



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**ACTUACIÓN DE
ENFERMERÍA ANTE LA
VIOLENCIA DE GÉNERO.
DETECCIÓN PRECOZ**

Autor/a: Beatriz Pascual Valea

Tutor/a: Dra. Carolina González Hernando

“Ni golpes que duelan, ni palabras que hieran”

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	5
4. METODOLOGÍA DE TRABAJO	5
5. DESARROLLO DEL TEMA.....	6
5.1 Historia de la violencia	6
5.2 Sexo y género.....	7
5.3 Patriarcado, ¿La causa de la violencia?	8
5.4 Violencia de género	9
5.4.1 Incidencia en España.....	9
5.4.2 Factores de riesgo.....	11
5.4.3 Tipos.....	12
5.4.4 Ciclo de la violencia.....	14
5.4.5 Consecuencias para la salud.....	15
5.4.6 Impacto económico de la violencia de género	16
5.4.7 Los medios de comunicación	17
5.4.8 La violencia de género y la legislación	18
5.5 Enfermería y violencia de género. Detección precoz	19
5.5.1 La importancia de la comunicación	20
5.5.2 Patrones funcionales Marjory Gordon	21
6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA.....	25
7. BIBLIOGRAFÍA	26
8. ANEXOS	30

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

La violencia de género constituye un importante problema social y de salud pública y atenta contra los derechos humanos. Según datos de la OMS, el 35% de las mujeres han sufrido violencia doméstica o sexual en algún momento de su vida, así como el 38% de los asesinatos de mujeres se asocian a violencia de género. Se realizó una revisión bibliográfica para profundizar en varios aspectos relacionados con la violencia de género, desde su incidencia como las consecuencias que para la salud tiene, pasando por el impacto económico que supone o por las leyes existentes que amparan a las víctimas, entre otros. Sin embargo, se incide en la importancia de una detección precoz por parte del personal sanitario que mejore el abordaje multidisciplinar de la víctima. Los profesionales de enfermería, dada su cercanía con la comunidad, constituyen un pilar fundamental en este aspecto, concienciados de que es un problema que les compete y cargados de unos conocimientos y unas competencias mínimas serán capaces de emprender acciones efectivas en cuanto a una detección precoz se refiere, previniendo así, el desarrollo de la violencia, mantenimiento, secuelas y futuras agresiones.

Palabras clave: Violencia de género; Violencia y salud; Enfermería; Relación terapéutica.

ABSTRACT: Gender violence not only is an important social and public health problem but also it threatens human rights. According to WHO's data, 35% of the women have suffered household or sexual violence sometime in their life as well as 38% of the murders are related to gender violence. A bibliographic review was done in order to deepen into some aspects related with gender violence, from its incidence and consequences towards health, going through the economic impact that it involves or by the existent laws that protect the victims, among others. However, it insists on the importance of precocious detection by the sanitary personal to improve the multidisciplinary approach of the victim. Nursing professionals are fundamentally important in this manner due to their closeness with the community, becoming aware that it is a problem that competes to them, they can carry out effective actions as for precocious detection it refers, preventing then the development of violence, maintenance, consequences and future aggressions.

Keywords: Gender violence; Violence and health; Nursing; Therapeutic relation.

2. INTRODUCCIÓN

La violencia de género, principalmente la de pareja y la sexual, es un importante problema social y de salud pública y constituye una violación de los derechos humanos (1,2). La que es ejercida dentro de las relaciones de pareja (ya sean novios, enamorados, cónyuges, pasados o actuales) es una de las más extendidas, tanto que, estadísticas mundiales del año 2013 concluyen que al menos 3 de cada 10 mujeres son víctimas de agresiones físicas o sexuales por parte de su pareja, lo que equivaldría de forma aproximada a un billón de mujeres (3). En un análisis realizado recientemente por la Organización Mundial de la Salud, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas, basándose en cifras de más de 80 países, se concluyó que el 35% de las mujeres han padecido violencia por parte de su pareja o violencia sexual por otras personas en algún momento de su vida. Así mismo, el 38% de los asesinatos de mujeres se asocian a violencia de pareja (2).

Pese a que se han puesto en marcha planes de actuación y medidas preventivas en el mundo desde hace más de cinco décadas para acabar con esta injusticia, las cifras en cuanto a violencia de género se mantienen o incluso en algunos lugares se han incrementado (3). La elevada incidencia y la gravedad del suceso hacen que sea necesario poner en marcha herramientas para acabar con esta lacra social.

La violencia de género (VG) es de carácter universal, afecta a todos los países sin distinciones en cuanto a economía, situación geográfica, nivel de desarrollo o régimen político. Así mismo, se da en todos los grupos sociales independientemente de la etnia, la cultura, la edad o la ocupación, es decir, ni las víctimas ni los maltratadores presentan un perfil concreto (4). Sin embargo, frecuentemente la VG se relaciona con creencias erróneas utilizadas para disminuir, negar o excusar la agresión, o lo que es más importante, crean desconcierto y ocultan la verdadera incidencia del problema. Asociada únicamente a países subdesarrollados, en familias con pocos recursos, en mujeres con características específicas, agresores consumidores de drogas, celos como causa de violencia...son algunos de estos mitos (4) (Véase anexo I). Sin embargo, no implica que algunos de éstos no constituyan factores de riesgo para el desarrollo de la violencia.

El maltrato hacia la mujer es un problema que ha existido siempre, numerosos autores indagan sobre la naturaleza de este problema. Algunos postulan que la VG parece ser un

fenómeno intrínseco a la historia de la humanidad, apoyándose en que los textos bíblicos comienzan sus páginas con asesinatos o numerosas obras antiguísimas ya consideran a la mujer un ser inferior sometido a la voluntad del varón (5). Otros consideran el sistema patriarcal como el responsable de la subordinación y discriminación de la mujer (6). También se plantean cuestiones sobre dos conceptos diferentes: sexo y género, y su influencia en la creación de desigualdades entre el hombre y la mujer ya en el seno familiar y la escuela (7).

Las consecuencias de la VG en cualquiera de sus formas (psicológica, sexual, física...) son devastadoras, tanto para la mujer que sufre la agresión, y que en el peor de los casos finaliza en fallecimiento, como para los hijos e hijas de la misma, incidiendo de forma negativa tanto en su bienestar físico y psicológico como en su desarrollo emocional y social (8). Así, la directora general de la OMS Gro Harlem Brundtland (9) en el informe mundial sobre la violencia y la salud, afirma que “Allí donde la violencia persiste, la salud corre grave peligro”, entendiendo salud como algo global y no puramente físico.

La OMS declaró en 2013 que la VG es “un problema de salud global de proporciones epidémicas” (10). El sector sanitario juega un papel fundamental en la detección y asistencia a mujeres víctimas de violencia y, por ello, sus profesionales deben adquirir la formación necesaria, en especial atención primaria dada su cercanía con la comunidad, para dar respuesta a este problema.

Un estudio realizado en España en el año 2008 concluyó que aunque el personal sanitario está sensibilizado frente a este problema, muchos de ellos no lo consideran un problema de salud, sino más bien un problema social y judicial, y, además, un alto porcentaje admite que carecen de la formación necesaria para atender a este tipo de pacientes (11).

De este modo, es imprescindible que el personal sanitario presente las habilidades necesarias, tanto conocimientos teóricos como actitudes de ayuda, orientación y cercanía, para detectar los casos de VG y en consecuencia prevenir su desarrollo, mantenimiento, secuelas y futuras agresiones. Así, profesionales correctamente instruidos serán capaces de responder de manera adecuada a las necesidades de cada paciente prestando una atención individualizada, ofrecer apoyo para recuperar su salud, disminuir las consecuencias del maltrato y conseguir que recupere tanto la confianza en

sí misma como en otras personas. Únicamente de esta forma, las mujeres afectadas podrán ser capaces de incorporarse de nuevo en la sociedad en un entorno de seguridad en el que los derechos humanos sean considerados y respetados (12).

Este trabajo fin de grado partió de las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es la incidencia de VG en España?, ¿Por qué mueren tantas mujeres?, ¿Cuáles son las consecuencias que tiene para la salud?, ¿Los profesionales sanitarios no lo detectan a tiempo?, ¿Cuál es el papel de la enfermera ante tal situación?, ¿Por qué muchas mujeres no denuncian?, ¿Son sólo víctimas las mujeres o también los hijos de éstas?, ¿La sociedad patriarcal es la causa de la violencia?, ¿El alcohol y las drogas justifican las agresiones?, ¿Cuáles son los costes económicos que supone para un país?... Se realizará una revisión bibliográfica en profundidad para dar respuesta a las preguntas planteadas.

3. OBJETIVOS

- **OBJETIVO GENERAL:**
 - Describir la violencia de género como un problema de Salud Pública determinando su alcance, magnitud, consecuencias, costes económicos... con el fin de que el personal sanitario correctamente formado sea capaz de detectar de forma precoz los casos de violencia.
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
 - Determinar las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en los profesionales de enfermería para prestar atención a las víctimas de VG.
 - Destacar la importancia de la comunicación en la relación terapéutica con la víctima.
 - Proponer formas de identificación y detección de los casos de violencia.
 - Mejorar el abordaje multidisciplinar de la víctima.

4. METODOLOGÍA DE TRABAJO

El presente trabajo es un estudio de investigación realizado a través de una revisión bibliográfica sobre VG abordando distintos aspectos, pero incidiendo en el sanitario.

Las fuentes de información consultadas han sido:

- Bases de datos especializadas en salud como Scielo o Biblioteca Virtual en Salud España.
- Bases de datos de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Periódicos nacionales online: ABC.es, elmundo.es, 20minutos.es o eldiario.es, entre otros.
- Revistas de Salud como Gaceta Sanitaria.
- Revistas científicas como Cuicuilco o Cuadernos de trabajo social.
- Portales bibliográficos como Dialnet.
- Buscadores: Google, Google Académico.
- Blog de la Universidad de Valladolid: Edublog Enfermería.
- Páginas web: Portal de Salud de la Junta de Castilla y León, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Observatorio de la Violencia de Género.
- Legislación: página web del boletín oficial del Estado (BOE).

Para la búsqueda se han alternado descriptores y lenguaje libre en castellano. En cuanto a los términos empleados, se han escogido en función del tema a investigar utilizando palabras clave como violencia de género, género y salud, violencia y salud, enfermería, relación terapéutica.

Se ha seguido un orden a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica y redactar el presente trabajo. Una vez finalizada la búsqueda, se han agrupado los documentos seleccionando aquellos más interesantes y pertinentes.

5. DESARROLLO DEL TEMA

5.1 Historia de la violencia

La violencia es un fenómeno que ha acompañado y ha ido acorde a la historia de la humanidad. De hecho, el Génesis ya comienza sus páginas con el asesinato de Abel por su hermano Caín (5). En la misma línea, discursos religiosos consideran a las mujeres seres inferiores sometidas a la voluntad del varón, como “la tentación”, un ser que envuelve y hechiza a los hombres con sus encantos o también como malas y peligrosas. En este sentido cabe mencionar las quemaduras de las brujas como un hecho de violencia colectiva (13).

A lo largo del tiempo, se encuentra un inmenso listado de obras literarias en las que se justifica de alguna forma la violencia hacia la mujer, como por ejemplo las enseñanzas de Zaratustra que postula en uno de sus capítulos “¿Vas con mujeres? ¡No olvides el látigo!”. Incluso filósofos como Locke, Rousseau o Kant establecen la inferioridad de la mujer y su sumisión ante el varón (13).

Otro aspecto a señalar son los refranes populares, en muchos de los cuales se observa cómo la mujer queda relegada a un segundo plano, como un ser que puede sufrir todo tipo de malos tratos y a la que se le reduce al ámbito exclusivamente doméstico. “A la mujer y a la burra, todos los días zurra”, “La mujer y la sartén, en la cocina están bien” o “La mujer tiene derecho, si se mantiene en su techo” son algunos de estos ejemplos (5).

Algunos historiadores, si bien es cierto que fueron pocos, ya sintieron preocupación por la mujer apareciendo así los grandes personajes femeninos como son Juana de Arco, Agustina de Aragón, María de Molina o Isabel la Católica, entre otras (5).

Sin embargo, es importante reseñar que la mujer ha luchado por su emancipación y reconocimiento, surgiendo de este modo fuertes movimientos feministas como el de los años 60, desde el que se proyectó el concepto de patriarcado como un sistema de dominación (13).

5.2 Sexo y género

Para entender mejor esta revisión es necesario explicar antes el significado de dos conceptos diferentes, sexo y género.

Mientras sexo se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres (lo innato, genético, endocrino...), el género es un conjunto de ideas, prácticas y representaciones sociales que una cultura desarrolla para fabricar desde el punto de vista social la masculinidad y la feminidad, es decir, lo que “es propio” de los hombres y lo que “es propio” de las mujeres, las diferencias sociales y culturales que se atribuyen a varones y mujeres (7,14,15). Por ello, cuando se habla de los malos tratos hacia la mujer se denomina violencia de género para manifestar la importancia de la cultura sobre la misma y aclarar que se trata de una construcción social (16).

Se crean así estereotipos de roles entre ambos sexos. Por ejemplo, desde siempre se ha asociado el color rosa a las niñas y el azul a los niños o la vinculación de la mujer al ámbito exclusivamente doméstico mientras es el varón quien trabaja. Los videojuegos pueden reforzar también estos estereotipos, así un estudio promovido por la Universidad de León concluyó que los videojuegos podrían influir en el desarrollo de la violencia ya que por encima de los de agilidad mental o cálculos predominan los de lucha, peleas, acción...reforzando el comportamiento masculino (fuerza, venganza, orgullo...) y asimilando lo femenino a debilidad, insinuación, cobardía o sumisión (17). Esto hace que ya desde la infancia los niños y las niñas aprendan a diferenciar lo que “es” ser hombre y lo que “es” ser mujer, lo que es propio de cada uno.

5.3 Patriarcado, ¿La causa de la violencia?

Se postula el origen de la VG en el patriarcado, un sistema de organización social que lleva más de cinco mil años sometiendo a la sociedad (3), en el que el poder es mayoritariamente sustentado por los varones siendo la mujer la principal perjudicada, sometida siempre al hombre. Asigna a éste una serie de características como fuerza, independencia, seguridad, valentía... y a la mujer otras como sumisión, debilidad o inseguridad. Este reparto de propiedades hace que exista una fuerte convicción del predominio de lo masculino sobre lo femenino, estableciéndose estereotipos de roles entre hombres y mujeres (16).

Las formas de sumisión femenina engloban desde las sociedades más primitivas hasta las más desarrolladas. Los antropólogos que han investigado las primeras formas de organización social basadas en el patriarcado, hablan de éste como una estructura en la que las familias se organizaban en torno al padre o al hombre de más edad. Estas primeras formas de organización, basadas en el poder del varón, hacen que se pueda sustentar que la subordinación femenina es común a todas las culturas desde los comienzos de la historia. Así, desde los pueblos primitivos ya se establecían diferentes funciones, el hombre con su fortaleza era el que salía a buscar comida y protegía al grupo y la mujer se dedicaba a parir y cuidar de los hijos (18).

Se concluye, por tanto, que estos valores patriarcales se relacionan con los malos tratos hacia la mujer, un hecho que se sostiene sobre normas sociales y culturales. De esta manera, a lo largo de la historia, dicha estructura sociocultural basada en la autoridad

del varón ha determinado la asignación de diferentes papeles a los hombres y a las mujeres, sometiéndose éstas a aquellos (6).

En conclusión, múltiples autores consideran este sistema patriarcal la causa principal de la violencia de género.

5.4 Violencia de género

La asamblea general de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) aprueba en 1993 la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, en la que se define la VG como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (19).

5.4.1 Incidencia en España

En España, el Instituto de la Mujer ha promovido varias macroencuestas desde 1999 para conocer la magnitud del problema. Las primeras, 1999, 2002 y 2006, se realizaron a través de vía telefónica a una determinada muestra según grupo de edad y hábitat, mujeres de 18 años y más con residencia en España (20).

Sin embargo, la delegación del Gobierno para la Violencia de Género creyó necesaria la realización de una nueva macroencuesta en 2011 junto con el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), que se diferenciaba de las previas en la forma de recogida de la información, esta vez a través de entrevistas presenciales pero con una muestra mucho menor debido al método utilizado. El informe concluyó que el porcentaje de mujeres de 18 años y más que había sufrido violencia alguna vez en su vida se había incrementado de forma evidente con respecto los años anteriores: 2011 (10.9%), 2006 (6,3%), 2002 (6,2%) y 1999 (5,1%). Un 10.9% en 2011 que equivalía a más de 2.150.000 mujeres (20).

Tabla 1: Porcentajes de mujeres víctimas de violencia de género

	Macroencuesta 1999	Macroencuesta 2002	Macroencuesta 2006	Macroencuesta 2011	Porcentaje de variación 2006 - 2011
TOTAL MUJERES de 18 y más años	100,0	100,0	100,0	100,0	-
NUNCA Maltrato de género	94,9	93,8	93,7	89,1	-4,9
Maltrato de género alguna vez en la vida	5,1	6,2	6,3	10,9	73,0
* Maltrato de género en el último año	2,2	2,3	2,1	3,0	42,9
* Maltrato de género alguna vez en la vida pero NO en el último año	2,9	3,9	4,2	7,9	88,1

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

En la macroencuesta más actual, la de 2015, se han introducido mejoras con respecto las anteriores: se ha ampliado la muestra (mujeres de 16 años y más residentes en España) y se han incorporado nuevas preguntas a la macroencuesta, diferenciándose por primera vez los diferentes tipos de violencia, entre otras. Todo ello con el objetivo de obtener una visión más precisa de la situación, mejorar así los conocimientos acerca de la misma y establecer medidas eficaces en cuanto a su prevención y abordaje, según la Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer 2013-2016. Algunos de los resultados fueron los siguientes (21):

Del total de mujeres de 16 años y más residentes en España:

- El 10,3% había sufrido violencia física de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.
- El 8,1% había sufrido violencia sexual de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.
- El 25,4% había sufrido violencia psicológica de control de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.
- El 21,9% había sufrido violencia psicológica emocional de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.
- El 10,8% había sufrido violencia económica de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.

- El 13% había sentido miedo de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.

5.4.2 Factores de riesgo

No existe un único factor que explique por qué una persona se comporta de una forma violenta, sino que la violencia implica la interacción de múltiples factores. El informe mundial sobre violencia y salud perfila un marco ecológico para intentar entender la violencia, modelo que aún se está perfeccionando como instrumento conceptual (9):

- Primer nivel → Factores biológicos e individuales: se incluyen características demográficas (edad, ingresos, educación), toxicomanías, trastornos psíquicos y antecedentes de maltrato o de comportamientos agresivos.
- Segundo nivel → Factores relacionales: se refieren a las relaciones que se establecen con la pareja, la familia, los amigos o los compañeros.
- Tercer nivel → Factores comunitarios: engloban los contextos comunitarios en los que se producen las relaciones sociales como las escuelas, los vecindarios o el entorno laboral. En este nivel, el riesgo de violencia puede estar influenciado por factores como la densidad de la población, la movilidad de residencia, el tráfico de drogas en la zona o la pertenencia a grupos violentos.
- Cuarto nivel → Factores de la sociedad: posibilidad de conseguir armas, establecimiento de roles de género rígidos, violencia como vía de resolución de conflictos, apoyar la dominación del hombre sobre mujeres y niños...

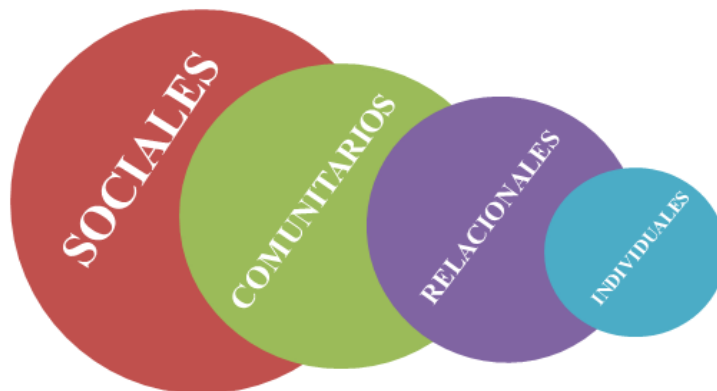


Figura 1: Modelo ecológico de factores asociados a VG (Fuente: elaboración propia)

La OMS ha analizado algunos de estos factores, llegando a las siguientes conclusiones (22):

- Edad: las mujeres más jóvenes (con edades comprendidas entre 15 y 19 años) tenían más riesgo de padecer violencia con respecto a otras mujeres de mayor edad. Esta situación refleja que los hombres jóvenes son más violentos que los adultos y que la violencia en muchas ocasiones comienza temprano.
- Estado de relación: a excepción de algunos lugares, la mayoría de las mujeres divorciadas o separadas habían sufrido más actos de violencia a manos de su pareja que las mujeres casadas. También se dieron más casos de violencia entre las mujeres que vivían con su pareja sin estar casadas.
- Educación: a través de su estudio, la OMS comprobó que a mayor nivel educativo menor riesgo de padecer violencia.

En cuanto a la influencia del alcohol sobre la violencia, cabe destacar que aunque éste podría aumentar las posibilidades de que se produzca violencia dado que nubla el juicio y disminuye la capacidad de interpretar, sin embargo, hay varones que abusan de alcohol sin que por ello desarrollen conductas violentas y también hay muchas situaciones de violencia que ocurren sin que el agresor esté bajo los efectos de esta sustancia (4,23).

El principal factor de riesgo para el desarrollo de la violencia es el hecho de ser mujer (23), puesto que la sociedad reconoce la superioridad del hombre y atribuye diferentes roles y espacios en función del sexo, como se ha comentado anteriormente.

5.4.3 Tipos

En la actualidad se definen varios tipos de violencia hacia la mujer (23):

1. **VIOLENCIA FÍSICA:** engloba cualquier acto no accidental con uso voluntario de la fuerza que pueda ocasionar un daño o lesión en el cuerpo de la víctima: bofetadas, quemaduras, palizas, golpes, heridas, empujones, puñetazos, fracturas...
2. **VIOLENCIA SEXUAL:** sucede cuando se obliga a la víctima (a través del chantaje, las amenazas o la fuerza) a llevar a cabo una práctica sexual en contra de su voluntad, ya sea por parte de su pareja o por otras personas.

Existen diferentes manifestaciones de este tipo de violencia:

→Violencia sexual que no implica contacto corporal: exhibicionismo, obligar a ver herramientas pornográficas, voyeurismo, palabras o gestos obscenos, proposiciones

sexuales no deseadas, mensajes obscenos por correo electrónico o por vía telefónica, acoso sexual...

→Violencia sexual con contacto corporal: tocamientos, imposición a tener relaciones sexuales, obligar a la víctima a mantener posturas que considere humillantes, violación.

→Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: se refiere a cualquier acto que impida a la mujer ejercitar su derecho a la salud sexual y reproductiva, impidiendo que disfrute de su vida sexual sin riesgos para su salud así como hacer uso libremente de su derecho a la maternidad.

Es preciso diferenciar entre varios conceptos similares relacionados con la violencia sexual. Tanto las agresiones como los abusos sexuales atentan contra la libertad sexual de la mujer, sin embargo, mientras que en el primer caso, donde se incluyen las violaciones, la obligación a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con otras personas, es utilizada la violencia y la intimidación por parte del agresor, los abusos sexuales ocurren en ausencia de estos factores. Por otro lado, el acoso sexual se refiere a las conductas verbales, no verbales o físicas de naturaleza sexual que atentan contra la dignidad de la persona o que ésta considere humillante, ofensivo o molesto.

Otras formas de violencia sexual son la mutilación genital femenina o la explotación sexual de mujeres y niñas.

3. VIOLENCIA PSICOLÓGICA: Engloba aquellas conductas que atentan contra la dignidad de la mujer, así como contra su integridad psíquica y emocional, en las que el agresor pretende imponer a la persona los comportamientos que él cree que debe tener. En este sentido se incluyen los insultos, las amenazas, las humillaciones, la culpabilización, el aislamiento social, la exigencia a la obediencia, el rechazo o el chantaje emocional. Es un tipo de violencia que es complicada de demostrar a diferencia de la física o la sexual.

En general estas formas de maltrato se acompañan de (24):

- Maltrato económico: aquel en el que el agresor controla estrictamente el manejo del dinero por parte de la mujer y ésta debe informarle de todos los gastos que realiza. Se da independientemente de si la mujer desempeña un trabajo

remunerado o no, aunque muchas veces es el propio agresor el que la impide realizarlo.

- **Maltrato ambiental:** unido al maltrato psicológico. Consiste en intimidar a la víctima destrozando el medio que le rodea. Incluye romper objetos contra el suelo, desparramar basura o colocar elementos sobre la cama que a ella le dan miedo (por ejemplo armas).

Es importante tener en cuenta que cualquiera de estas formas de violencia tiene consecuencias negativas en todas las dimensiones de la salud de la mujer: física, psicológica, sexual, reproductiva y social.

5.4.4 Ciclo de la violencia

Entre las teorías que intentan explicar el proceso de la violencia, se encuentra la propuesta por la investigadora Leonore Walker en 1979 que se conoce como “ciclo de la violencia” y que comprende las siguientes fases (23,24):

- **Acumulación de la tensión:** hay un incremento gradual de tensión y ansiedad aumentando la enemistad entre los miembros de la pareja. Se acentúa la violencia verbal y pueden aparecer las primeras formas de violencia física. En esta fase la mujer intenta calmar al agresor complaciéndole y haciendo todo lo que él quiere, creyendo que así puede evitar la agresión. Son episodios aislados. La víctima tiene sentimientos de angustia, ansiedad, miedo, confusión y desilusión. La tensión se intensifica y se acumula.
- **Explosión o agresión:** es la fase más brutal ya que pueden producirse todos los tipos de agresiones anteriormente descritas. La duración de esta fase suele ser corta aunque sus consecuencias pueden ser duraderas. Es la fase en la que las mujeres denuncian o piden ayuda pasados unos cuantos días.
- **Calma, reconciliación o “luna de miel”:** fase en la que la situación parece volver a la normalidad, el agresor muestra su arrepentimiento y pide perdón a la víctima utilizando técnicas de manipulación afectiva tales como regalos, caricias o promesas. El agresor promete que no volverá a suceder y la mujer inocente acaba creyendo que todo cambiará. En esta etapa muchas de las denuncias no llegan a prosperar puesto que son retiradas.

A medida que la violencia se afianza la última etapa va desapareciendo, quedando únicamente las fases de tensión y agresión. Los episodios violentos se van incrementando y el riesgo de muerte a manos del agresor aumenta. Es en este momento cuando las víctimas se plantean la separación o buscan ayuda (24).



Figura 2: El ciclo de la violencia (Fuente: elaboración propia)

5.4.5 Consecuencias para la salud

La violencia de género en cualquiera de sus formas constituye un factor de riesgo para la salud de la mujer. Están demostradas las consecuencias que tiene en todas las dimensiones de la misma, tanto a corto como a largo plazo. Así, se distinguen consecuencias mortales y no mortales (23,24,25,26):

No mortales:

- Salud física: se incluyen lesiones traumáticas como cortes, fracturas, quemaduras o heridas, incapacidades parciales o permanentes como pérdida de audición, trastornos gastrointestinales, síntomas inespecíficos como cefaleas, tensión arterial elevada o dolor crónico, entre otros.
- Salud sexual y reproductiva: embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) como VIH, dolor pélvico crónico, dispareunia, infección urinaria o

trastornos menstruales. En el embarazo pueden producirse hemorragias, abortos, muerte fetal, lesiones fetales o partos prematuros, entre otros.

- Salud psíquica: en este sentido la violencia puede producir una serie de síntomas y cuadros clínicos psíquicos como trastornos de ansiedad, baja autoestima, insomnio, intentos de suicidio, trastornos alimentarios (anorexia, bulimia), trastornos por estrés postraumático, trastornos depresivos, consumo de alcohol y drogas, dependencia psicológica al agresor (síndrome de Estocolmo), trastornos de personalidad o trastornos obsesivos-compulsivos.
- Salud social: se incluye el aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral, disminución del número de días de vida saludable...

Mortales:

- Asesinatos: aunque las tasas de muerte por homicidio femenino son menores que las de muerte por homicidio en hombres, una elevada proporción de muertes de mujeres se relacionan con violencia doméstica.
- Suicidios: la tensión emocional y física que sufren las víctimas hace que vean en el suicidio una idea de liberación para aliviar su sufrimiento.

La VG también tiene consecuencias sobre los hijos e hijas de las mujeres, tanto si son testigos como si son víctimas. Los niños y niñas que presencian maltrato hacia sus madres pueden desarrollar ansiedad, adicciones, cuadros psicósomáticos, estrés postraumático, miedo, terror, alteraciones del comportamiento, dificultad para concentrarse, fracasos escolares, hiperactividad, problemas de relación con otros niños, problemas de adaptación o alteraciones del sueño, entre otros (23,24).

5.4.6 Impacto económico de la violencia de género

El impacto que la violencia tiene sobre la salud de la mujer, hace irremediable reflexionar sobre la repercusión que tiene sobre los servicios sanitarios.

Así, es fácil pensar que la elevada morbilidad que este problema supone ocasiona un aumento de la demanda asistencial, lo que provoca un aumento del consumo de recursos y, por tanto, un incremento del gasto sanitario total.

En muchas ocasiones este fenómeno pasa desapercibido, sobre todo si las lesiones no son evidentes o también porque la víctima no revela el motivo real de su consulta ya sea

por vergüenza o miedo. Los síntomas inespecíficos que presenta, hace que los profesionales sanitarios soliciten exploraciones complementarias, fármacos o ayuda a especialistas, lo que encarece el proceso. La atención directa a las lesiones que presentan, así como la necesidad de hospitalización o baja laboral elevan todavía más los costes (24).

En España, concretamente en la Comunidad de Madrid, se llevó a cabo un estudio en el año 2008 precisamente para evaluar los costes sanitarios anuales que la VG originaba en la comunidad madrileña. Teniendo en cuenta la prevalencia de violencia en mujeres entre 18 y 70 años, y estimando el porcentaje de consultas tanto a urgencias como a médicos de familia, enfermeras, especialistas o trabajadores sociales, el uso de medicamentos, la necesidad de pruebas complementarias u hospitalización, entre otros, se estimó un coste anual de 27.264.897,78 euros (27).

Los cuerpos de policía, el sistema judicial y los servicios sociales también están involucrados en la atención directa de las víctimas suponiendo un consumo más de recursos.

Por otro lado, el hecho de que el agresor limite el ámbito social de la víctima, hace que muchas de ellas vean importantes dificultades a la hora de integrarse en el mundo laboral, desempeñando pues, trabajos poco cualificados y mal remunerados. Por otro lado, el rendimiento de aquellas que poseen un trabajo remunerado suele verse afectado, disminuyendo la productividad. Como consecuencia de esto y de la magnitud de la violencia, se produce un impacto económico que repercute de forma negativa en las ganancias potenciales del país (24).

5.4.7 Los medios de comunicación

Los medios sociales de información cotidiana también se han preocupado por el tema. Aunque la violencia de género es mucho anterior al año 1997, en España fue en este momento cuando los informativos audiovisuales y la prensa periodística anunciaban la noticia de un hombre que había rociado a su esposa con gasolina y le había prendido fuego cuando ésta había contado en la televisión las agresiones que sufría (28).

A lo largo de los años, el Ministerio de Sanidad de España ha lanzado spots publicitarios para poner en conocimiento de tal problema a la sociedad, con imágenes y sonidos impactantes que captan la atención del espectador.

La profesión periodística no se queda atrás, a través de las páginas de sus periódicos, a través de esta o aquella fuente, un tamaño u otro de letra, puede hacer que la población capte la atención hacia determinadas noticias. Por tanto, es un buen medio que plasma las noticias sobre violencia de género (Véase anexo II).

La radio constituye otro medio más de difusión de noticias y además de canciones. La música no pasa desapercibida ante tal asunto, artistas de actualidad como Melendi, Amaral, Bebe o Pasión Vega han lanzado temas musicales denunciando la violencia de género y transmitiendo a las víctimas la posibilidad de salir adelante y continuar con sus vidas. “Hasta que la muerte nos separe”, “Salir corriendo”, “Ella” o “María se bebe las calles” son los títulos de sus canciones respectivamente.

Por tanto, los medios de comunicación, sobretodo la televisión, son un vehículo principal a través de los cuales se puede proporcionar información y conocimientos para que las víctimas puedan dirigir sus vidas, decidir si siguen o no con el agresor y para que sepan que tienen a quién dirigirse y quién las defienda (28).

Desde el medio de comunicación interpersonal más extendido, el teléfono móvil, se han lanzado aplicaciones gratuitas y disponibles para IOS y Android para luchar contra la VG (29). Destaca la aplicación “LIBRES” (Véase anexo III) promovida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2013, dirigida a mujeres que sufren o han sufrido violencia de género y también a todas aquellas personas que detecten situaciones de maltrato. Se trata de una aplicación de descarga gratuita que no es detectable por el agresor ya que permanece oculta en el menú del móvil (30).

Otras aplicaciones son “Pillada por ti”, “Relación Sana”, “SMS. Amor 3” y “Enrédate sin machismo” (29).

5.4.8 La violencia de género y la legislación

La Constitución española contempla en su artículo 15 el derecho de todas las personas a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser víctimas de torturas, penas o tratos inhumanos o degradantes (31).

La ONU reconoció en el año 1995 que la violencia contra la mujer constituye un obstáculo para conseguir los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, puesto que atenta contra los derechos humanos y las libertades fundamentales (32).

A lo largo del tiempo, en España se han producido avances legislativos en esta materia, aprobando nuevas leyes o modificando otras antiguas para la protección de la mujer víctima de violencia. A éstas se deben añadir las leyes aprobadas por las distintas comunidades autónomas, desarrollando en cada una de éstas programas de actuación a través de protocolos comunes.

La *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* pretende atender a las recomendaciones de distintos organismos internacionales en lo que se refiere a proporcionar una respuesta global al problema de la violencia hacia la mujer. Engloba todos los aspectos: preventivos, sociales, educativos, asistenciales y de atención posterior a las víctimas (32).

En el ámbito que nos compete, el sanitario, establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias fomentarán las actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas necesarias con el fin de mejorar la lucha contra la misma, desarrollando pues, programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el objetivo último de favorecer el diagnóstico precoz y mejorar la asistencia y la rehabilitación de las víctimas (32).

Más actual es la *Ley 4/2015, del 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito*, que entrará en vigor el 28 de Octubre de 2015, cuyo objetivo es dar una respuesta más amplia desde los poderes públicos a las víctimas, no solo en materia jurídica sino también social. En cuanto a las víctimas de VG, garantiza el derecho de éstas a la protección, información, apoyo, asistencia y atención, así como a la participación activa en el proceso penal y a recibir un trato respetuoso, profesional, individualizado y ausente de discriminación. Incorpora además la ampliación de la asistencia y protección, no sólo a ellas sino también a los hijos e hijas de éstas, evaluando las características individuales de cada situación (33).

5.5 Enfermería y violencia de género. Detección precoz

Aunque casos de gran gravedad se atenderán en el servicio de urgencias, el presente apartado se va a centrar en el papel del personal de enfermería de atención primaria, dado que van a ser los primeros profesionales con los que la víctima va a tener contacto

cuando acuda a su centro de salud. Es decir, el apartado va a incluir la forma de llevar a cabo la valoración, identificación y detección precoz de la víctima.

Antes de iniciar la entrevista sobre el tema propiamente dicho, el profesional podrá sospechar que la paciente sufre malos tratos si existe, entre otros (24,34):

- Incoherencia entre la exploración y el mecanismo de producción que refiere.
- Historial de “accidentes” frecuentes.
- Retrasos u olvidos de citas.
- Actitud evasiva, mirada huidiza, confusión, actitud deprimida, tristeza...
- Calificación desvalorada de sí misma: torpe e incapaz.
- Problemas con alcohol o drogas.
- Huellas de golpes, hematomas o heridas en diferentes partes del cuerpo. Por ejemplo, un desgarro del lóbulo de la oreja puede indicar un arrancamiento del pendiente o la existencia de hematomas en la región dorsal puede hacer pensar en que la víctima adoptó una posición de defensa al proteger su cara y tórax.

5.5.1 La importancia de la comunicación

La actitud de los profesionales va a ser muy importante, cada mujer es única, cada una tiene sus características y condiciones, por ello, la atención que el profesional de enfermería debe prestar tiene que ser individualizada, atendiendo a las necesidades de cada víctima.

Los aspectos referidos al clima y la comunicación en la relación terapéutica serán fundamentales. Así, Venguer (24) en 1998 destaca una serie de aspectos para facilitar la comunicación con las mujeres víctimas de violencia:

- **Atención:** El profesional tiene que escuchar con interés a la paciente y ésta debe percibirlo, mirándola a los ojos y con una actitud corporal firme y orientada hacia ella. Hay que tener cuidado con la comunicación no verbal, es decir, no hay que mostrar expresiones de asombro o desinterés.
- **Empatía:** Debe realizarse una escucha activa sin interrupciones y sin emitir juicios. La mujer debe percibir que el profesional la entiende y comprende su angustia.

- **Claridad del lenguaje:** El lenguaje utilizado por el profesional tiene que ser el adecuado dada la especial situación, y que en muchas ocasiones la mujer está sometida a elevados niveles de ansiedad.
- **Uso de silencios:** El respeto de los silencios durante la entrevista es muy importante ya que va a permitir a la mujer reflexionar acerca de lo que quiere comunicar y, además, da la oportunidad de expresar sus sentimientos.
- **Retroalimentación:** Va a permitir comprobar que la mujer comprende la información recibida durante la entrevista.
- **Eficacia de las preguntas:** Dependiendo del momento de la entrevista, se realizarán unas u otras preguntas para que la mujer sea más o menos precisa en sus respuestas y, así, se facilitará la reflexión. Hay que preguntar de forma clara y directa.
- **Respeto:** El respeto es muy importante para que la paciente no se sienta juzgada y sí comprendida. Siempre hay que transmitir apoyo.

Otros aspectos que favorecen el clima de la comunicación en la relación terapéutica son: creer a la mujer y hacérselo saber, hacerle ver que sus sentimientos son normales y comprensibles (muchas veces sienten amor y odio al mismo tiempo hacia su pareja), transmitir mensajes positivos y resaltar sus logros y capacidades, apoyar sus decisiones, ofrecer información que le ayude a comprender lo que está pasando...

En cualquier caso no se deben dar falsas esperanzas, ni culpabilizar a la víctima, ni tampoco manifestar prejuicios sobre la violencia o dar la impresión de que el problema se arregla fácilmente, entre otros.

La existencia de preguntas facilitadoras va a ayudar al personal a valorar la situación de la víctima y a detectar el abuso que está sufriendo. De esta manera, una vez que se ha identificado el problema se podrán llevar a cabo medidas de protección y ayuda (Véase anexo IV).

5.5.2 Patrones funcionales Marjory Gordon

La valoración del paciente a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon constituye un referente para Enfermería. A continuación, se va a explicar de qué manera están afectados cada uno de ellos en las víctimas para facilitar una aproximación a su valoración:

- *Patrón percepción-manejo de la salud*

La víctima suele percibir su salud como regular o mala, presentando una sintomatología inespecífica que muchas veces no encaja con el diagnóstico de alguna enfermedad concreta (35).

La violencia hace que se descuide a sí misma, refugiándose muchas veces en el consumo de alcohol, drogas, tabaco, tranquilizantes y otros medicamentos. Como consecuencia de este descuido, además, puede no seguir las recomendaciones de su médico y olvidar muchas veces las citas acordadas con éste. Sin embargo, no son infrecuentes las consultas por síntomas vagos y crónicos (35).

El estrés crónico en que se encuentra hace que presente una mayor susceptibilidad para el padecimiento de ciertas enfermedades (respiratorias, cardiovasculares, autoinmunes...) o empeoramiento de las que ya presenta (19).

- *Patrón nutricional-metabólico*

El desorden que presenta en su vida también afecta al ámbito de la alimentación, evidenciándose en la aparición de trastornos como anorexia, bulimia u obesidad.

Su piel puede reflejar el maltrato en forma de erosiones, heridas superficiales, fracturas, contusiones o traumatismos craneoencefálicos en ataques más salvajes (24).

- *Patrón de eliminación*

En este sentido, los síntomas gastrointestinales (vómitos, síndrome de color irritable...), así como las infecciones urinarias derivadas de las agresiones físicas y sexuales también son frecuentes, como ya se ha comentado anteriormente.

- *Patrón de actividad-ejercicio*

La mujer se siente agotada, débil y fatigada, consecuencia muchas veces de la exigencia del trabajo dentro del hogar, trabajo que realizan en tensión y con miedo a no satisfacer al agresor. Debe añadirse, además, la actividad laboral fuera del hogar (35).

- *Patrón sueño-descanso*

La tensión emocional que presenta hace que tenga problemas para conciliar el sueño o mantenerlo, lo que se traduce en insomnio. El miedo a la agresión hace que esté en un estado de inquietud y alerta continuo. El consumo de somníferos y tranquilizantes permite el descanso de otra manera, pero al levantarse no existe sensación de respiro (35).

- *Patrón cognitivo-perceptual*

La mujer maltratada, como cualquier otra mujer, puede poseer estudios primarios, secundarios o incluso universitarios.

La sobrecarga física y emocional puede dar lugar a diversas alteraciones como dificultad para concentrarse, pérdida de memoria e incapacidad para comprender y evaluar la situación en la que se encuentra (35).

Este patrón también incluye el dolor que percibe la persona. Así, pueden aparecer cuadros de dolor crónico como migrañas, lumbalgias o cefaleas, como ya se ha comentado.

- *Patrón autopercepción-autoconcepto*

Uno de los aspectos más afectados en la víctima es el concepto que tiene sobre sí misma, sintiendo que no vale nada, que es torpe, incapaz, culpable de lo que está ocurriendo. En este sentido, la angustia, confusión, desesperanza y tristeza son frecuentes (19).

El miedo a ser juzgada por no querer o saber pedir ayuda y salir de la situación, así como los sentimientos de “vergüenza” que presenta, hace que adopte una “conducta de aguante” (35).

- *Patrón rol-relaciones*

Es frecuente la dependencia afectiva y muchas veces también económica al maltratador.

A medida que pasa el tiempo, el agresor aísla a la víctima de su familia y amigos para controlarla. Se refugia en el hogar ya que salir fuera de éste implica que otros vean sus

lesiones. El vínculo que establece con el medio sanitario es de vergüenza, silencio y creencia de no poder ser ayudada. Esto hace que muestre actitudes evasivas, miradas huidizas o comportamientos agresivos hacia el profesional (35).

La mujer maltratada puede encontrar obstáculos a la hora de establecer relaciones con una nueva persona. Piensa que es imposible que alguien pueda interesarse en ella dados sus sentimientos de infravaloración continuos.

- *Patrón de sexualidad-reproducción*

Los problemas ginecológicos son variados: menstruaciones irregulares, dispareunia, vaginismo y dolor pélvico se asocian a situaciones de maltrato.

El miedo al agresor, hace que mantenga relaciones sexuales no deseadas sin métodos barrera, lo que conlleva un incremento de riesgo de afecciones genitales, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados. El embarazo dentro de tal lamentable situación puede agravar aún más las agresiones, convirtiéndose en un embarazo de alto riesgo en el que pueden aparecer complicaciones tales como sangrado uterino, parto prematuro, caídas o muerte fetal (23).

Tampoco es raro que olvide acudir a sus controles preventivos ginecológicos o que su incorporación a la atención prenatal sea tardía.

- *Patrón de adaptación-tolerancia al estrés*

El suicidio puede aparecer como una idea de liberación de la situación que está sufriendo, siendo sus hijos los únicos por los que se sostiene a la vida. Aumenta la vulnerabilidad a padecer trastornos depresivos, así como se reduce la capacidad para tomar decisiones sobre sí misma (35).

La tensión a la que está sometida hace que se desarrollen cuadros de estrés agudo o incluso síndrome de estrés postraumático, que se caracteriza por revivir una y otra vez la situación del maltrato (19). Como respuesta a este dolor anímico el consumo de fármacos puede ser frecuente.

- *Patrón valores-creencias*

Las creencias religiosas son importantes, por un lado constituyen una llave de escape y, por otro, los valores cristianos de subordinación al varón justifican el maltrato. Para la víctima lo importante en su vida son su familia y sus hijos, negándose a perder todo lo que construyó con su pareja, sobre todo si en ese proceso otras personas del entorno consideraban que aquel hombre "no era bueno". De esta forma, el aguante ante todo es lo único con sentido (35).

6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La gran cantidad de autores que se han preocupado por investigar la VG y la existencia de gran cantidad de información acerca de la misma, hace que pareciese que se ha conseguido mucho en cuanto a su eliminación, sin embargo, la violencia de género sigue siendo un fenómeno muy prevalente frente a las iniciativas mundiales que se han llevado a cabo para erradicarla.

En conclusión:

- Las consecuencias que para la salud de la víctima tiene la violencia son nefastas, atentando contra la integridad física, social y psicológica de la persona, un hecho, por tanto, que no debe pasar desapercibido por los profesionales sanitarios.
- Es imprescindible mejorar los conocimientos de los profesionales sanitarios respecto a la VG.
- Se proponen cursos de reciclaje, formación pregrado y postgrado dirigida a la formación enfermera y de otros profesionales sociosanitarios que atienden a las mujeres.
- Este trabajo de investigación ha permitido en la autora una profunda reflexión, planteando la necesidad de una intensa implicación por parte de los profesionales sanitarios, en particular del personal de enfermería, ya que una detección precoz va a suponer tanto un mejor abordaje multidisciplinar de la víctima como la evitación, en la medida de lo posible, de fallecimientos gracias a una captación temprana.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. [Online].; 2013 [consultado el 06 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
2. Organización de las Naciones Unidas. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. [Online].; [consultado el 28 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml
3. Vara-Horna AA. ¿Cómo prevenir la violencia contra las mujeres en relaciones de pareja? Nuevos argumentos para el debate. Lima: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH; 2014.
4. Bosch-Fiol E, Ferrer-Pérez VA. Nuevo mapa de los mitos sobre violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*. 2012; 24(4): 548-554.
5. González Mínguez C. Sobre historia de las mujeres y violencia de género. *Clío&Crímen*. 2008; (5): 14-23.
6. Segura C. De relatos, mitos y otras verdades. *Investigaciones feministas*. 2013; 4: 359-380.
7. Jiménez Fernández C. Educación, Género e Igualdad de oportunidades. *Tendencias pedagógicas*. 2011; (18): 51-85.
8. Patró Hernández R, Limiñana Gras RM. Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*. 2005; 21(1): 11-17.
9. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C: OPS; 2003.
10. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. [Online].; 2013 [consultado el 27 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/
11. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farrás Ú, Rodríguez D, Millá J, Santiña M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit*. [Online]. 2008; [consultado el 05 de marzo de 2015] 22(1): [3 p].

- Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000100002&script=sci_arttext
12. Junta de Castilla y León. Portal de Salud Castilla y León. Castilla y León: Consejería de Sanidad. Presentación violencia de género. [Online].; [consultado el 07 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/presentacion>
 13. De Miguel Álvarez A. La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. Cuadernos de trabajo social. 2005; 18: 231-248.
 14. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco. 2000; 7(18): 1-25.
 15. Organización Mundial de la Salud. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.29_spa.pdf
 16. Peris Cervera RM. Patriarcado, ¿Organización ya superada? ¿Origen de la violencia machista?. Crítica. 2009; (960): 18-20.
 17. Díez Gutiérrez EJ. El género de la violencia en los videojuegos y el papel de la escuela. Revista de educación. 2007; (342): 127-146.
 18. Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección de Estudios sociales nº 10. Barcelona: Fundación la Caixa; 2002.
 19. Ruíz Jarabo C, Blanco Prieto P. La violencia contra las mujeres: prevención y detección. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2004. p 18.
 20. Ministerio de Sanidad , Servicios Sociales e Igualdad. Macroencuesta de violencia de género 2011. Principales resultados. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género; 2011. Disponible en: <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=299>
 21. Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Avance de resultados. Madrid: MSSSI; 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/Estudios_Investigaciones/Avance_Macroencuesta_2015.htm

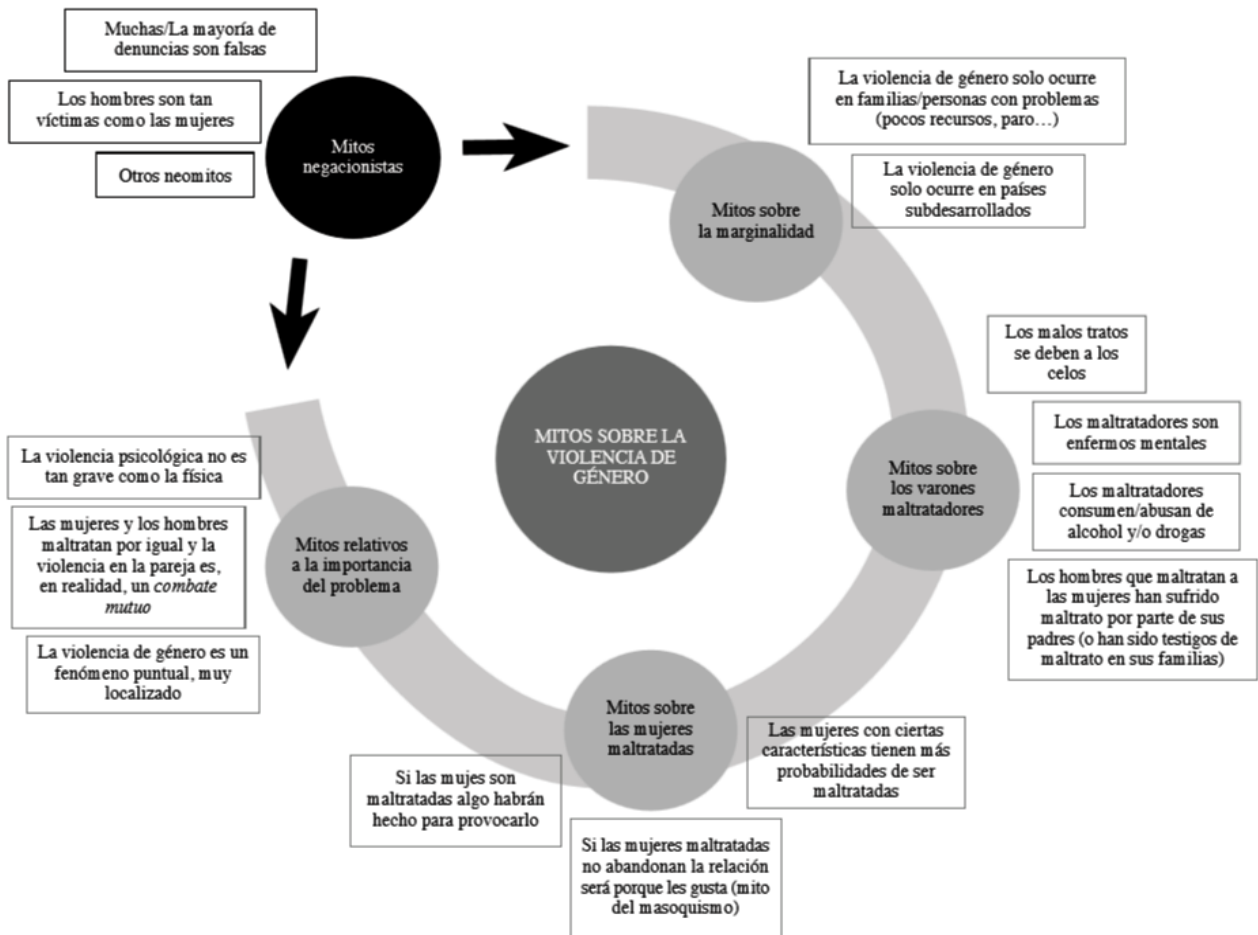
22. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Suiza: OMS; 2005.
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Informes, estudios e investigación. Madrid: MSSSI; 2012.
24. Andrés Domingo P, Balaguer Callejón A, Blanco Prieto P, Casado González R, Chico Ortega V, Lasheras Lozano ML, et al. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2003.
25. García Moreno C. Violencia contra la mujer: Género y equidad en la salud. Washington, D.C: OPS; 2000.
26. Ruíz Pérez I, Blanco Prieto P, Vives Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit. [Online]. 2004; [consultado el 10 de marzo de 2015] 18 Supl 2: [5 p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500003&script=sci_arttext
27. Lasheras Lozano L, Pires Alcaide M, Zorrilla Torras B, Sánchez Gómez LM, Seoane Pascual L, Morant Ginestar C. Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid. Documentos técnicos de Salud Pública. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2008.
28. Plaza JF, Delgado C. ¿Cómo tratan la violencia de género los medios de comunicación?. En: Plaza JF, Delgado C. Género y comunicación. 1ª ed. Madrid: Fundamentos; 2007. p: 73-101.
29. Parra Anguita, MA. Cinco apps para luchar contra la violencia de género. eldiario.es/Andalucía [Online]. Sábado 3 de mayo de 2014. Disponible en: http://www.eldiario.es/andalucia/apps-luchar-violencia-genero_0_256174686.html
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Aplicación “LIBRES”. [Online].; [consultado el 18 de abril de 2015]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/Sensibilizacion/AplicacionLibres/home.htm>

31. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Constitución Española. [Online].; [consultado el 18 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229
32. España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 2004, nº 313, pp. 42166-42197.
33. España. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. Boletín Oficial del Estado, 28 de abril de 2015, nº101, pp. 36569-36598.
34. Junta de Castilla y León. Portal de Salud Castilla y León. Castilla y León: Consejería de Sanidad. Guía asistencial en Violencia de Género en Castilla y León. [Online].; [consultado el 15 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/documentacion-castilla-leon>
35. Martínez Ortega RM, Oter Quintana C, Rubiales Paredes MD. Violencia de pareja contra las mujeres. Educare21. 2004; 11: 1-12.

8. ANEXOS

ANEXO I: Los mitos sobre la violencia de género (Imagen diseñada por Virginia Ferreiro Basurto. Técnica del Grupo de Investigación “Estudios de Género” de la UI)



ANEXO II: Testimonios de víctimas de violencia en el medio periodístico.

"El psiquiatra me diagnosticó secuestro emocional. Yo no hacía nada, pero nada, si él no me lo decía. Ni siquiera comprarme unas medias. No salía, no veía a nadie". "Me había anulado". "No sé ni cómo fui al médico. No me dejaba salir de casa. Ese día me torció el cuello. Pero cuando pude salir estuve una hora dando vueltas con el coche. Me fumé un paquete entero. Y me dije que si no le denunciaba en ese momento, nunca lo haría".

9 de mayo de 2004, elpais.com

"Me insultaba continuamente y luego ya me daba empujones, destrozaba la casa y exhibía cuchillos para amedrentarme". "Él me decía que me quería, que me deseaba pero ni siquiera me tocaba. La mayoría de las broncas se producían en nuestro dormitorio. Hasta que me encerré allí...".

22 de noviembre de 2009, ABC.es

"Los piropos se convirtieron en desprecios y las caricias en palizas". "Han sido más de cinco años de golpes y amenazas, pero lo peor de todo es que también pegaba a los pequeños".

22 de noviembre de 2010, 20minutos.es

"Cuando me levanté tenía a mis dos pequeños llorando a mi lado". "Me forzaba sexualmente hasta que me dejaba sangrando y luego se reía".

22 de noviembre de 2010, 20minutos.es

"Antes no tenía vida, ahora vuelvo a tener sueños, a disfrutar. Nadie tiene que aguantar los malos tratos. Denunciar da miedo porque no sabes lo que vas a encontrar, ni si te van a apoyar, pero eso no puede ser un freno porque la vida fuera de esa cárcel es siempre mejor".

3 de enero de 2012, elpais.com

"Estaba harta de aguantar. Temía por mí y por mis hijos. No tienes vida, no duermes. A todo le dices que sí para evitar la bronca, pero cada día va a más". "Hacía años que no sentía ganas de reír y ahora lo hago a carcajadas. He ganado ocho kilos desde que me separé y aunque sigo teniendo miedos, son otros miedos diferentes".

25 de noviembre de 2012, elmundo.es

"Yo me daba cuenta de que me insultaba y de que aquello no era normal". "Cuando no le gustaba algo me decía no sirves para nada, eres tonta, tienes la casa hecha un desastre..." "Siempre me llamó tonta, pero cuando nació nuestro primer hijo me insultaba más. Yo le decía que no me insultara, pero él me respondía que lo hacía cariñosamente".

26 de diciembre de 2012, 20minutos.es

"No se necesita llegar a la violencia física para someterte. Por ejemplo, él llegaba y ponía la pistola encima de la mesa de noche sin decirme nada". "Me quedé porque creía en envejecer juntos, pero me fui porque valoro mi vida".

31 de octubre de 2013, hoy.com.do

"...Primero comenzó con impedirme salir con mis amigas, decía que ellas podían corromperme alegando que aún era muy joven y que lo único que quería era protegerme de la gente mala. Pero así también se fueron disminuyendo las visitas a mis familiares siempre con la excusa de que debíamos darle calor a nuestro hogar. Yo me empecé a quejar de lo sola y lo aislada que me estaba sintiendo, hasta que perdió la razón y un día me dio un puñetazo en la cara". Le grité que me iba de la casa, pero me convenció y prometió no volverlo hacer; ese fue el peor error de mi vida, desde aquel fatídico momento se apoderó hasta de mis huesos".

28 de octubre de 2014, hoy.com.do

"Si yo tenía la comida puesta, a todos les gustaba y él me decía que era una porquería. No sé cuántas veces me dijo que no valía para nada...Me acuerdo que cuando le comenté que me quería sacar el carné de conducir me dijo que era una analfabeta, que es cierto que lo era, y que no me lo podía sacar".

10 de mayo de 2015, larazon.es

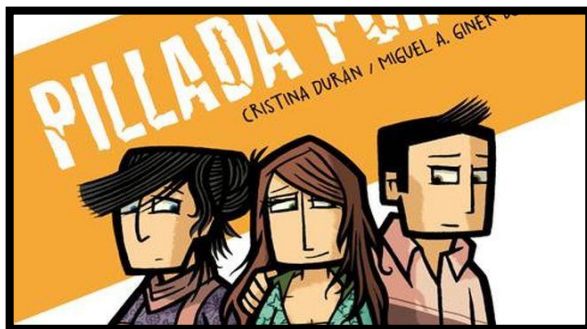
ANEXO III: Las tecnologías de la información y comunicación (TICS) como herramientas de ayuda para las mujeres que sufren VG:

1. Aplicaciones (29):

- “LIBRES”: Su principal objetivo es que las mujeres desde su propio móvil tomen conciencia de su situación como víctima de violencia, sepan a quién acudir para asesorarse o denunciar, conozcan las medidas de autoprotección que deben seguir para proteger su seguridad y la de sus hijos y, sobretodo, que sepan que otras mujeres han estado en su situación y han conseguido salir y comenzar una vida con éxito exenta de violencia.



- “Pillada por ti”: se trata de un cómic lanzado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2012 para sensibilizar sobre la VG. Se dirige en especial a adolescentes, mostrando el día a día de la relación abusiva que sufre Olivia, protagonista del cómic.



- “Relación Sana”: Aplicación promovida en 2013 por la Consejería de Presidencia del Gobierno Autonómico de Murcia, detecta y previene la VG y además fomenta la igualdad en las relaciones entre los jóvenes. Incluye, además, consejos sobre cómo afrontar el abuso que la víctima está sufriendo.



- “SMS. Amor 3”: el Instituto Canario de Igualdad lanza en 2013 esta aplicación



para prevenir y sensibilizar sobre la violencia machista a la población juvenil. Dirigida tanto a hombres como a mujeres analiza si en la relación de pareja existe machismo y desmiente los mitos existentes sobre la violencia de género.

- “Enrédate sin machismo”: Aplicación promovida en 2012 por La Consejería de Juventud, Educación e Igualdad y el Instituto Insular de Atención Social Sanitaria del Cabildo Insular de Tenerife, busca luchar contra la VG a través de un juego.



2. Teléfonos de interés:

El **016** es el servicio telefónico de marcación abreviada prestado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para informar y asesorar desde el punto de vista jurídico a las mujeres víctimas de VG. Este número va a prestar una atención gratuita (incorpora 52 idiomas y servicios de tele-traducción) y profesional las 24 horas del día

durante los 365 días del año. Va a derivar las llamadas de emergencias de cada comunidad autónoma, aquellas relacionadas con la explotación sexual de mujeres y niñas al Ministerio del Interior y las realizadas por menores de edad al teléfono ANAR.

Otros teléfonos de interés son:

- Emergencias: 112
- Policía Nacional: 091/ Policía Municipal: 092/ Guardia Civil: 062
- Servicio de Atención a la Mujer. S.A.M (Jefatura Superior de Policía Nacional): 91 332 35 55 - 91 322 35 54
- Teléfono de Urgencia para denuncia de malos tratos: 900 100 009
- Teléfono gratuito de Información 24 horas para la Mujer: 900 19 19 10
- Teléfono para mujeres sordas: 900 152 152

3. Blogs:

- “Mujer sin cadenas”
- “Mi novio me controla...lo normal”
- “No más Violencia de Género”
- “Empoderar a las mujeres”
- “Microrrelatos contra la Violencia de Género”

ANEXO IV: Preguntas facilitadoras para la detección y valoración de mujeres víctimas de violencia de pareja (19,21,24,34).

1. Aspectos o áreas a explorar para la detección precoz de una situación de violencia:

A) EN RELACIÓN CON EL MOTIVO DE LA CONSULTA: si, por ejemplo, la mujer acude a la consulta por síntomas inespecíficos como trastornos del sueño o tristeza, se pueden llevar a cabo las siguientes preguntas:

- ¿Por qué cree que duerme mal? ¿Relaciona ese cansancio con algo? ¿Hay algo que le impide dormir agusto?
- ¿Qué es lo que le hace estar triste?
- ¿Tiene muchos problemas?
- Muchas mujeres tienen problemas para conciliar o mantener el sueño por las relaciones difíciles que tienen con sus maridos, ¿éste es su caso?
- A veces ocurre que ante situaciones difíciles en las relaciones, nos sentimos mal y nuestro organismo reacciona emitiendo señales...

B) PREGUNTAS PARA INDAGAR SOBRE LA RELACIÓN CON LA PAREJA:

- ¿Cómo van las cosas en casa?
- ¿Ha estado en los últimos días sometida a un estrés particular?
- ¿Quién marca las reglas en casa?
- ¿Cómo es la relación que tiene con su marido? ¿Discuten a menudo? ¿Cómo resuelven las diferencias?
- Cuando discuten, ¿Qué ocurre realmente? ¿Alguna vez han terminado las discusiones en golpes o bofetadas?

C) INTRODUCCIÓN DE LA CUESTIÓN DEL MALTRATO:

- Como la violencia es un fenómeno común en la vida de muchas mujeres, estoy empezando a preguntar a todas si están sufriendo algún tipo de abuso, humillación o amenaza.
- No sé si será su caso pero últimamente estoy viendo muchas mujeres con tensiones o problemas en casa. Como para vosotras es un tema difícil, he comenzado a preguntároslo a todas.

- Antes de elegir el método anticonceptivo, sería bueno que me contara un poco cómo es la relación con su pareja. ¿Qué ocurre en sus relaciones sexuales si alguna vez no tiene ganas?, ¿Son consentidas?, ¿Alguna vez se ha prestado a tenerlas sin desearlo?, ¿Cómo se ha sentido después?
- ¿Tiene su marido problemas con el alcohol?, ¿Cómo se comporta con usted y con sus hijos cuando bebe?, ¿Alguna vez ha perdido el control?

2. Preguntas que facilitan la valoración de una situación de violencia:

A) VIOLENCIA FÍSICA:

- ¿Su pareja le ha empujado violentamente alguna vez?
- ¿Le ha dado bofetadas o le ha tirado del pelo?
- ¿Le ha dado patatas, golpeado o arrastrado por el suelo?
- ¿Qué hace cuando se pelean? ¿Qué tipo de violencia ejerce contra usted?

B) VIOLENCIA PSICOLÓGICA:

- Maltrato verbal:
 - » ¿Le grita a menudo? ¿Le habla de forma autoritaria?
 - » ¿Le ha insultado? ¿Le ha amenazado?
- Maltrato social:
 - » ¿Le dificulta o impide estudiar o trabajar fuera de casa?
 - » ¿Le acusa de ser infiel sin motivo alguno?
 - » ¿Se enfada si habla con otro hombre o mujer? ¿Es celoso y posesivo?
 - » ¿Le impide tener relaciones con sus amistades anteriores?
 - » ¿Trata mal a su familia o amigos/as?
 - » ¿Se hace la víctima en público o la ridiculiza?
 - » ¿Le impide relacionarse con su familia?
 - » ¿Le obliga a vivir en un lugar aislado?
- Maltrato emocional:
 - » ¿Le menosprecia? ¿Le chantajea? ¿Le ridiculiza frente amigos o familiares?
 - » ¿Le llama loca, estúpida o inútil?
 - » ¿Le interrumpe el sueño o la comida?

- » ¿Tiene actitudes contradictorias como elogiarla y humillarla alternativamente?
- » ¿Le obliga a hacer cosas?
- » ¿Le trata como si fuera una niña pequeña?
- » ¿Ignora su presencia?
- » ¿Le amenaza con suicidarse él o la induce al suicidio?
- » ¿Le deja plantada?
- » ¿Le echa la culpa de todo lo que sucede?
- » ¿Le amenaza con quitarle los hijos si le abandona?
- » ¿Le impide decidir?
- » ¿Le desautoriza frente a sus hijos?
- » ¿Desconecta el teléfono cuando se va?
- » ¿Abre sus cartas o revisa sus pertenencias?

C) VIOLENCIA SEXUAL:

- ¿Le obliga a mantener relaciones en contra de su voluntad?
- ¿Ha mantenido relaciones sexuales sin desearlo porque tenía miedo de lo que le pudiera hacer si se negaba?
- ¿Le obliga a ver pornografía en contra de su voluntad?
- ¿Le obliga a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con otras personas?
- ¿Le manda mensajes obscenos por correo electrónico o teléfono móvil?

D) VIOLENCIA ECONÓMICA:

- ¿Le deja dinero a su disposición? ¿Se niega a darle dinero para los gastos del hogar?
- ¿Le ha obligado a dejar de trabajar o a cambiar de trabajo?
- ¿Le impide realizar compras de forma independiente?
- ¿Le obliga a depositar su sueldo en una cuenta a nombre de él?
- ¿Controla sus gastos o la obliga a rendir cuentas de todos sus movimientos relativos al dinero?

E) VIOLENCIA AMBIENTAL:

- ¿Rompe sus objetos queridos o pertenencias?
- ¿Rompe cosas o las tira?
- ¿Golpea las puertas?
- ¿Desordena o ensucia a propósito?
- ¿Desparrama la basura?
- ¿Invade la casa con elementos desagradables u objetos que le dan miedo (armas de fuego, material pornográfico...)?

F) VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO:

- ¿Ha tenido en algún momento deseos de desaparecer?
- ¿Está tan desesperada hasta el punto de no querer seguir viviendo?
- ¿Ha pensado en quitarse la vida? ¿Con qué frecuencia? ¿Ha pensado en el modo de hacerlo?
- ¿Ha deseado alguna vez estar muerta para dejar de sufrir y tener problemas?
- ¿Lo ha intentado alguna vez? ¿En qué piso vive? ¿Tiene armas o medicamentos en casa?...

G) VALORACIÓN DEL RIESGO DE ASESINATO:

- ¿Tiene miedo de que su pareja le pueda matar? ¿Lo ha intentado?
- ¿Le ha amenazado con hacerlo?
- ¿Hay armas en casa?

H) EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LOS HIJOS/AS DE LA VÍCTIMA:

- ¿Sus hijos están presentes cuando se producen las agresiones?
- ¿Han resultado heridos?
- ¿Su marido amenaza con herir, matar o secuestrar a sus hijos?
- ¿Qué tiene pensado hacer con sus hijos si se va de casa?
- ¿Tiene algún lugar donde dejarlos mientras la situación se estabiliza?
- ¿Amenaza con vengarse de sus hijos? ¿Los golpea?

I) PREGUNTAS SOBRE EL ENTORNO FAMILIAR DE LA VÍCTIMA:

- Actitud de su pareja:
 - » ¿Le impide consultar un médico?
 - » ¿Tiene que ocultarle que consulta a un médico?
 - » ¿Insiste en acompañarle a las consultas?
- Recursos económicos:
 - » ¿Dispone de suficiente dinero?
 - » ¿Quién dispone del dinero de la pareja?
 - » ¿Quién es dueño de la casa en que viven?
 - » ¿Tiene usted un sueldo propio y puede disponer de él?
- Apoyos familiares y sociales:
 - » ¿Su familia o sus amigas están enteradas de su situación?
 - » ¿Se lo podría contar?
 - » ¿Le ayudarían?
 - » Si están enterados: ¿Qué le dicen con respecto a la situación que sufre?
 - » ¿Hay alguien de confianza en su entorno con quien pueda desahogarse o en cuya casa pueda refugiarse, si fuese necesario?
- Ayuda profesional recibida:
 - » ¿Ya se ha puesto en contacto con una trabajadora social, otro/a profesional sanitario, alguna asociación, asesoría jurídica o la policía?
 - » ¿Alguien le ha aconsejado ponerse en contacto con ellos?