan de seguridad

Animarla a que realice alguna de las siguientes acciones:

1. Hablar con alguien del maltrato.
2. Disponer de una lista de teléfonos de emergencia.
3. Planear una vía de escape, dónde ir en una situación de emergencia.
4. Preparar una maleta con la ropa esencial para los niños y para sí misma. Incluir objetos queridos para los niños, como su juguete preferido. Guardarla en casa de alguien de confianza.
5. Recoger los documentos más importantes y ponerlos en un lugar seguro: número de la seguridad social, certificado de nacimiento, permiso de conducir, pasaporte y demás documentos con fotografía, números de cuentas bancarias, una copia del contrato matrimonial y documentos relacionados con los tribunales, como órdenes de restricción o documentos de acceso y de custodia.

Para obtener más información sobre planes de seguridad, puede contactar con la casa de acogida más cercana o visitar la página web www.shelternet.ca



Anexo I: Recursos públicos

Lista de recursos públicos

Los profesionales deben mantener una lista actualizada de los recursos de derivación que hay disponibles en sus comunidades para asistir a las mujeres maltratadas. En la siguiente tabla se sugieren algunas categorías que pueden ser incluidas.

RECURSO	CONTACTO	TELÉFONO/DIRECCIÓN	COMENTARIOS
POLICÍA			
CASAS DE ACOGIDA			
■			
■			
■			
ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS			
■ Mediante la policía			
■ Por vía judicial			
■ Otros			
AYUDA VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL			
■			
■			
CENTROS DE MUJERES			
■			
TELÉFONOS DE EMERGENCIA			
■			
■			
SERVICIOS/ATENCIÓN MÉDICA			
■			
■			
ASESORAMIENTO A LA MUJER			
■			
ASISTENCIA JURÍDICA			
■ Ayuda jurídica			
■ Servicio de asesoría jurídica			
■ Otros			
SERVICIOS PARA LOS ABORÍGENES			
■			
■			
SERVICIOS PARA EMIGRANTES Y REFUGIADOS			
■			
INTÉRPRETES			
ORGANIZACIONES ETNOCULTURALES			
■			
SOCIEDAD DE AYUDA AL MENOR			
■			
PROGRAMAS PARA LOS MALTRATADORES			
CENTROS DE INFORMACIÓN			
OTROS			

Adaptado de: Health Canada (1999b). *A handbook for health and social services professionals responding to abuse during pregnancy*. Ottawa: Author. Reimpresión autorizada.

Anexo J: Recursos educativos

Este anexo contiene recursos que el equipo ha identificado como útiles, pero no debe entenderse como una lista exhaustiva ni inclusiva.

Proyecciones

1) *It's Not Like I Hit Her (no es que le pegue).*

Hillary Jones-Farrow and Judith Blackwell. Directed by Hillary Jones-Farrow

Producida para la Victoria Family Violence Prevention Society by Educating Toward Change Society, 2541 Empire Street, Victoria, BC. Teléfono: 250-380-1955

Se puede consultar en: Kinetic Inc., 511 Bloor Street West, Toronto, ON, M5S 1Y4.

Teléfono : 1-800-263-6910 or 416-538-6613 Fax: 416-538-9984 <http://www.kineticvideo.com>

Todos reconocemos que el maltrato físico está mal pero, ¿qué pasa con las otras formas más sutiles de maltrato emocional? El maltrato emocional puede destruir la autoestima mediante un ejercicio constante y agresivo de intimidación, aislamiento y críticas. En *It's Not Like I Hit Her*, los actores representan escenas basadas en historias reales que muestran las diferentes formas que puede adoptar el maltrato emocional. Los maltratadores en rehabilitación explican cómo y por qué recurrieron al maltrato emocional para controlar y desmoralizar a sus parejas, y las víctimas que sobreviven a una experiencia así, hablan del nefasto impacto que tuvo en sus vidas el maltrato emocional.

2) *One Hit Leads to Another (un golpe lleva a otro).*

Producida para la Victoria Family Violence Prevention Society by Educating Toward Change Society, 2541 Empire Street, Victoria, BC. Teléfono: 250-380-1955

Se puede consultar en: Kinetic Inc., 511 Bloor Street West, Toronto, ON, M5S 1Y4.

Teléfono: 1-800-263-6910 or 416- 538-6613 Fax: 416- 538-9984 <http://www.kineticvideo.com>

Este vídeo, para transmitir con eficacia su mensaje sobre la verdadera naturaleza del maltrato conyugal, se sirve de una dramatización convincente y de gran calidad que acapara la atención del espectador. El maltrato continuado del hombre sobre la mujer en las relaciones es mucho más que un simple enfado, y atajar algo así requiere un esfuerzo mucho mayor que un ¡NO!

El maltrato contra las mujeres: cribado, identificación y respuesta inicial

3) *Time To Change (tiempo para cambiar)*

Hillary Jones-Farrow and Judith Blackwell. Directed by Hillary Jones Farrow

Producida por Victoria Family Violence Prevention Society
2541 Empire Street, Victoria, BC. Teléfono: 250-380-1955

Se puede consultar en: Kinetic Inc., 511 Bloor Street West, Toronto, ON, M5S 1Y4.
Teléfono: 1-800-263-6910 or 416- 538-6613 Fax: 416-538-9984 <http://www.kineticvideo.com>

Time to Change es la continuación de *One Hit Leads to Another*. Este docudrama explora las causas de la violencia familiar y la naturaleza de las diferentes terapias de grupo para los hombres.

4) *The Voices of Survivors: Domestic Violence Survivors Educate Physicians (las voces de las supervivientes: las supervivientes de la violencia de género forman a los médicos)*

Producido por: ACP-ASIM 1999 American College of Physicians – American Society of Internal Medicine, Philadelphia, PA

Se puede consultar en: American College of Physicians, Philadelphia, PA. Teléfono: 215- 351-2400
<http://www.acponline.org>

The Voices of Survivors habla de la importancia del cribado y puede ser una herramienta de formación para diferentes disciplinas sanitarias.

5) *Universal Screening for Domestic Abuse as Standard of Practice: The Emergency Room Nurses' Experience (el cribado general de la violencia doméstica como práctica normalizada: la experiencia de las enfermeras de urgencias)*

Jude Poirier 2001

Se puede consultar en: Domestic Violence Program, Vancouver General Hospital: Vancouver, BC
Teléfono: 604-875-4924 or vlymburn@vanhosp.bc.ca

6) *Woman Abuse Training Video (vídeo de formación sobre el maltrato a la mujer)*

Producido por los centros Ontario Network of Sexual Assault / Domestic Violence Treatment Centres
Se puede consultar en: <http://www.satcontario.com> Teléfono: 416-323-6400 x4472

El objetivo de este vídeo de 11 min consiste en formar a los profesionales sanitarios para que interpreten el maltrato a la mujer como un problema de salud. En el vídeo aparecen numerosas mujeres y profesionales sanitarios en diferentes situaciones, de este modo se ilustra el maltrato a la mujer y la respuesta que ofrece el sistema sanitario. Se presentan las preguntas del cribado, las respuestas y los recursos públicos. El ejemplo se refiere a un hospital, pero podría aplicarse a cualquier tipo de centro sanitario.

Páginas web

College of Nurses of Ontario. Fact Sheet: Quality Assurance Reflective Practice

http://www.cno.org/docs/qa/44008_fsRefprac.pdf

Department of Justice – Family Violence

<http://canada.justice.gc.ca/en/ps/fm/index.html>

National Clearinghouse on Family Violence

<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence>

Ontario Women's Directorate

www.gov.on.ca/citizenship/owd/index.html

Sexual Assault/Domestic Violence Treatment Centres in Ontario

<http://www.satontario.com>

Statistics Canada

<http://www.statcan.ca>

Statistics Canada – Statistics on Family Violence

<http://www.statcan.ca:8096/bsolc/english/bsolc?catno=85-224-X>

The Ontario Network of Sexual Assault and Domestic Violence Care and Treatment Centres

<http://www.sacc.to/gylb/satc/Listing.asp?ProvinceID=9>

Anexo K: Contextos para la enseñanza

Contextos para el cribado del maltrato a la mujer – Sesión de orientación y desarrollo profesional

1. En la sanidad pública

Usted es una enfermera comunitaria (Public Health Nurse o PHN, por su nombre y siglas en inglés) destinada en un instituto de enseñanza secundaria. Una estudiante de 17 años acude a su consulta. Refiere dolor de garganta y frío y pregunta qué puede hacer para sentirse mejor. Usted le da unas pautas generales sobre cómo cuidarse.

Para conocer mejor a la estudiante, le puede preguntar acerca de su estado de salud, qué tal le van las clases, por sus amigos, y si tiene alguna relación íntima. Aproveche la ocasión para invitarla a hablar sobre cualquier otra inquietud. La joven habla de los preservativos y de las dificultades que tiene con su actual método de control de la natalidad.

¿Cómo podría usted realizar el cribado del maltrato en esta entrevista?

Si la estudiante respondiera "sí" a su pregunta sobre el cribado, ¿cómo continuaría?

2. En el hospital

Usted es enfermera de cribado en la unidad de urgencias de un hospital. Llega una mujer claramente consternada acompañada de su marido. Está hiperventilando y no deja de repetir "no puedo respirar". El marido refiere que su mujer ha sufrido anteriormente otros ataques de ansiedad, y que "a menudo tiene que venir a urgencias para que la ayuden, porque se pone con esto de la hiperventilación". Dice que está deprimida y que empezó con la medicación hace poco. También refiere que su médico ya le ha dado otras veces una pastilla blanca para ponerse debajo de la lengua y luego la manda a casa, y que es algo que suele funcionar.

Agradezca al marido la información facilitada, tranquilice a la paciente y pídale al marido que se acomode en la sala de espera mientras usted termina su evaluación. El marido no quiere apartarse de su mujer. Dígale que es parte de la política del hospital hacer esperar a la familia en la sala de espera hasta que encuentran una habitación y acomodan a la paciente. El marido insiste en que no quiere apartarse de su lado: "Mi mujer me necesita cuando sufre estos ataques". Repítale que la política del hospital establece que antes de permitir las visitas el paciente debe acomodarse en la habitación. Dígale al marido: "Por favor, le ruego que se siente en la sala de espera, vendré a avisarle en cuanto la paciente esté acomodada". El marido se dirige a la sala de espera.

Dado el comportamiento del marido, ¿cómo podría usted realizar el cribado del maltrato en esta entrevista?

Si la mujer respondiera "no" a su pregunta sobre el cribado, ¿cómo reaccionaría usted? ¿Cómo realizaría el seguimiento?

Si la mujer respondiera "sí" a su pregunta sobre el cribado, ¿cómo reaccionaría usted? ¿Cómo realizaría el seguimiento?

Anexo L: Ejemplos de directrices

Ejemplo de directriz 1 – Directriz organizativa

Fuente: Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Reprinted with permission.

OBJETIVOS

Se trata de asegurar que el personal de las áreas de atención correspondientes es consciente de su responsabilidad, en concreto a la hora de identificar a las mujeres que han sufrido maltrato y de ofrecerles la atención adecuada.

DIRECTRIZ

El personal de los diferentes servicios de atención:

- Conoce la dinámica del maltrato a la mujer y el impacto que supone para las víctimas y sus hijos. (ANEXO: POSTURA ANTE EL MALTRATO A LA MUJER).
- Cuenta con las competencias adecuadas para responder con eficacia ante las mujeres que reconocen el maltrato.
- Conoce los recursos públicos que hay a disposición de las mujeres maltratadas y sus hijos.
- Realizará, cuando sea necesario, el cribado rutinario del maltrato a todas las mujeres a partir de 12 años mediante el protocolo de cribado general, completo y rutinario (RUCS).

PROCEDIMIENTO

1.0 Cuando sea necesario, cada zona de atención aplicará los procedimientos de cribado rutinario y detección precoz del maltrato a la mujer.

ANEXO: POSTURA ANTE EL MALTRATO A LA MUJER

Creemos que...

- Todas las mujeres tienen derecho a no ser maltratadas.
- El maltrato a la mujer puede provocar importantes daños físicos y psicológicos, e incluso la muerte.
- El maltrato a la mujer es un abuso de poder.
- El maltrato a la mujer no es culpa de la mujer. Es preciso responsabilizar a los agresores de sus acciones.
- El maltrato a la mujer va en contra de la ley.
- La seguridad de las mujeres y de sus hijos es la prioridad principal en las intervenciones.
- Las mujeres que han sufrido maltrato tienen otras opciones y derecho a elegir.

A su vez, los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de:

- i. Crear las condiciones adecuadas para que la mujer pueda tomar decisiones con la información adecuada.
 - ii. Ayudar en la planificación de la seguridad.
- Los profesionales sanitarios no son los responsables de hallar soluciones ante los casos de maltrato, sino que forman parte de una respuesta comunitaria coordinada.

Ejemplo de directriz 2 – Directriz del departamento o unidad

Fuente: Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Reimpresión autorizada.

Objetivo

Garantizar que el personal conoce las reglas y las responsabilidades del protocolo de cribado general, completo y rutinario (RUCS).

Directriz

- Todo el personal de los servicios de medicina familiar cumple con la directriz organizativa (ejemplo de política 1).
- Todo el personal de los servicios de medicina familiar entiende los objetivos del protocolo RUCS.
- Todo el personal aplica el protocolo RUCS con las pacientes a partir de los 12 años. La evaluación es exhaustiva y comprende los siguientes programas: Healthy Babies (para bebés), Healthy Children (infantil) y Child Health and Adolescent Programs (niños y adolescentes).

Procedimientos

1.0 Aplicación del protocolo RUCS por parte de las enfermeras comunitarias

- 1.1 A partir de los 12 años, siempre que se someta a una mujer a una evaluación exhaustiva, se evaluará también el maltrato. Dicha evaluación incluye los programas Healthy Babies (para bebés), Healthy Children (infantil) y Child Health and Adolescent Programs (niños y adolescentes).
- 1.2 Al evaluar la admisión de una paciente de 12 años en adelante, la enfermera comunitaria le preguntará como rutina si ha sufrido algún tipo de maltrato durante el último año o en algún momento de su vida. Esta evaluación se realizará con todos los pacientes, ya se encuentren o no en un programa a largo plazo.
- 1.3 La enfermera comunitaria reflejará en la hoja de registro individual del paciente que: (1) se ha formulado la pregunta y (2) el paciente ha respondido.
- 1.4 Si la enfermera comunitaria descubre que una paciente menor de 12 años ha sufrido maltrato, tiene la obligación de notificarlo de viva voz a la Children's Aid Society (CAS, por sus siglas en inglés).
- 1.5 En esta entrevista, aparte de que la paciente reconozca o no el maltrato, se tratará la formación sobre la prevalencia del maltrato a la mujer, el impacto potencial sobre la salud, y los tipos de maltrato. En las páginas 79-85 se puede encontrar información acerca de los tipos de maltrato y los efectos que tiene sobre la salud. En función de la situación del paciente, se determinará el grado de información facilitada.

Ejemplo de directriz 2 – Directriz del departamento o unidad: Los ocho tipos de maltrato

Fuente: Middlesex-London Health Unit, 2000. London, Ontario. Reimpresión autorizada.

Con una viñeta (◆) se indican las acciones que son claramente actos delictivos o que podrían serlo dependiendo de las circunstancias (Martin & Younger-Lewis, 1997).

1. ◆ Maltrato emocional/psicológico/verbal

- Forzar a cometer actos ilegales.
- Realizar acusaciones falsas.
- Insultar, culpabilizar.
- Amenazar verbalmente.
- Gritar.
- Intimidar.
- Acusar a la víctima de ser una estúpida.
- Jugar con las emociones.
- Desconfiar.
- Volver sobre antiguos asuntos.
- Demostrar celos de forma inapropiada.
- Despreciar.
- Volver en contra de la víctima una situación.
- Lavar el cerebro.
- Mofarse.
- Recurrir al silencio.
- Rechazar hacer cualquier cosa por o para la víctima.
- Insistir siempre en que es más importante que la víctima.
- Descuidar las obligaciones.
- Esperar que la víctima cumpla con su papel.
- Una relación real o ficticia con otra mujer.
- Alegar sentimiento de culpa.
- Algunos gestos, como morderse los dedos.
- Amenazar con emborracharse o drogarse a menos que...
- Manipular.
- Crear controversia.
- Privar de afecto.
- Castigar con no compartir las obligaciones del hogar.
- No perdonar nunca, ser rencoroso.
- Mentir.
- Tratar a la víctima como si fuera una niña.
- Decir una cosa que en realidad significa algo diferente.
- Negar o menospreciar las responsabilidades de la víctima.
- Incapacidad para mantener compromisos.
- Amenazar con la pérdida del estatus de emigrante.
- Crear desorden a posta para que ella lo tenga que limpiar.
- Amenazar con acudir a las autoridades.



Ejemplo de directriz 2 – Directriz del departamento o unidad: Los ocho tipos de maltrato

Fuente: Middlesex-London Health Unit, 2000. London, Ontario. Reimpresión autorizada.

- Forzarla a retirar la acusación.
- Contar chistes que menosprecian a las mujeres o que muestran odio hacia ellas.
- Rechazar hacer frente a los problemas.
- Quitarle importancia al trabajo o a la contribución de la víctima.
- Presionarla para que se quede cuando se está abusando de las drogas o el alcohol.
- No ir a casa.
- Llegar a casa borracho o drogado.
- Tener imágenes en las que se dan muestras de odio o violencia hacia las mujeres.
- Incitarla o desafiarla para provocar la violencia física.
- Amistad o apoyo de otros hombres que practican el maltrato.
- Pedirle explicaciones sobre su rutina y el modo en que emplea el tiempo.
- Aprovecharse de cualquier miedo que tenga la víctima.
- Ponerla en un pedestal.
- Ridiculizar sus gustos culinarios.
- Amenazar con suicidarse a no ser que...

Maltrato emocional en el ámbito de la reproducción, el embarazo y el parto

- Negarse a utilizar anticonceptivos o forzarla a utilizarlos.
- Forzarla a que aborte.
- Rechazar las relaciones sexuales con la excusa de que su cuerpo se ha vuelto feo con el embarazo.
- Negar su paternidad.
- Negarse a prestar ayuda durante el embarazo.
- Negarse a prestar ayuda durante el parto.
- Negar a la víctima que pueda acceder al recién nacido.
- Negarse a ayudar en el cuidado del bebé.
- Pedir sexo inmediatamente después del parto.
- Culpar a la víctima de que el bebé sea del "sexo equivocado".
- Negarse a que amamante al bebé.
- Malhumorarse o hacer que la víctima que se sienta mal por el tiempo que esta pasa con el bebé.

2. Entorno propicio para el maltrato en el hogar o en un vehículo

Maltrato en el entorno del hogar

- ◆ Hacer daño a los animales domésticos
 - Romper la ropa.
 - Bloquearle la entrada o la salida.
 - Arrojar o destrozar sus cosas.
 - Dar portazos.
 - Arrojar objetos o comida.
 - Negarse a que la víctima utilice el teléfono.
 - Dar puñetazos en las paredes.
 - Segar su jardín.

Ejemplo de directriz 2 – Directriz del departamento o unidad: Los ocho tipos de maltrato

Fuente: Middlesex-London Health Unit, 2000. London, Ontario. Reimpresión autorizada.

Maltrato en el entorno del vehículo

- ◆ Conducir demasiado rápido.
- ◆ Conducir de modo temerario, dando volantazos.
- ◆ Conducir bajo los efectos de alguna sustancia.
- ◆ Forzarla a entrar en el vehículo.
- ◆ Tirarla fuera del vehículo en movimiento.
- ◆ Amenazar con asesinarla estrellándose de frente con otro coche, etc.
- ◆ Perseguirla o golpearla con un vehículo.
- ◆ Lesionarla o asesinarla en un accidente provocado.
- ◆ Golpearla cuando está conduciendo.
 - Prohibirle utilizar un vehículo estropeando el motor, escondiendo las llaves, etc.
 - Poner el su pie sobre el de ella cuando lo tiene en el pedal del acelerador.
 - Agarrar el volante cuando ella está conduciendo.

3. Maltrato en el entorno social

- Controlar lo que hace, lo que ve, con quién habla, qué lee y adónde va.
- No darle los recados que dejan para ella.
- Menospreciarla o ignorarla en público.
- Impedir que pueda acceder a su familia o amigos.
- Interferir en su relación con su familia o amigos.
- Cambiar de personalidad delante de los demás.
- Ser grosero con sus amigos o familiares.
- Imponerle cómo se tiene que comportar.
- Preferir habitualmente estar con los amigos, hacer otras actividades o trabajar en lugar de estar con ella.
- Montar "escenitas" en público.
- Pedirle cuentas de lo que ella hace.
- Censurar su correo.
- Tratarla como a una criada.
- Negarse a respetar su espacio o su privacidad.
- Insistir en acompañarla a la consulta del médico.

Maltrato en el que se ven implicados los niños

- ◆ Agredirla delante de los niños.
 - Denuncias falsas sobre maltrato a los hijos.
 - Hacer que se quede en casa con los niños.
 - Enseñar a los niños a maltratar a su madre mediante insultos, golpes, etc.
 - Avergonzarla delante de los niños.
 - No asumir su parte de responsabilidad en el cuidado de los niños.
 - Amenazarla con raptar a los niños o decirle que nunca conseguirá la custodia.
 - Menospreciar su capacidad para criar a los niños.

Ejemplo de directriz 2 – Directriz del departamento o unidad: Los ocho tipos de maltrato

Fuente: Middlesex-London Health Unit, 2000. London, Ontario. Reimpresión autorizada.

Maltrato social durante la separación o el divorcio

- Comprar el cariño de los niños con regalos caros.
- No llegar a tiempo para recoger a los niños o no devolverlos a tiempo.
- Sonsacar a los niños información sobre los novios de su madre, etc.
- Decir a los niños que su madre es la responsable que de que se rompa la familia.
- Utilizar a los niños para enviar mensajes.
- Negarle el acceso a los niños.
- No proporcionarle un número de teléfono válido.

4. Maltrato económico

- ◆ Quitarle su dinero.
- ◆ Falsificar su firma.
- Darle recibos falsos.
- Anular su seguro.
- Sabotear sus esfuerzos por alcanzar independencia económica.
- Negarse a darle dinero.
- Gastar el dinero de manera inconsciente o gastar más de lo que se tiene.
- Presionarla para que asuma toda la responsabilidad de la economía.
- No pagar su parte de las facturas.
- No gastar dinero en ocasiones especiales.
- Gastar el dinero en estupefacientes, juego o servicios sexuales.
- Presionarla o controlar sus condiciones laborales.
- Mantener en secreto la economía familiar.
- Impedirle que consiga un trabajo.



5. Maltrato ritual

- ◆ Mutilación.
- ◆ Mutilación animal.
- ◆ Forzar al canibalismo.
- ◆ Sacrificios humanos
- Sugerir o empujar al suicidio.
- Forzarla a participar en rituales.
- Forzarla a presenciar rituales.



6. Maltrato físico

- ◆ Todo contacto físico no deseado.
- ◆ Darle patadas, puñetazos, pincharle, empujarla, darle tirones.
- ◆ Abofetearla, pegarle o zarandearla.
- ◆ Herirla con cortes o quemaduras.
- ◆ Tirarle del pelo, darle golpes en la cabeza.
- ◆ Apretarle la mano, doblarle el brazo.
- ◆ Estrangularla, asfixiarla.
- ◆ Alimentarla por la fuerza.

Ejemplo de directriz 2 – Directriz del departamento o unidad: Los ocho tipos de maltrato

Fuente: Middlesex-London Health Unit, 2000. London, Ontario. Reimpresión autorizada.

- ◆ Escupirle.
- ◆ Tirarla o arrojarle cosas.
- ◆ Pegarle con algún objeto, azotarla.
- ◆ Impedir que haga cualquier cosa.
- ◆ Orinar encima de ella.
- ◆ Romperle algún hueso.
- ◆ Acuchillarla, dispararle.
- ◆ Amenazar con asesinarla o lesionarla.
- Ignorar su enfermedad o sus lesiones.
- Negarle o restringirle la comida o la bebida, presionarla o engañarla para que abuse del alcohol o de las drogas.
- Intimidarla o acercarse demasiado a ella.
- Esconder o negarse a darle la medicación necesaria.

7. Maltrato sexual

- ◆ Toda relación sexual no deseada.
- ◆ Forzarla a mantener relaciones sexuales. Acosarla para mantener relaciones sexuales.
- ◆ Forzarla a que mantenga relaciones sexuales con otras personas o con animales.
- ◆ Amenazarla para mantener relaciones sexuales.
- ◆ Pinchazos, bofetadas, tirones, hacerle daño en el pecho o en los genitales.
- ◆ Forzarla a mantener relaciones sexuales cuando está enferma, después de haber dado a luz o tras una operación.
- Acostarse con cualquiera.
- Transmitir enfermedades sexuales a posta.
- Tratarla como un objeto sexual.
- Presionarla para que pose en fotografías pornográficas.
- Mostrarle pornografía que le haga sentirse incómoda.
- Utilizar el sexo como la base o la solución de una discusión.
- Criticar su habilidad en la práctica del sexo.
- Acariciarla en público en contra de su voluntad.
- No cuidar su higiene y pretender tener sexo.
- Insultar (puta, guarra, frígida, zorra).
- Acusarla de que tiene aventuras.
- Degradar partes de su cuerpo.
- Contar chistes sobre sexo o hacer comentarios sobre sexo en público.
- Pedir sexo a cambio de drogas o alcohol, como moneda de cambio.
- Administrar drogas o alcohol para aprovecharse a la hora de mantener relaciones sexuales.
- Insistir en examinar su cuerpo para mantener relaciones sexuales.

8. Maltrato religioso

- Utilizar la religión para justificar el maltrato o la dominación.
- Utilizar la posición de la iglesia para presionarla y obtener sexo o favores.
- Utilizarla para luego implorar perdón.
- Impedirle que vaya a la iglesia.
- Pedirle relaciones sexuales o uso de drogas como actos religiosos.
- Burlarse de sus creencias

Ejemplo de directriz 2 – Directriz del departamento o unidad: Consecuencias para la salud derivadas del maltrato a las mujeres

Fuente: Middlesex-London Health Unit, 2000. London, Ontario. Reimpresión autorizada.

En el plano físico:

- Fractura de huesos: muñeca, costilla, dedo anular, mandíbula, clavícula, mejilla.
- Hematomas: bilaterales o contusiones múltiples, brazos, pierna, nalgas, senos, pecho, abdomen, cabeza, ojos, labios, mejillas, cuello, espalda.
- Quemaduras: quemaduras de cigarrillo, escaldadura, quemaduras de calentador o chimenea, ácido.
- Cortes y heridas de cuchillo: en cualquier parte del cuerpo.
- Abrasiones: rasguños, quemaduras por fricción, rascaduras o punciones de las uñas, marcas de anillo, cortes en la boca.
- Mordiscos: con frecuencia en los senos u otras zonas erógenas, brazos, piernas, cuello.
- Laceraciones: en la piel sobre las zonas óseas, desgarro interno.
- Conmociones cerebrales, traumatismos craneales o el "síndrome del adulto zarandeado".
- Esguinces.
- Perforación de los tímpanos.
- Pérdida de dientes o fisura.
- Caída del cabello.
- Lesiones internas.
- Malestar o dolor gastrointestinal crónico.
- Síndrome de colon irritable.
- Dolor crónico de la espalda, el cuello u otros dolores crónicos musculoesqueléticos.
- Cefalea crónica.
- Hipertensión.
- Palpitaciones.
- Dolor crónico de rodilla o de cadera.
- Formación de cicatrices.
- Desprendimiento de retina.
- Lesiones en la laringe.
- Heridas por arma de fuego.
- Hiperventilación.
- Problemas derivados del abuso de sustancias.

Consecuencias para la salud sexual:

- Enfermedades de transmisión sexual, como el VIH.
- Abortos espontáneos.
- Dolor pélvico crónico, infección crónica del tracto urinario o vaginal.
- Hematomas o desgarros de la vagina o del ano.
- Mutilación genital femenina.
- Embarazos frecuentes (cuando están contraindicados o no son deseados).
- Vaginismo.
- Histerectomía precoz.
- Dolor pélvico o genital crónico.
- Actitud de adicción al sexo.
- Infertilidad.

Ejemplo de directriz 2 – Directriz del departamento o unidad: Consecuencias para la salud derivadas del maltrato a las mujeres

Fuente: Middlesex-London Health Unit, 2000. London, Ontario. Reimpresión autorizada.

En el plano psicológico:

- Autoestima baja.
- La actitud de automaltrato.
- Dificultad para entablar y mantener relaciones saludables.
- Dificultad para criar a los hijos.
- Ansiedad grave.
- Llanto frecuente.
- Perder la capacidad para reconocer los límites.
- Detención del desarrollo (es decir: comportamientos en adultos que son infantiles o adolescentes y opuestos a la madurez).
- Disfunción sexual o miedo a la intimidad sexual.
- Pasividad.
- Carácter evasivo.
- Autodegradación.
- Falta de comunicación.
- Respuestas inusuales o con mucho miedo.
- Hipervigilancia.
- Estrés crónico.
- Responder con ira rápida o descontroladamente.
- Insomnio, alteraciones del sueño, pesadillas.
- Flashbacks.
- Fobias.
- Pérdidas de memoria.
- Pérdida de la capacidad de concentración y de productividad.

En el plano psiquiátrico:

- Depresión.
- Presencia de ideas suicidas.
- Disociación.
- Trastornos de la alimentación.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.
- Trastorno compulsivo obsesivo.



Ejemplo de directriz 3 – Directriz de la unidad de urgencias del hospital

Fuente: Cornwall Community Hospital (2000). **Partner Abuse Sexual Assault Care Team Policy and Procedure Manual**. Cornwall, Ontario. Reimpresión autorizada.

La unidad de urgencias del hospital realiza el cribado general rutinario para comprobar si existe maltrato. Si se trata de un caso de maltrato a las mujeres en las relaciones íntimas, se deriva a la paciente al equipo de cuidados para la mujer víctima de abusos sexuales a manos de su pareja (en adelante, Partner Abuse Sexual Assault Care Team o PASACT, por su nombre o siglas en inglés).

Cribado general:

- Para documentar el motivo de la visita a la unidad de urgencias.
- Para reconocer a la paciente y derivarla al servicio adecuado.
- Porque la mayoría de las víctimas de la violencia de género que acuden a los hospitales declaran que, si se les pregunta, están preparadas para hablar sobre su experiencia de maltrato.
- Porque intervenir precozmente permite aumentar las posibilidades de detener la violencia antes de que suponga lesiones más graves.

Indicadores de maltrato por parte de la pareja:

- Retraso a la hora de acudir para someterse a tratamiento.
- Las lesiones no concuerdan con la historia que refiere la paciente.
- El cónyuge es una persona autoritaria.
- El cónyuge pregunta por la paciente, controla las visitas e insiste en que no la vean a solas.
- Realiza repetidas visitas a la unidad de urgencias quejándose de dolencias físicas.
- Falta de etiología física después de la investigación.
- Miedo patente del cónyuge; se preocupa de los horarios asociados al cónyuge.
- Maltrato infantil – los niños acuden a urgencias.
- Mala atención médica (p. ej.: antiguas lesiones).



Ejemplo de directriz 3 – Directriz de la unidad de urgencias del hospital

Procedimiento:

- I. La enfermera de cribado deberá preguntar a todos los pacientes acerca del maltrato o la violencia en evaluación o el tratamiento rutinarios.
Esta pregunta sirve de ejemplo:
 - I.1. “Es parte de nuestra labor ser pacientes y realizar el cribado del maltrato. Somos conscientes de que muchas personas sufren problemas en sus relaciones que pueden convertirse en problemas de salud. ¿Conoce a alguien le haya amenazado o hecho daño de algún modo?”
- II. No es necesario formular la pregunta anterior de manera textual si queda claro el mensaje principal del cribado.
- III. Si la enfermera de cribado es incapaz de finalizar esta tarea, deberá garantizar que se realiza el cribado a la paciente antes de que abandone la unidad de urgencias.
- IV. Todas las enfermeras deberán:
 - IV.1. Entrevistar a la paciente a solas.
 - IV.2. Encargarse de que se cree a la paciente.
 - IV.3. Transmitir una actitud de preocupación, respeto y confidencialidad.
- V. Si existen sospechas fundadas de maltrato, preguntar: "Me preocupa cómo se pudo hacer estas lesiones. ¿Se las ha hecho alguien?" O bien: "A menudo vemos síntomas/lesiones como los suyos en pacientes que han sufrido malos tratos por parte de sus parejas. ¿Le ha ocurrido a usted algo así?"
 - V.1. Proponerle la ayuda del Partner Abuse Sexual Assault Care (PASACT).
- VI. Si la paciente rechaza la ayuda de la PASACT:
 - VI.1. Hágale saber que el maltrato es un crimen, que no se encuentra sola y que no es culpa suya.
 - VI.2. Evaluar su seguridad en esos momentos y desarrollar un plan de seguridad. Utilice el folleto de las autoridades de Ontario (OPP, por sus siglas en inglés)(puede conseguirse en un departamento local del OPP).
 - VI.3. Facilitar a la paciente una lista de los recursos públicos disponibles.
 - VI.4. Registre la información en la historia de la paciente y rellene la hoja de cribado de la violencia de género con el consentimiento de la paciente.

Anexo M: Descripción de la Herramienta

Herramienta de implantación de las guías de práctica clínica

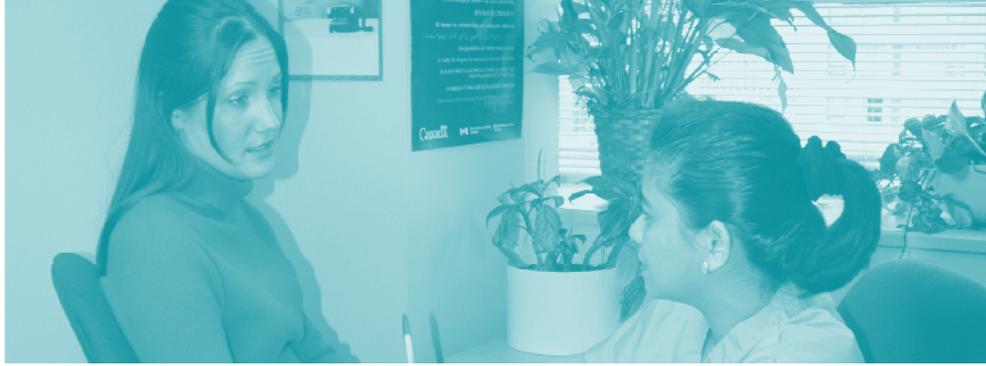
Las guías de buenas prácticas únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios necesarios para ello. Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores, ha desarrollado la *Herramienta: Implantación de guías de práctica clínica* basadas en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta *herramienta* de cara a la implantación, en una institución de atención sanitaria, de cualquier guía de buenas prácticas clínicas.

La "*Herramienta*" orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En concreto, la *herramienta* aborda los siguientes pasos fundamentales para implantar una guía:

1. Identificar una Guía de práctica clínica basada en la evidencia y bien desarrollada.
2. Identificación, valoración y compromiso de los colaboradores.
3. Valorar si el entorno es adecuado para la implantación de la Guía.
4. Identificar y planificar estrategias de implantación basadas en la evidencia.
5. Evaluar la planificación y la implantación.
6. Identificar y garantizar los recursos necesarios para la implantación.

Implantar las guías en la práctica, de tal manera que se consiga cambiar la práctica clínica con éxito, resulta una tarea extremadamente compleja. La "*Herramienta*" supone un recurso fundamental para gestionar este proceso.

La **Herramienta** está disponible en la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. El documento está disponible en formato limitado por una tarifa reducida, y también gratuito en la página web de la RNAO. Para solicitar más información, una hoja de pedido o descargar la **Herramienta**, por favor, no deje de visitar la página web de la RNAO www.rnao.org/bestpractices.



Best Practice Guideline

WOMAN ABUSE: SCREENING, IDENTIFICATION AND INITIAL RESPONSE Guideline Supplement

Revision Panel Members

Kathleen Fitzgerald, RN, BN, MHScN, SANE

Panel Lead
Manager, Sexual Assault/Partner Abuse Treatment Program
Lake of the Woods District Hospital
Kenora, Ontario

Debbie Aylward, RN, BScN, MScN

Perinatal Consultant
Champlain Maternal Newborn Regional Program
Ottawa, Ontario

Lisabeth Gatkowski, RN, BScN, CPMHN(C)

Nurse Educator, St. Joseph's Healthcare
Hamilton-Mental Health & Addiction Program, Mohawk College for Applied Arts & Technology
Hamilton, Ontario

Sepali Guruge, RN, PhD

Co-lead, Centre for Research and Education on Violence Against Women and Children
Canadian Institutes of Health Research (CIHR)
New Investigator in Violence Against Women Throughout the Migration Process
Associate Professor
Daphne Cockwell School of Nursing
Ryerson University
Toronto, Ontario

Sarah Kaplan, MSW, RSW

Manager, Assault and Sexual Abuse Program
Cornwall Community Hospital
Cornwall, Ontario

Brenda M. Mundy, RPN, RN, BScN

Interim Manager, Professional Practice Southlake Regional Health Centre
Newmarket, Ontario

Rhonda Usenik, RN, HBScN

Public Health Nurse
Thunder Bay District Health Unit
Thunder Bay, Ontario;
Registered Nurse
Sexual Assault/ Domestic Violence Treatment Centre
Thunder Bay Regional Health Sciences Centre
Thunder Bay, Ontario

Rishma Nazarali, RN, BScN, MN

Program Manager
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Andrea Stubbs, B.A

Project Coordinator
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Supplement Integration

This supplement to the nursing best practice guideline *Woman Abuse: Screening, Identification, and Initial Response* is a result of a scheduled revision of the guideline. Current literature has been summarized to provide the reader with current evidence to support practice. Similar to the original guideline publication, this document needs to be reviewed and applied, based on the specific needs of the organization or practice setting/environment, as well as the needs and wishes of the client. This supplement should be used in conjunction with the guideline to assist in decision making for individualized client care, as well as ensuring that appropriate structures and supports are in place to provide the best possible care.

Background

The World Health Organization [WHO] (2008) continues to recognize as part of Primary Health Care, that screening for abuse in all health care settings is instrumental in identifying and raising awareness of this public health problem. Within all health care settings nurses and other health professionals are in a privileged position to assist women experiencing intimate partner violence.

There continues to be epidemiological data that indicate the incidence of woman abuse is still a presence within our communities. There are economic, health, and social costs to women (and their families) experiencing intimate partner violence which in turn have a profound effect on the quality of life for women and the community as a whole.

While the term “woman abuse” has been used, the woman experiencing “intimate partner violence (IPV)” is the primary focus of this guideline, in terms of screening, identification and initial response.

Since the publication of the original guideline, research has indicated that asking questions about abuse in the lives of women continues to be a step in the process of addressing woman abuse. Recent studies by MacMillan and colleagues (2006), Rhodes and colleagues (2006), Kataoka, Yaju, Eto, & Horiuchi (2010) and Koziol-McLain and colleagues (2010) indicate that screening approaches like routine universal screening should be standard practice for nurses and other health care practitioners in all health care settings.

Revision Process

The Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) has made a commitment to ensure that this practice guideline is based on the best available evidence. In order to meet this commitment, a regular monitoring and revision process has been established for this guideline.

An expert panel was assembled for this review, comprised of members from the original development panel as well as other recommended individuals with particular expertise in this area. The revision panel members were given a mandate to review the guideline focusing on the recommendations and the original scope of the guideline.

Based on the focus of the original guideline, the revision panel members developed the following three questions to guide the literature search for this review:

1. a. What is the most effective approach for screening for woman abuse/intimate partner violence?
b. What validated tools are available for screening for woman abuse/intimate partner violence?
2. What is the most appropriate age to initiate screening?
3. What are the most effective interventions in response to a disclosure of woman abuse/intimate partner violence?

A structured evidence review based on the scope of the original guideline was conducted to capture the relevant literature and other guidelines published since 2005. The results of the evidence review were circulated to the review panel, which convened to reach consensus on the need to revise the existing recommendations in light of the new literature.

Review of Existing Guidelines

One individual searched an established list of websites for guidelines and other relevant content. The website list was compiled based on existing knowledge of evidence-based practice websites and recommendations from the literature.

While the search yielded many results, four guidelines met the established inclusion criteria.

After appraising these international guidelines using the "Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II" (Brouwers et al, 2009), the revision panel identified the following guideline to inform this revision:

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) (2005). *Intimate Partner Violence Consensus Statement*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC), April (157), 365 – 388.

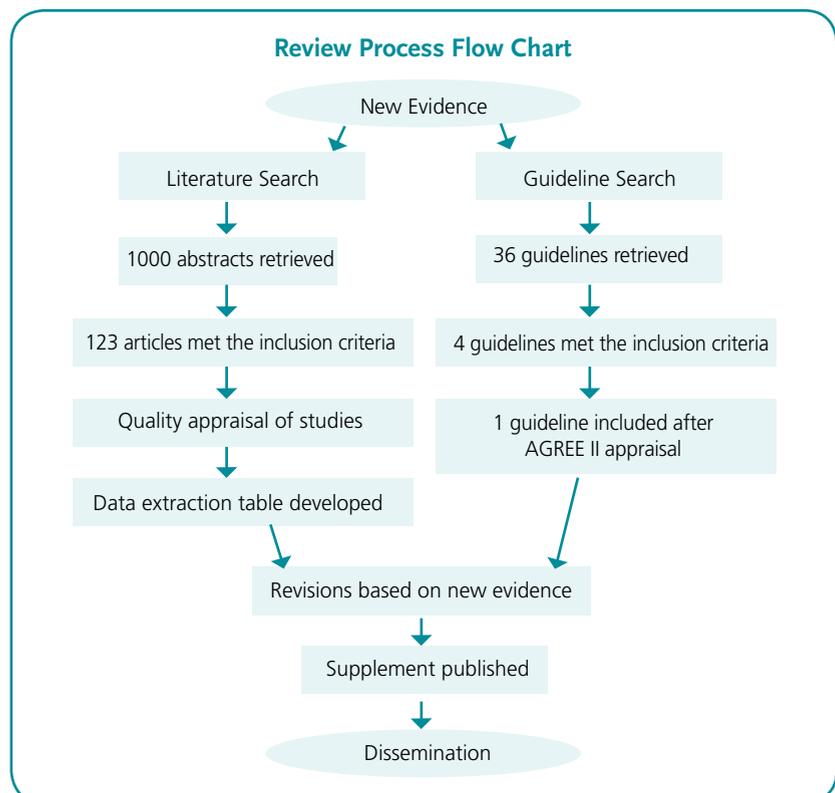
Literature Review

Concurrent to the guideline search, a search for published literature relevant to the scope of the guideline was conducted by a health sciences librarian using the following electronic databases: CINAHL, Medline, EMBASE and Web of Science.

A research assistant with Master's preparation in nursing, conducted the inclusion/exclusion review, quality appraisal and data extraction of the included articles, and prepared a summary of the literature findings. The comprehensive data tables and summary were provided to all review panel members.

Review Findings

A review of the most recent literature since the publication of the original guideline does not support changes to the original recommendations, but rather provides additional support to the recommendations related to screening, identifying and responding to woman abuse.



Summary of Evidence

The following content reflects revisions made to the original publication (2005) based on the consensus of the review panel. Only changes made to the recommendation and/or discussion of evidence are shown below.

-  unchanged
-  changed
-  additional information
-  new recommendation

Practice Recommendations

<p>Recommendation 1</p> <p>Nurses implement routine universal screening for woman abuse [intimate partner violence] in all health care settings.</p> <p style="text-align: right;">Level of evidence: IIb</p>	
<p><i>The first paragraph in the discussion of evidence on page 22 of the original guideline has been revised with additional literature support:</i></p> <p>Discussion of Evidence</p> <p>Woman abuse has serious health consequences and is a significant public health problem. The health care system plays an important role in identifying and preventing public health issues. The World Health Organization’s (2008) report “Primary Health Care: Now more than ever” states that nurses should focus on screening for woman abuse and treating abused women within a healthcare setting as well as within the community. Routine universal screening, with a focus on early identification of women experiencing abuse, whether or not symptoms are immediately apparent, is a primary starting point for this improved approach to health care practice for woman abuse (Asher, Crespo, & Sugg, 2001; Department of Health [DH], 2000; Duncan, McIntosh, Stayton & Hall, 2006; Family Violence Prevention Fund [FVPF], 2004; Middlesex-London Health Unit [MLHU], 2000; Poirier, 1997; Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario [PPESO], 2004; Punekollu, 2003; Trabold, 2007).</p> <p>Studies have shown that women believe “health care providers should routinely ask all women about difficulties in home life and relationships” (Koziol-McLain et al., 2010, p. 241). Furthermore, studies have shown that: no harm or adverse effects were linked with this type of questioning (Houry et al. 2004; Koziol-McLain et al., 2010; MacMillan et al., 2009); there was no difference in rates of abuse disclosed to a male or female researcher or by self-completion of a questionnaire (Boyle & Jones, 2006); and most abused women would not disclose unless asked directly and may find it a source of huge relief to be able to disclose in a confidential setting (Boyle & Jones, 2006).</p> <p>Routine universal screening, as opposed to indicator-based screening, increases opportunities for both identification and effective interventions; validates woman abuse as a central and legitimate health care issue; and enables providers to assist both victims and their children (FVPF, 2004; PPESO, 2004).</p>	

<p>Recent work by MacMillan and colleagues, (2006), Rhodes and colleagues, (2006), Kataoka and colleagues, (2010) and Svavarsdottir (2010) examined screening approaches including questionnaires, telephone interviews and automated data collection. While all techniques have been shown to have merit, one-on-one interviewing continues to be the technique chosen for its capacity to give voice to victims of woman abuse (Campbell, Adams, Wasco, Ahrens, & Sefl, 2009). This finding is consistent with previous studies (Kozial-McLean et al., 2010; McFarlane et al., 2001).</p> <p>While different methods of screening may be necessary in different settings (Svavarsdottir, 2010), routine universal screening should be standard practice as a component of a complete nursing health history.</p>	
<p>Recommendation 2</p> <p>Routine universal screening be implemented for all females 12 years of age and older.</p> <p style="text-align: right;">Level of Evidence: IV</p>	
<p><i>The discussion of evidence on page 23 of the original guideline has been revised to reflect additional literature support:</i></p> <p>Discussion of Evidence</p> <p>The panel reached consensus on the age of 12 for the implementation of routine universal screening, recognizing that this statement adds to the complexity of implementing this recommendation. Twelve-year olds are involved in relationships, and the Criminal Code of Canada (Department of Justice, 2011) recognizes that young women between the ages of 12 and 16 are able to consent to sexual activity. A cross sectional survey by O'Donnell, Agronick, Duran, Myint-U & Stueve (2009) found that one in five young women had initiated sexual intercourse by eighth grade, and three in five had reported at least one type of aggressive behaviour during middle school. O'Donnell and colleagues, (2009) reported that there are “links between behaviors in adolescence and intimate partner violence during the teenage and young adult years” (p. 84). This is a concern for urban young women, who report “relatively high levels of peer-directed violence, especially during middle school, a time when such behaviors as fighting often peak among both boys and girls” (O'Donnell et al., 2009, p. 84).</p> <p>In addition, O'Donnell and colleagues, (2009) reported that those who engage in aggressive behaviour during the middle school years are particularly vulnerable to dating violence during adolescence, as well as adult partnership violence, and that those who experience intimate partner violence once are at risk of repeat occurrences. Six percent of respondents reported no sexual partners by the last survey (10 years after the first survey), 22% reported one or two, and the rest said they had had three or more.</p> <p>A study by Wiemann, Agurcia, Berenson, Volk, and Rickert (2000) examined prevalence rates for physical assault by intimate partners among 724 pregnant adolescents 12-18 years of age. Of the individuals interviewed, 29% had experienced some form of physical violence in the previous 12 months and almost 12% reported being physically assaulted by the father of their baby. Young girls are at the beginning of their dating experience and often do not understand the relationship dynamic of control. For example, a study of adolescent girls found that violence was misunderstood as being about anger (71%), confusion (40%) and love (27%) (Hyman, 1999). Therefore, screening for violence at an early age provides an opportunity for early intervention to reduce violence in young women's lives, increase awareness about the dynamics of abusive relationships and foster healthy relationships between young women and their dating partners.</p>	

<p>Recommendation 3</p> <p>Nurses foster an environment that facilitates disclosure. This necessitates that nurses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ask about woman abuse/intimate partner violence; and • respond to disclosure <p style="text-align: right;">Level of Evidence: IV</p>	
<p><i>Recommendation 3 has been changed to reflect specific actions that nurses can carry out related to woman abuse/IPV.</i></p> <p><i>The second and third paragraphs in the discussion of evidence found on page 24 of the original guideline have been revised to reflect additional literature.</i></p> <p>Discussion of Evidence:</p> <p>In addition to the nurse creating an environment of openness, safety and trust, Amar and Gennaro (2005), Johnson and colleagues (2009), and McCord-Duncan, Floyd, Kemp, Bailey, & Lang (2006) suggest that the nurse do the following to aid in creating an environment conducive to abuse disclosure: (1) treat the woman with respect; (2) protect the woman; (3) document the interaction; (4) give the woman control; (5) respond immediately to any disclosure; (6) offer the woman options; and (7) be physically present. In addition, ‘how’ questions are asked is more important than the actual wording (SOGC, 2005). Strategies of how questions are asked include use of “normalizing (i.e., I ask all my new patients this), showing connections and concerns (i.e., I wonder if abuse is making your headaches worse), and showing an interest and ability to help” (SOGC, 2005, p. 374).</p> <p>It is paramount for nurses to develop an approach that feels appropriate and comfortable to each client in order to encourage clients to be “frank and open in their response” (MLHU, 2000, p. 33). Empathetic and nonjudgmental listening should be the first priority for the nurse when dealing with abused women in any healthcare setting (WHO, 2008).</p> <p>Additional Literature Support: Campbell et al., 2009</p>	
<p>Recommendation 4</p> <p>Nurses develop screening strategies and initial responses that reflect the needs of all women taking into account differences based on culture, race, ethnicity, class, religious/spiritual beliefs, age, ability and/or sexual orientation.</p> <p style="text-align: right;">Level of Evidence: III</p>	
<p><i>Recommendation 4 has been changed with the addition of the term “culture” to more closely reflect the discussion of evidence found on page 26 of the guideline.</i></p> <p>Additional Literature Support: College of Nurses of Ontario, Culturally Sensitive Care, 2009 College of Nurses of Ontario, Quality Assurance Reflective Practice, 2011</p>	

Education Recommendations

Recommendations 5, 6 and 7 have been moved from “Practice Recommendations” to “Education Recommendations” in an attempt to streamline the practice recommendations as directives to the nurse and/or healthcare professional as to what to do in practice.

✓ unchanged
 changed
 + additional information
 NEW new recommendation

<p>Recommendation 5</p> <p>Nurses use reflective practice to examine how their own beliefs, values, and experiences influence the practice of screening.</p> <p style="text-align: right;">Level of Evidence: IIa</p>	✓
<p>Additional Literature Support: College of Nurses of Ontario, Culturally Sensitive Care, 2009 College of Nurses of Ontario, Quality Assurance Reflective Practice, 2011</p>	+
<p>Recommendation 6</p> <p>Nurses know what to document when screening for and responding to abuse.</p> <p style="text-align: right;">Level of Evidence: IV</p>	✓
<p>Additional Literature Support: Ontario Ministry of Information and Privacy [OMIP], 2011 College of Nurses of Ontario [CNO], Documentation, 2008 Canadian Nurses Protective Society [CNPS], 2008</p>	+
<p>Recommendation 7</p> <p>Nurses know their legal obligations when a disclosure of abuse is made.</p> <p style="text-align: right;">Level of Evidence: IV</p>	✓
<p><i>The discussion of evidence found on page 30 of the original guideline has been revised to incorporate new literature.</i></p> <p>Discussion of Evidence</p> <p>There are four main considerations when a disclosure of abuse is made:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporting woman abuse • Young women and disclosure of abuse • Children who witness woman abuse • Work-place violence as it relates to domestic violence [woman abuse/IPV] <p>Respecting client confidentiality is a critical aspect of the nurse-client relationship. It is important for nurses to realize when there are ethical, professional and legal exceptions to client confidentiality within client relationships (CNPS, 2008). Nurses need to be aware of their professional Code of Ethics (Canadian Nurses Association [CNA], 2008) and the practice standards related to confidentiality and health information (CNO, 2004). Nurses also must have knowledge and understanding of their respective workplace policies related to confidentiality. The Personal Health Information Protection Act (OMIP, 2011) has implications related to documentation and disclosure of personal health information as discussed in Recommendation 6.0 of the original guideline.</p>	+

Reporting Woman Abuse

In Canada, there is no mandatory obligation to report woman abuse to the police. It is the woman's right to choose if she wishes to have police involvement and she must consent to this involvement prior to the nurse initiating such action. Nurses must respect the woman's decision and advocate for her right to choose (Health Canada, 1999).

The example below highlights the obligation of pressing charges of woman abuse:

If the police were dispatched to a home as a result of a call related to domestic violence concerns and the police determine the situation is a case of domestic violence, they have a legal obligation to place such charge(s). The woman involved is not the one to press charges, contrary to popular belief. The police will: (1) encourage the woman to seek medical care; (2) provide information to community services; and, in some situations, (3) make a referral to community resources.

Young Women and Disclosure of Abuse

Since the best practice guideline recommends screening for woman abuse for females ages 12 and over, disclosure of abuse by a young woman may necessitate the involvement of the local Child and Family Services (CFS) agency. The following information is a general guide to assist in this practice.

According to the Criminal Code of Canada (Department of Justice, 2011) young women over the age of 12 are able to consent to sexual activity in the following circumstances:

- When she is between the age of 12-14 and the age difference between the two people is not more than 2 years; and the person is not in a position of trust/authority or in a relationship of dependency or an exploitive relationship; or
- When the young person is between 14 – 16 years of age and the other person is less than 5 year older and not in a position of trust/authority or in a relationship of dependency or an exploitive relationship.

While teens having sex may pose a moral/ethical challenge for the individual nurse, it is not necessarily a reportable event as illustrated in the above circumstances. The factors that define a report to CFS are:

- When the young woman is less than 16 years of age and the alleged abuser is a person in a care-giving role; or
- When the young woman is less than 16 years of age and the alleged abuser is in a role of authority or trust.

Assaults (physical and/or sexual) by a boyfriend are reportable only if the above conditions apply or if the teen who is 16 years or younger where the parent(s)/caregiver(s) know of the abuse and do nothing to provide appropriate supervision to protect the young woman from harm. If the young woman is 17 years or older and being assaulted by a boyfriend, only with her consent can a report to police be made regardless if she is living at home with parents/caregiver.

There is no age of consent for healthcare/treatment or for collecting health information to establish a health record, so young women are entitled to make their own health decisions (OMIP, 2011; Rozovsky & Inions, 2003), provided the healthcare professional feels the young woman understands the circumstances and can make an informed choice. Once the young woman has made a treatment choice, parent(s)/caregiver(s) or CFS cannot force the young woman to undergo a treatment/examination. Also the parent(s) or caregiver(s) cannot have access to the young woman's health record unless the nurse has written consent of the young woman. If CFS is involved and doing an investigation they may request access to the health record. Consultation with your agency's privacy officer or manager is advised.

Children Who Witness Woman Abuse

The Child and Family Services (CFS) Act of Ontario (2003) contains legislation that outlines the duty to report as it relates to the protection of children who have been exposed to woman abuse. In the Act, exposure is described as a child who sees, hears or knows of the violence whether it is verbal, emotional or physical. Even if the child is not in the home at the time of the abuse, they often are exposed to the pre and/or post effects of the violence and this too is considered exposure.

There is a legal obligation for nurses to report children's exposure to woman abuse* to the local CFS. The nurse should advise the woman of this obligation and ask her some key questions:

- Has the abuser threatened to call CFS to indicate she is a "bad mother"?
- Are CFS involved already and if so who is their worker?
- What has the woman done already to keep the children safe?

When discussing the involvement of CFS, the woman and children may not always view it as a positive offer of assistance. The woman is often afraid that she will lose her children and be viewed as not adequately caring for and protecting the children. The child often fears separation from his/her parent(s), home, family and friends (Berman, Hardesty, and Humphreys, 2003; Jaffe, Wolff, and Wilson, 1990). Children often fear they are to blame because they were not "good" and may have a sense of guilt and/or insecurity. Often in these abusive situations the welfare of the child/children is strongly linked to the non offending parent (Jaffe et al, 1990). Therefore, it is important to explore the above key questions before making the call to CFS. It is important that the woman appreciate that CFS can assist in making a positive link to services and assistance such as helping to meet their needs such as food/clothing when going to a safe place.

It is important to document a child's reaction to violence. Reactions such as crying, clinging to a parent, increased anxiety if separated and any verbal disclosures about the abuse should be noted. Often when a child makes a disclosure about abuse he/she is revealing what is often a family secret and is indicating that help is needed (Baker & Cunningham, 2005). If healthcare providers fail to listen and to respond to the child's disclosure, it may discourage the child from ever telling anyone about the abuse thus putting him/her at further harm (Baker & Cunningham, 2005).

*Consultation with and education from the local CFS agency is strongly advised to gain better understanding about the legislation with regards to children's exposure to woman abuse. Collaboration between agencies to have protocols in place helps to ensure the safe and successful referral for services to protect the children and woman.

<p>Workplace Violence as it relates to Domestic Violence (IPV/Woman abuse)</p> <p>With the recent introduction in Ontario of the bill Violence and Harassment in the Workplace (Occupational Health & Safety Amendment Act [OHSA], 2009) there is now a requirement for employees and employers to have education on violence including domestic violence that occurs in the work place setting. Nurses need to be knowledgeable about their facility’s policies and procedures when a situation of IPV occurs in the work place or disclosure of woman abuse is made by a coworker. Key to this legislation is the understanding that a nurse needs to make a report to his/her supervisor/manager. If a critical incident happens that results in physical injury to the worker(s) by the abuser, then there are required reporting obligations that the employer must follow as set out by the OHSA (2009).</p>	
<p>Recommendation 8</p> <p>Mandatory educational programs in the workplace be designed to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • increase nurses’ knowledge and skills; and • foster awareness and sensitivity about woman abuse. <p style="text-align: right;">Level of Evidence: Ib</p>	✓
<p><i>The discussion of evidence on page 31 of the original guideline has been revised with the addition of the following paragraph:</i></p> <p>Discussion of Evidence</p> <p>Hamberger and colleagues (2004) reported increased self-efficacy, increased endorsements of the role of nurse, and increased comfort in making appropriate community referrals in identifying and helping victims of IPV as a result of training that involved a variety of techniques and messages. Johnson and colleagues (2009) also reported improved nurse self-efficacy for screening, decreased fear of offending IPV victims, and improved perception of resources available for nurses to manage IPV, following a self-efficacy theory based curriculum. Neither study, however, measured behaviour changes in nursing practice. Hamberger and colleagues (2004) noted that while the follow-up levels at 6-months were still high there was a significant drop in the levels. Johnson and colleagues (2009) noted that education alone was insufficient to maintain nurses’ knowledge and skills. Hamberger and colleagues (2004) noted on-going booster sessions are necessary to reinforce self-efficacy and comfort in identifying and helping IPV victims.</p>	+
<p>Recommendation 9</p> <p>All nursing curricula incorporate content on woman abuse in a systematic manner.</p> <p style="text-align: right;">Level of Evidence: III</p>	✓

Organization And Policy Recommendations

-  unchanged
-  changed
-  additional information
- NEW**  new recommendation

<p>Recommendation 10</p> <p>Health care organizations develop policies and procedures that support effective routine universal screening for, and initial response to, woman abuse.</p> <p style="text-align: right;">Level of Evidence: IIb</p>	<p>LOE changed IV → IIb</p>
<p><i>The following paragraph is added to the beginning of the discussion of evidence found on page 33 of the original guideline.</i></p> <p>Discussion of Evidence</p> <p>According to Haggblom, Hallberg, & Moller (2005), more effort needs to be made by health administrators to prepare point of care nurses in providing care to female abuse victims. Furthermore, health administrators need to demonstrate their “responsibility in evaluating and readdressing the implemented interventions” (Haggblom, Hallberg, & Moller, 2005, p. 241).</p>	<p style="text-align: center;">+</p>
<p>Recommendation 11</p> <p>Health care organizations work with the community to improve collaboration and integration of service between sectors.</p> <p style="text-align: right;">Level of Evidence: Ib</p>	<p style="text-align: center;"></p>
<p><i>The recommendation above has been changed with the deletion of “at a systems level”. The discussion of evidence on page 34 of the original guideline has been revised to reflect additional literature.</i></p> <p>Discussion of Evidence</p> <p>Care provided to victims of woman abuse can be greatly enhanced through interventions that are informed by these individuals and provided in collaboration with community services. Developing such an approach can increase a victim’s comfort level towards disclosure, reduce fears of re-victimization by the health care system (Postmus, Severson, Berry & Yoo, 2009) and ensure that services are culturally competent (Arnette, Mascaro, Santana, Davis & Kaslow, 2007).</p> <p>Organizations should recognize that services viewed important by health care providers may differ from what clients value the most (Krugman et al., 2004). Victims of woman abuse are more likely to seek tangible services including shelter and financial support more so than services such as counselling and legal assistance (Postmus et al, 2009).</p>	<p style="text-align: center;">+</p>

<p>Understanding the vastness of supports and services required by victims of woman abuse speaks to the importance of collaboration among care providers. Allen, Bybee and Sullivan (2004) stress the need for advocacy that is individualized and comprehensive to optimize a victim’s ability to utilize community resources. Moreover, Pollack and colleagues (2010) noted that client satisfaction was highest when Employee Assistance Program (a workplace benefit that assists employees with a variety of issues that may negatively affect job performance) professionals assisted with referrals to other services compared to those that simply provided information regarding community services. Similar findings were echoed in a multi-community study in which clients deemed domestic violence and sexual assault services to be more helpful when services were linked with other agencies (Zweig & Burt, 2007).</p> <p>Implementing a systemic approach to addressing woman abuse can have a positive impact for health care providers. Healthcare providers voiced a higher level of confidence to provide service in an environment that prioritized woman abuse as an important issue as demonstrated through the implementation of policies and procedures and through the availability of training and having resources on hand for distribution (Chang, et al., 2009).</p>	
<p>Recommendation 12</p> <p>Nursing best practice guidelines can be successfully implemented only where there are adequate planning, resources, organizational and administrative support, as well as appropriate facilitation. Organizations may wish to develop a plan for implementation that includes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • An assessment of organizational readiness and barriers to implementation. • Involvement of all members (whether in a direct or indirect supportive function) who will contribute to the implementation process. • Dedication of a qualified individual to provide the support needed for the education and implementation process. • Ongoing opportunities for discussion and education to reinforce the importance of best practices. • Opportunities for reflection on personal and organizational experience in implementing guidelines. <p>In this regard, RNAO (through a panel of nurses, researchers and administrators) has developed the Toolkit: Implementation of Clinical Practice Guidelines based on available evidence, theoretical perspectives and consensus. The Toolkit is recommended for guiding the implementation of the RNAO guideline Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response.</p> <p style="text-align: right;">Level of Evidence: IV</p>	

Appendices

Only appendices that have been changed are listed below.

Appendix C: Assessment Tools for the Nurse

The following tools are in addition to the tools provided on page 60-62 of the original guideline. The panel selected the following tools to provide options for various practice setting. All the tools identified below have been validated:

Assessment Tool	Reference
Abuse Screening Inventory (ASI): Composed of 16 items concerning four types of abuse: psychological, physical, sexual, and abuse in healthcare.	Swahnberg, K., & Wijma, K. (2007). Validation of the Abuse Screening Inventory (ASI). <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 35, 330-334. DOI:10.1080/14034940601040759
Humiliation, Afraid, Rape, Kick (HARK): The four HARK questions identify women experiencing IPV in the past year and may help women disclose IPV in general practice.	Sohal, H., Eldridge, S., & Feder, G. (2007). The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: A diagnostic accuracy study in general practice. <i>BMC Family Practice</i> , 8:49. DOI: 10.1186/1471-2296-8-49. See sample 1.
Hurt, Insulted, Threatened with harm, Screamed at (HITS): A short domestic violence screening tool for use in the community and/or family practice settings.	Sherin, K.M., Sinacore, J.M., Li, X.Q., Zitter, R.E., & Shakil, A. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. <i>Family Medicine</i> , 30(7), 508-512. See sample 2.
Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT): A four item instrument designed to measure ongoing IPV; used typically in emergency rooms.	Weiss, S.J., Ernst, A.A., Cham, E., & Nick, T.G. (2003). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. <i>Violence and Victims</i> , 18(2), 131-141.
Partner Violence Screen (PVS): A short tool consisting of three questions about past physical violence and perceived personal safety.	Feldhaus, K.M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H.L., Norton, I.M., Lowenstein, S.R., & Abbott, J.T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. <i>Journal of the American Medical Association</i> , 277(17), 1357-1361.

Sample 1: HARK Questions

H → HUMILIATION

Within the last year, have you been humiliated or emotionally abused in other ways by your partner or your ex-partner?

A → AFRAID

Within the last year, have you been afraid of your partner or ex-partner?

R → RAPE

Within the last year, have you been raped or forced to have any kind of sexual activity by your partner or ex-partner?

K → KICK

Within the last year, have you been kicked, hit, slapped or otherwise physically hurt by your partner or ex-partner?

One point is given for every yes answer; a score of ≥ 1 is positive for IPV.

Sohal, H., Eldridge, S., & Feder, G. (2007). The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: A diagnostic accuracy study in general practice. *BMC Family Practice*, 8:49. DOI: 10.1186/1471-2296-8-49.

Reprinted with permission.

Sample 2: Hurt, Insulted, Threatened with harm, Screamed at (HITS)

Please read each of the following activities and fill in circle that best indicates the frequency with which you partner acts in the way depicted.

How often does your partner?	Never	Rarely	Sometimes	Fairly often	Frequently
1. Physically hurt you	<input type="radio"/>				
2. Insult or talk down to you	<input type="radio"/>				
3. Threaten you with harm	<input type="radio"/>				
4. Scream or curse at you	<input type="radio"/>				
	1	2	3	4	5

Each item is scored from 1-5. Thus, scores for this inventory range from 4-20. A score of greater than 10 is considered positive.

Sherin, K.M., Sinacore, J.M., Li, X.Q., Zitter, R.E., & Shakil, A. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508-512.

HITS was copyrighted in 2003 by Kevin Sherin MD, MPH; Reprinted with permission from Kevin Sherin, MD.

Appendix D: Framing Introductory Questions

Additional information has been added to the existing appendix on page 63 of the original guideline:

Always interview the woman alone and in private and start with a simple explanation as to why the questions are being asked.

For example:

“Because woman abuse is so common in many people’s lives, I now ask all my clients about it.” *May I ask you a couple of questions?*

“Many of the women I see are dealing with abuse in their relationships. Some are too afraid and uncomfortable to bring it up themselves, so I’ve started asking about it routinely.” *May I ask you a couple of questions?*

If woman says “No” respect her decision.

If “yes” to the question above, then ask specific questions.

For example:

“Have you ever been hurt or threatened by someone?”

“Are you currently or have you ever been in a relationship where you were physically hurt, threatened, or made to feel afraid (or unsafe)?”

“Have you ever been emotionally, physically, or sexually abused by your partner or someone important to you?”

Specific Considerations for Young Women

“Everyone has a right to be safe and choose what happens to their body. In my practice I see many young women who are experiencing difficulties in their relationships and with their friends/boyfriends. *May I ask you some questions?*”

If “yes” to the question above, then ask specific questions.

“Sometimes people say and do things to us that can be hurtful and make us feel confused and uncomfortable. Has anyone ever made you feel that way?”

Let the response guide your next question(s).

Hints:

- You may need to define ‘hurt’ using age-appropriate language. Refer to Appendix L (Eight Types of Abuse).
- Avoid using words such as “bad”. A young person could take the word bad as meaning that they are bad or have done something wrong.
- Avoid using leading questions; be direct and to the point; let the young woman answer the question in her own words.
- With young women, it will be necessary to proceed slowly in order to build trust.
- You may need to explain that if abuse was of a sexual nature and resulted in “feeling good”, it does not make the action acceptable.

Appendix H: Safety Planning

The following has been inserted at the beginning of this appendix on page 70 of the original guideline:

Always ask what the woman needs to be safe and be willing to listen to her needs. Some key principles to remember are:

- Safety is the priority – is she and/or children in danger; what has she done so far and what does she need.
- Each woman is her own expert on her life - respect it.
- Each woman is unique – do not make assumptions about her safety.
- Offer support, information and choices - NOT ADVICE.
- Provide information on local resources like shelter and crisis/help lines.

Remember your response or lack of response could put the woman and her children at greater risk for harm.



Appendix J: Educational Resources

The following education resources have been added to the list found on page 73 of the original guideline:

Websites:

Community Legal Education Ontario

<http://www.cleo.on.ca/>

International Association of Forensic Nurses

<http://www.iafn.org/>

Inventory of Spousal Violence Risk Assessment Tools Used in Canada

http://www.justice.gc.ca/eng/pi/rs/rep-rap/2009/rr09_7/index.html

Making a Difference Canada: Communities Giving Voice to Sexual Assault Victims

<http://www.makingadifferencecanada.ca/index.html>

National Online Resource Centre on Violence Against Women

<http://www.vawnet.org/>

Ontario Network of Sexual Assault Domestic Violence Treatment Centres

<http://www.sadvtreatmentcentres.net/>

Ontario's Domestic Violence Action Plan

<http://www.citizenship.gov.on.ca/owd/english/resources/publications/dvap/index.shtml>

Ontario's Sexual Violence Action Plan

<http://www.citizenship.gov.on.ca/owd/english/women/svap2011.pdf>

Shelternet

<http://www.shelternet.ca/splashPage.htm>

World Health Organization

http://www.who.int/topics/gender_based_violence/en/

Education:

Responding to Violence in Clinical Settings

www.dveducation.ca

Recommended Reading:

Johnson, M.P. (2008). *A Typology of Domestic Violence: Intimate Terrorism, Violent Resistance and Situational Couple Violence*. New Hampshire: Northeastern University Press.

Appendix K: Teaching Scenarios

The following scenarios are in addition to those provided on page 76 of the original guideline. These scenarios and subsequent questions may provide the nurse with guidance on his/her interaction with the client and family.

1. Community setting – Healthy Babies/Healthy Children Program (Ontario)

You are the Public Health Nurse making a postpartum follow-up home visit. The baby and mother were discharged from the hospital two days ago following an uncomplicated delivery. The mother is 24 years old who has one other child – a four year old boy. You notice the house is in disarray with a broken lamp and chair in one corner along with clothes seemingly thrown around. The young child stays right by Mom's side, watching your every move. The mother appears very tired, favouring her right arm as she sits very stiffly on the sofa. The baby is sleeping beside the mother on the sofa.

During the conversation with the mother, the child states, "Daddy hits mommy". The Mom bursts into tears, looking terrified.

How would you respond to this disclosure?

What legal obligations should you consider?

What safety planning would you discuss with the mother?

2. Hospital Scenario

You are an emergency room nurse at your community hospital. A woman arrives by ambulance in obvious distress with blood on her face and head. She is being triaged when her husband arrives demanding to be let in to be with his wife. You explain that his wife is being triaged/assessed and once this is done you will come to get him. You ask that he wait in the waiting room.

He continues to loudly demand to be with his wife saying that she is always falling down and hurting herself and that she is an accident prone person. You again explain that the hospital policy is to have family remain in the waiting room until the person is initially assessed and settled into a room. Once this is done you will let him know. He goes to the waiting room issuing threats to report you and the other staff to senior management.

You inform the triage nurse of this situation with the husband. The triage nurse informs you that the wife has stated she was hit, choked and pushed down the stairs by the husband and that she does not want to see him.

Given the husband's behaviour and the woman's disclosure how would you respond?

What further screening would you do?

What safety issues must you consider for the woman and hospital staff while she is in the emergency room?

What services and information would you provide?

What safety planning should take place?

How would you provide follow up care?

3. School Scenario

You are the Public Health Nurse at a local junior high school. A 14 year old female student is brought to you by a teacher as she was found crying in the bathroom. As you get to know the student you notice several hickies around her neck. When asked about them, she hesitantly indicates that her boyfriend, the assistant coach (aged 17) of the local hockey team, did this to her on the weekend. He also placed some pictures of her on the internet today – and this is why she was crying.

How would you screen for woman abuse?

What legal obligation must you consider?

Who should you consider contacting? Do you need the student's permission to do this?

What safety planning should you consider?

Who should be providing follow up?

Appendix L: Sample Policies

The following policies are additional examples to those identified in pages 77 to 87 of the original guideline. While the content of the policies may not align completely with the recommendations of this best practice guideline, it may provide some guidance on developing policies for other organizations. Some terminology used may be specific to the organization from which the sample policy originated.

Sample Policy #1: Organization Policy

Source: Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Reprinted with permission.

PURPOSE

To ensure that staff in the relevant Services Areas understand their responsibility to identify and effectively respond to women who have been abused.

POLICY

Staff in the relevant Services Areas:

- Are knowledgeable about the dynamics of woman abuse, and its impact on the abused woman and her child(ren).
- Are skilled in responding effectively to disclosures of abuse
- Are knowledgeable about community resources for abused women and their children
- Will, where appropriate, routinely screen all women over the age of 12 for woman abuse using the Routine Universal Comprehensive Screening (RUCS) Protocol.

PROCEDURE

1.0 Each Services Area will, where appropriate, develop procedures for the routine screening and early identification of woman abuse.



Sample Policy #2: Hospital Policy

Source: Cornwall Community Hospital (2010). Patient Care Policies and Procedures, Cornwall, Ontario. Reprinted with permission.

PURPOSE:

To establish a process for all patients 12 and over to be screened for intimate partner violence because most victims of domestic violence who present to hospitals report that if asked, they would be prepared to discuss their history of abuse.

Early intervention is likely to increase the probability of stopping the violence before it escalates to more serious harm. The goal is to improve the care provided to victims of intimate partner violence by recognizing and referring patients to the appropriate resources.

DEFINITIONS:

Intimate Partner Violence: a behavioural pattern used by one person to gain/maintain power and control over another. This occurs in all types of intimate partner relationships including common-law and same sex. It may or may not include physical abuse. Abuse can include other forms of mistreatment and cruelty such as constant threatening, psychological, emotional, and verbal abuse.

Routine Universal Screening: Routine refers to the frequency with which screening is carried out. Routine screening is performed on a regular basis regardless of whether or not signs of abuse are present. Universal refers to the characteristics of the group to be screened and occurs when nurses ask everyone over a specific age about experiences of abuse.

POLICY:

- 1) All patients who are 12 years old or older will be asked about intimate partner violence with each visit to the hospital. Staff will use the Routine Universal Screening Assessment Tool (appendix D)¹ to guide the process.
- 2) Routine Universal Screening (RUS) will be done by trained health care professionals who have completed the mandatory in-service on RUS. This education will include:
 - a) the dynamics of partner abuse
 - b) impact of abuse on men, women and children
 - c) effective responses to disclosure
 - d) how to refer to the Assault and Sexual Abuse Program (ASAP)
 - e) information about community resources
 - f) how to convey the prevalence of abuse, potential health impact to a patient
 - g) how to document on the health record
 - h) where to locate the emergency telephone numbers
- 3) Prior to the screening, the health professional must advise the patient that if there are children, the Children's Aid Society (CAS) will be notified.
- 4) RUS by the health care professional will be done:
 - a) When the patient's condition is stable
 - b) By asking questions face-to-face to ensure privacy (patients are not given forms to fill in)
 - c) Considering the immediate safety of the patient before, during, and after the assessment
 - d) When the patient is alone (not in the presence of others, including children over the age of 3 years)
 - e) Only by a trained cultural interpreter, if there is a language barrier
- 5) If the patient discloses and answers yes to the screening question(s):
 - a) Offer a referral to ASAP
 - b) Leave a message for ASAP that referral was initiated

¹ Appendix D is not included

- c) If patient declines referral, offer the emergency telephone numbers card
- d) If the patient is under 16 years of age, the health professional has the legal obligation to report the disclosure verbally to the CAS [see discussion of evidence for recommendation#7 for more information].

PROCEDURE:

The health professional doing the assessment will:

1. Complete the screening process as outlined in the mandatory training.
2. Complete the Self Learning Package on an annual basis.
3. Ensure the health record reflects:
 - a) The question was asked
 - b) The patient's response
 - c) Any actions, including referrals made



Sample Policy #3: Department Unit Policy

Source: Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Reprinted with permission.

PURPOSE

To ensure that all female clients, 12 and over, are made aware of the various forms of abuse, and potential health effects of abuse during any assessment in The Clinic.

POLICY

- Staff members and other health professionals are aware of the various types of abuse to which women can be subjected.
- Staff members and other health professionals are knowledgeable about health effects of woman abuse.
- Staff members and health professionals utilize the above knowledge during health assessments of female clients, 12 years of age and over.

PROCEDURES

1.0 Guiding Principles for Screening Women

- 1.1 Through attitude and approachable demeanor, staff and other health professionals treat the client with respect, dignity, and compassion, being sensitive to differences in age, culture, language, ethnicity, and sexual orientation.
- 1.2 Through words, actions, and facial expressions, staff and other health professionals project a non-threatening, non-judgmental atmosphere, so that the client feels cared for and supported. Moreover, staff members should avoid criticism of the abuser.
- 1.3 Staff and other health professionals demonstrate belief in the woman's account of her experience.
- 1.4 As appropriate, staff and other health professionals consistently reinforce to women clients that:
 - a) abuse is not the fault of the woman but rather the responsibility of the abuser
 - b) no one has the right to use abuse on another person,
 - c) physical and sexual abuse are criminal offences in Canada.
- 1.5 Staff and other health professionals inform the client about the policies and procedures used in The Clinic to protect confidentiality and can clearly outline those instances where this pledge of confidentiality would be exempt.
- 1.6 Staff and other health professionals document in a clear and concise fashion.
- 1.7 Staff and other health professionals provide education to the client about the serious health effects of continued abuse and information about community services and resources.
- 1.8 Staff and other health professionals demonstrate respect for the client's right to make her own decisions and recognize that the woman must be allowed to deal with the identified abuse at her own pace and in her own terms through her own decisions.

2.0 Application of the RUCS² Protocol in the Clinic for Public Health Nurses

- 2.1 Any female, 12 years of age and over, who presents at The Clinic for health services will be assessed using the screening question in the RUCS protocol (F1). These health services would include attendance at any of the regularly scheduled Clinics and/or other services provided on a drop-in basis, such as ECP. Clients who visit to purchase contraception will not be assessed unless there are reasonable grounds to suspect abuse.
- 2.2 During the intake assessment of a female client, 12 and over, the PHN³ asks if the individual has experienced any form of abuse within the last year or at any time in her life. Prior to this assessment, the PHN must ensure that the client fully understands the legal obligation to report suspected abuse of any person under the age of 16 to the CAS and explains the procedure for reporting, should there be a disclosure (see policy A-300) [see discussion of evidence for recommendation#7 for more information].

² See sample policy #5

³ PHN refers to the public health nurse

- 2.3 If no disclosure of abuse is made and the PHN does not observe any indicators of actual/potential abuse, the PHN documents the client's response on the initial health assessment form in the appropriate RUCS box.
- 2.4 If a woman does not report abuse, but demonstrates certain behaviors or actions that might lead the PHN to suspect abuse, the PHN will document the client's response on the initial health assessment form in the appropriate RUCS box. The RUCS Assessment Protocol form will then be used to document all relevant aspects of the abuse and any interventions taken.
- 2.5 If a female, 12 years of age and over, discloses actual/potential abuse, the PHN will document the client's response on the initial health assessment form in the appropriate RUCS box. The PHN will then use the RUCS Assessment Protocol form to document all relevant aspects of the abuse and any interventions taken.
- 2.6 If abuse of a female client under the age of 12 is disclosed, the PHN has a legal obligation to report this disclosure verbally to the Children's Aid Society (CAS) immediately. See Policy A-300 "Detection and Follow-up of Individuals Potentially Being Abused".

3.0 Application of the RUCS Protocol for Clinical Assistants

- 3.1 If a female, 12 years of age and over, discloses abuse to a clinical assistant or the clinical assistant has reasonable grounds to suspect abuse, that assistant should first ensure that the client is comfortable and safe.
- 3.2 The clinical assistant reports her concerns to either the physician or a PHN immediately.
- 3.3 The clinical assistant records her observations and actions in the progress notes.
- 3.4 If abuse of a female client under the age of 12 is disclosed to the clinical assistant, that clinical assistant has a legal obligation to report this disclosure verbally to the Children's Aid Society (CAS) immediately under the guidance of a PHN.

4.0 Application of the RUCS Protocol for Other Health Professionals

- 4.1 Physician or other health professional should first check the client record for any disclosures prior to commencing a physical examination. A client who has experienced abuse is more likely to react negatively to a pelvic exam.
- 4.2 If a client has already disclosed abuse, the physician should be particularly attentive to any signs of abuse that might not have been visible to the PHN. A body map should be used to record any relevant physical signs of abuse. The physician will then document any additional information acquired during the examination as well as any interventions taken.
- 4.3 The physician should report his/her findings to a PHN. The physician and the PHN will collaborate with the client to formulate a safety plan and initiate community referrals.

5.0 Training of new staff

- 5.1 New staff of any profession will be trained in the RUCS protocol during orientation.

Sample Policy #4: Department Unit Policy

Source: Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Reprinted with permission.

PURPOSE

To retain a permanent paper record of all RUCS interviews following a disclosure. This RUCS form will become part of the client record.

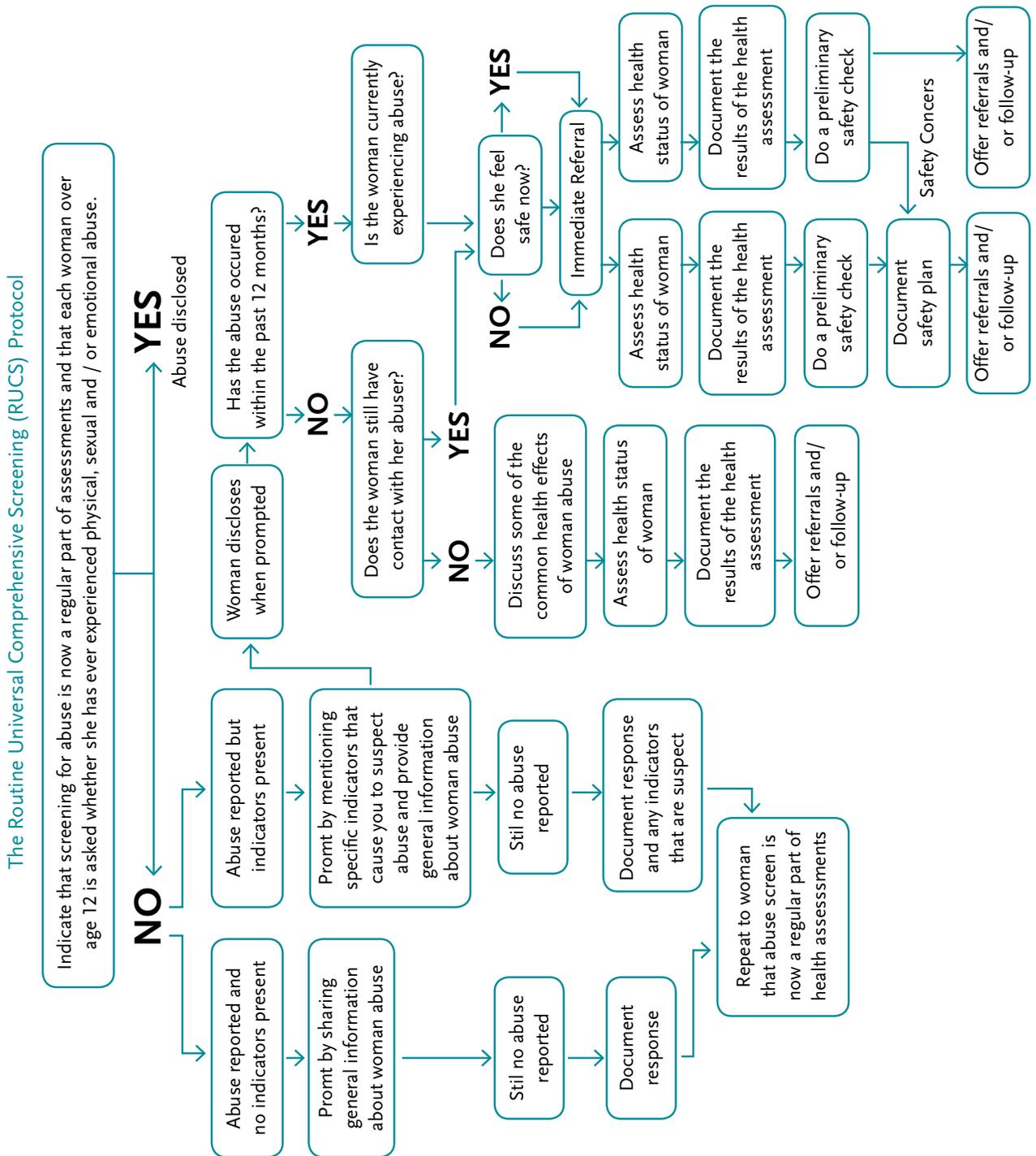
PROCESS

1. Write the client record number and indicate clinic attended at the top of the form.
2. Record the information solicited from the client after a disclosure has been made. Documentation can continue on the back of the form as needed.
3. Indicate intervention provided including arrangements for client follow-up as applicable in section 2 of form.
4. In cases of recent sexual assault or violence, ensure completion of Section 3, documenting details of the situation and PHN intervention. Documentation can continue on the back of the form as needed.
5. In cases where the client does not disclose abuse, but indicators are present, the PHN should discuss the indicators causing the suspicion of abuse and record in Section 4 of form.
6. The RUCS form shall remain in the client chart. For statistical purposes, cases of abuse shall be tracked on the "RUCS Tracking Form" kept in each PHN office. RUCS Tracking Forms will be collected, and statistical data entry completed by the CTA on a quarterly basis.
7. For more detail see Section 7-30 Women Abuse-Guiding Principles and Implementation of RUCS Protocol.



Sample Policy #5: The Routine Universal Comprehensive Screening (RUCS) Protocol

Source: Middlesex-London Health Unit, London, Ontario. Reprinted with Permission.



The following two appendices are NEW:

Appendix M: Responding to Disclosure

The following two scenarios represent situations that could be found in mental health nursing. The questions proposed are to act as guides during the course of the interaction and may need rephrasing (open-ended vs. closed-ended) according to the situation, the clinical setting, and/or the scope of practice of the health care provider.

When responding to a disclosure of woman abuse/IPV, keep the following tips in mind:

Always interview in private
Believe the client
Assess for safety
Offer support
Ask permission to refer to another resource person

Scenario #1:

Elizabeth, a 23 year old woman is brought to the Emergency Psychiatric Services after neighbours who were concerned about her safety called police. Neighbours report that Elizabeth appeared to be repeatedly walking out in front of traffic. Elizabeth is angry and insists that others are not keeping her safe. The nurse determines from her old case file that Elizabeth has a history of sexual, physical and emotional abuse. The nurse also notes that Elizabeth has scars on both arms and fresh cuts on both arms. Elizabeth discloses to the nurse that she remembers something bad that happened in her past.

Response:

- Always interview in private:
 - *“Let’s go into the interview room or the office to talk about this”*
- Believe the client:
 - *“Would you like to talk with me about what you are feeling?”*
 - *“Did something happen to you before that you are remembering now?”*
 - *“Do you recall what happened to you in your past? Yes/No...” It’s OK if you don’t remember, that happens sometimes”*
 - *“I notice you have cuts on your arms, do you want to talk to me about that?”*
- Assess for safety: (never assume that a past history of abuse precludes a present history as well)
 - *“Elizabeth, you say ‘others are not keeping you safe’, do you feel safe now?”*
 - *“Did something happen to make you feel unsafe?”*
- Offer support:
 - *“Are you receiving any support in the community for these feelings?”*
 - *“What other supports do you need/require?”*
- Ask permission to refer to another resource person:
 - *“Can I refer you to someone who can help you with your feelings?”*

Scenario #2:

A nurse is completing an assessment on a woman with a diagnosis of Schizophrenia, Paranoid Type who is being admitted to a mental health facility. The patient is wringing her hands and looks distressed. The patient frequently stares intently at the nurse but does not seem interested in conversing. The nurse finds it challenging to engage the patient. After several hours, the patient comes up to the nurse and tells her that she was assaulted in her apartment last night and she wants to call the police.

Response:

- Always interview in private:
 - *“Let’s go into the interview room or the office to talk about this”*
- Believe the client:
 - *“That must have been a terrifying experience for you, thank-you for sharing this with me”* or *“Your experience must have been very frightening”*
 - *“It is not easy to talk about this type of thing.”*
 - *“It is not unusual to feel angry, embarrassed and fearful afterward”*
 - *“How can I help you now?”*
 - *“Are you experiencing any pain?”*
 - *“Would you like me to sit and talk with you?”*
- Assess for safety:
 - *“What needs to happen to help you feel safe?”*
- Offer support:
 - *“Would you like some support when speaking with the police?”* If yes, then:
- Ask permission to refer to another resource person:
 - *“Can I refer you to someone who can support you when speaking with the police?”*



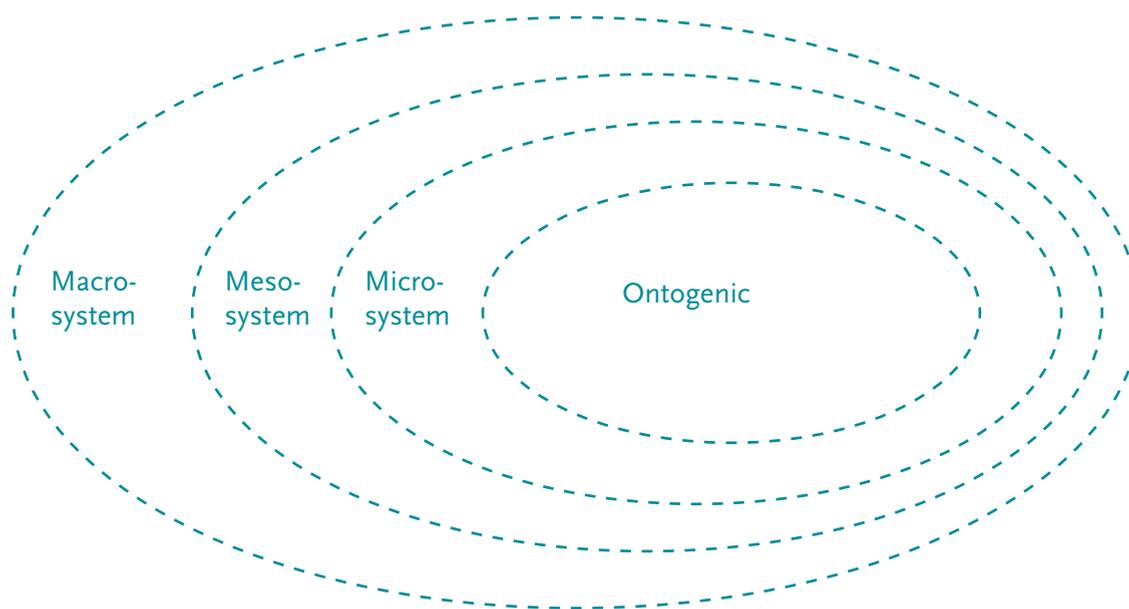
Appendix N: Ecological Framework

The following appendix introduces a framework that offers a novel approach to understanding family violence.

By far the most comprehensive approach to understanding and addressing family violence in both local and international contexts is the ecosystemic/ecological framework (Guruge, Tiwari & Lucea, 2010). The ecological/ecosystemic approach was first used to help organize various research findings on the etiology of child abuse (Belsky, 1980), but since has been applied to woman abuse (Carlson, 1984; Dutton, 1988; Edleson & Tolman, 1992). Belsky's ecological framework draws on Tiorbergen's (1951) idea of ontogenic development as well as on Bronfenbrenner's (1977, 1979) idea of the ecological framework of human development. Bronfenbrenner (1977, 1979) hypothesized that in order to understand human behaviour, one needs to move beyond the immediate situation of the individual to consider the environment within which the individual is situated. Garbarino (1977) and Belsky (1980) viewed a person's environment as a series of settings/systems, each nested within the next broader setting/system in the following order: from the micro-environment of the family to the meso/exo-environment of the immediate social network, to the macro-environment of the society-at-large.

Loue and Faust (1998) proposed a framework to understand woman abuse that consists of the following four levels: (a) ontogenic (the individual history of the partners), (b) micro-system (the family setting in which the abuse occurs), (c) meso-system (the social networks in which the family participates), and (d) macro-system (the culture and society-at-large). People and their environments are understood in the context of their continuous and reciprocal relationships (Guruge, Khanlou, & Gastaldo, 2010).

Figure 1. Depiction of an Ecosystemic Framework (Based on Guruge, 2007; Heise, 1998)



Individual or ontogenic factors refer to “those features of an individual’s developmental experience or personality that shape his or her response to micro-system and [meso]exo-system stressors” (Heise, 1998, p. 267). Examples of individual factors include: witnessing domestic violence as a child and experiencing abuse as a child, mental illness, and substance use/abuse.

The micro-system refers to “those interactions in which a person directly engages with others as well as to the subjective meanings assigned to those interactions” (Heise, 1998, p. 269). Some of the micro-systemic factors highlighted in the literature include male authority and dominance in the family, male control of wealth in the family, marital conflict, stress, and use of alcohol (Guruge, 2007).

The meso-system includes people and structures that have an immediate influence on the family to determine what occurs at home (Belsky, 1980). This system includes the neighbourhood, schools, workplace, both informal and formal social networks, and identity groups in one's own community (Guruge, 2007). One of the key meso-systemic factors is social support or lack thereof (both as a contributing factor and a by-product) (Guruge, 2007).

The macro-system refers to “the broad set of cultural values and beliefs that permeate and inform the other three layers of the social ecology” (Heise, 1998, p.273). Examples of macro-systemic factors include: (a) the society's identification of masculinity with dominance, toughness, and honour; (b) rigid gender roles; (c) a sense of male entitlement, authority, and ownership over women; (c) religious approval of physical chastisement of women; and (d) a cultural ethos that condones violence as a means of settling interpersonal disputes (Brownridge & Halli, 2002; Heise, 1998).

“An understanding of the interconnectedness of the factors operating at various levels allows us to view how any given situation is largely determined by factors beyond the individual level” (Guruge, 2007, p. 68). It helps to move the analysis beyond the individual or the micro-level to the macro-level to explore the complex historical, socioeconomic, and political nexus within which individual experience is embedded (Guruge & Khanlou, 2004). Although there appears to be room for interpretation and debate as to exactly where a particular factor might fit within the framework, more important than the location of any single factor is the dynamic interplay between factors operating at multiple levels (Guruge, 2007). “Unbalanced power relations imbedded in private and public spaces contribute to woman abuse at home and limit women's choices and responses to abuse” (Guruge, 2007, p.69).



References

- Allen, N.E., Bybee, D.I., & Sullivan, C.M. (2004). Battered women's multitude of needs. *Violence Against Women*, 10(9), 1015-1035.
- Amar, A.F., & Gennaro, S. (2005). Dating violence in college women: Associated physical injury, healthcare usage, and mental health symptoms. *Nursing Research*, 54(4), 235-242.
- Arnette, N.C., Mascaró, N., Santana, M.C., Davis, S. & Kaslow, N.J. (2007). Enhancing spiritual well-being among suicidal African American female survivors of intimate partner violence. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 909-924.
- Asher, J., Crespo, E. I., & Sugg, N. K. (2001). Detection and treatment of domestic violence. *Contemporary OB/GYN*, 46(9), 61-66.
- Baker, L. & Cunningham, A. (2005). *Learning to listen. Learning to help: Understanding woman abuse and its effects on children*. Centre for Children & Families in the Justice System, London.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320-335.
- Berman, H., Hardesty, J., & Humphreys, J. (2003). Children of abused women. In J. Humphreys & J. C. Campbell (Eds.), *Family violence and nursing practice* (pp. 150-187). Philadelphia: Lippincott.
- Boyle, A. & Jones, P. B. (2006). The acceptability of routine inquiry about domestic violence towards women: A survey in three healthcare settings. *British Journal of General Practice*, 56(525), 258-261.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brouwers, M. C., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Davis, D., Feder, G., ... Zitselsberger, L. (2009). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II*. AGREE Trust. Available <http://www.agreetrust.org/>
- Brownridge, D. A. & Halli, S. S. (2002). Culture variation in male partner violence against women. *Violence Against Women*, 8(1), 87-115.
- Campbell, R., Adams, A.E., Wasco, S.M., Ahrens, C.E. & Sefl, T. (2009). Training interviewers for research on sexual violence: A qualitative study of rape survivors' recommendations for interview practice. *Violence Against Women*, 15(5), 595-616.
- Canadian Nurses Association. (2008). *Code of ethics for registered nurses*. Ottawa: Author.
- Canadian Nurses Protective Society. (2008). *Confidentiality of health information, info law: A legal guide for nurses*, 1, 1-2.
- Carlson, B. E. (1984). Causes and maintenance of domestic violence: An ecological analysis. *Social Science Review*, 58(4), 569-587.
- Chang, J.C., Buranosky, R., Dado, D., Cluss, P., Hawker, L., Rothe, E.,...Scholle, S.H. (2009). Helping women victims of intimate partner violence: comparing the approaches of two health care settings. *Violence and Victims*, 24(2), 193-203.
- Child and Family Services Act of Ontario (2003). Available http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90c11_e.htm
- College of Nurses of Ontario. (2004). *Confidentiality and Privacy- Personal health information*. Toronto: Author.
- College of Nurses of Ontario. (2008). *Documentation*. Toronto: Author.
- College of Nurses of Ontario. (2009). *Culturally Sensitive Care*. Toronto: Author.
- College of Nurses of Ontario. (2011). *Quality Assurance Reflective Practice*. Toronto: Author.

Department of Health (2000). Domestic Violence: A resource manual for health care professionals. Available: www.doh.gov.uk/pdfs/domestic.pdf

Department of Justice Canada (2011). Criminal Code of Canada, Ottawa, Government of Canada.

Duncan, M.M., McIntosh, P.A., Stayton, C.D. & Hall, C.B. (2006). Individualized performance feedback to increase prenatal domestic violence screening. *Maternal Child Health Journal*, 10(5), 443-449.

Dutton, D. G. (1988). Profiling of wife assaulters: Preliminary evidence for a trimodal analysis. *Violence and Victims*, 3(1), 5–29.

Edleson, J., & Tolman, R.M. (1992). *Intervention for men who batter: An ecological approach*. Newbury Park, CA: SAGE.

Family Violence Prevention Fund. (2004). *National consensus guidelines on identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings*. Available <http://endabuse.org/programs/display.php3?DocID=206>

Feldhaus, K.M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H.L., Norton, I.M., Lowenstein, S.R., & Abbott, J.T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1357-1361.

Garbarino, J. (1977). The human ecology of child maltreatment: A conceptual model for research. *Journal of Marriage and the Family*, 39(4), 721–735.

Guruge S. (2007). *The influence of gender, racial, social, and economic inequalities on the production of and responses to intimate partner violence in the post-migration context*. (Dissertation). University of Toronto, Canada.

Guruge, S., & Khanlou, N. (2004). Intersectionalities of influence: Researching health of immigrant and refugee women. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(3), 32-47.

Guruge, S., Khanlou, N., & Gastaldo, D. (2010). The production of intimate male partner violence in the migration process: Intersections of gender, race, and class. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 103-113.

Guruge, S., Tiwari, A., & Lucea, M.B. (2010). International perspectives on family violence. In Humphreys, J. & Campbell, J. (Eds.). *Family Violence and Nursing Practice* (2nd ed.). New York, NY: Springer Publishing Company.

Haggblom, A.M.E., Hallberg, L.R.M., & Moller, A.R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences*, 7(4), 235-242.

Hamberger, K.L., Guse, C., Boerger, J., Minsky, D., Pape, D. & Folsom, C. (2004). Evaluation of a health care provider training program to identify and help partner violence victims. *Journal of Family Violence*, 19(1), 1-11.

Health Canada. (1999). A handbook for health and social service professionals responding to abuse during pregnancy. Available http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/pregnancy_e.pdf

Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262–290.

Houry, D., Feldhaus, K., Peery, B., Abbott, J., Lowenstein, S.R., Al-Bataa-De-Montero, S., & Levine, S. (2004). A positive domestic violence screen predicts future domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(9), 955-966.

Hyman, K. (1999). Dating violence among adolescents: Risk factors and implications for treatment and research. *Developments*, 13(3), 5-8.

Jaffe, P., Wolff, D., & Wilson, S. (1990). *Children of battered women*. Newbury Park, CA: Sage.

Johnson, N.L., Klingbell, C., Melzer-Lange, M., Humphreys, C., Scanlon, M. & Simpson, P. (2009). Evaluation of an intimate partner violence curriculum in a pediatric hospital. *Pediatrics*, 123(2), 562-568.

Johnson, M.P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance and situational couple violence*. New Hampshire: Northeastern University Press.

Kataoka, Y., Yaju, Y., Eto, H., & Horiuchi, S. (2010). Self-administered questionnaire versus interview as a

screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(84). DOI:10.1186/1471-2393-10-84.

Koziol-McLain, J., Garret, N., Fanslow, J., Hassall, I., Dobbs, T., Henare-Toka, T.A., & Lovell, V. (2010). A randomized controlled trial of a brief emergency department intimate partner violence screening intervention. *Annals of Emergency Medicine*, 56(4), 413-423.

Krugman, S.D., Witting, M.D., Furuno, J.P., Hirshon, J.M., Limcangco, R., Perisse, A.R., & Rasch, E.K. (2004). Perceptions of help resources for victims of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(7), 766-777.

Loue, S., & Faust, M. (1998). Intimate partner violence among immigrants. In S. Loue (Ed.), *Handbook of immigrant health* (pp. 521–544). New York: Plenum Press.

MacMillan, J.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L.A., Worster, A.,...Webb, M. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 296(5), 530-536.

MacMillan, H.L., Wathen, C.N., Jamieson, E., Boyle, M.H., Shannon, H.S., Ford-Gilboe, M.,...McNutt, LA. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 493-501.

McCord-Duncan, E.C., Floyd, M., Kemp, E.C., Bailey, B., & Lang, F. (2006). Detecting potential intimate partner violence: Which approach do women want? *Family Medicine*, 38(6), 416-422.

McFarlane, J., Hughes, R. B., Nosek, M. A., Groff, J. Y., Swedlend, N., & Mullen, P. (2001). Abuse Assessment Screen –Disability (AAS-D): Measuring frequency, type and perpetrator of abuse toward women with physical disabilities. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(9), 861-866.

Middlesex-London Health Unit. (2000). *Task force on the health effects of woman abuse – Final report*. London, Ontario: Author.

O'Donnell, L., Agronick, G., Duran, R., Myint-U, A., & Stueve, A. (2009). Intimate partner violence among economically disadvantaged young adult women: Associations with adolescent risk-taking and pregnancy experiences. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(2), 84-91.

Occupational Health & Safety Amendment Act [OHSA] (2009). *Violence and Harassment in the Workplace*. Available http://www.ontla.on.ca/web/bills/bills_detail.do?locale=en&BillID=2181&BillStagePrintId=4499&btnSubmit=go

Ontario Ministry of Information and Privacy (2011). Personal Health Information Protection Act. Available http://www.e-laws.gov.on.ca/html/source/regs/english/2011/elaws_src_regs_r11331_e.htm

Perinatal Partnership Program of Eastern and Southeastern Ontario. (2004). *Women abuse in the perinatal period: Guidelines for care providers*. Ottawa: PPESO.

Poirier, L. (1997). The importance of screening for domestic violence in all women. *The Nurse Practitioner*, 22(5), 105-122.

Pollack, K.M., McKay, T., Cumminskey, C., Clinton-Sherrod, A.M., Lindquist, C.H., Lasater, B.M.,...Grisso, J.A. (2010). Employee assistance program services for intimate partner violence and client satisfaction with these services. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(8), 819-826.

Postmus, J.L., Severson, M., Berry, M., & Yoo, J. (2009). Women's experiences of violence and seeking help. *Violence Against Women*, 15(7), 852-867.

Punukollu, M. (2003). Domestic violence: Screening made practical. *The Journal of Family Practice*, 52(7), 537-543

Rhodes, K.V., Drum, M., Anliker, E., Frankel, R.M., Howes, D.S., & Levinson, W. (2006). Lowering the threshold for discussions of domestic violence. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1107-1114.

Rosovsky, L., & Inions, N. J. (2003). *Canadian health information: A practical legal and risk management guide (3rd*

ed.). Markham: Butterworths.

Sherin, K.M., Sinacore, J.M., Li, X.Q., Zitter, R.E., & Shakil, A. (1998). HITS: A short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30(7), 508-512.

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). (2005). Intimate partner violence consensus statement. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC)*, April (157), 365 – 388.

Sohal, H., Eldridge, S., & Feder, G. (2007). The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: A diagnostic accuracy study in general practice. *BMC Family Practice*, 8(49). DOI: 10.1186/1471-2296-8-49.

Svavarsdottir, E. K. (2010). Detecting intimate partner abuse within clinical settings: Self-report or an interview. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 224-232.

Swahnberg, K., & Wijma, K. (2007). Validation of the abuse screening inventory (ASI). *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(3), 330-334. DOI:10.1080/14034940601040759

Trabold, N. (2007). Screening for intimate partner violence within a health care setting: A systematic review of the literature. *Social Work in Health Care*, 45(1), 1-18.

Weiss, S.J., Ernst, A.A., Cham, E., & Nick, T.G. (2003). Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence and Victims*, 18(2), 131-141.

Wiemann, C. M., Agurcia, C. A., Berenson, A. B., Volk, R. J., & Rickert, V. I. (2000). Pregnant adolescents: Experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 93-101.

World Health Organization. (2008). *Primary health care: Now more than ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Zweig, J. M., & Burt, M. R. (2007). Predicting women's perceptions of domestic violence and sexual assault agency helpfulness: What matters to program clients? *Violence Against Women*, 13(11), 1149-1178.



Marzo de 2005

*Guía de buenas prácticas en enfermería
El maltrato contra las mujeres:
cribado, identificación y respuesta inicial*



*Es un programa financiado
por el gobierno de Ontario*



FPO
0-920166-70-9

investen
iscii



RNAO

Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

NURSING BEST PRACTICE GUIDELINES PROGRAM