

Universidad de Salamanca

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia

Departamento de Enfermería



Trabajo de Grado.

**Estudio de violencia de género: detección y
actuación desde la consulta de enfermería de
Atención Primaria, en Salamanca.**

Realizado por: Gema López Furión.

Dirigido por: Dña. Ángela Sánchez de San Lorenzo.

Salamanca 2008

Dña. Ángela Sánchez de San Lorenzo, Profesora Titular del
Departamento de Enfermería de la Escuela Universitaria de Enfermería y
Fisioterapia de la Universidad de Salamanca.

Certifica:

Que el trabajo titulado: “Estudio de violencia de género: detección y
actuación desde la consulta de enfermería de Atención Primaria, en
Salamanca”, realizado por Dña. Gema López Furión, bajo esta dirección,
reúne a mi juicio todas las condiciones necesarias para optar al Grado de
Diplomado de Salamanca.

Para que así conste y surta los efectos oportunos expido la presente
en Salamanca a x de x de 2008.

TÍTULO: **Estudio de violencia de género.**

AUTOR: **Gema López Furión**

DIRECTOR: **Ángela Sánchez de San Lorenzo**

DEPARTAMENTO: **Enfermería**

Resumen del grado

Situación actual: Investigación y desarrollo de la capacidad actual de enfermería para detectar violencia de género en consulta de Atención Primaria de Salud.

Palabras claves

Violencia de género, Consulta de Atención Primaria, Enfermería, Actitud, Formación, Malos tratos, Amar, depender.

A mi madre y a mis hermanos

Agradecimientos

Gracias:

A todo el personal del Departamento de Enfermería, a cuyos miembros agradezco su buena disposición y colaboración.

A la profesora Ángela Sánchez de San Lorenzo, directora de este trabajo, por las atenciones y facilidades que me ha dado a lo largo del estudio.

Al Sr. Director de Enfermería de la Gerencia de Salud de Atención Primaria de Salamanca, por haber dado su aprobación para la realización del trabajo.

A todos los profesionales de Enfermería entrevistados, por su perseverancia en la realización de los cuestionarios, especialmente a los coordinadores de los centros de salud.

A M^a Isabel Romo Sanz, por ser mi maestra, amiga y compañera.

A Marta Lambea Ortega, por estar siempre a mi lado y porque sin su inestimable colaboración y experiencia en investigación este trabajo no sería una realidad.

A M^a Victoria Jiménez Ureña, que me animó a iniciar el estudio, me apoyó siempre e hizo que todo fuera más sencillo.

Índice General

Índice

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 2: OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO	12
2.1. Objetivos generales.....	13
2.2. Objetivos específicos.....	13
2.3. Hipótesis de trabajo.....	14
CAPÍTULO 3: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	15
3.1. Concepto y características de la violencia de género.....	16
3.2. Causas de la violencia de género.....	19
3.3. Factores de riesgo de la violencia de género.....	21
3.4. Epidemiología de la violencia de género.....	24
3.5. Violencia de género a nivel mundial.....	27
3.6. Violencia de género en España.....	28
3.6.1. Abordaje de la violencia de género en Castilla y León.....	31
3.6.2. Planes de acción y políticas de igualdad.....	34
3.6.3. Análisis de la situación en Salamanca.....	35
3.7. Marco legal.....	36
3.8. Implicación del Sistema de Salud. Recursos sanitarios.....	39
3.9. Abordaje de la violencia masculina en el Sistema sanitario.....	42
3.10. Denuncias por malos tratos.....	43
3.11. Consecuencias de la violencia contra la mujer.....	47
3.11.1. Repercusiones en la salud mental.....	51
3.11.2. Las microviolencias y sus efectos sobre la salud.....	52
3.11.3. Consecuencias mortales de la violencia de género.....	54
CAPÍTULO 4: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	58
4.1. Detección de casos de violencia de género.....	59
4.2. Valoración.....	62
4.3. Intervención.....	63
4.3.1. Diagnósticos de enfermería y planes de cuidados.....	64
4.4. Prevención.....	66
4.4.1. Educación para la salud.....	69
CAPÍTULO 5: ESTUDIO DE VIOLENCIA DE GÉNERO	72
5.1. Justificación del estudio.....	73
5.2. Material y método.....	73
5.3. Resultados y discusión.....	75
5.3.1. Perfil de los sujetos de estudio.....	75
5.3.2. Actitudes y percepción sobre la violencia de género.....	76
5.3.3. Conocimientos, experiencia y actuación.....	87
5.4. Conclusiones del estudio.....	94
BIBLIOGRAFÍA	95
ANEXOS	101

Capítulo 1

Introducción

La violencia de género es el símbolo más brutal de la desigualdad que existe en nuestra sociedad. Se trata de una violencia dirigida a las mujeres, al ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre) (1).

En contradicción con lo que dice el código canónico, la violencia contra las mujeres es un problema social: “existe un problema social cuando un grupo de influencia es consciente de una condición social que afecta sus valores, y que puede ser remediada mediante una acción colectiva” (Sullivan et al, 1980) (2). La Violencia de Género es un problema de Salud Pública que debe prevenirse y tratarse adecuadamente. Para ello hay que definir el papel de los profesionales de la salud frente a la violencia contra las mujeres, incluidas las repercusiones médico-legales y judiciales de la misma.

La OMS, en la Asamblea General celebrada en Melbourne en 1996, adoptó la resolución 49.25, donde se describe la violencia como problema de Salud Pública, destacando de manera muy especial las repercusiones sociales de la violencia contra las mujeres.

Desde la Atención Primaria se debe adoptar un papel activo tanto en los procesos de detección y atención al maltrato como en su prevención. Los profesionales de Atención Primaria constituyen el primer eslabón de contacto de los individuos y por tanto de la sociedad con el Sistema Sanitario. Son los más cercanos a sus “problemas” en el sentido amplio de la palabra. La percepción integral de la atención engloba: aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los usuarios. Los profesionales no pueden pasar por alto las

cuestiones relativas a la violencia doméstica, por su influencia en la salud individual y comunitaria. Su implicación en estas cuestiones favorecería la detección del maltrato en estadios iniciales, y con ello se reducirían sus efectos negativos. Desde Atención Primaria de Salud se debe abordar el tema en toda su amplitud y ello implica a todos los profesionales integrantes de la asistencia.

El conocimiento de las características del maltrato y de la situación de la víctima es fundamental para la detección, identificación y diagnóstico correcto de los casos. El papel de los sanitarios, tanto desde el punto de vista individual como social, facilitará la detección de los casos menos evidentes y el que no se dude sobre la conducta a seguir.

El Consejo General de Enfermería, alertó a enfermería frente a la violencia de género: “los profesionales de Enfermería, en tanto que mayoritariamente mujeres, se encuentran especialmente capacitadas para dispensar atención de salud a las víctimas de la violencia de género, así como para fortalecer su capacidad de mejora de sus condiciones de vida”. Así mismo, dice que “las enfermeras constituyen un grupo fundamental, no sólo en la atención, sino en su prevención, detección precoz e identificación” (3). El compromiso adoptado establecía tres líneas de actuación: la prevención de la violencia, la atención de las víctimas y la educación, rehabilitación y reinserción de los potenciales agresores. Para la prevención de la violencia de género, anunció como prioridad la elaboración, aplicación y actualización de protocolos sanitarios adecuados para la detección precoz de los malos tratos (3).

Capítulo 2

Objetivos e hipótesis de trabajo

2.1. Objetivos generales.

1. Aportar información sobre las repercusiones de los malos tratos en la salud física y mental de la mujer víctima de este tipo de violencia
2. Determinar cuáles son los conocimientos, actitudes y carencias que tiene el personal de enfermería de atención primaria en la ciudad de Salamanca ante el problema de la violencia de género.

2.2. Objetivos específicos.

1. Conocer la empatía de los profesionales de enfermería frente a las víctimas de la violencia de género, a través del protocolo actual de Atención Primaria.
2. Detectar la violencia de género, sin violar la privacidad por los elementos del Sistema Nacional de Salud.
3. Analizar la formación específica de los DUE en Atención Primaria de Salud de Salamanca sobre violencia de género como proceso Psico-sanitario.
4. Criticar y familiarizar a Enfermería para el trabajo con las víctimas de violencia de género, sin culpabilizarlas.
5. Discutir sobre los prejuicios y estereotipos distorsionadores en las distintas clases sociales en un entorno sanitario pluricultural.

2.3. Hipótesis de trabajo.

1. Existe poca sensibilización y formación del personal de Enfermería para el abordaje de la violencia contra la mujer a nivel de atención primaria.
2. Escasa coordinación entre los Servicios Sociales para abordar y dar respuesta a los casos de violencia de género detectados desde atención primaria.
3. Baja implementación del nuevo marco legal.
4. Ausencia de recursos eficaces para la detección y prevención de malos tratos hacia la mujer.
5. Enfermería puede intervenir y detectar la presencia de síntomas y signos, que faciliten el diagnóstico de un caso de violencia de género.

Capítulo 3

Revisión bibliográfica

3.1. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

El término “género” define el conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres, incluye las categorías socioculturales que caracterizan las conductas femeninas y masculinas de los seres humanos.

La expresión *violencia de género* es la traducción del inglés *gender-based violence* o *gender violence*, expresión difundida a raíz del Congreso sobre la Mujer celebrado en Pekín en 1995. Con ella se identifica la violencia, tanto física como psicológica, que se ejerce contra las mujeres por razón de su sexo, como consecuencia de su tradicional situación de sometimiento al varón en las sociedades de estructura patriarcal.

En 1993, en la Asamblea General de las Naciones Unidas se aprobó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, definiendo ésta como: “cualquier acto basado en la pertenencia al sexo femenino, que produzca o pueda producir un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico en las mujeres, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad que ocurra en la vida pública o privada” (4).

Los objetivos de la violencia contra la mujer son dos: producir un daño y conseguir el control de la mujer, es decir, someterla. Por ello se produce, de manera continuada en el tiempo y sistemáticamente en la forma, como parte de una misma estrategia que va más allá de las agresiones puntuales que se repiten con más o menos frecuencia, y por eso ataca también a la posición social de estas mujeres (5). La violencia es una situación mantenida

caracterizada por el control y el dominio sobre la mujer, y sus repercusiones en la salud también permanecen en el tiempo, sin saber ésta que son producto de la violencia, como no sabe que su relación de pareja está construida sobre ella.

Los aspectos sanitarios y las consecuencias sobre la salud han sido los grandes olvidados al haber prevalecido una visión casi exclusivamente jurídica de la violencia sobre la mujer. Pensamos que la agresión es algo más que un delito, y su posible solución será la prevención, que requiere de la modificación de los valores culturales. Por ello es necesario detectar, identificar y tratar adecuadamente la mayor parte de los casos, que hoy por hoy, aún continúan ocultos en el hogar.

La violencia que los hombres ejercen sobre su pareja puede adoptar diversas formas y generalmente comienza de manera insidiosa, por lo que con frecuencia es difícil de reconocer, incluso por la propia mujer. Aunque se presentan por separado están estrechamente relacionadas. Y, a menudo, se ejercen de forma simultánea. (Larrión 2000)

(6). Se pueden distinguir las siguientes (Labrador F. et al, 2005) (7):

Maltrato psicológico: cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que trata de producir en las víctimas intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. Son humillaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato, daño físico o tortura a la mujer o a sus seres queridos, destrucción o daño a propiedades valoradas por la víctima, amenazas repetidas de divorcio o abandono, etc., así como la negación del maltrato o la culpabilización y atribución de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato. Es más difícil de identificar este tipo de violencia, sobretodo si se acompaña de “atención” o “preocupación” por la víctima, o se consigue convencer a ésta de que es la responsable del comportamiento del agresor (Anexo I).

Maltrato físico: cualquier conducta que implique la utilización intencionada de algún instrumento o procedimiento para afectar el organismo de otra persona, de forma que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta. Se consideran tanto conductas activas (abofetear, golpear, empujar, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión, etc.) como conductas pasivas (privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión, etc.).

Maltrato sexual: se trata de cualquier intimidación sexual forzada por parte de la pareja, ya sea con amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión de la mujer. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal. Es una modalidad de maltrato físico pero se considera de forma diferenciada por presentar connotaciones muy particulares.

Los malos tratos presentan unas características que los hacen distintos de otros tipos de violencia, así como unas consecuencias para la vida y la salud de las mujeres que difieren cualitativa y cuantitativamente de las que se producen en otras víctimas. Según Nogueiras et al. (2006) (8), destacan:

- Los malos tratos los ejerce un hombre, con quien se mantuvo o se mantiene un vínculo afectivo y amoroso.
- Los malos tratos no son actos aislados, se prolongan durante un período de tiempo, lo que produce, como consecuencia, una debilidad gradual de las defensas físicas y psicológicas, generando sentimientos de indefensión, impotencia y miedo.
- La mayoría de los malos tratos se llevan a cabo en el hogar, por lo que se dificulta su visibilidad a las personas cercanas a la mujer víctima de la violencia.
- Los malos tratos se ocultan, tanto por los que lo ejercen como por las mujeres que lo padecen.
- Con frecuencia, el hombre maltratador tiene una buena imagen pública y buenas relaciones sociales.

- Las mujeres maltratadas sienten vergüenza de sufrir violencia por parte de su cónyuge, de no ser capaces de poner fin a la situación. Se sienten culpables por no protegerse a sí mismas, y a los hijos si los hubiera.
- A lo largo de la historia, las mujeres han sido educadas y socializadas para cuidar las relaciones, ser buenas madres y esposas, potenciándose valores como la empatía, la tolerancia, la comprensión, etc. Actitudes que en ocasiones se vuelven en contra, produciendo una minimización e incluso, la negación de la violencia que soporta.
- Existen muchos mitos y creencias sobre las víctimas de malos tratos que son potenciados por la infravaloración y la baja consideración social de las mujeres (Anexo II).
- La violencia de género se ha reconocido hace pocos años como un problema social y de salud pública de elevada gravedad. Hasta ese momento estaba tolerada y formaba parte de nuestra cultura.

3.2. CAUSAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER.

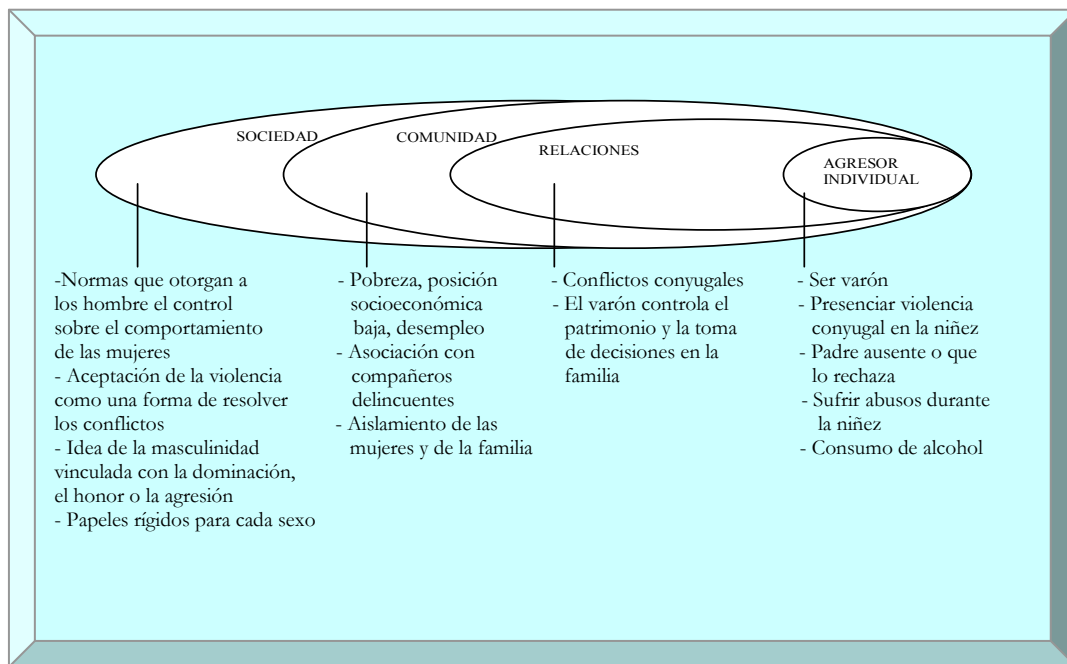
Ningún factor por sí solo explica la violencia ejercida sobre las mujeres. Las investigaciones revelan que existen relaciones de interdependencia entre diferentes factores sociales y culturales que mantuvieron a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad frente a las violencias dirigidas contra ellas. Dichos factores constituyen una manifestación de las relaciones de poder desiguales entre el hombre y la mujer y comprenden: mecanismos socioeconómicos, la institución de la familia, el temor de la sexualidad femenina y el control ejercido sobre ella, la creencia en la superioridad del varón, etc. Para varios autores la falta de recursos económicos, en muchos casos, es la base donde se asienta la vulnerabilidad de la mujer frente a la violencia, lo cual implica una dependencia y origina un círculo vicioso. Heise destaca los siguientes factores que favorecen la supervivencia de la violencia doméstica: (Heise, 1994) (9):

- Culturales
- Socialización por separado según el sexo.
 - Definición cultural de los roles sexuales apropiados.
 - Expectativas asignadas a los diferentes roles dentro de las relaciones.
 - Creencia en la superioridad innata de los varones.
 - Sistemas de valores que atribuyen a los varones el derecho de propiedad sobre mujeres y niñas.
 - Concepción de la familia como esfera privada bajo el control del varón.
 - Tradiciones matrimoniales (precio de la novia, dote).
 - Aceptación de la violencia como medio para resolver conflictos.
- Económicos
- Dependencia económica de la mujer respecto del varón.
 - Restricciones en el acceso al dinero contante y al crédito.
 - Leyes discriminatorias en materia de herencia, derecho a la propiedad, uso del terreno público, y pago de pensiones alimenticias a divorciadas y viudas.
 - Restricciones en el acceso al empleo en los sectores formales e informales.
 - Restricciones en el acceso de las mujeres a la educación y a la capacitación.
- Legales
- Inferioridad jurídica de la mujer, ya sea según la ley escrita o según el derecho consuetudinario y su aplicación práctica.
 - Leyes en materia de divorcio, cuidado de los hijos, pensiones alimenticias y herencia.
 - Definiciones jurídicas de la violación y los abusos domésticos.
 - Bajo nivel de alfabetización jurídica entre las mujeres.
 - Falta de tacto en el tratamiento de mujeres y niñas por parte de la policía y del personal judicial.

- Políticos
- Representación insuficiente de la mujer en las esferas del poder, la política, los medios de comunicación y en las profesiones médica y jurídica.
 - Trato poco serio de la violencia doméstica.
 - Concepción de la vida familiar como un asunto privado y fuera del alcance del control del Estado.
 - Riesgo de desafiar el *status quo* o las doctrinas religiosas.
 - Restricciones en la organización de las mujeres como fuerza política.
 - Restricciones en la participación de las mujeres en el sistema político organizado.

3.3. FACTORES DE RIESGO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Existen factores de riesgo que contribuyen a la incidencia y a la gravedad de la violencia contra las mujeres. Pero el principal factor de riesgo es ser mujer. Rachel Jewkes (10), considera que los dos factores epidemiológicos de mayor importancia para la aparición de la violencia de género son la relación de desigualdad de la mujer respecto al hombre, y la existencia de una cultura de la violencia, que conlleva la aceptación de ésta en la resolución de conflictos. Actúa también como riesgo, la vivencia de la violencia en el seno familiar para futuras acciones violentas. Es un problema multicausal, donde intervienen factores económicos, sociales, jurídicos, psicológicos, culturales y biológicos. En la siguiente figura, se representan los factores de riesgo relacionados con la sociedad, la comunidad, las relaciones y el agresor (11).



Modelo ecológico de factores de riesgo asociados con la violencia inflingida por la pareja. (Fuente: Heise, Elisberg y Gottemoeller, 1999).

El II Informe Internacional de violencia contra la mujer del Centro Reina Sofía, contiene un análisis detallado de los diversos factores de riesgo de la violencia de pareja (tanto en el caso de la víctima como del agresor) (12). En el caso de las víctimas, los factores de riesgo sociales son la carencia de apoyo social y el escaso apoyo institucional (Anexo III).

Muchos factores pueden favorecer el comportamiento de un hombre maltratador, pero hay tres claramente relacionados con conductas agresoras: una experiencia de violencia en su familia de origen, el alcoholismo y el desempleo o empleo intermitente. Además están la pobreza o las dificultades económicas, personalidad violenta, controladora y posesiva, el tener una concepción rígida y estereotipada del papel del hombre y la mujer, el aislamiento social y los trastornos psicopatológicos.

La siguiente figura muestra señales de alerta a valorar en la aparición de episodios de violencia por parte del hombre en el hogar (13).

- *Es excesivamente celoso.*
- *Es posesivo.*
- *Se irrita fácilmente cuando se le ponen límites.*
- *No controla sus impulsos.*
- *Bebe alcohol en exceso.*
- *Culpa a otros de sus problemas.*
- *Experimenta cambios bruscos de humor.*
- *Comete actos de violencia y rompe cosas cuando se enfada.*
- *Cree que la mujer debe estar siempre subordinada al hombre.*
- *Ya ha maltratado a otras mujeres.*
- *Tiene una baja autoestima.*

“Señales de alerta. Perfil del hombre potencialmente violento en el hogar”. Referida por Echeburúa y Corral, 1998.

La violencia de género puede darse en parejas de cualquier clase social, y son indiferentes también la cultura y el grupo de edad. El perfil de mayor riesgo para ser una mujer maltratada es la confluencia de la vivencia de violencia doméstica en su familia de origen, bajo nivel cultural, bajo nivel socioeconómico, aislamiento psicológico y social, baja autoestima, sumisión y dependencia, embarazo, desequilibrio de poder en la pareja y consumo de alcohol o de drogas.

Respecto al embarazo, las mujeres sufren en mayor proporción el riesgo de la violencia por parte de su pareja, ya que hay hombres que viven esta situación como una amenaza para su dominio. Diferentes estudios revelan una asociación entre la violencia y problemas durante el embarazo, entre los que destacan: retraso en la asistencia, aumento del número de abortos, partos prematuros y recién nacidos con bajo peso.

3.4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

La violencia en el hogar o en la familia es la forma más común de la violencia contra las mujeres. Las mujeres tienen seis veces más probabilidades de ser agredidas por un familiar que por un desconocido (Larrión, 2000) (6).

Las estadísticas disponibles de los estudios realizados, con frecuencia, subestiman los datos reales de violencia contra las mujeres, ya que sólo observan una parte del problema, aportando una visión parcial de la realidad. Esto es debido a las dificultades que presenta la investigación basada en una población de difícil acceso. La mayoría de los estudios realizados se refieren a violencia física, ya que es más fácil de conceptualizar, mostrando que es un patrón de conducta habitual. Los escasos estudios cualitativos realizados insisten en que para muchas mujeres, el maltrato psíquico y la degradación son tanto o más intolerables que la violencia física (14).

El impacto que produce la agresión sobre la mujer, se puede conocer a través de la incidencia (número de casos que se producen al año) y la prevalencia (número de mujeres que hay en una sociedad determinada, que han sido víctimas de malos tratos en algún momento de sus vidas). Según datos de la UNIFEM (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer), de un 20 a un 50% de las mujeres en una sociedad, han sufrido alguna agresión por parte del hombre en algún momento de su vida (Lorente, 2001) (15).

La violencia de género afecta a 1 de cada 5 mujeres europeas, y se estima que sólo un 10% de las agresiones son denunciadas. La cifra se reduce más en el colectivo de mujeres inmigrantes, debido a su situación de irregularidad (13).

Según datos sobre la población mundial (FNUAP, 1997), el 42% de las mujeres europeas casadas, eran maltratadas por sus cónyuges, el 80% eran víctimas de la violencia doméstica, y entre el 21-30% fueron agredidas por sus compañeros, al menos una vez en la vida, el 50% de las mujeres casadas son golpeadas y el 67% de las mujeres campesinas han recibido agresiones físicas, así como el 53% de mujeres de la ciudad (14).

La violencia intrafamiliar es la primera causa de muerte y minusvalía para muchas mujeres españolas, situándose por encima del cáncer y de los accidentes de tráfico (16).

El Instituto de la Mujer en 1999, indicaba que un 10,1% de las mujeres mayores de 18 años se había sentido maltratadas alguna vez en la vida (17). El 4,2% de las mujeres encuestadas declaraban haber sufrido malos tratos por algún familiar en los últimos doce meses. El informe de 2002 de la OMS sobre violencia doméstica, indicaba que la prevalencia en Europa se situaba entre el 18 y 58%.

El gráfico nº 1 muestra resultados de la macroencuesta del Instituto de la Mujer. El 9,6% de la población femenina en España en 2006, se consideraban técnicamente maltratadas, frente a un 11,1% del año 2002. En la Comunidad de Castilla y León suponía el 10,2% de las mujeres en 2006, frente a un 10,7% en 2002 (18).

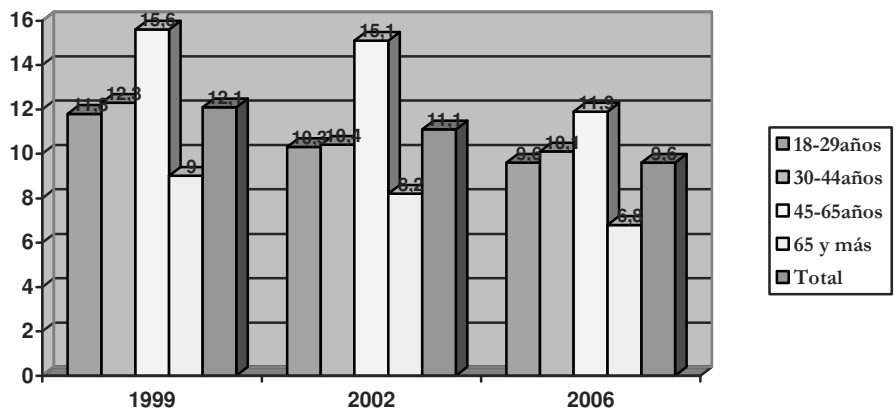


Gráfico 1: Fuente: Instituto de la Mujer, Macroencuesta sobre "Violencia contra las Mujeres". Porcentaje de mujeres consideradas técnicamente como "Maltratadas" según grupos de edad.

El gráfico nº 2 muestra los porcentajes de mujeres consideradas como maltratadas entre 1999 y 2006, según Comunidades Autónomas, de la macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer (18).

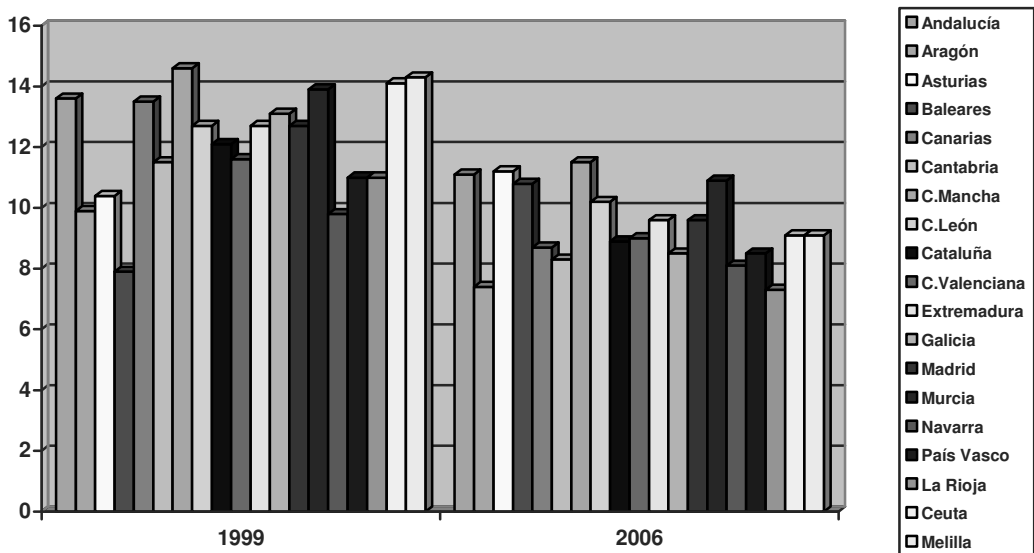


Gráfico 2. Fuente: Instituto de la Mujer, Macroencuesta sobre "Violencia contra las Mujeres". Porcentaje de mujeres consideradas técnicamente como "Maltratadas" según Comunidades Autónomas. Nota: en 2006 los datos de Ceuta y Melilla aparecen de forma conjunta.

3.5. VIOLENCIA DE GÉNERO A NIVEL MUNDIAL.

“Una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos”, según indica el Informe sobre la Población Mundial de 2000 (Varela, 2002) (19).

Desde Naciones Unidas, en 1975, se reparó en la gravedad de la violencia contra las mujeres. En 1980, se reconoció este tipo de violencia, en el entorno familiar, como el crimen encubierto más frecuente en el mundo. Es a partir de este momento cuando comienzan los avances en la lucha contra la violencia de género.

Fue en 1990 cuando se empezó a considerar la violencia de género como una vulneración de los derechos humanos. En la década de los noventa a través de distintas conferencias a nivel internacional, como la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos en Viena (1993) y la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo (1994), entre otras, se consiguió ubicar a la violencia de género en la agenda internacional, y se establecieron como derechos humanos los derechos de la mujer.

El 20 de diciembre de 1993 se aprobó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres, en la Asamblea General 40/104 de las Naciones Unidas. Se contemplaba en dicha Declaración, la aplicación (por parte de los Estados) de una política orientada a eliminar la violencia contra la mujer. Esta política se caracteriza por el fomento de la prevención y la investigación, así como la modificación de la legislación nacional para castigar y reparar los daños ocasionados a las mujeres víctimas de la violencia.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Pekín, celebrada en 1995, se responsabilizó a la violencia contra las mujeres como un obstáculo para la igualdad, el desarrollo y la paz entre los pueblos, que no permite a las mujeres disfrutar de sus derechos y libertades fundamentales.

En 1997, la Comisión Europea incluyó la violencia de género en el programa político de la Comunidad Europea, así como la puesta en marcha de una campaña de concienciación fomentando la realización de medidas preventivas.

A través del “Estudio a fondo sobre todas formas de violencia contra la mujer”, la organización de las Naciones Unidas destaca cómo “la violencia contra la mujer todavía no ha recibido la atención prioritaria y los recursos que se requieren en todos los niveles para abordarla con seriedad y la visibilidad necesarias” (5).

3.6. VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL. ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN CASTILLA Y LEÓN. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALAMANCA.

En la cronología legislativa fundamentalmente destacan:

Año 1981 Con la Ley 30/1981, de 7 de julio se modificó la regulación del matrimonio en el Código Civil y el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, divorcio y separación.

Año 1984 Las primeras respuestas institucionales al problema de la violencia de género se dieron en 1984, cuando el Ministerio del Interior publica las cifras relativas a denuncias por violencia doméstica. En este mismo año se creó la primera Casa de Acogida para mujeres víctimas de malos tratos.

Año 1986 En 1986, se crea la Ponencia de Investigación de Malos Tratos de Mujeres, por la Comisión de Derechos Humanos del Senado.

Año 1997 El Gobierno, a través del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, aprobó los Planes de Igualdad de Oportunidades para las mujeres, se adoptan medidas con el fin de combatir la violencia de género. En el III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (1997), destacaba un área dedicada a la Violencia. Y en ese mismo año, la Conferencia Sectorial de la Mujer celebró una Conferencia Sectorial Extraordinaria sobre Violencia, en la cual se elaboró el I Plan de Acción contra la Violencia contra las Mujeres para 1998.

Año 2001 El Consejo de Ministros aprobó una serie de medidas urgentes contra los malos tratos a mujeres y el II Plan Integral contra la violencia doméstica se aprobó en el año 2001. Este proceso dio lugar a numerosas reformas legislativas en materia de violencia de género, con importantes modificaciones.

Año 2004 Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de 2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, significó un paso más para unificar esfuerzos.

Año 2006 El 15 de diciembre de 2006, el Consejo de Ministros aprobó el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género y el Catálogo de Medidas urgentes contra la Violencia de Género, cumpliéndose lo dispuesto en el artículo 3.1 de la Ley Integral contra la Violencia de Género, con período de ejecución de dos años. El Plan contempla acciones como aumentar la atención y sensibilización, mejorar la coordinación de los profesionales dedicados a la protección de las víctimas, reforzar los mecanismos judiciales, así como la formación y especialización de los profesionales implicados en la atención, prevención y sanción de la violencia de género, y conseguir la máxima inhibición de maltratadores y agresores.

En el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, celebrado el 11 de diciembre de 2006, la ministra de Sanidad presentó un informe, donde destacaba un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Fue elaborado de forma conjunta con las Comunidades Autónomas, ante el propósito de mejorar la atención ofrecida desde los servicios sanitarios a las mujeres víctimas de la violencia de género. El borrador se elaboró con la presencia de doce comunidades autónomas, de la Escuela Andaluza de Salud Pública, de la Secretaría de Igualdad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, del Instituto de la Mujer y de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, junto con la participación del Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo. Se busca una orientación práctica a los profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud para que ofrezcan una atención integral a mujeres maltratadas. Se hace referencia a pautas de actuaciones homogéneas y normalizadas para la detección precoz de posibles casos de violencia de género, la valoración, la actuación y el seguimiento. Asimismo, se informa sobre la normativa en

cuanto a violencia contra las mujeres y sobre los recursos a los que derivar a las mujeres maltratadas.

En el gráfico nº 3, destaca el número de mujeres muertas por diversos tipos de violencia entre 1999 y 2006, según estudio realizado por el Instituto de la Mujer, como fuente de datos: prensa (18).

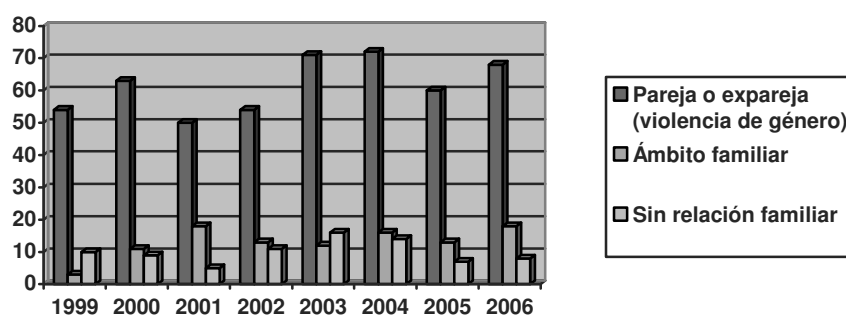


Gráfico 3: "Mujeres muertas por diversos tipos de violencia". Fuente Instituto de la Mujer: a partir de noticias de prensa, Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer (a partir de 2006) y del Ministerio de Interior.

3.6.1 Abordaje de la violencia de género en Castilla y León.

La Dirección General de la Mujer e Igualdad de Oportunidades de Castilla y León, a través del R. D. 162/1999, de 29 de julio, impulsó las medidas de acción positiva frente a situaciones de discriminación específicas por razón de sexo, y para favorecer el conjunto de políticas y acciones de la Junta de Castilla y León para la igualdad de oportunidades. Los Centros de la Mujer en las Delegaciones Territoriales de cada provincia, se estructuran en dos unidades: el Servicio de Promoción de la Igualdad y Empleo, y el Servicio de Asistencia a la Mujer. Dicho organismo cuenta con los órganos de apoyo:

- La Comisión Interconsejerías para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, regulada por R. D. 300/1999, de 25 de noviembre. Objetivos: estudiar, promover y coordinar la introducción de políticas dirigidas a conseguir la igualdad de oportunidades en las actuaciones de la Junta de Castilla y León.
- Orden 3 de abril de 2000, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se regulan las características y el uso de los Centros de la Red de Asistencia a la Mujer víctima de maltrato o abandono familiar en Castilla y León.
- Orden de 28 de agosto de 2002, de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social, por la que se crea la distinción “Óptima Castilla y León”, y se regula la figura “Entidad Colaboradora en Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres”.

Consejo Regional de la Mujer en Castilla y León (Orden de 28 de febrero de 1996), regulado en la Ley 1/2003 de 3 de marzo (Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres en Castilla y León) y por R. D. 171/2000 de 13 de julio, como órgano de participación y consulta adscrito a la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Desempeña las actividades en favor de la Igualdad de Oportunidades para la mujer, con el fin de institucionalizar su colaboración y facilitar la participación activa de las mujeres, en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas en materia de Igualdad de Oportunidades.

Ley 1/2003, de 3 de marzo, de 2003, de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres en Castilla y León. Entre los objetivos destacan: prevenir situaciones de violencia

contra las mujeres, por medio de la promoción de la igualdad y el impulso de una política de atención integral a las mujeres víctimas de la violencia, y eliminar manifestaciones de discriminación y desigualdad.

Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.

Comisión Regional contra la Violencia hacia la Mujer (R. D. 133/2003, de 20 de noviembre). Objetivo: erradicar cualquier tipo de violencia física, sexual o psicológica contra la mujer.

R. D. 355/2004, de 5 de marzo, por el que se regula el Registro Central para la protección de las víctimas de la violencia doméstica; previsto en la ley 27/2003, de 31 de julio.

Observatorio de Género de Castilla y León (R. D. 30/2005, de 21 de abril). Es el encargado de estudiar y detectar las diferencias y discriminaciones en función de género. Funciones: recabar, analizar y difundir información sobre la situación de las mujeres y su evolución; y proponer políticas para mejorar la situación de las mujeres en diferentes ámbitos.

Orden FAM/785/2006, de 4 de mayo, por la que se establece el procedimiento de concesión y pago de la ayuda económica a las mujeres víctimas de la violencia de género prevista en el artículo 27 de la ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre.

3.6.2. Planes de Acción y Políticas de Igualdad.

Destacan:

- I Plan Integral de Igualdad de Oportunidades para la mujer en Castilla y León.
Aprobado por R. D. 53/1994, de 3 de marzo.
- II Plan Integral de Igualdad de Oportunidades para la mujer en Castilla y León.
Aprobado por R. D. 155/1997, de 24 de julio.
- III Plan Integral de Igualdad y Oportunidades entre mujeres y hombres de Castilla y León. R. D. 203/2001, de 26 de julio. Se incluye un área para la erradicación de la violencia. Objetivos: prevenir la violencia doméstica, apoyar a las mujeres víctimas de la violencia y promover la autonomía personal y social de las mujeres víctimas de malos tratos.
- I Plan Regional contra la Violencia hacia la Mujer en Castilla y León. Aprobado en R. D. 29/2002, de 21 de febrero, con vigencia de cuatro años. Se promueve la prevención, la atención de las mujeres víctimas de malos tratos y la integración social de éstas, a través de su incorporación al mundo laboral. Se aporta una visión general de la violencia de género desde el ámbito jurídico, psicológico y sociológico; y un programa donde intervienen consensuadamente los servicios políticos y sociales de Castilla y León implicados. Objetivos: sensibilizar sobre la violencia de género como un problema social, proteger a las mujeres que han sufrido malos

tratos, cuando su integridad física se encuentre amenazada, y apoyar para conseguir autonomía y avanzar en su proyecto de vida.

- II Plan Regional contra la Violencia de Género en Castilla y León (2007-2011). R. D. 2/2007, de 12 de enero, se centra en la eliminación de violencia contra las mujeres y atención a las víctimas.
- IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres de Castilla y León (2007-2011). R. D. 1/2007, de 12 de enero.

3.6.3. Análisis de la situación en Salamanca.

El Ayuntamiento de Salamanca trabajó en distintos proyectos para garantizar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, desde el Centro de Información y Asesoramiento a la Mujer.

En diciembre de 2001 se aprobó el I Plan Municipal de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres, con el propósito de disminuir situaciones de desigualdad que existieran. Se interviene en las mujeres con problemática social específica: discriminación y violencia contra las mujeres. Objetivos: impulsar la conciencia de género en actos dirigidos a mujeres, que puedan sufrir problemas o exclusión social; aportar una mayor calidad de vida a mujeres afectadas, a través de programas y actuaciones, y la intervención en la violencia doméstica con programas preventivos, apoyo a las víctimas y rehabilitación de los agresores.

3.7. MARCO LEGAL.

La respuesta legal a la situación de la violencia se recoge en los marcos jurídicos que hacen referencia a los derechos, atención y protección a la mujer víctima de malos tratos.

La legislación vigente al respecto se centra en:

- El artículo 14 de la Constitución Española de 1978 contempla la igualdad legal entre hombres y mujeres: *“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”*. En su artículo 15 dice: *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes...”*.
- El artículo 66 del Código Civil dice: *“El marido y la mujer son iguales en derechos y deberes”*; y el artículo 67 dice: *“El marido y la mujer deben respetarse y ayudarse mutuamente y actuar en interés de la familia”*.
- El artículo 153 del Código Penal tipifica el delito de malos tratos: *“El que habitualmente ejerce violencia física sobre su cónyuge o persona a la que se halle ligado de forma estable por análoga relación de afectividad o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a potestad, tutela, curatela o guarda de hecho de uno u otro, será castigado con la pena de prisión de 6 meses a 3 años, sin perjuicios de las penas que pudieren corresponder por el resultado que, en cada caso, se causare”*. A partir de la reforma del Código Penal, en el año 1999, la ley entiende que

existe habitualidad cuando la víctima se encuentra sometida a una situación de violencia continuada en el tiempo, que no es lo mismo que la suma o reiteración de actos violentos. En esta reforma se modificaron 9 artículos, introduciéndose el concepto de alejamiento, consistente en la prohibición de aproximación a la víctima o en la privación del derecho a residir en determinado lugar durante un tiempo que se establece en relación de la gravedad del delito (oscila entre 6 meses y 5 años). Igualmente, tipifica como delito específico la violencia psíquica ejercida con carácter habitual sobre las personas próximas, con pena de prisión de entre 6 meses y 3 años.

- La Ley de Enjuiciamiento Criminal establece en sus artículos 262 y 355 la obligación de dar parte de los hechos conocidos durante el ejercicio de la profesión que puedan ser consecutivos de faltas o delitos. Los profesionales sanitarios deberán asesorar a la justicia sobre los aspectos médico-legales de las lesiones para determinar la gravedad de los hechos.
- La Ley 38/2002, de 24 de octubre entró en vigor en abril de 2003, la cual reformó parcialmente la Ley de Enjuiciamiento Criminal en aspectos relacionados con los procedimientos para el enjuiciamiento rápido e inmediato de determinados delitos y faltas, y a la modificación del procedimiento abreviado que pretende agilizar los procedimientos, enjuiciar de forma inmediata los delitos menos graves y flagrantes y simplificar los trámites en las causas más importantes.

- Tras un convenio entre el Instituto de la Mujer y el Consejo General del Poder Judicial, el 26 de septiembre de 2002, se crea el Observatorio contra la Violencia Doméstica para realizar el seguimiento de las sentencias por los malos tratos.
- En agosto de 2003, entró en vigor la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica, introduce dicha orden como un instrumento rápido y la protección física, jurídica y social de la víctima.
- La Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas en Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros, modifica el Código Penal en lo que se refiere a violencia doméstica: de un lado, las agresiones físicas puntuales pasan a constituir delitos, así como cualquier menoscabo psíquico; y de otro lado, la violencia habitual en el hogar sigue conformando un delito específico y autónomo.
- La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de 2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, abarca los aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y la atención posterior a las víctimas. La normativa civil incide en el ámbito familiar y/o la convivencia, donde principalmente se producen las agresiones, así como el principio de subsidiariedad en las Administraciones Públicas. Se pretende atender a las recomendaciones de los organismos internacionales, para proporcionar una respuesta global a la violencia, que se ejerce sobre las mujeres (1). Crea los Juzgados de Violencia sobre la Mujer y otorga a las

víctimas derechos a la información, la asistencia jurídica gratuita, protección social y apoyo económico.

- La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Su objeto es hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, y eliminar la discriminación de la mujer en cualquiera de los ámbitos de la vida.

El entorno legal y jurídico del profesional de enfermería, artículo 55, Código Deontológico de la enfermería española, contempla: obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos, ya sean físicos o mentales, y se opondrá a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria.

3.8. IMPLICACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD. RECURSOS SANITARIOS.

En la 49ª Asamblea Mundial de la Salud (1996), se adoptó la resolución (WHA 49.25), en la que se declaraba la violencia como una prioridad de salud en todo el mundo. Refleja que el sector sanitario, frecuentemente, se encuentra en primera línea de contacto con las víctimas y presenta una capacidad y posición especial en la comunidad.

Con el I Plan Nacional de Acción contra la Violencia Doméstica (1998-2000) se aprobó y difundió un Protocolo Sanitario en el marco del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como respuesta integral ante casos de violencia contra las mujeres. Y en el año 1999 se publicó el Protocolo Sanitario ante los Malos Tratos

Domésticos, elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y en colaboración con algunas sociedades científicas y las Administraciones de Justicia e Interior.

Para las instituciones sanitarias, a partir de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, comienza a ser la violencia de género un asunto de salud. En el ámbito sanitario, se contemplan actuaciones de detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas, así como la aplicación de protocolos sanitarios ante las agresiones derivadas de la violencia, que se remitirán a los Tribunales correspondientes, con objeto de agilizar el procedimiento judicial (1).

Las Administraciones Sanitarias son responsables de promover e impulsar las actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia doméstica, y han de proponer las medidas que estimen necesarias con la finalidad de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia. Se han de desarrollar programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario, con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer víctima de la violencia doméstica. (1).

Las características de la violencia de género requieren la implicación activa del personal sanitario que deberá ser consciente de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de este problema deben comenzar por la detección precoz.

Los centros de salud son el servicio sanitario más próximo al usuario, es la puerta de entrada habitual al sistema sanitario. De ahí la gran importancia de la detección de los malos tratos por parte de sus profesionales y del conocimiento de los distintos indicadores.

Los hospitales ofrecen una atención especializada para cubrir todas las necesidades de asistencia médica intensiva a las víctimas de malos tratos. Ante casos de agresión sexual, se requiere la derivación a los Servicios de Ginecología, así como el aviso al médico forense (Martín C. 2005) (20).

Los Servicios de Urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias tienen un protagonismo importante, al ser el lugar en el que la mujer recibe su primera asistencia sanitaria. Desde allí, si es preciso, será derivada a otros servicios. Respecto a las repercusiones puntuales de la violencia de género y el grado de extensión de los casos, se ha comprobado que entre el 11 y el 30% de las mujeres que acuden a urgencias con lesiones han sido maltratadas (Lorente, 2004) (21).

El informe sobre el posicionamiento de la Enfermería ante la violencia de género, elaborado por el Consejo General de Enfermería (Anexo IV), refleja que los enfermeros/as están comprometidos a contribuir de forma positiva y eficaz a los esfuerzos para su eliminación. Para ello, está implicado este sector en desarrollar acciones destinadas a la prevención y detección de la violencia de género, así como en la rehabilitación.

3.9. ABORDAJE DE LA VIOLENCIA MASCULINA EN EL SISTEMA SANITARIO.

Desde la OMS y la Unión Europea se recomienda trabajar con el género masculino para prevenir y llevar a cabo intervenciones precoces en relación a la violencia de género. El sistema sanitario es un lugar donde se puede detectar a varones que ejercen violencia de menor gravedad, sin llegar a situaciones directas que lo indicaran por las que pudieran ser detectados. Los hombres de estas características son usuarios del sistema sanitario que acompañan a sus parejas, en ocasiones, y que también solicitan asistencia por sus problemas de salud (14).

Este abordaje, en España, se inició recientemente, pero existe más experiencia a nivel mundial sobre los aspectos del problema. Dicha experiencia indica que se pueden desempeñar estrategias de promoción de la salud y prevención primaria (para reducir la probabilidad de aparición del problema, transformando factores de riesgo: roles de género, autoritarismo familiar, aprendizaje de la violencia, etc.; así como aumentando los factores de protección y desarrollando habilidades para afrontarlo); prevención secundaria (detectando precozmente el problema, interviniendo rápida y eficazmente) y prevención terciaria (reduciendo los efectos del problema y evitando recidivas por medio de programas de recuperación y rehabilitación) (14).

Desde 2000, se comenzó a incluir en el sistema sanitario un módulo para el abordaje de la violencia masculina, dentro de diversos programas de atención sociosanitaria hacia la violencia contra las mujeres. Éste se inició en 1998, como parte de los planes

estatales y/o comunitarios. Los programas se organizaron por diferentes comunidades y ayuntamientos, a partir de convenios entre organizaciones sanitarias y el Instituto de la mujer. En 2001, se publicó el documento: “La atención sociosanitaria hacia la violencia contra las mujeres”, que contenía los objetivos del módulo sobre violencia masculina (Anexo V) (14).

Las competencias de intervención y tratamiento de los maltratadores corresponden al Ministerio de Interior y organismos vinculados a éste. Las competencias de actuación sanitaria se centran en las necesidades de atención como usuario, derivadas de su estado de salud.

3.10. DENUNCIAS POR MALOS TRATOS.

Un índice de referencia para la estimación de la prevalencia y la incidencia de la violencia de género es el número de denuncias por malos tratos. Desde 1985, el Instituto de la Mujer lleva a cabo estadísticas a partir de datos procedentes del Ministerio del Interior. Los malos tratos producidos por cónyuge o análogo, sólo se disponen desde 1998 (7).

Como consecuencia de la reforma del Código Penal de 1989, de un lado, y la influencia de las campañas realizadas por las organizaciones feministas de otro, a partir de 1990 aumentaron el número de denuncias, ya que se consideraban como delito algunas agresiones. Se estima que las denuncias por violencia doméstica representan sólo el 10% de las agresiones vividas (Echeburúa y Corral, 1998) (13).

La prevalencia en España es elevada y se estima que la violencia doméstica afecta entre un 15 y un 30% de la población femenina. En 1997, se realizaron 18.535 denuncias mientras que en 2001 ascendieron a 24.158. El gráfico nº 4 refleja según las estadísticas del Instituto de la Mujer, a partir de datos del Ministerio del Interior, en 2002 las denuncias realizadas por mujeres ascendieron a 43.313, y en 2006 la cifra fue de 62.170 denuncias (18).

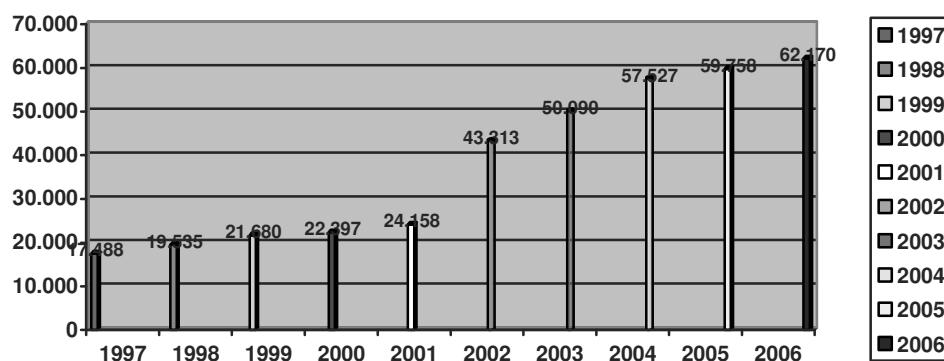


Gráfico 4: “Número total denuncias por malos tratos producidos por la pareja o expareja”. (Faltas más delitos). Hasta 2002 no se incluyen datos de Girona, Lleida y País Vasco. Fuente: Instituto de la Mujer, a partir de datos facilitados por el Ministerio de Interior.

En el gráfico nº 5, se muestran reflejadas las denuncias realizadas por mujeres desde 2002 hasta 2006, en función de los grupos de edad. Entre los 21 y los 41 años, las denuncias superan la cifra de cinco mil anuales (18).

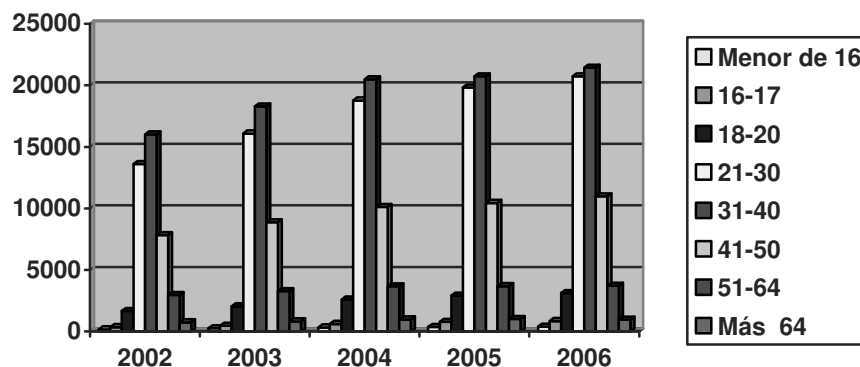


Gráfico 5: “Denuncias por malos tratos producidos por la pareja o expareja, según grupos de edad”. Fuente: Instituto de la Mujer, a partir de datos facilitados por el Ministerio de Interior.

El gráfico nº 6 muestra las denuncias realizadas por malos tratos según las Comunidades Autónomas, comparando datos estadísticos de los años 2002, 2004 y 2006 (18). Se observa un aumento del número de denuncias en la mayoría de ellas excepto en Cantabria, Cataluña, Navarra y Ceuta. El mayor número de denuncias realizadas durante el año 2006 se produce en Andalucía (14.248), Canarias (5.599), Cataluña (3.874), Comunidad Valenciana (9.027) y Madrid (9.942).

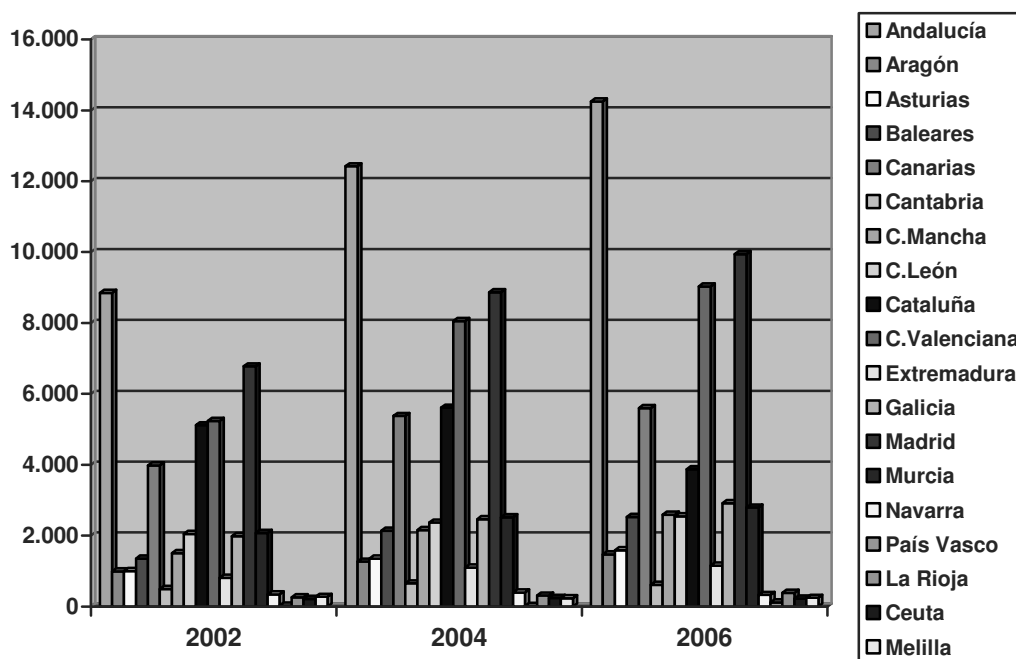


Gráfico 6: "Denuncias por malos tratos producidos por pareja o expareja, según Comunidades Autónomas", (datos absolutos, delitos más faltas). Fuente: Instituto de la Mujer, a partir de datos facilitados por el Ministerio de Interior. (Del País Vasco y Cataluña sólo se disponen de denuncias presentadas ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado).

Según las estadísticas del Instituto de la Mujer, a partir de datos del Ministerio del interior, en 2002 en Castilla y León se realizaron 2.045 denuncias por malos tratos (18). En 2004 ascendieron a 2.167, al igual que en 2006 a 2.544.

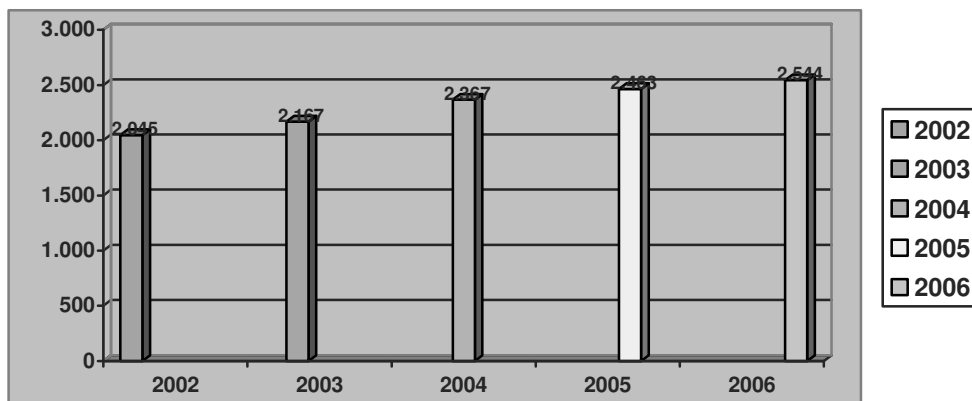


Gráfico 7: "Denuncias por malos tratos producidos por pareja o expareja, en Castilla y León desde 2002 hasta 2006", (datos absolutos, delitos más faltas). Fuente: Instituto de la Mujer, a partir de datos facilitados por el Ministerio de Interior.

La denuncia y la decisión de la víctima de separarse del agresor y poder finalizar la situación de maltrato constituyen una situación de elevado riesgo para ella. Desde el año 1997 hasta 2002, las mujeres asesinadas en España como consecuencia de la violencia doméstica, acababan de denunciar a su pareja o de haber iniciado trámites de separación.

Tras un amplio análisis, en la presentación de las denuncias interfieren dos factores: la existencia de malos tratos y la voluntad de denunciar. La decisión de hacer una denuncia está relacionada con los cambios de mentalidad, con el aumento de la conciencia de las mujeres sobre sus derechos y con el grado de conocimiento de la ley (Alberdi & Matas 2002) (22). En este sentido, la información, la elaboración de campañas, los debates en los medios de comunicación, la sensibilización y formación de los profesionales y la existencia de las asociaciones de apoyo son de gran importancia

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2003), las razones por las que la mujer víctima de violencia no realiza la denuncia del maltrato son las siguientes (23):

- Esperanza en que la situación cambie.
- Miedo a represalias en ella o en sus hijos.
- Vergüenza ante la sensación de fracaso o culpa.
- Tolerancia a los comportamientos violentos.
- Dependencia de la mujer respecto de su pareja: psicológica y económica.
- Situación psicológica de la mujer.
- Sentimientos de ambivalencia o inseguridad.
- Miedo al aparato judicial.
- No saber a quién dirigirse o a qué servicios acudir.
- Falta de apoyo familiar, social o económico.

3.11. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

La violencia contra la mujer es un riesgo para su salud. Las consecuencias de la violencia son amplias: consecuencias a nivel psicológico, consecuencias a nivel físico, consecuencias mortales, los homicidios y los suicidios. Otra de las consecuencias es la victimización de los hijos, en ocasiones víctimas directas y siempre testigos. La agresión lesiona el cuerpo de la mujer, y también lo hace a sus hijos, que además de sufrir daño psicológico corren el riesgo de convertirse en víctimas y agresores potenciales en un futuro.

Los estudios prueban cómo los hijos padecen enormes efectos negativos, para su desarrollo psicológico y físico, afectando a sus emociones, pensamientos, comportamientos, valores, adaptación social y rendimiento escolar. Los efectos en los niños víctimas y/o testigos de la violencia de género referidos por Wolak (1998) afectan a diferentes áreas (24):

- Problemas físicos
 - Retraso en el crecimiento.
 - Dificultad o problemas del sueño.
 - Dificultad o problemas en la alimentación.
 - Regresiones.
 - Menos habilidades motoras.
 - Síntomas psicósomáticos.
 - Inapetencia, anorexia.

- Problemas emocionales
 - Ansiedad.
 - Ira.
 - Depresión.
 - Aislamiento.
 - Baja autoestima.
 - Estrés postraumático.

- Problemas cognitivos
 - Retraso en el lenguaje.
 - Retraso en el desarrollo.
 - Retraso escolar.

- Problemas de conducta
 - Agresión.
 - Crueldad con los animales.
 - Rabietas.
 - Desinhibiciones.
 - Inmadurez.
 - Novillos.
 - Delincuencia.
 - Déficit de la atención-hiperactividad.
 - Tóxico dependencias.

El recurso a la violencia no es el resultado de una conducta que se escapa del control de la voluntad y la razón, sino que se trata de un mecanismo efectivo, en términos de resultados, desempeñado por el agresor. Tres son los efectos fundamentales del recurso a la violencia contra la mujer (Lorente, 2001) (15):

1. A corto plazo, la violencia consigue la resolución del problema planteado, por medio de la imposición del criterio del agresor, a través de la fuerza. Ello produce una percepción positiva en él, entendiendo la situación como un conflicto resuelto a su favor, recurriendo a la violencia.
2. A medio plazo, la repetición de este tipo de conductas y las amenazas de hacerlo, consiguen el objetivo principal de la agresión a la mujer que es el control y la sumisión a la voluntad y deseos del hombre. La mujer no sabe cómo enfrentarse a esta situación, quedando esclava de la misma por las alteraciones psicológicas de las repetidas agresiones y por los factores socioculturales que la atan a la relación.
3. A largo plazo, se produce un aumento del uso de la agresividad y la violencia a la categoría de lenguaje, se utiliza como una vía de comunicación. Así el agresor alcanza el dominio, estableciendo una comunicación unidireccional, en el que el hombre habla y la mujer sólo escucha.

Con el fin de conocer el impacto verdadero de los efectos de la violencia sobre la salud individual y la pública, se ha adoptado un indicador mixto referente a la pérdida de Años de Vida Saludable (AVISA), quiere decir, el número de años perdidos frente a una esperanza de vida teórica basada en las características de la sociedad y de la población concretas. De esta manera, se ha podido determinar el número de pérdidas de AVISA, producidas como consecuencia de la agresión a la mujer, y conocer el motivo de estas pérdidas. Se ha demostrado que los daños físicos suponen el 55% de los AVISA perdidos, y los daños “no físicos” (psicológicos y salud reproductora) originan el 45% de pérdidas.

Cabe destacar que el 60% de las mujeres maltratadas presentan trastornos psicológicos moderados o graves; el 92% tienen disfunciones de la libido y, en las relaciones sexuales, la violencia durante el embarazo surge en el 30% de los casos, originando un aumento del riesgo de patología en el niño/a y en la madre, y una disminución de peso al nacer (15)

En la siguiente figura se muestran una serie de efectos sobre la salud de las mujeres maltratadas (11):

MALTRATO POR LA PAREJA/AGRESIÓN SEXUAL/ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ

EFFECTOS MORTALES: homicidio, suicidio, mortalidad materna y efectos relacionados con el SIDA.

SALUD FÍSICA: lesiones, alteraciones funcionales, síntomas físicos, salud subjetiva deficiente, discapacidad permanente, obesidad severa.

SALUD REPRODUCTIVA: embarazos no deseados, ITS/VIH, trastornos ginecológicos, abortos peligrosos, complicaciones del embarazo, abortos, bajo peso al nacer y enfermedad inflamatoria pélvica.

TRASTORNOS CRÓNICOS: Síndromes dolorosos crónicos, síndrome del intestino irritable, trastornos gastrointestinales y fibromialgia.

COMPORTAMIENTOS NEGATIVOS: tabaquismo, abuso del alcohol y drogas, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física y comer en exceso.

SALUD MENTAL: estrés postraumático, depresión, angustia, fobias/ estados de pánico, trastornos de la alimentación, disfunción sexual, escasa autoestima y abuso de sustancias psicotrópicas.

Efectos de la violencia contra las mujeres en la salud. Fuente: Heise, Elisberg y Gottemoeller, 1999.

3.11.1. Repercusiones en la salud mental de la mujer.

a. Consecuencias para la víctima a corto plazo.

Las consecuencias a corto plazo en la salud mental de la mujer comprenden varias fases (Hirigoyen, 1999) (25):

- Fase de dominio (fase inicial), la pareja adopta una actitud de renuncia que evita el conflicto, en la cual el agresor, mediante pequeños toques indirectos, desestabiliza a la mujer agredida sin llegar a provocar conflictos. La víctima está más apagada y/o deprimida y el agresor cada vez más dominante y más seguro de su poder.
- Una vez establecido el dominio en la relación, la mujer entra en un estado de confusión: o no se atreven a quejarse, o no saben hacerlo. Actúa como si estuviera anestesiada, presenta dificultad para pensar, tomar decisiones; junto a un empobrecimiento de sus facultades y una amputación de su vitalidad y su espontaneidad. La confusión es tan grande que son incapaces de reaccionar, y aumentan la tensión y el estrés.
- La violencia aparece y las víctimas no creen lo que ven, negando la realidad de los hechos. Intentan comprender y justificar la violencia en vano. Y al no encontrar razones que lo justifiquen pierden la seguridad en sí mismas, desatando una irritabilidad o agresividad permanente. La sumisión y la tensión interna contribuyen a no querer disgustar al agresor, generándose más estrés en la víctima.

Con una situación de estrés, el organismo adopta un estado de alerta permanente y aumenta la descarga hormonal. Al mismo tiempo, se produce una depresión del sistema inmunitario y una modificación de los neurotransmisores cerebrales. Cuando la situación de estrés se prolonga, estos altos niveles hormonales de adaptación desencadenan trastornos que pueden instaurarse de forma crónica. Los

signos de estrés que pueden aparecer primeramente son: sensación de opresión, sensación de ahogo, sensación de fatiga, palpitaciones, trastornos del sueño, nerviosismo, irritabilidad, dolores abdominales, dolores de cabeza, trastornos digestivos, ansiedad, etc.

- El agresor se desahoga cuando provoca el sufrimiento de la persona agredida. Convierte a la víctima en la responsable de todos sus trastornos. Para la víctima nada tiene sentido. Se produce en ellas un estado de agotamiento, desgaste y una disfunción neurovegetativa, como consecuencia de este proceso. La resistencia del organismo una vez agotada, origina desordenes funcionales y orgánicos: trastorno ansioso generalizado.
- Después del estrés, se instaura el miedo. Las víctimas manifiestan estar al acecho de una mirada, de un gesto tirante del agresor, del tono verbal de sus comentarios. Con el miedo se instaura el aislamiento. Los allegados y familiares, se mantienen al margen de la situación.

b. Consecuencias para la víctima a medio y largo plazo.

Las capacidades de resistencia de un individuo son limitadas. Hablamos de un estado de ansiedad generalizada, un estado depresivo, trastornos psicósomáticos, de la alimentación, disfunciones sexuales, desorden por estrés postraumático, suicidio y adicción a sustancias.

3.11.2. Las microviolencias y sus efectos sobre la salud.

La sociedad, desde hace tiempo, está deslegitimizando la violencia doméstica. Se están realizando acciones frente a los casos de mayor gravedad. Sin embargo, existe

desconocimiento y tolerancia de las violencias menos graves contra la mujer, las microviolencias o micromachismos. Estudios epidemiológicos han mostrado que la salud mental de las mujeres que la sufren se ve afectada, disminuyendo así su calidad de vida, al contrario de los varones. Una de las razones que lleva al empeoramiento de la calidad de vida de estas mujeres es el efecto de las microviolencias.

Las microviolencias son pequeños controles de poder casi normalizados que los varones realizan permanentemente, son maniobras poco notables que restringen continuamente el poder personal y el equilibrio psicológico de las mujeres, provocando efectos dañinos que se harán visibles a largo plazo. Aunque algunos varones ejecutan estos comportamientos de forma consciente, otros lo hacen sin intencionalidad, pero son dispositivos mentales y corporales incorporados y automatizados en el proceso de “hacerse hombres” (Bonino, 2004) (14). Estas microviolencias pueden ser maniobras puntuales o estrategias globales, las cuales persiguen el mismo objetivo a largo plazo, el control sobre la mujer. Como consecuencia de su uso reiterado, afloran unos efectos comunes en las mujeres, una sintomatología que genera una disminución de la autoestima, depresión e irritabilidad, autoculpabilización, resignación, empobrecimiento y claudicación (Anexo VI).

Para Bonino (2004) (14), las microviolencias ejercen los siguientes efectos:

- Inhibición de la lucidez que disminuye la valentía, la crítica, el pensamiento y la acción eficaces, la protesta válida y el proyecto vital.
- Fatiga crónica por forzamiento de disponibilidad, con sobreesfuerzo psicofísico, desvitalización, y agotamiento de las reservas emocionales y de la energía para sí y para el desarrollo de los intereses vitales.

- Deterioro de la autoestima, con aumento de la desmoralización y la inseguridad, y disminución de la autocredibilidad, con una actitud defensiva o de queja ineficaz por el sentimiento de derrota e impotencia que producen.
- Disminución del poder personal, con un retroceso o parálisis del desarrollo personal y limitación de la libertad.
- Malestar difuso, irritabilidad crónica y un hartazgo “sin motivo” de la relación, de los cuales las mujeres se culpan por no percibir que son producto de acción externa.

Con frecuencia, estos efectos de las microviolencias son motivo de consulta en los servicios de Salud Mental. Por ello, en estos dispositivos, cobra especial importancia la detección, ya que en la clínica cotidiana suelen pasar inadvertidos.

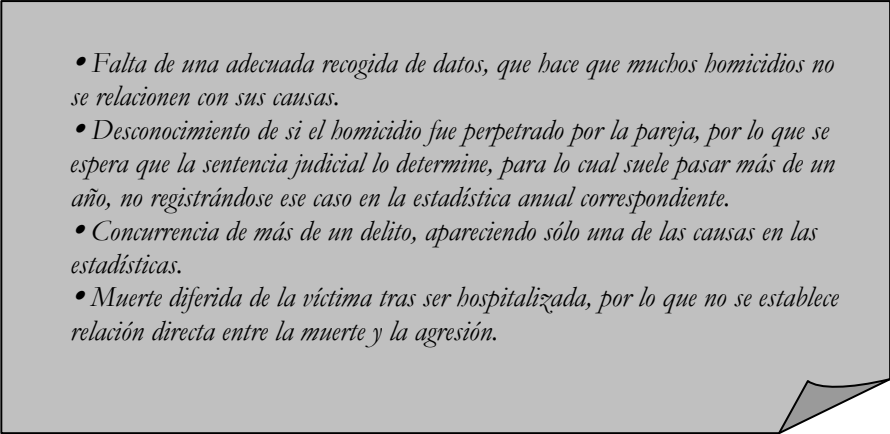
3.11.3. Consecuencias mortales de la violencia de género.

El homicidio es la primera de las consecuencias mortales de la violencia de pareja. La mayoría de las mujeres que mueren por homicidio son víctimas de sus parejas actuales o previas (Alberdi & Matas 2002) (22), y el riesgo de muerte se ve incrementado tras la separación. Con frecuencia, la muerte se produce como resultado del maltrato físico, por parte del agresor, haya o no intencionalidad.

La segunda consecuencia mortal de la violencia de pareja es el suicidio. Las mujeres víctimas de la violencia de género presentan una probabilidad de suicidarse entre 3 y 5 veces mayor que las mujeres cuyas parejas no son violentas (OMS & OPS 1998) (26). Ante

una situación de violencia crónica, algunas mujeres ven el suicidio como la única salida ante el sufrimiento que padecen.

Los datos relacionados con el número de consecuencias mortales de víctimas de la violencia de género en España muestran discrepancias entre los aportados por el Ministerio del Interior y la Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas. Algunas de las razones que pueden explicar estas diferencias para Lorente (15) son:

- 
- *Falta de una adecuada recogida de datos, que hace que muchos homicidios no se relacionen con sus causas.*
 - *Desconocimiento de si el homicidio fue perpetrado por la pareja, por lo que se espera que la sentencia judicial lo determine, para lo cual suele pasar más de un año, no registrándose ese caso en la estadística anual correspondiente.*
 - *Concurrencia de más de un delito, apareciendo sólo una de las causas en las estadísticas.*
 - *Muerte diferida de la víctima tras ser hospitalizada, por lo que no se establece relación directa entre la muerte y la agresión.*

El gráfico nº 8 está elaborado con datos a partir de las estadísticas de la Federación de Asociaciones de Mujeres separadas y Divorciadas, la cual ofrece cifras desde el año 1999 hasta 2006 (27). En España el número de muertes de víctimas de malos tratos ha ido en aumento hasta 92 en el año 2006, excepto en 2005 que descendieron a 72.

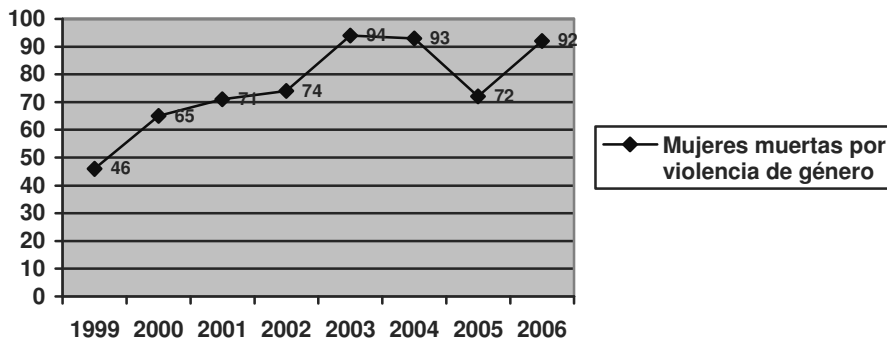


Gráfico 8: "Mujeres muertas por violencia de género en España". Fuente: Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas.

En ese período de tiempo, las Comunidades Autónomas que presentan mayor número de víctimas fueron Andalucía, Canarias, Cataluña, Castilla y León y la Comunidad Valenciana, según datos aportados por el Instituto de la Mujer (18). El gráfico nº 9 muestra datos comparativos entre 1999 y 2006. La diferencia no es tan significativa como en el gráfico anterior ya que el número de fallecidas en 1999 que ofrece es de 54 en 1999 frente a 68 en 2006.

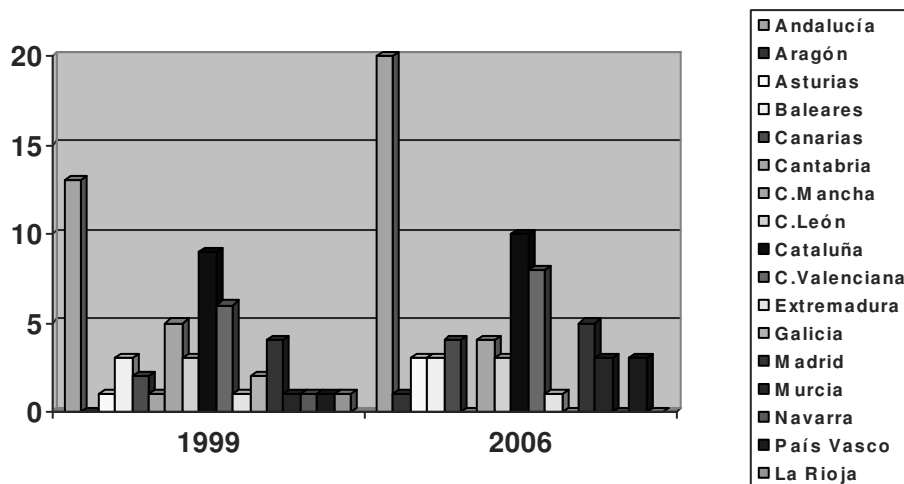


Gráfico 9: "Mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o expareja, por CCAA (números absolutos). Fuente: Instituto de la Mujer, a partir de noticias de prensa y de datos del Ministerio del Interior. A partir de 2006 datos de la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer.

En Castilla y León, según datos ofrecidos por el Instituto de la Mujer, desde 1999 a 2006 murieron 24 mujeres víctimas de la violencia de género (18).

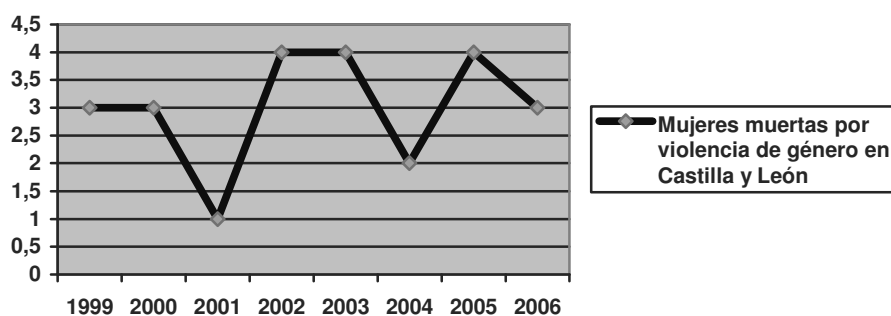


Gráfico 10: "Mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o expareja, en Castilla y León (números absolutos). Fuente: Instituto de la Mujer, a partir de noticias de prensa y de datos del Ministerio del Interior. A partir de 2006 datos de la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer.

En el gráfico nº 11 se muestra la Prevalencia de femicidios en diferentes países europeos en relación al año 2000. En el estudio realizado se observó que de los doce países europeos, España ocupó el noveno lugar en relación a los femicidios cometidos por pareja o expareja. Las cifras más elevadas correspondían a Rumania, Finlandia, Noruega, Luxemburgo y Holanda (18).

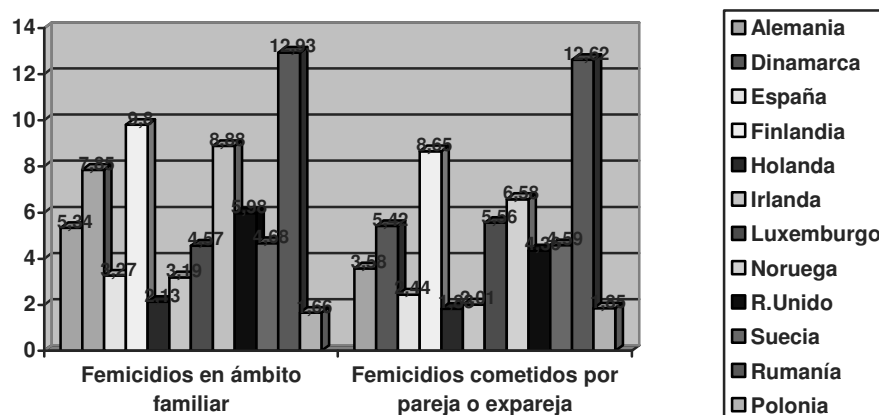


Gráfico 11. Fuente: Sanmartín, J.; Molina, A.; García, Y.(Eds): Informe Internacional 2003: "Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja" (Prevalencia de femicidios en diversos países europeos. Número de femicidios por millón de mujeres mayores de 14 años. Datos relativos al año 2000). Valencia. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia 2003.

Capítulo 4

Actuación de Enfermería ante la Violencia de Género

4.1. DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

El principal recurso del sistema sanitario, implicado en la atención de la violencia de género, son los profesionales de atención primaria y sólo se identifica un 10% de los casos. Causas relacionadas con la consulta son la sobrecarga asistencial, la falta de tiempo y la falta de privacidad. Esta infradetección se produce fundamentalmente por las barreras existentes para la revelación del caso y la dificultad para su diagnóstico.

Entre las causas derivadas de los profesionales sanitarios que obstaculizan la detección de casos de violencia de género destacan: la falta de tiempo, el miedo a ofender al paciente, la falta de formación del profesional en este tema, la impotencia ante la dificultad de resolución del problema, el no considerar la violencia como un problema de salud en la práctica habitual, el desconocimiento de los recursos sociales disponibles y la existencia de mitos (Anexo VII).

Dada la alta Prevalencia de maltrato en las mujeres, actualmente se recomienda preguntar a toda mujer que acuda a consulta de Atención Primaria. Según Heise (11), se considera imprescindible en algunos servicios como Atención Materno-infantil, Salud Mental y Urgencias.

Además de una serie de signos y síntomas, denominados indicadores de sospecha (Anexos VIII y IX), existen situaciones o conductas de las usuarias que a los profesionales de la salud nos deben alertar, son señales de alarma (14):

- Los síntomas que refieren son crónicos, vagos y no encuadran con un diagnóstico de enfermedad física clara.
- Existe aislamiento social y la mujer no tiene acceso al dinero, al coche, a su propia familia o amistades.
- La mujer refiere a su pareja como colérico, agresivo, temperamental o celoso.
- Existe depresión, ansiedad generalizada, crisis de pánico o fobias, ingesta crónica de tranquilizantes o consumo de alcohol excesivo, hipervigilancia o intentos de suicidio.
- La mujer tiene interiorizado el estereotipo tradicional de mujer (sumisión, roles tradicionales sin proyectos propios, bajo concepto de sí misma).
- Antecedentes de violencia entre sus padres.
- No responde al tratamiento de una enfermedad física.
- Acude tardíamente a control prenatal, accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- Maltrato físico: hay retraso entre las lesiones y búsqueda de tratamiento, lesiones que no se corresponden con la explicación que nos da.
- Abuso sexual: embarazo en adolescentes, ETS en niñas o jóvenes, disfunciones sexuales, falta de placer, vaginismo, depresión, ansiedad,

insomnio, problemas con alcohol o drogas, obesidad o delgadez extrema, reparos o dificultad en el examen pélvico.

La entrevista con una víctima de malos tratos, en la cual se informe, se escuche de forma activa y comprensiva, constituye una intervención terapéutica que puede aportar una gran ayuda. Cuando una mujer, por primera vez, desvela una situación de maltrato, es importante llevar a cabo una serie de recomendaciones (OMS, 1998; Salber, 2000) (28, 26):

- Recibir a la paciente sola, escucharla, creerla y hacer que se sienta cómoda y segura. El ser escuchada y reforzada puede ser para la mujer una experiencia importante de reafirmación.
- Asegurarle la confidencialidad de la visita: *“Sepa usted, que lo que me está diciendo es confidencial y quedará entre nosotras”*.
- Informar de que el maltrato es un problema frecuente puede ayudar a disminuir el sentimiento de soledad y aislamiento.
- Decirle que nadie merece ser maltratada, que ella no tiene la culpa.
- Comentarle que precisa ayuda y se le puede ayudar, aunque no intervendremos si ella no lo desea.
- Explicarle que no es conveniente para ella que comente esta conversación con su pareja (habitualmente, el marido ha logrado el control sobre ellas, obligándoles a contarle todo lo que hacen).
- Empezar a explicarle que algunos de los síntomas que presenta son consecuencia de la violencia que padece. Proponer hablar de su situación específica y ayudar a organizar el seguimiento. Cuando una mujer confía en nosotros su situación de maltrato, supone un gran alivio para ella. Proponer seguir viéndola en consultas posteriores, para valorar sus necesidades, y ofrecer apoyo.

- Conocer si se encuentra en una situación de peligro para su vida e informarle de la Orden de protección.
- Registrar en la historia, con su consentimiento, la entrevista con la información recibida y aportada.

4.2. VALORACIÓN.

Desde el ámbito judicial, se tiende a valorar el índice de peligrosidad en que se encuentre la víctima. Mientras que desde la atención sanitaria se procede a realizar una exploración exhaustiva de las lesiones físicas y psicológicas, así como del estado emocional. Antes de iniciar el reconocimiento se informa a la usuaria de las exploraciones y la finalidad de las mismas. En el Anexo X se encuentra el protocolo de registro de enfermería de 2004 del Consejo General de Enfermería, y en el Anexo XI el informe de registro médico por malos tratos, del consejo interterritorial.

El protocolo de actuación sanitaria contiene tres tipos de valoraciones (Anexo XII)

(29):

1. Valoración biopsicosocial.
2. Valoración de la situación de violencia.
3. Valoración de la seguridad y evaluación del riesgo.

Y pautas a seguir descritas en el Anexo XIII.

En la situación de riesgo inciden varios factores (30):

- El incremento de la violencia respecto a su gravedad y frecuencia.
- La amenaza verbal explícita de muerte.
- Extensión de malos tratos a otros miembros de la familia.
- Consumo de alcohol y/o drogas.
- Cambios en la situación sociolaboral del agresor.
- Circunstancias que puedan inducir al agresor a pensar en la ruptura de la pareja, como denuncias, sentencia de separación o divorcio, etc.
- Trastorno depresivo de la víctima asociado a la ausencia de apoyos sociales.

El Anexo XIV es una tabla de preguntas tipo que facilitan al profesional la valoración de situaciones de violencia de género.

4.3. INTERVENCIÓN. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLANES DE CUIDADOS.

Los profesionales sanitarios, a partir del momento de la confirmación de una sospecha de malos tratos a una mujer, se debe informar a la mujer sobre: atención y seguimiento desde la consulta, así como la derivación a otros profesionales e instituciones.

Las fases de una intervención ante un caso de violencia de género son (29):

1. Información acerca del problema.
2. Trabajo en la consulta y seguimiento.
3. Derivar a otros profesionales.
4. Registrar en la historia clínica.
5. Actuación con hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera.

6. Emitir cuando proceda el parte de lesiones y el informe sanitario correspondiente.

El protocolo para los profesionales sanitarios ante la violencia de género, incluye tres planes de actuación en función de las características del caso (Anexo XV) (29):

- Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.
- Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en situación de peligro extremo.
- Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

4.3.1. Diagnósticos de enfermería y planes de cuidados.

El protocolo de enfermería incluye los diagnósticos enfermeros de la NANDA y la Guía de Diagnósticos Enfermeros en Atención Primaria a realizar desde la consulta de enfermería de Atención Primaria.

Se esquematizan a continuación los siguientes diagnósticos enfermeros relacionados con la mujer víctima de la violencia de género (31):

Clases	Diagnósticos enfermeros de la NANDA
Afrontamiento	Afrontamiento familiar incapacitante Riesgo de violencia autodirigida Síndrome postraumático Riesgo de síndrome postraumático Riesgo de suicidio Síndrome traumático de violación Conflicto de decisiones
Autopercepción	Riesgo de baja autoestima situacional Baja autoestima situacional Baja autoestima crónica Impotencia Riesgo de impotencia Riesgo de soledad
Comunicación	Deterioro de la comunicación verbal
Conocimientos	Conocimientos deficientes
Emocional	Ansiedad Temor Desesperanza
Manejo del riesgo	Riesgo de lesión Riesgo de traumatismo
Neurocognición	Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno
Regulación física	Riesgo de infección

Roles/Relaciones	Aislamiento social Desempeño inefectivo del rol Deterioro de la interacción social Conflicto del rol de pareja Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo Interrupción de los procesos familiares Riesgo de violencia dirigida a otros
Sexualidad	Disfunción sexual
Sueño/Reposo	Deterioro del patrón del sueño

Además, Enfermería en casos de violencia de género incluirá (29):

1. Atención inmediata de las lesiones que presente la usuaria, ya sean físicas o psíquicas, así como de los hijos e hijas si procede, y de las personas dependientes de la mujer, si las hubiera.
2. Seguimiento desde la consulta: programada y a demanda.
3. Informar y asesorar sobre los recursos sociales disponibles.
4. Educación sanitaria.
5. Apoyo psicológico e informarle de la situación en que se encuentra.

4.4. PREVENCIÓN. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

La prevención de la violencia contra la mujer, en las relaciones de pareja, debe ser considerada como una meta a alcanzar para todos los sectores sociales. Según el Instituto de Salud Pública es necesario que se impulsen, entre otros, los siguientes objetivos (32):

- Concienciar a la comunidad sobre la violencia de género en el ámbito familiar, como un problema social que hay que erradicar.
- Desvelar y cuestionar los mitos y estereotipos culturales de la sociedad patriarcal masculina que sustentan la violencia contra las mujeres.
- Llevar a cabo programas educativos que cuestionen los estereotipos culturales relativos al género, que incorporen valores y conocimientos que promuevan la conciencia en términos de igualdad, respeto y con modos pacíficos de resolución de conflictos (OMS, 1998) (26).
- Incrementar los recursos y habilidades personales de las mujeres más vulnerables.
- Proporcionar modelos alternativos de funcionamiento familiar, más democráticos y menos autoritarios.
- Mantener una red de recursos para ofrecer apoyo y contención a las víctimas.
- Programas de tratamiento y recuperación para las víctimas de la violencia de género.
- Implicación personal y profesional que aumente la capacidad para abordar este complejo problema social.

Para abordar la violencia contra las mujeres es importante que los profesionales de la salud (32):

- Aprendan a escuchar de forma activa.

- Eviten el silencio, dando visibilidad al problema. Sólo la sensibilización social frente a la violencia provocará una mayor divulgación, la toma de conciencia y una actitud de rechazo y sanción social ante la situación.
- Conozcan las estrategias de abordaje para modificar aquellas normas atávicas que perpetúan la violencia.
- Vigilen las propias conductas para que las que se utilicen transmitan respeto e igualdad.
- Cuiden el lenguaje sexista.
- Den importancia a las agresiones verbales solapadas.
- Incorporen actividades a la prevención de la violencia y a la promoción de la conciencia saludable en los diversos contextos y programas de trabajo.

Desde la consulta de enfermería de Atención Primaria se pueden desarrollar diversas actividades como (32):

- Conocer los recursos de la zona que sirvan de apoyo y fomentar la autonomía de las mujeres (OMS, 1998) (26).
- Estar alerta frente a la detección precoz de cualquier forma de violencia que suponga situaciones de riesgo. La detección será más fácil si se desarrollan capacidades de identificación y reconocimiento de estas situaciones y se incluyen preguntas directas o indirectas en protocolos de atención a las mujeres.
- Siempre que sea posible se ofrecerá atención y seguimiento a las mujeres en situación de riesgo.
- Remitir a las mujeres, en situación de riesgo, a los grupos que se organicen en el centro de salud y a los recursos que los municipios ofrezcan con el fin de fomentar su autonomía, su autoestima y su desarrollo personal y relacional.

- Procurar que la actitud del profesional no enjuicie, dañe o culpabilice a las mujeres en los diferentes momentos del proceso, para conseguir que se sientan confiadas, que disminuya su aislamiento y su sentimiento de culpa y que aumente las probabilidades de que se decidan a buscar ayuda.

- Cuidar los valores que se transmitan con nuestro sistema de trabajo, evitando aquellos modelos jerárquicos y de desigualdad entre los géneros.

- Poner a disposición de los usuarios folletos y carteles que contribuyan a aumentar la sensibilización sobre la violencia contra las mujeres, alentándolas a no soportar o ver normales los golpes, ni las vejaciones en ninguna circunstancia (OMS, 1998) (26).

El protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, contiene una serie de recomendaciones para la prevención de la violencia a los profesionales sanitarios. Son actividades de prevención agrupadas en tres áreas: en el profesional, en la atención a la salud integral de las mujeres y en el ámbito comunitario (Anexo XVI).

4.4.1. Educación para la salud.

A continuación se exponen diversos aspectos de educación para la salud, según el Instituto de Salud Pública, relacionados con la violencia de género; así como algunas actividades incluidas en programas comunitarios con el fin de cambiar pautas de género que impiden el desarrollo de las mujeres en situación de desigualdad y promover nuevas pautas (32).

- La violencia está presente, entre otras, en las relaciones sexuales, en las relaciones laborales o en el reparto de tareas en el hogar. Por ello, en las actividades grupales que se realizan en el marco del sistema sanitario (de cuidadores principales, de sexo seguro o de prevención del VIH, de preparación al parto, de alimentación saludable...) pueden incluirse contenidos para abordar la reflexión sobre temas relacionados con la violencia. Entre ellos, y a modo de ejemplo, se destacan el mandato/responsabilidad de género, el significado del amor, cómo aprender a decir no, abuso y coerción en las relaciones de pareja, etc.

- Fomentar los grupos de orientación a mujeres y potenciar aquellos que ya existen dentro y fuera del centro de salud. Los objetivos de estos grupos irán encaminados a que la mujer desarrolle habilidades de comunicación, escucha, expresión de sentimientos, toma de iniciativas, resolución de conflictos; que la mujer establezca relaciones de amistad y redes de apoyo que faciliten la salida de su aislamiento; que la mujer reflexione sobre los roles masculinos y femeninos; que se relacione entre iguales y rompa con el modelo de relación desigual de la violencia; es decir, que la mujer identifique la violencia no sólo como un problema personal, sino también como un problema social.

- Impulsar y promover cursos y escuelas de madres y padres sobre educación no violenta y resolución de conflictos. (Orientación y mediación familiar).

- Propiciar y participar en redes comunitarias para diseñar y brindar respuestas coordinadas a la violencia y propuestas que promuevan la convivencia saludable. Estas redes pueden abordar el tema específico de la violencia (las comisiones de atención a los malos tratos); o bien trabajar en un contexto más amplio (las mesas de salud escolar, las coordinadoras de atención a la mujer, los consejos de salud, etc.).

- Promover y participar en foros de reflexión en los que los profesionales y los ciudadanos hablen sobre el problema, sus consecuencias y posibles soluciones.

- Crear espacios en los centros de salud para grupos de apoyo y autoayuda, o colaborar y potenciar aquellos que existen en la comunidad (OMS, 1998) (26). Centros de Orientación y Mediación familiar en APS.

- Apoyar y participar en iniciativas y programas comunitarios de educación de padres y formación de agentes de salud y todos aquellos que persigan el desarrollo personal de mujeres, ofrezcan soporte a las víctimas, e información y formación a las mujeres para saber qué hacer en las dinámicas de abuso, en situaciones de violencia doméstica, en caso de violación, etc.

- Fomentar campañas y elaboración de documentos que inviten a la reflexión sobre la violencia doméstica y el impacto negativo de la misma. El objetivo es contribuir al reconocimiento de los costes que suponen los comportamientos abusivos y violentos para de este modo motivar el cambio de actitudes. Para conseguirlo debería mostrarse que no ser violento tiene beneficios y no deben reforzar roles negativos basados en abusos.

Capítulo 5

Estudio de Violencia de Género

5.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1. Enfermería debe tener conocimientos y formación en violencia de género.
2. Para realizar una eficaz labor de detección y de prevención desde el ámbito de la atención primaria y concretamente desde la labor de enfermería, es necesario tener un grado de formación sobre violencia de género. La investigación empírica trata de analizar cuál es el grado de formación sobre este problema y los modos de actuación más habituales cuando se presenta un fenómeno de estas características en el desarrollo de la profesión.

5.2. MATERIAL Y MÉTODO.

A la hora de intentar conocer cuál es el nivel de conocimientos del personal de enfermería en el área de atención primaria sobre la cuestión de la violencia de género, se realizó un acercamiento a través de la aplicación de la técnica de investigación cuantitativa basada en la aplicación de cuestionarios validados. Con la encuesta se accede de una forma eficaz a hechos tanto objetivos como subjetivos (Mayntz, R y Holm, K. 1998) (33).

Con los cuestionarios, se buscó cuantificar las variables, en un conjunto de preguntas, preparadas cuidadosamente, sobre los aspectos específicos de la investigación. Para su confección se intentó expresar en preguntas para poderlas clasificar y analizar. (Anexo XVII). Las preguntas se formularon en función del siguiente esquema:

1. Variables de identificación.
2. Actitudes y percepción sobre la violencia de género.
3. Conocimientos, experiencia y actuación en casos de violencia de género.

El estudio de campo se circunscribió al personal de enfermería que realiza su trabajo, en atención primaria, en la ciudad de Salamanca. Se realizaron un total de 64 entrevistas en los siguientes centros de salud:

- C. S. Alamedilla.
- C. S. Alfonso Sánchez Montero (Pizarrales/Vidal).
- C. S. Garrido Sur.
- C. S. Sisinio de Castro (Garrido Norte).
- C. S. Miguel Armijo Moreno / San Bernardo.
- C. S. Elena Ginel Díez / Tejares.
- C. S. Casto Prieto (San José).
- C. S. San Juan.
- C. S. Sancti-Spiritus-Canalejas.
- C. S. Universidad Centro.

El análisis y explotación de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 14.0. (Anexo XVIII).

La ficha técnica del estudio fue la siguiente:

- **Ámbito:** Centros de atención primaria de la ciudad de Salamanca.
- **Universo:** Personal de enfermería (varones y mujeres) que realizan su actividad en los centros de atención primaria en Salamanca, un total de 94.
- **Procedimiento de muestreo:** muestreo aleatorio simple.
- **Tamaño de la muestra:** 64 entrevistas.
- **Error muestral:** 7%
- **Nivel de confianza:** 95%

5.3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

5.3.1. Perfil de los sujetos de estudio.

Como hemos señalado anteriormente, se ha trabajado con 64 cuestionarios sobre un total de 94 encuestados. De ellos el 89% son mujeres. Estos resultados son reflejo de la fuerte feminización que tiene la profesión de enfermería, y por tanto los datos son representativos de esta profesión. (Gráfico 1).



Gráfico 1.

En cuanto a la edad, se observa que en los centros de atención primaria de Salamanca ciudad, la mayor parte del personal de enfermería responde a una edad superior a los 37 años. El 45% tiene entre 49 y 60 años y el 30% entre 37 y 48 años. Pensamos que los centros de atención primaria de Salamanca tienen profesionales formados con amplia experiencia tanto profesional como vital. (Gráfico 2).

Edad

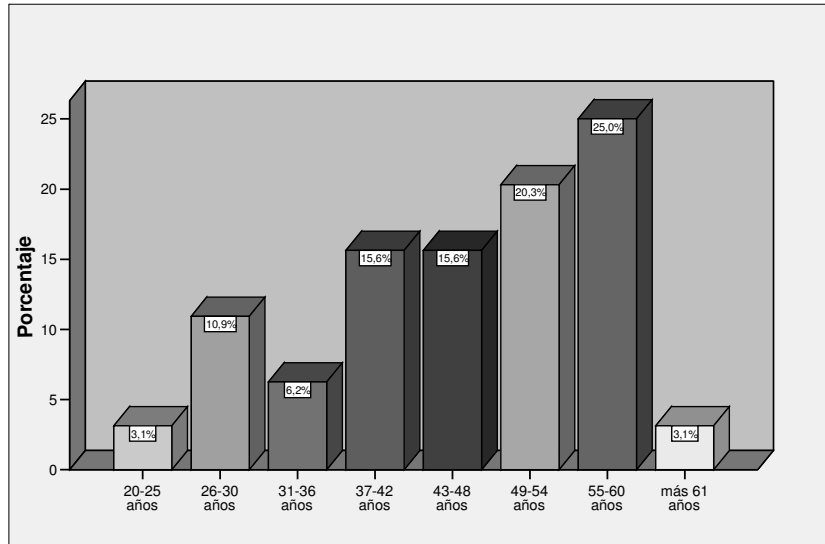


Gráfico 2.

5.3.2. Actitudes y percepción sobre la violencia de género.

Cuando se pregunta a los encuestados/as sobre qué opinan de la violencia de género, y más concretamente sobre la violencia de género como problema de salud, para el 94% es un problema de salud muy importante o bastante importante. Se deduce que hay una fuerte concienciación sobre este problema que es percibido, más allá de como problema social, como problema sanitario. Es un dato crucial para trabajar en la prevención y detección de casos, ya que favorece la buena disposición de los profesionales encuestados. (Gráfico 3). No obstante, aún tratándose de un porcentaje reducido, cabe resaltar ese 6% restante que no considera la violencia de género como un problema de salud, o que lo considera poco importante, pensamos que pudiera ser por falta de formación y/o sensibilización.

Importancia de la violencia de género como problema de salud

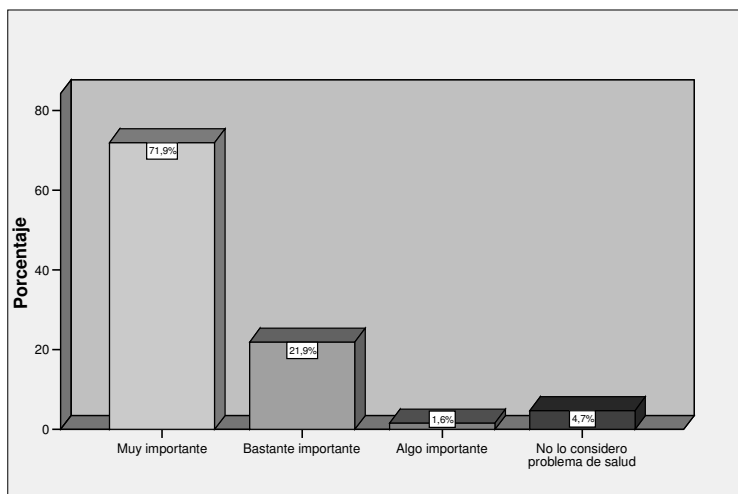


Gráfico 3: ¿Qué importancia cree que tiene la violencia de género como problema de salud?

Ahondando más en esta línea, se planteó si pensaban que denunciar un caso de violencia de género desde el ámbito sanitario suponía una violación de la privacidad. La respuesta fue en un 87% negativa. (Gráfico 4). En cuanto a las repercusiones de la demanda de malos tratos pueda tener, el 55% considera que denunciar podría tener riesgos para la víctima. (Gráfico 5).

Denunciar un caso de VG (desde el ámbito sanitario) supone una violación de la privacidad

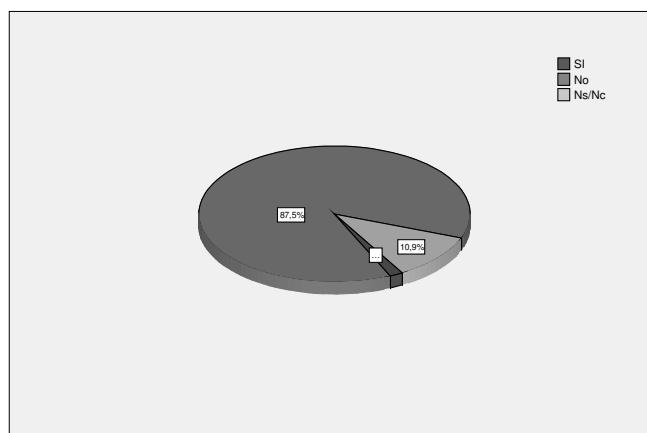


Gráfico 4. ¿Considera que denunciar un caso de violencia doméstica (desde el ámbito sanitario) supone una violación de la privacidad y la confidencialidad?

La denuncia puede tener riesgos para la víctima



Gráfico 5. ¿Cree que la denuncia puede tener consecuencias de riesgo para la víctima?

Para un acercamiento a las ideas y actitudes que los profesionales del estudio tienen sobre la violencia de género, se formularon una serie de frases acerca de ideas preconcebidas y “lugares comunes” que suelen ser habituales cuando se aborda dicho problema. Su asunción pudiera tener consecuencias negativas o funcionar como barreras a la hora de abordar el problema, desde el punto de vista sanitario, en el ámbito de la atención primaria, dada las características de esta práctica sanitaria que es de carácter más habitual y continuo que otro tipo de praxis sanitarias, más impersonales dadas sus características (urgencias, atención especializada...).

De esta forma, se pidió a los entrevistados que se posicionaran en una escala de cinco ítems que iban desde el “nada de acuerdo” hasta el “muy de acuerdo” (Likert, 1932) (34). La primera frase formulada fue:

“La violencia contra la mujer se da más entre las clases bajas que entre las clases altas”⁽¹⁴⁾.

El resultado obtenido fue que el 38% de los encuestados contestaron “no estar nada de acuerdo” con dicha afirmación, pero un 25% dijeron “no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo” con la frase. En el otro extremo se posicionaron un 21% que dijeron “estar de acuerdo” o “muy de acuerdo” con la frase en cuestión. Si observamos el gráfico resultante, vemos que el prejuicio sobre la relación entre clases bajas y malos tratos sigue funcionando también dentro del personal de enfermería. Este ítem responde a un mito comúnmente extendido sobre la violencia de género.

La violencia contra la mujer se da más ente las clases bajas que entre las clases altas

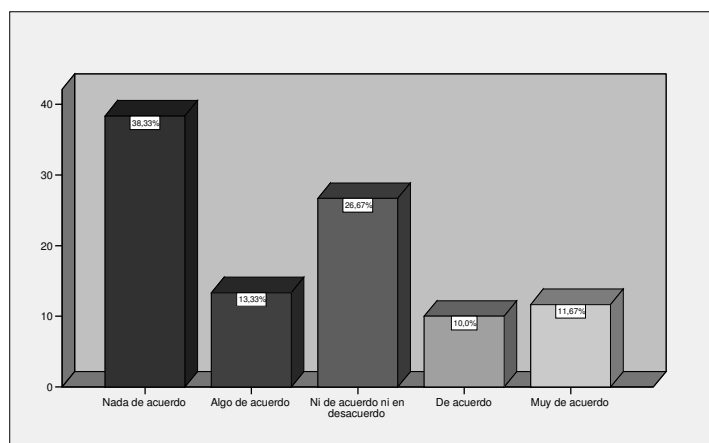


Gráfico 6. “La violencia contra la mujer se da más entre las clases bajas que entre las clases altas”.

“La violencia contra las mujeres es un problema social y de salud pública”.

Se detecta unanimidad en las respuestas, siendo más del 90% los que se posicionan de acuerdo y muy de acuerdo con ella. (Gráfico 7). La OMS, en la Asamblea General celebrada en Melbourne en 1996, (adoptó la resolución 49.25), donde se describe la violencia como problema de salud pública, destacando de manera muy especial las repercusiones sociales de la violencia contra las mujeres. El 8,2% opinan de este ítem estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, algo de acuerdo o nada de acuerdo.

La violencia contra las mujeres es un problema social y de salud pública

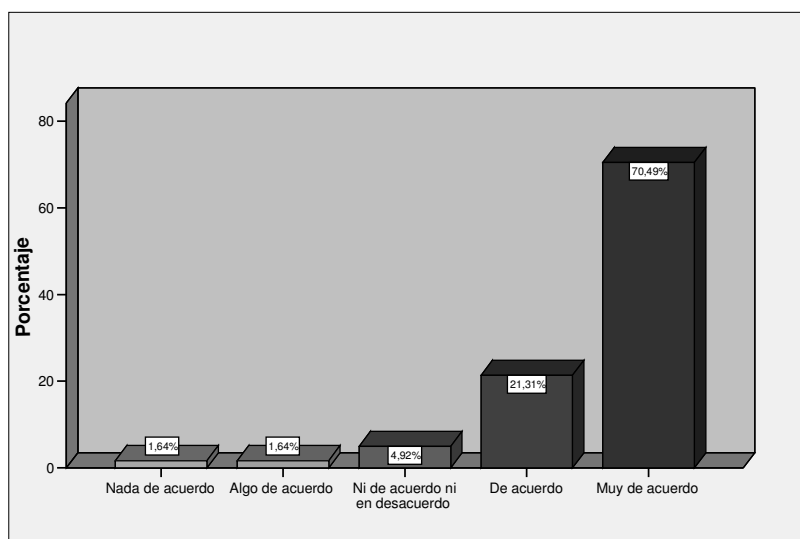


Gráfico 7. “La violencia contra las mujeres es un problema social y de salud pública”.

“La violencia género es un asunto que pertenece al ámbito familiar y lo mejor es no meterse”.

Esta falsa creencia sobre la violencia de género ha provocado que durante años el problema de los malos tratos de pareja fuera ignorado, minimizado, e incluso “disculpado” (32).

Especialmente significativo es el rechazo mayoritario a esta afirmación. Esta actitud nos hace valorar cómo los DUE tienen una posición privilegiada para abordar este problema. Las respuestas se expresan en el gráfico 8.

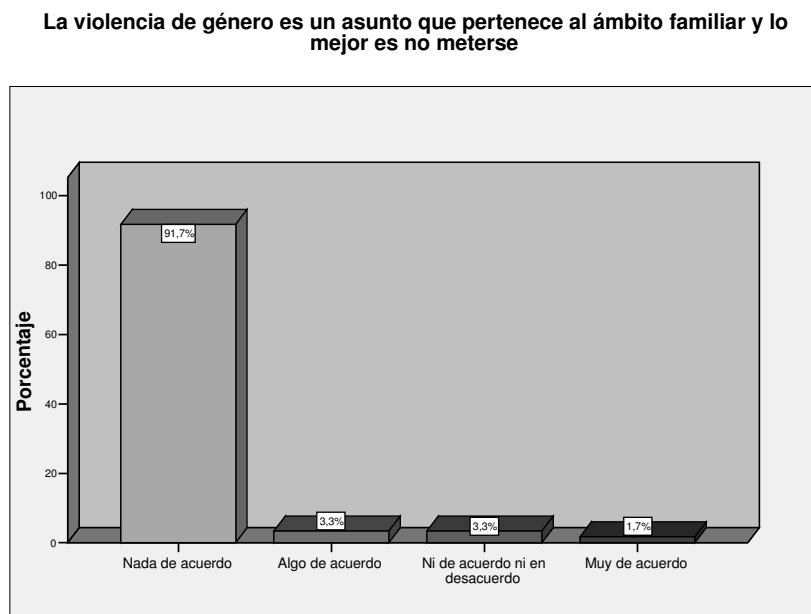


Gráfico 8. “La violencia género es un asunto que pertenece al ámbito familiar y lo mejor es no meterse”.

“La víctima es una mujer débil, dependiente, con bajo nivel cultural, social, económico y con hijos pequeños” (32).

Con esta afirmación se buscó detectar la relación entre violencia y clase social. De nuevo se observa cómo algunos tópicos funcionan, aunque este lo hace con menos fuerza. La mitad de los encuestados la rechazan, aunque un 16% dice estar algo de acuerdo con esta afirmación y el resto (16%) no se define. (Gráfico 9). Se observa cómo se mantienen los estereotipos en relación con la violencia de género.

La víctima es una mujer débil, dependiente, con bajo nivel cultural, social, económico y con hijos pequeños

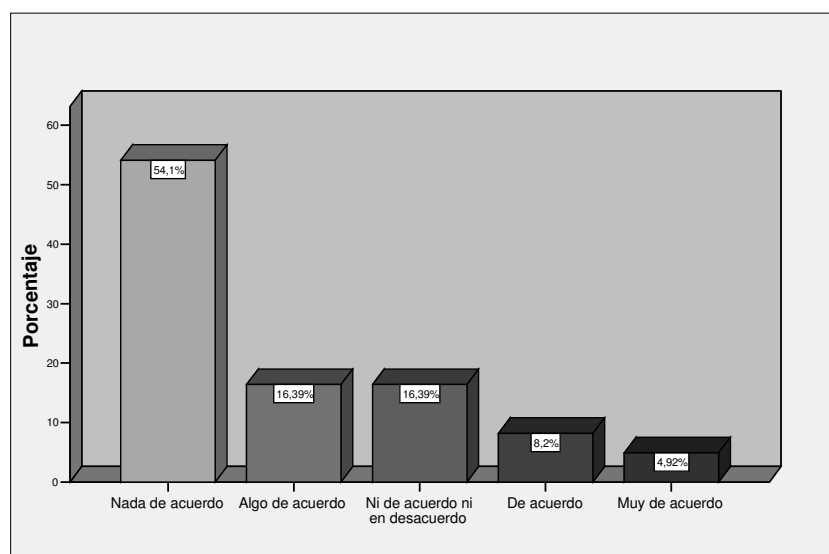


Gráfico 9. *“La víctima es una mujer débil, dependiente, con bajo nivel cultural, social, económico y con hijos pequeños”.*

”La violencia contra la mujer eleva su riesgo de mala salud” (32).

Ante esta afirmación la posición de los encuestados es homogénea: el 95% está de acuerdo con ella. (Gráfico 10).

La violencia contra la mujer eleva su riesgo de mala salud

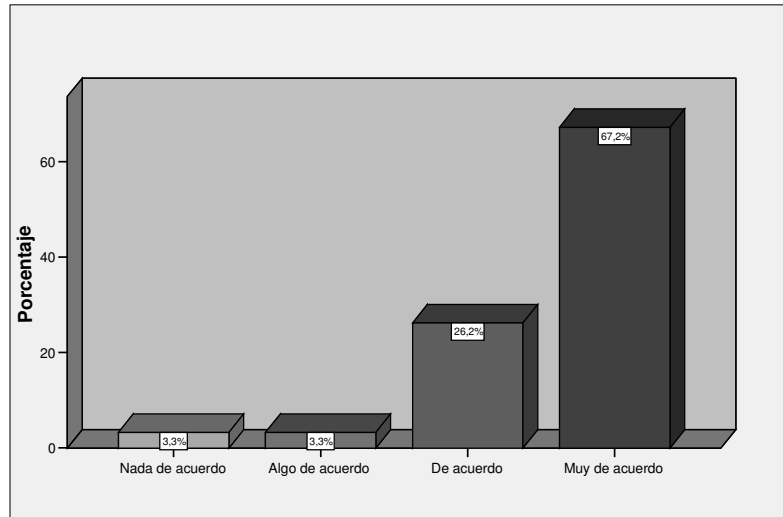


Gráfico 10. "La violencia contra la mujer eleva su riesgo de mala salud".

"Si la mujer no aguantase tanto, habría menos casos de malos tratos".

Ante esta afirmación, un 20% de las entrevistadas no están de acuerdo con esta idea, y el 50% la corroboran, al estar de acuerdo o muy de acuerdo con la misma. Pensamos que, de forma inconsciente, se puede culpabilizar a la mujer de una situación que ella no genera, sino que sufre. Este es un hecho diferencial de esta situación ya que es de los pocos delitos en los que el entorno social permite que parte importante de la culpa recaiga sobre la víctima que lo sufre. Este ítem es un mito de la violencia de género, persistente en las creencias de la sociedad actual. (Gráfico 11).

Si la mujer no aguantase tanto, habría menos casos de malos tratos.

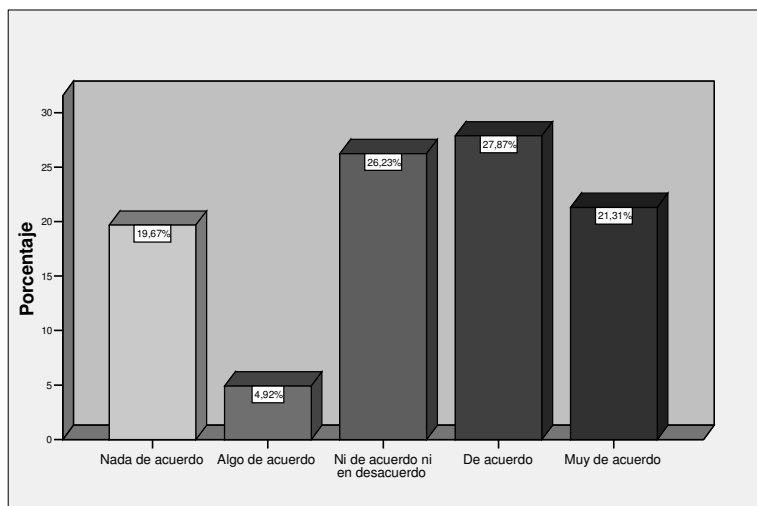


Gráfico 11: "Si la mujer no aguantase tanto, habría menos casos de malos tratos".

Queriendo indagar más sobre la actitud del personal de enfermería frente a estas situaciones, quisimos saber cuál era su actitud cotidiana en el desarrollo de su labor profesional para detectar posibles casos de malos tratos. Se trataba de saber si estas situaciones estaban presentes en el desarrollo cotidiano de su labor profesional, para así poder detectar y alertar de posibles situaciones de este tipo. Así, se formuló la pregunta sobre si mantenían una actitud de alerta para detectar posibles casos de malos tratos, que no fueran directamente verbalizados por la víctima. Así, el 51% de los entrevistados afirmaron tener una actitud alerta, y un 38% dijeron que esa actitud la mantenían sólo a veces, porcentaje que debería reducirse, posiblemente incidiendo en la desaparición de estereotipos y falsas creencias sobre la violencia de género. (Gráfico 12).

Actitud alerta para detectar casos de malos tratos

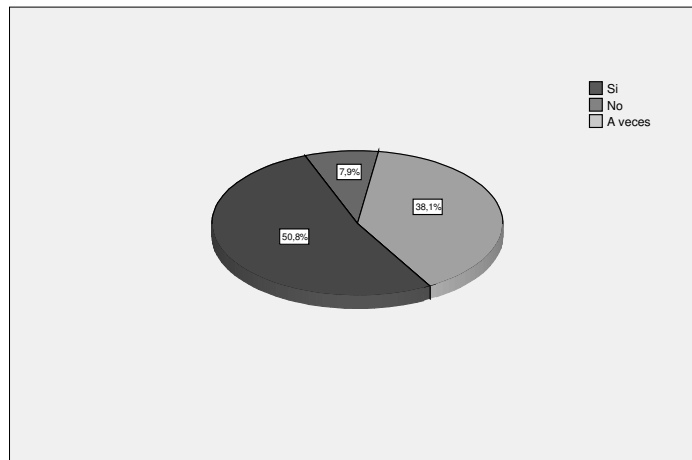


Gráfico 12: ¿Mantiene en su trabajo una actitud de alerta para detectar posibles casos de malos tratos?

Para concretar más, se preguntó si se planteaban que pudiera haber un caso de malos tratos ante lesiones físicas, respondiendo afirmativamente el 50% y respondiendo “a veces” un 42%. Porcentajes razonables, a nuestro modo de ver. Ante la misma pregunta, pero cambiando las lesiones físicas por problemas de ansiedad, depresión, etc., observamos que los porcentajes bajan, siendo un 31% quienes se plantean los posibles malos tratos y un 50% los que se lo plantean “a veces”. (Gráficos 13,14).

Ante lesiones físicas se plantea posible caso de malos tratos

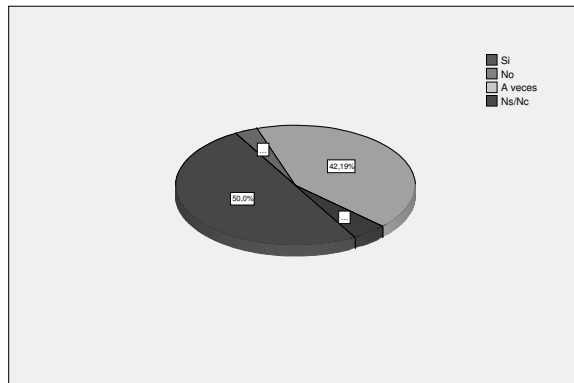


Gráfico 13. *Ante una usuaria con lesiones físicas, ¿se plantea la posibilidad de que se trate de un caso de malos tratos?*

Ante ansiedad, depresión...se plantea posible caso de malos tratos

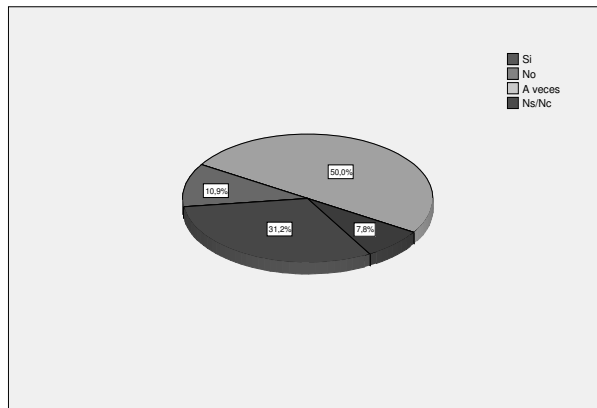


Gráfico 14. *¿Y ante una usuaria con reiterados episodios de ansiedad, depresión, angustia, etc.?*

Observamos cómo indicios psicológicos, secundarios a los malos tratos, son más difíciles de detectar que las lesiones físicas, que se pueden evidenciar en la exploración. Estas lagunas o desconocimiento de estos aspectos para la detección precoz de los malos tratos, son la base para reforzar y ofrecer e impartir formación específica.

5.3.3. Conocimientos, experiencia y actuación.

La violencia de género es la primera causa de muerte de las mujeres en los países desarrollados, por encima de enfermedades como el cáncer o los accidentes de tráfico. Diariamente este fenómeno, (cuya consecuencia extrema es la muerte de la mujer), forma parte de las noticias que recibimos a través de los medios de comunicación. Un lento goteo de muertes sin solución a corto plazo. Ni las leyes específicas, ni nuevos recursos sociales, ni una sociedad aparentemente más igualitaria parece detenerlo. Todos los ciudadanos tenemos alguna experiencia al respecto, y sin duda, alguna opinión formada sobre este problema, que evidentemente no es nuevo.

La violencia de género es un problema complejo. Sobre él caben explicaciones que conforman prejuicios y tópicos no demostrados o sencillamente erróneos.

De las 64 personas entrevistadas, sólo el 34% ha recibido formación específica sobre este problema. (Gráfico 15). A nuestro leal entender hay escasa formación específica sobre violencia de género.

Formación recibida sobre violencia de género

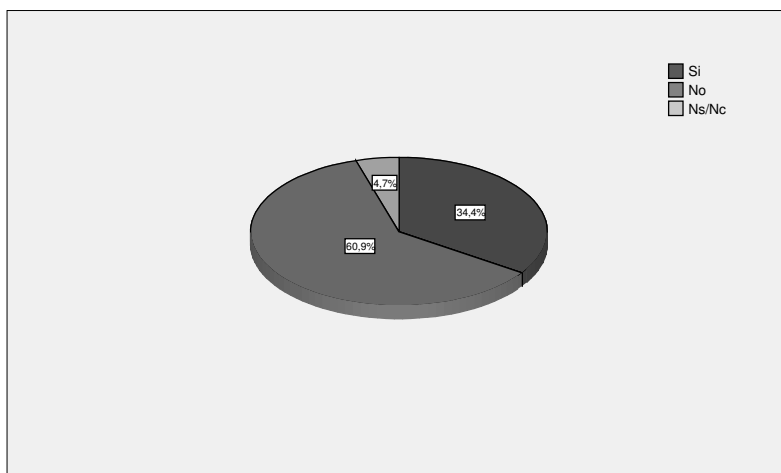


Gráfico 15. ¿Ha recibido algún tipo de formación sobre violencia de género?

Esta formación se impartió en el Colegio de Enfermería (14%), de otros organismos (14%), como la Junta de Castilla y León, y por la Gerencia de Salud (10,9%).

IMPARTICIÓN DE CURSOS

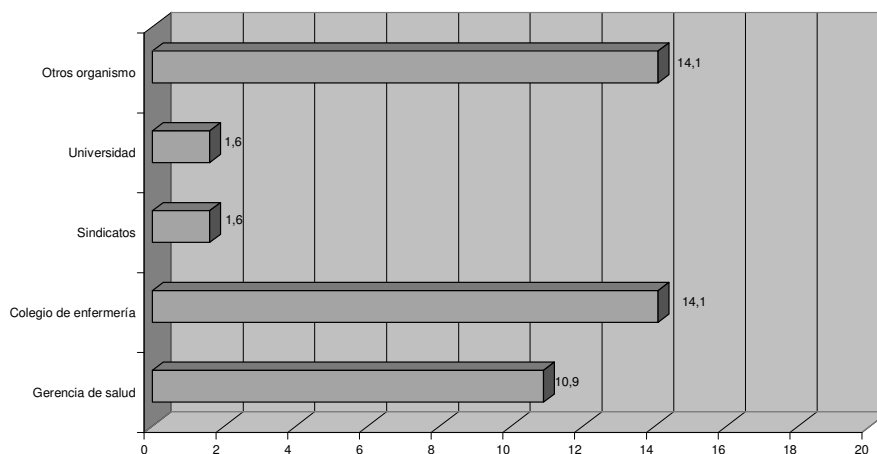


Gráfico 16.

Cuando se hace una pregunta más subjetiva sobre cuál es el nivel de conocimientos que los entrevistados piensan que tienen acerca de este tema, el 30% considera tener unos conocimientos medios. Siendo la Media del conjunto con que ellos se evalúan de 5,51 sobre 10.

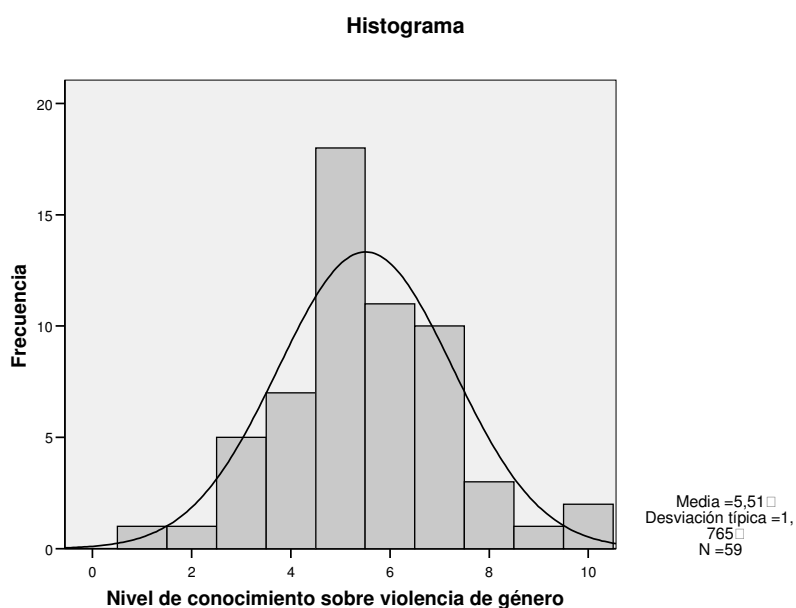


Gráfico 17. En una escala de 0 a 10, ¿cómo evalúa sus conocimientos sobre la violencia de género?

Así, cuando se pregunta por los recursos sociales disponibles que conocen para abordar los problemas de violencia de género, el porcentaje de entrevistados que contestan descende bruscamente y tan sólo 20 personas respondieron. Los recursos mencionados con más frecuencia son las instituciones y teléfonos estatales o autonómicos (31%), las asociaciones de mujeres (28%), los trabajadores sociales de los CEAS (28%). (Gráfico 18).

RECURSOS

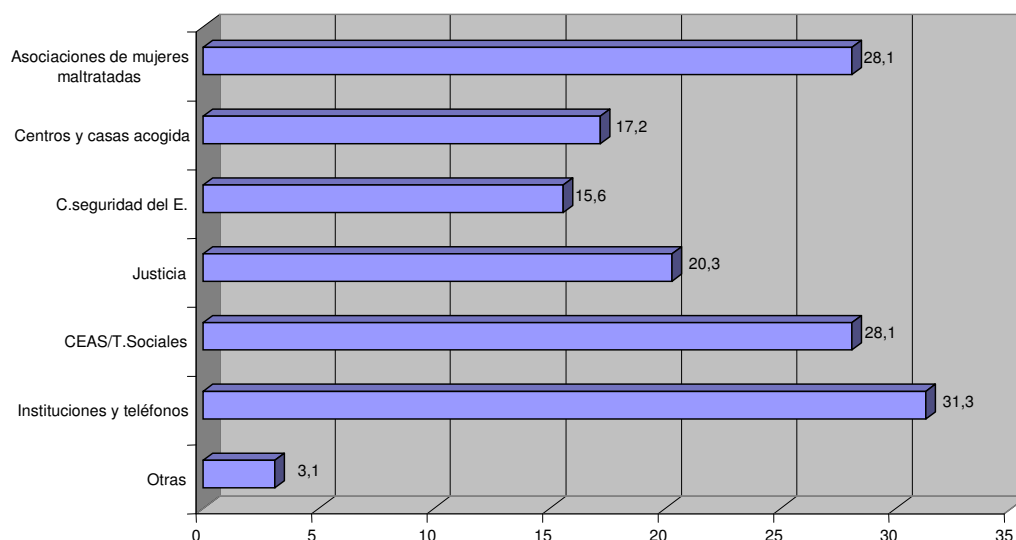


Gráfico 18: De los recursos disponibles para el apoyo y el abordaje de la violencia de género, indique cuáles conoce.

En cuanto al reconocimiento de casos de violencia de género que se hayan detectado en su puesto de trabajo en los últimos dos años, el 47% dice haber tenido conocimiento alguno de ellos, aunque el número no haya sido muy alto (gráfico 19). Hemos de señalar que este estudio no tiene por objeto detectar el número de casos de violencia de género que llegan a los centros de salud, por lo que ni las preguntas ni las técnicas de investigación empleadas en él permiten señalar categóricamente ningún dato cuantitativo fehaciente sobre este tema.

Casos de VG en los dos últimos años

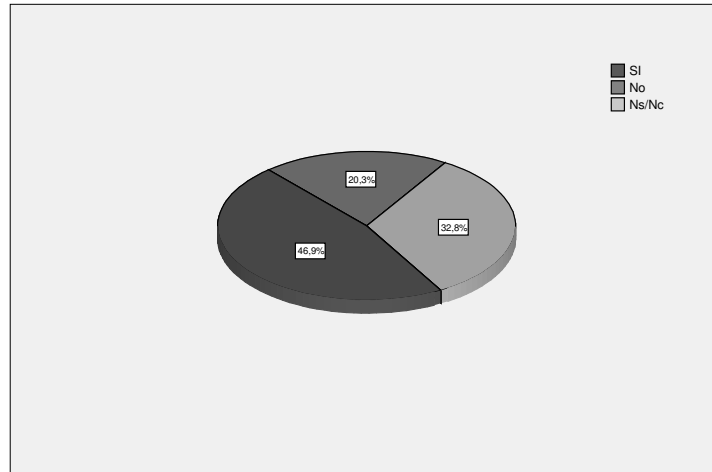


Gráfico 19. En los últimos 2 años, ¿Sabe si se han detectado casos de violencia de género, en su centro de trabajo?

A esto, se puede añadir que un 28% del personal de enfermería entrevistado ha sospechado de algún caso. (Gráfico 20).

Casos en su centro de trabajo

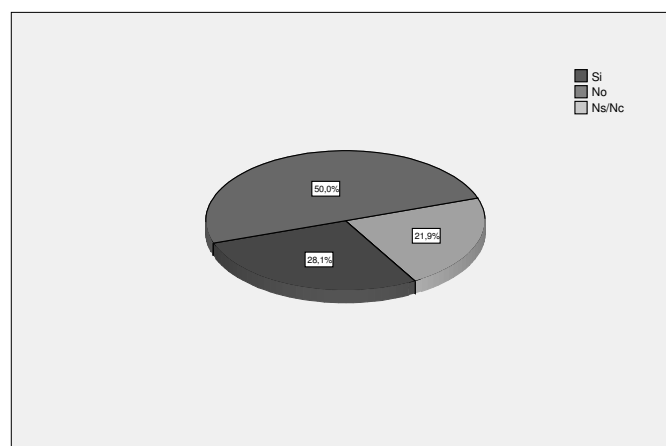


Gráfico 20. ¿Ha sospechado de algún caso en su centro de trabajo?

En cuanto a la actuación efectuada ante esta situación, las acciones más frecuentes han sido “comunicarlo al médico” (17%), “escuchar e informar de los recursos que están a disposición de las víctimas” (15%) o “derivarlos al trabajador social” (12%). (Gráfico 21).

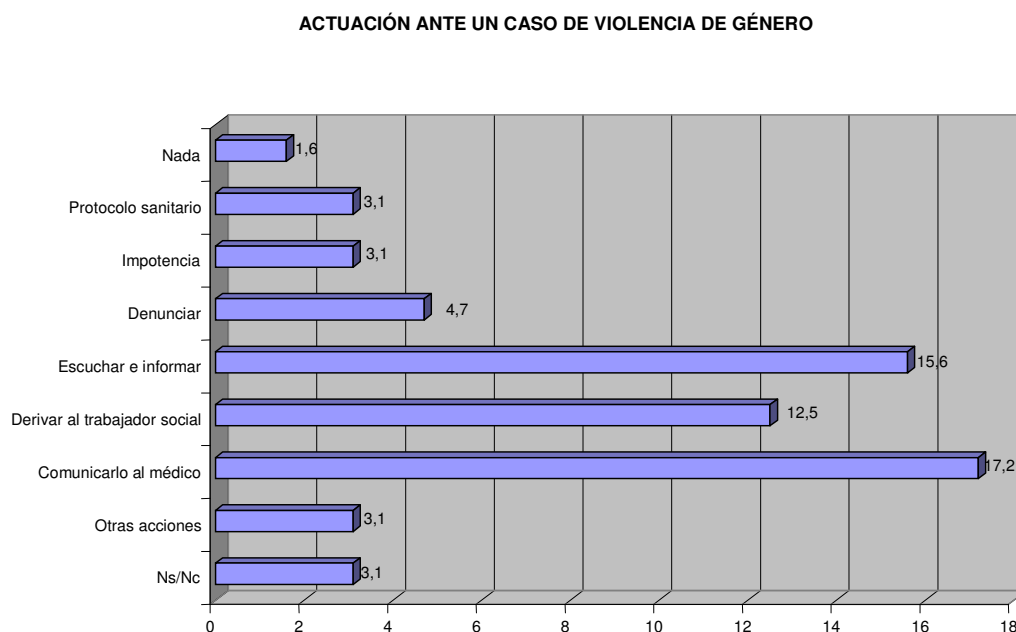


Gráfico 21: *En caso afirmativo de haber sospechado de algún caso de violencia de género en su centro de trabajo, ¿Cuál fue su actuación?*

En los últimos tiempos el abordaje de la violencia de género desde el ámbito sanitario se ha ido sistematizando hasta dar lugar a una serie de protocolos. Véase el caso, del protocolo que llegó a los centros de salud de Salamanca en el mes de junio de 2007, remitido a éstos por la Gerencia de atención primaria.

Cuando preguntamos si saben de la existencia de dicho protocolo observamos que tan sólo tienen conocimiento del mismo un 34% de la muestra. (Gráfico 22). Es importante

informar al personal de enfermería sobre esta herramienta y formarla sobre su uso y aplicación.

Conocimiento del Protocolo Sanitario frente a los malos tratos

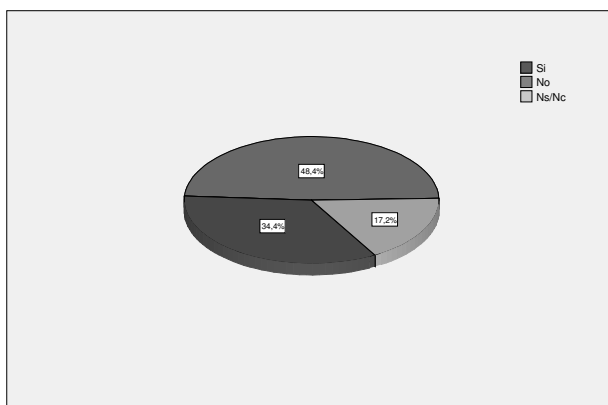


Gráfico 22. ¿Conoce el Protocolo Sanitario frente a los malos tratos domésticos?

También pedimos a nuestros entrevistados respuesta acerca de si percibían en su actividad profesional una mayor concienciación y sensibilización sobre el problema de la violencia de género y cómo podría aumentarse dicho nivel de concienciación. Para el 57,8% sí percibía un aumento de esta sensibilidad. (Gráfico 23).

Percepción sobre la sensibilización de enfermería con la VG

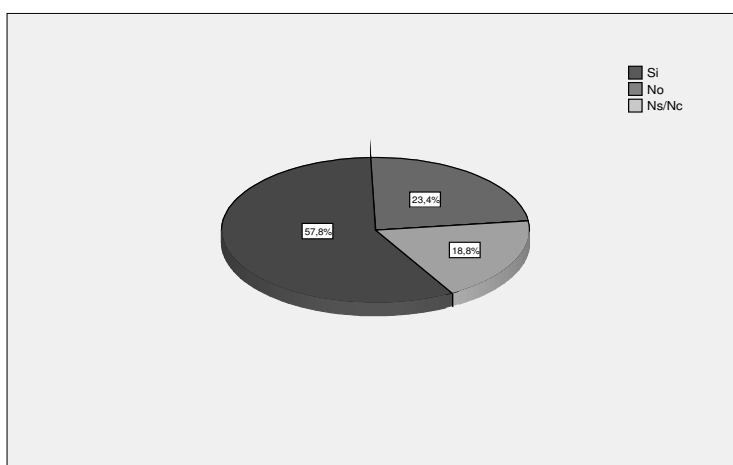


Gráfico 23. Enfermería está cada vez más concienciada y sensibilizada con la violencia de género; ¿Lo percibe?

La mayoría respondió que se debería aumentar este grado de concienciación a través de formación específica y de información cualificada sobre este problema. También se demanda una mayor implicación de la Gerencia de atención primaria en este tema (16%).

5.4. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.

- 1.- La feminización de la profesión de enfermería sería un punto fuerte a la hora de abordar el problema de la violencia de género en los centros de salud, ya que el hecho de ser mujer sitúa a la víctima y a la profesional en una relación de mayor complicidad y empatía para poder hablar de un tema tan difícil y doloroso.
- 2.- Se detecta concienciación de los sanitarios de la muestra en relación al problema de la violencia de género: se trata de “un problema de salud”, y están sensibilizados para denunciar los casos, desde el ámbito sanitario sin faltar a la privacidad.
- 3.- Se precisa una formación específica del problema psico-sanitario.
- 4.- Se observa cómo se mantiene la idea de que la mujer “aguanta demasiado”. Esta idea hace recaer parte de la culpa sobre la propia víctima.
- 5.- El personal de enfermería debe formarse para lograr desterrar esos prejuicios y estereotipos distorsionadores y ser capaz de hacer una detección de casos de violencia de género en todas las clases sociales.

Bibliografia

1. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de 2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado núm. 313, de 29 de diciembre de 2004.
2. SULLIVAN, T., THOMSON, K., WRIGHT R., GROSS, G., SPADY, D. (1980): *Social problems: Divergent perspectives*. New York: John Wiley and Sons.
3. CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA: *Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la violencia de género*. Obtenido el 28 de enero de 2007 en: <http://www.enfermeriademurcia.org/publicaciones/doc/mayo04/110504.doc>
4. NACIONES UNIDAS (1993): *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Nueva York, Naciones Unidas.
5. NACIONES UNIDAS. Asamblea General 61/122, de 6 de julio de 2006. *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. Obtenido el 17 de noviembre de 2006 en: <http://www.malostratos.org/images/pdf/estudio%20onu%2007-06.pdf>
6. LARRION ZUGASTI, J.L., PAUL OCHOTORENA DE J. (2000): *Mujer, violencia y salud*. Barcelona: Med Clin.
7. LABRADOR, F.J., PAZ RINCÓN, P., DE LUIS, P., FERNÁNDEZ-VELASCO, R. (2004): *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid. Ediciones Pirámide.
8. NOGUEIRAS GARCÍA, B., ARECHEDERRA ORTIZ, A., BONINO MÉNDEZ, L. (2001): *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Instituto de la Mujer. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.
9. HEISE, L. (1994): *Violencia Contra la Mujer: La Carga Oculta de Salud*. Programa Salud, Mujer y Desarrollo. Washington: OPS.
10. JEWKES, R. (2002): *Intimate partner violence: causes and prevention*. Lancet.
11. HEISE, L., ELLSBERG, M., GOTTEMOELLER, M. (1999): *Ending violence against women*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program. (Population Reports, Series L, N° 11).
12. CENTRO REINA SOFÍA PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA (2006): *II Informe Internacional Violencia contra la Mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Obtenido el 15 de agosto de 2007 en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1180979429_II%20Informe%20Internacional.pdf
13. ECHEBURÚA, E.; CORRAL, P. (1998): *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
14. ANDRÉS DOMINGO, P., ARRANZ GONZÁLEZ, R. M., BARBERO GUTIERREZ, J., BLANCO PRIETO, BONINO MÉNDEZ, L., P., JIMÉNEZ PÉREZ-MUELAS, J. T., MENDI ZUAZO, L., MILLÁN SUSINOS, R., NOGUEIRAS GARCÍA, B., PUJOL ALGANS, C., RUÍZ-JARABO QUEMADA, C., SANZ RAMÓN, F., GARCÍA MIRANDA, L. (2004): *La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Díaz de Santos.
15. LORENTE ACOSTA, M. (2001): *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
16. AMNISTIA INTERNACIONAL (2004): *Está en nuestras manos. No más violencia contra las mujeres*. Obtenido el 19 de diciembre de 2006 en: <http://www.malostratos.com/contenido/biblioteca/trabajos/Estaenn.pdf>
17. INSTITUTO DE LA MUJER (1999): *La violencia contra las mujeres. Resultados de la Macroencuesta*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer.
18. INSTITUTO DE LA MUJER. ESTADÍSTICAS. Consultado el 03 de marzo 07 en: <http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/index.htm>
19. VARELA, N. (2002): *“Íbamos a ser reinas”*. Barcelona: Ediciones B, S.A.
20. SAN MARTÍN BLANCO, C. (2005): *Guía de actuación y protocolo sanitario para la detección e intervención en la violencia hacia la mujer*. Sexología Integral. Volumen 2 (4). Páginas: 139-150. Obtenido el 13 de noviembre de 2006 en: <http://www.fess.org.es/pdf/art15.pdf>
21. LORENTE ACOSTA, M., TOQUERO DE LA TORRE, F. (2004): *Guía de Buena Práctica Clínica en: Abordaje en situaciones de violencia de género*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Obtenido el 5 de septiembre de 2006 en: http://www.asoc-aen.es/web/docs/Guia_Violencia.pdf
22. ALBERDI, I., MATAS, N. (2002): *La Violencia Doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Colección de Estudios Sociales nº 10. Barcelona: Fundación La Caixa. Obtenido el 15 noviembre de 2006 en <http://gabinetedepsicologia.com/downloads%20juridica/violencia-lbonino.pdf>.
 23. BUITRAGO RAMÍREZ, F., CIURANA MISOL, R., CHOCHRÓN BENTATA, L., FERNÁNDEZ ALONSO, M. C., GARCÍA CAMPAYO, C., HERRERO VELÁZQUEZ, S., MONTÓN FRANCO, C., REDONDO GRANADO, M. J., TIZÓN GARCÍA, J. L. (2003): *Violencia doméstica. Promoción de la salud y epidemiología*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Obtenido el 5 de noviembre de 2006 en: http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
 24. WOLAK, J., FINKELHOR, D., (1998): *Children exposed to partner violence*. Jasinski LM, Williams (Ed.).
 25. HIRIGOYEN, M. F. (1999): *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona. Paidós.
 26. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1998): *Salud Familiar y Reproductiva. División de Salud y Desarrollo. Violencia contra la Mujer. Un tema de Salud Prioritario*. Washington. Obtenido el 8 diciembre de 2007 en: http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf
 27. FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MUJERES SEPARADAS Y DIVORCIADAS. Consultado 04 de marzo de 2007 en: <http://www.separadasydivorciadas.org/violencia.asp>
 28. SALBER, P. R., TALIAFERRO, E. (2000): *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*. Barcelona, Editorial Cedecs.
 29. COMISIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO DEL CONSEJO ENTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2007): *Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Obtenido el 18 de mayo de 2007 en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>
 30. MARTÍNEZ ESCUDERO M.V., FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, O. (2005): *Malos tratos: detección precoz y asistencia en atención primaria*. Barcelona: Ars Médica.
 31. NANDA (2005): *Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006*. Elsevier (España).
 32. LACHERAS LOZANO, M. L., PIRES ALCAIDE, M. (2003): *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas*. Documentos de salud pública. Nº 86. Instituto de Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud. Madrid.
 33. MAYNTZ, R., HOLM, K., HÜBNER, P. (1988): *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid. Alianza Editorial.
 34. LIKER, R. A. (1932): *A technique for development of attitude scales*. Archives of Psychology; 140:44-53.
 35. BIEDMA MACHÍN, F., IZAGUIRRE ZAPATERA, A. (2005): *Enfermería ante la Violencia de Género*. Boletín de Enfermería de Atención Primaria. Volumen III. Nº 1. Páginas 1-16. Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Obtenido el 9 de noviembre de 2006 en: http://sescam.jccm.es/web/gaptalavera/prof-boletines/boletin_enfermeria1-2005.pdf
 36. AGÜERA URBANO, C., ARJONA HUERTAS, J. L., MOLINA MOLINA, M., PEREAMILLA LÓPEZ, E., RUBIO GALLO, A., SIENDONES CASTILLO, R. (2002): *Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección*. Revista de la sociedad española de medicina de urgencias y emergencias. Nº 14. Páginas 224-232.

37. CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2000): *Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
38. Decreto 203/2001, de 26 de julio, de 2001, por el que se aprueba el “Plan Integral de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de la Comunidad de Castilla y León”.
39. Decreto 29/2002, de 21 de febrero, de 2002, por el que se aprueba el Plan Regional contra la Violencia hacia la Mujer en Castilla y León. B.O.C. y L. núm. 42, de 28 de febrero de 2002.
40. DÍAZ-AGUADO, M. J. (2002): *Prevenir la violencia contra las mujeres construyendo la igualdad*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
41. GÁLVEZ, A., SEOANE, L. (2004): *La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud*. Nº 92. *Informe del estudio cualitativo*. Documentos Técnicos de Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.
42. *Guía de actuación ante los malos tratos contra la mujer*. (2005). Valladolid: Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria.
43. HIRIGOYEN, M. F. (2003): *Violencia en la pareja: la detección de la violencia psicológica*. Madrid, Comunidad de Madrid. Dirección General de la Mujer.
44. INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (1998): *Procedimiento de coordinación para la atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales*. Sevilla, Instituto Andaluz de la Mujer.
45. INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (1999): *Violencia contra las Mujeres*. Sevilla, Instituto Andaluz de la Mujer.
46. INSTITUTO DE LA MUJER (1998): *I Plan de acción contra la Violencia Doméstica 1998-2000*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
47. INSTITUTO DE LA MUJER (2001): *Actuaciones sociosanitarias hacia la violencia contra las mujeres*. Madrid. Instituto de la Mujer
48. INSTITUTO DE LA MUJER (2001): *II Plan contra la Violencia Doméstica 2001-2004*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
49. JOHNSON, M.; BULECHEK, G.; MCCLOSKEY DOCHTERMAN, J.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (2004): *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid: Harcourt/Mosby (Elsevier Science).
50. JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2000): *Protocolo de actuación profesional para casos de maltrato a la mujer en Castilla y León*. Valladolid, Dirección General de la Mujer.
51. JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2002): *Plan regional contra la violencia hacia la mujer en Castilla y León, 2002-2005*. Valladolid, Dirección General de la Mujer.
52. JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL (2003): *Red de asistencia a la mujer que sufre maltrato*. Madrid, Junta de Castilla y León.
53. Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de 1999, de Modificación del Código Penal de 1995 en Materia de Protección a las Víctimas de Malos Tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Boletín Oficial del Estado núm. 138, de 10 de junio, de 1999.
54. Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de 2003, de Medidas Correctas en Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros. Boletín Oficial del Estado núm. 234, de 30 de septiembre de 2003.
55. Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determina el procedimiento a seguir en los casos de nulidad, separación y divorcio. Boletín Oficial del Estado núm. 172, de 20 de julio de 1981.
56. Ley 1/2003, de 3 de marzo, de 2003, de Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en Castilla y León. Boletín Oficial del Estado núm. 71, de 24 de marzo de 2003.
57. Ley 27/2003, de 31 julio, de 2003, Reguladora de la Orden de Protección a las Víctimas de delitos de Violencia Doméstica. Boletín Oficial del Estado núm.183, del 1 de agosto de 2003.

58. LORENTE ACOSTA, J. A., LORENTE ACOSTA, M. (1998): *Agresión a la mujer: maltrato, violación y acoso*. Granada, Comares.
59. MUERZA, P., PASTRANA, E., GONZÁLEZ, R., REOYO B., BELZUNEGUI, R. (2005): *La violencia sobre la mujer*. Instituto de Psicoanálisis de Pamplona. Ediciones Eunate.
60. MURILLO, S. (1996): *El mito de la vida privada*. Madrid. Siglo XXI de España Editores.
61. NACIONES UNIDAS (1996): *La Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción*. Nueva York, Naciones Unidas.
62. PÉREZ, B., GONZÁLEZ, C., FRAILE GONZÁLEZ, E., IBÁÑEZ MARTÍNEZ, M. L., MAYA FRADES, V., SANPEDRO PELAYO, E., TORRES CALZADA, M. (2001): *Violencia doméstica y sexual en Castilla y León: Prevención y protección institucional*, Junta de Castilla y León.
63. ROJAS MARCOS, L. (1998): *Las semillas de la violencia*. Madrid, espasa.
64. WALKER, L. (1984): *The battered woman syndrome*. Nueva York: Springer.
65. BAIDES GONZALVO, P., CAÑONES GARZÓN, P. J., GONZÁLEZ GARCÍA, I., OLALLA GARCÍA, T. *Actuación sanitaria ante los malos tratos*. Revista de la SEMG. N° 57 (Octubre 2003). Páginas 535-544. Obtenido el 26 de septiembre de 2006 en: http://www.semg.es/revista/revista_57/pdf/535-544.pdf
66. BEJERANO GUERRA, F.: *Concepto y aspectos generales de la violencia doméstica*. Jornadas contra la violencia de género. Obtenido el 8 de diciembre de 2006 en: <http://www.cfnavarra.es/INAM/pdf/actividades/bejenaro.pdf>
67. BLANCO, P., GARCÍA DE VINUESA, L., MARTÍN-GARCÍA, M., RUIZ-JARABO, C.: *Violencia en la pareja y la salud de las mujeres*. Gac Sanit. 2004. Volumen 18. Suplemento 1. Páginas 182-188. Obtenido el 9 de noviembre de 2006 en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&nrm=iso
68. CAÑO DE LA CRUZ, S., GARCÍA COMAS, C., GOMARIZ MORAGA, N. (2006):
69. *Guía de sensibilización y formación en igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*. Intituto de la Mujer. Madrid. Obtenido el 7 de noviembre de 2006 en: http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/materiales_digital.pdf
70. DÍAZ-AGUADO JALÓN, M. J., MARTÍNEZ ARIAS, R. (2002): *Violencia ejercida contra las mujeres. Estudio sobre las medidas adoptadas, por los estados miembros de la Unión Europea, para luchar contra la violencia hacia las mujeres*. Instituto de la Mujer. Obtenido el 19 de diciembre de 2006 en: <http://www.mtas.es/publica/revista/numeros/42/Docu4.pdf>
71. DIVISIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2005): *Violencia contra la mujer: panorama estadístico, desafíos y lagunas en la recopilación de datos, y metodología y enfoques para superarlos*. Obtenido El 2 de noviembre de 2006 en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat-2005/docs/final-report-vaw-stats-spanish.pdf>
72. DOMENECH, M., IÑIGUEZ, L. (2002): *La construcción social de la violencia*. Athenea Digital, 2. Obtenido el 14 de noviembre de 2006 en: <http://blues.uab.es/athenea/num2/domenech.pdf>
73. *Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de la violencia doméstica en el Sistema de Salud de Aragón*. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Obtenido el 3 de noviembre de 2006 en: http://portal.aragob.es/pls/portal30/docs/FOLDER/CA_SCBS/FD_SCBS_DOCUMENTACION/FD_SCBS_SECTOR_SANITARIO/GUIA.PDF
74. *Informe Violencia de Género 2005*. Observatorio de la salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del S. N. S. MSC. Obtenido el 14 de noviembre de 2005 en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/INFORME_VG_2005_FINAL%2027%20octubre%202006.pdf

75. INSALUD. 2000. *Protocolo de actuación ante el maltrato doméstico*. Área 11. Atención Primaria de Madrid. Instituto Madrileño de la Salud.
76. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002): *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: resumen*. O. M. S. Washington, D.C. Obtenido el 5 de noviembre de 2006 en: <http://www.ops.org.gt/docbas/Informe%20mundial%20sobre%20la%20violencia%20y%20la%20salud.pdf>
77. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2001): *Programa Mujer, Salud y Desarrollo*. 2001. OMS. Obtenido el 12 diciembre de 2006 en: <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/gph10.pdf>
78. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003): *La violencia contra las mujeres: responde el sector salud*. Obtenido el 13 de diciembre de 2006 en: <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/VAW-HealthSectorRespondsSP.pdf>
79. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005): *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*. Obtenido el 16 de diciembre de 2006 en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/index.html
80. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OMS. *Violencia de género: ¿Es el personal de salud parte del problema?* Obtenido el 28 de enero de 2007 en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/medicalwheelsp.pdf>
81. *Memoria formación 2005*. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Obtenido el 13 de diciembre de 2006 en: <http://web.aytosalamanca.es/mujer/descargas/memoria2005.pdf>
82. NACIONES UNIDAS: *Eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas: prioridad de derechos humanos y de salud*. Estado de la población mundial 2000. Capítulo 3. Páginas 25-30. Obtenido el 27 de enero de 2007 en: <http://www.unfpa.org/swp/2000/pdf/espanol/capitulo3.pdf>
83. *Plan Municipal de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres*. Ayuntamiento de Salamanca (2001). Concejalía de Servicios Sociales. Obtenido el 20 de mayo de 2007 en: <http://web.aytosalamanca.es/mujer/descargas/planmunicipal.pdf>
84. *Protocolo sanitario ante malos tratos domésticos*. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Obtenido el 09 de noviembre de 2006 en: http://www.osanet.euskadi.net/r85-2906/es/contenidos/informacion/malos_tratos/es_4047/adjuntos/malostratos_c.pdf
85. *Violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos*. Servicio Cántabro de Salud (2005). Obtenido el 9 de diciembre de 2007 en: <http://www.saludcantabria.org/saludPublica/pdf/mujeres/ProtocoloViolencia.pdf>
86. *I Plan de Acción contra la violencia doméstica 1998-2000*. Obtenido el 19 de noviembre de 2006 en: <http://www.malostratos.org/images/pdf/PLAN%20DE%20ACCION%20CONTRA%20LA%20VIOLENCIA%20DOMESTICA%201998.pdf>
87. *II Plan Integral de acción contra la violencia doméstica. 2001*. Obtenido el 19 de noviembre de 2006 en: <http://www.malostratos.org/images/pdf/II%20PLAN%20INTEGRAL%20CONTRA%20LA%20VIOLENCIA%20DOMESTICA.pdf>
88. *III Plan Integral contra la violencia de género 2006-2009*. Obtenido el 16 de diciembre de 2006 en: http://www.larioja.org/web/centrales/servicios_sociales/publicaciones/pdf/violencia.pdf

Anexos

ANEXO I. DISTINTAS FORMAS DE MALTRATO PSICOLÓGICO (7).

ABUSO ECONÓMICO

- ♣ Hacer preguntas constantes sobre el dinero.
- ♣ Controlar el dinero del otro.
- ♣ Coger el sueldo del otro.
- ♣ No permitir el acceso al dinero familiar.
- ♣ Impedir que consiga o conserve un trabajo.

AISLAMIENTO

- ♣ Controlar lo que hace el otro.
- ♣ Limitar los compromisos del otro fuera de casa o de la relación de pareja.
- ♣ Usar los celos para justificar las acciones.

INTIMIDACIÓN

- ♣ Infundir miedo a través de miradas, acciones o gestos.
- ♣ Romper cosas.
- ♣ Destruir la propiedad del otro.
- ♣ Mostrar armas.

NEGACIÓN, MINIMIZACIÓN Y CULPABILIZACIÓN

- ♣ Afirmar que el abuso no está ocurriendo.
- ♣ Reconocer el abuso y no preocuparse por la seriedad del mismo.
- ♣ Responsabilizar al otro por lo ocurrido.

USO DE AMENAZAS

- ♣ Hacer amenazas de infligir lesiones o daño físico.
- ♣ Amenazar con la realización de un acto suicida.
- ♣ Amenazar con abandonar o tener una aventura con otra persona.
- ♣ Amenazar con echar al otro de casa.

USO DE LOS NIÑOS

- ♣ Amenazar con quitar la custodia de los hijos en caso de que la víctima denuncie.
- ♣ Amenazar con maltratar a los hijos en caso de denuncia por parte de la víctima.
- ♣ Utilizar a los hijos para enviar mensajes.
- ♣ Usar a las visitas (en caso de divorcio o separación) para acosar u hostigar al otro.
- ♣ Tratar de llevarse a los hijos cuando no está pactado.

ANEXO II. ALGUNOS MITOS Y ESTEREOTIPOS MÁS FRECUENTES (14).

La violencia contra la mujer

- Los abusos sexuales ocurren generalmente en los descampados.
- Los abusos sexuales son realizados generalmente por desconocidos.
- Es una cuestión privada.
- Se trata de gente enferma.
- Es culpa del alcoholismo.
- Se deben a crisis económicas.
- Es gente primitiva e inculta.
- Sucede principalmente en las clases sociales bajas.
- Es gente sin principios ni moral.
- Es porque no están casados.
- Es un tema de moda.
- Es natural e instintiva.
- No puede ser evitada.
- Disminuye en el embarazo.
- Se exagera la realidad.
- Se da en las típicas familias o parejas problemáticas.
- Son casos raros y aislados.
- Son gente extraña.
- Con el tiempo son problemas que se solucionan.
- Son pérdidas puntuales de control.
- Si denuncian todo se acaba.
- Solo el maltrato físico es peligroso.
- Donde hay amor, hay sufrimiento.

Hombres violentos

- Son alcohólicos.
- Son violentos porque están en paro.
- Son epilépticos.
- Son psicópatas.
- Son impulsivos.
- Son descontrolados.
- Son sádicos.
- Son locos o enfermos.
- Son hombres de verdad.
- Todos los hombres son así.
- No son del todo responsables.

Los niños y niñas adolescentes, víctimas de la violencia

- Mienten.
- Fantasean.
- Fabulan.
- No se dan cuenta.
- No entienden.
- No sufren.
- Se portan mal.
- Su conducta es seductora.
- Tienen precocidad sexual.

Las mujeres en situación de maltrato

- Provocan la violencia.
- Buscan la violencia.
- Son masoquistas.
- Son de mediana edad.
- Son jóvenes.
- Les pasa por aguantar la primera vez.
- Dicen “no” cuando quieren decir “sí”.
- Si tienen hijos e hijas, es mejor que aguanten.
- Son pasivas.
- Son malas y se lo merecen.
- Son débiles y tontas.
- Son enfermas.
- Son ignorantes.
- Son histéricas.
- Son vagas que se hacen mantener.
- Tienen dependencia económica.
- No se puede abusar sexualmente de una mujer que no lo sea.

ANEXO III. FACTORES DE RIESGO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA (12).

Factores sociales:

En el caso de las víctimas cabe destacar los siguientes:

- Carencia de apoyo social.
- Escaso apoyo institucional.

En el caso de los agresores cabe destacar los siguientes:

- Existencia de instituciones (educativas, laborales, judiciales, etc.) que reproducen un modelo de relación de poder vertical, autoritario y sexista.
- Existencia de instituciones y de un ambiente social que reduce la importancia o justifica el comportamiento violento en general, y la violencia de pareja en particular, considerando ésta última como un “asunto familiar” en el que no hay que inmiscuirse.

Factores familiares:

- Estructura vertical y rígida.
- Fuerte adhesión a los estereotipos de género.
- Reparto de las responsabilidades familiares acorde con los roles de género.
- Escaso grado de autonomía de los miembros de la familia.

Factores individuales:

Cualquier mujer, por el mero hecho de serlo, puede ser maltratada por su pareja o ex pareja. No hay factores de riesgo característicos de las víctimas, aunque la dependencia económica y una visión excesivamente romántica de las relaciones amorosas puede contribuir, si no al origen, sí al mantenimiento de la violencia de pareja¹.

En el caso de los agresores cabe destacar los siguientes factores individuales:

- Interiorización de un modelo de masculinidad rígido y estereotipado.
- Socialización en el valor de la disciplina.
- Presencia de notas psicológicas relacionadas con la socialización sexista recibida: misoginia, inseguridad, impulsividad, hipercontrol, etc.
- “Dieta dura” de visión de violencia real o filmada.
- Abuso de sustancias tóxicas.

Suele decirse que el consumo de alcohol y drogas correlaciona positivamente con la violencia en sus diversas formas. Lo bien cierto es que, a excepción de contados países, no se dispone de datos absolutamente fiables a este respecto.*

¹ En el caso de las víctimas, la creencia de que “el amor lo puede todo” quizá les lleve a considerar que son capaces de allanar cualquier obstáculo que surja en la relación e, incluso, lograr que el agresor cambie. Los agresores, por su parte, suelen valerse de esta “visión romántica” para justificar los celos, el afán de posesión y las conductas de control que ejercen sobre sus parejas. De hecho, esta visión romántica les permite a los agresores trasladar la responsabilidad del maltrato a sus parejas, cuando no se someten a sus requerimientos.

ANEXO IV. POSICIONAMIENTO DEL CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (3).

La violencia de género es un reflejo de la discriminación y violencia por razón de sexo que se ejercen principalmente contra las mujeres. Y se podría definir como todo acto de agresión, física o psíquica, basado en la superioridad de un sexo sobre otro.

El Consejo General de Enfermería (CGE) suscribe, en el artículo 4 del Código Deontológico de la Enfermería Española, la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU (Organización de Naciones Unidas), la Declaración del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) sobre “Salud de la Mujer” y, por tanto, **se opone activamente** a las actitudes que conlleven violencia de género, comprometiéndose para eliminar esta lacra social. Asimismo, estima que las enfermeras/os pueden contribuir de manera positiva y eficaz a los esfuerzos nacionales e internacionales para su eliminación.

Por todo ello la enfermería **condena** decididamente todo tipo de violencia de género cometido contra cualquier persona.

La enfermería promueve la igualdad de géneros y la capacitación de la mujer en la vida pública y en la privada; y es favorable a las reformas sociales fundamentales para resolver las desigualdades de poder, condición y funciones sociales.

Antecedentes.

La violencia de género es reconocida por la ONU como el crimen encubierto más frecuente del mundo: *es una grave violación de los derechos humanos (Convención de Belém do Pará)*. Es un hecho que trasciende los distintos sectores de la sociedad, que básicamente se produce como consecuencia de las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres.

Los Servicios de Salud juegan un papel importante en el afrontamiento de la violencia de género, como lo proponen numerosas instituciones y organizaciones internacionales (ONU, OMS, Comisión Europea, etc.). Y dentro de éstos especialmente las enfermeras constituyen un grupo fundamental, no solo en la atención, sino en la prevención, detección precoz e identificación de la violencia de género.

La atención de enfermería debe, por tanto, estar enfocada en tres direcciones: hacia la prevención de la violencia, la atención de las víctimas de la violencia y la educación, rehabilitación y reinserción de los potenciales agresores.

La enfermería ante la prevención de la violencia de género.

Dada la gran concienciación social que existe en España sobre la gravedad del tema de la violencia de género parece que sería oportuno empezar a trabajar seriamente en el desarrollo de acciones destinadas explícitamente a prevenir la violencia masculina y a reeducar a los varones que la ejercen trabajando principalmente en dos campos: el educativo y el sanitario, sobre todo en el ámbito de la prevención, detección y rehabilitación de este problema.

Las enfermeras deben integrarse en equipos multidisciplinares que desarrollen programas de tratamiento psicosocial para varones que podrían ejercer o ejercen violencia partiendo de la idea que deben existir diferentes y escalonados abordajes dirigidos a subgrupos específicos (edad, situación social, etc.):

- Estableciendo redes de contacto con otras disciplinas profesionales, entidades gubernamentales y no gubernamentales nacionales e internacionales.
- Colaborando con las capacidades, las habilidades, los recursos y las estructuras organizativas profesionales existentes.
- Fomentando la participación de las enfermeras en los debates, la política general y la legislación relacionados con los problemas de violencia de género.
- Asociándose con medios de comunicación independientes y objetivos.

La enfermería debe instar a que se elaboren y apliquen procedimientos, medidas y legislación pertinente, además de desarrollar protocolos profesionales adecuados para la detección precoz de los malos tratos. A largo plazo, deben ayudar en los programas contra la violencia de género y a satisfacer las necesidades psíquicas, sociales, económicas y jurídicas.

La enfermería ante la atención de las víctimas.

Las enfermeras son miembros clave de los equipos multidisciplinares que prestan cuidado a las víctimas de la violencia de género. Atienden a quienes sufren la violencia de género. Para que esta asistencia sea eficaz, se deben cuidar los siguientes aspectos importantes:

- a. La atención necesaria de las lesiones físicas y psíquicas sufridas por la víctima.
- b. Posibilitar la recogida de indicios y pruebas que después sirvan pericialmente para probar los hechos, contribuyendo al acopio de datos fiables sobre la violencia de género.
- c. Formar sistemáticamente al personal de enfermería para que sea eficaz en este tipo de situaciones, incorporando la conciencia de realizar este tipo de formación en los programas educativos de los niveles de pregrado e impartiendo formación continua para conseguir una base sólida de conocimientos, el desarrollo de las capacidades y un marco ético para la práctica profesional.

Para esto, no basta un entrenamiento puntual, sino que debe ser necesario un proceso de formación / sensibilización continuos sin el cual la interiorización de nuevas disposiciones es imposible de lograr.

Finalmente, la enfermería deberá promover y participar en la investigación, recogiendo datos y compilando estadísticas, fomentando las investigaciones sobre las causas y publicando las conclusiones de los estudios científicos.

En virtud de todo ello:

- a) El CGE apoya la protección más absoluta de los derechos de la mujer rechazando cualquier forma de violencia de género.
- b) El CGE promueve la igualdad de los géneros y se declara impulsor de cuantas medidas estén dirigidas a resolver desigualdades de poder, condición y funciones sociales.
- c) El CGE considera que los profesionales de enfermería, en tanto que mayoritariamente mujeres, se encuentran especialmente capacitadas para dispensar atención de salud a las víctimas de la violencia de género así como para fortalecer su capacidad de mejora de sus condiciones de vida.
- d) El CGE expresa su convicción y su compromiso relativo a la necesidad de facilitar una formación específica en el ámbito de la violencia de género capaz de generar conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para afrontar este grave problema social.
- e) El CGE condena cualquier acto de violencia o abuso cometido contra cualquier persona y manifiesta su firme compromiso de concienciar a los ciudadanos y al conjunto de los profesionales sobre la necesidad de erradicar una lacra social como la que constituye esa creciente agresión contra la dignidad, la salud y la integridad de la mujer.

ANEXO V. OBJETIVOS DEL MÓDULO DE ABORDAJE DE VIOLENCIA MASCULINA INCLUIDO EN: “LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA HACIA LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES” (14).

La formación en relación a las intervenciones con los varones que ejercen la violencia debería dar un amplio panorama sobre la identificación, comprensión y abordaje de la violencia masculina, teniendo como objetivos al menos los siguientes:

- Promover el conocimiento de la compleja causalidad de la violencia y de obstáculos sociales que se oponen a dicho conocimiento.
- Promover la identificación de las múltiples formas de violencia masculina y la visualización de aquellas invisibilizadas o normalizadas, así como sus efectos.
- Contribuir a la ruptura de la moderna mitología social sobre el hombre violento (Eurobarómetro 1999 y CIS 2001 sobre violencia doméstica), que minimiza el problema, confunde efectos, coadyuvantes y agravantes con causas, y legitima las justificaciones y excusas para la violencia masculina.
- Jerarquizar la importancia de considerar la violencia como estrategia de control y dominación, y no como comportamiento derivado de descontroles agresivos o causas externas variadas que actúan como justificaciones.
- Comprender la relación entre ejercicio de la violencia y la masculinidad tradicional.
- Detectar los diferentes tipos de varones que ejercen la violencia y sus eventuales riesgos diferenciales para la salud y la vida ajena y propia.
- Ser eficaz en las intervenciones iniciales en las consultas con varones, entrenándose en cómo preguntar y confrontar con ellos para evaluar su tipo y grado de violencia, o cómo aprovechar enriquecedoramente para ese propósito las consultas con sus familiares.
- Aprovechar los momentos de crisis o transiciones vitales en los varones que ejercen violencia, momentos en que es más fácil conseguir cambios vitales.
- Tener un amplio conocimiento de los diferentes programas de intervención psicosocial específica existentes para varones, para correctas derivaciones, en los casos de mayor gravedad.
- Favorecer que los profesionales varones se impliquen y conozcan los programas contra la violencia que alientan a los varones a combatirla (por ejemplo, la Campaña del Lazo Blanco).
- Y finalmente generar interés de desarrollar estrategias preventivas y de promoción de la salud, para fomentar el desarrollo de comportamientos cooperativos, cuidadosos, corresponsables y presenciales de los varones, en todas las actuaciones sanitarias, y a través de programas específicos en las actuaciones perinatales, pediátricas, de salud sexual y reproductiva, y en la de cuidados de personas.

ANEXO VI. LISTADO DE MICROMACHISMOS (14).

a. Micromachismos utilitarios.

1. No responsabilización sobre lo doméstico.
 - 1.1. No implicación.
 - 1.2. Seudoimplicación.
 - 1.3. Implicación ventajosa.
2. Aprovechamiento y abuso de las capacidades “femeninas” de servicio.
 - 2.1. Naturalización y aprovechamiento del rol de cuidadora.
 - 2.1.1. Delegación del trabajo del cuidado de vínculos y personas.
 - 2.1.2. Requerimientos abusivos solapados.
 - 2.1.3. Negación de la reciprocidad.
 - 2.2. Naturalización y aprovechamiento de la “ayuda” al marido.
 - 2.3. Amiguismo paternal.

b. Micromachismos encubiertos.

1. Creación de falta de intimidad.
 - 1.1. Silencio.
 - 1.2. Aislamiento y malhumor manipulativo.
 - 1.3. Puesta de límites.
 - 1.4. Avaricia de reconocimiento y disponibilidad.
 - 1.5. Inclusión invasiva de terceros.
2. Seudointimidad y seudocomunicación.
 - 2.1. Comunicación defensiva-ofensiva.
 - 2.2. Engaños y mentiras.
 - 2.3. Seudonegociación.
3. Desautorización.
 - 3.1. Descalificación-desvalorización.
 - 3.2. Negación de lo positivo.
 - 3.3. Colisión con terceros.
 - 3.4. Microterrorismo misógino.
4. Paternalismo.
5. Manipulación emocional.
 - 5.1. Dobles mensajes afectivo/agresivos.
 - 5.2. Enfurruñamiento.
 - 5.3. Abuso de confianza.
6. Inocentizaciones.
 - 6.1. Inocentización culpabilizadora.
 - 6.2. Autoindulgencia y autojustificación.
 - 6.2.1. Hacerse el tonto (y el bueno).
 - 6.2.2. Impericia y olvidos selectivos.
 - 6.2.3. Comparación ventajosa.
 - 6.2.4. Minusvaloración de los propios errores.
 - 6.2.5. Echar balones fuera.

c. Micromachismos coercitivos.

1. Coacciones a la comunicación.
2. Control del dinero.
3. Uso expansivo-abusivo del espacio y del tiempo para sí.

4. Insistencia abusiva.
5. Apelación a la “superioridad” de lógica varonil.
6. Toma o abandono repentina del mando.

d. Micromachismos de crisis.

1. Hipercontrol.
2. Seudoapoyo.
3. Resistencia pasiva y distanciamiento.
4. Rehuir la crítica y la negociación.
5. Prometer y hacer méritos.
6. Victimismo.
7. Darse tiempo.
8. Dar lástima.

ANEXO VII. BARRERAS PARA LA INFRADETECCIÓN DE MALOS TRATOS (35).

La infradetección de casos de violencia de género desde Atención Primaria se debe principalmente a dos circunstancias: las barreras para la comunicación del caso y la dificultad del diagnóstico. Los obstáculos para la detección de casos de malos tratos a la mujer pueden partir del entorno de los profesionales sanitarios o de la propia mujer.

Causas derivadas de los profesionales sanitarios:

- No considerar la violencia como problema de salud en la práctica habitual.
- Estar inmersos en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad.
- Experiencias personales respecto a la violencia.
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente.
- Intento de racionalización de la conducta del agresor.
- Doble victimización de la mujer (la mujer maltratada culpada de su situación de maltrato).
- Falta de formación del profesional en este tema. Desconocimiento de estrategias para el manejo de estas situaciones.
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales).
- Frecuentes actitudes paternalistas.
- Negación de la relevancia del problema.
- Miedo a ofenderla, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad.
- Impotencia ante la dificultad de resolver el problema.
- Desconocimiento de los recursos sociales disponibles.
- Existencia de mitos, prejuicios y estereotipos acerca del hombre violento y la mujer maltratada, como son:
 - ☞ Que la violencia ocurre en familias con bajos ingresos, bajo nivel cultural o con problemática social.
 - ☞ Que son incidentes derivados de una situación momentánea como estrés en el trabajo, desempleo, adicción a drogas o alcohol...
 - ☞ Que la violencia dentro de casa es un asunto de la familia y no debe salir ni difundirse fuera de ella.
 - ☞ Que la violencia la sufre un prototipo de mujer (pasiva, de 20 a 35 años de edad, sin trabajo remunerado, con hijos y que convive con un alcohólico o parado).
 - ☞ Que a las mujeres no les importa el maltrato, si no se marcharían.
 - ☞ Que si tienen hijos es mejor que aguanten.
 - ☞ Que cuando la mujer dice NO quiere decir SI.

Causas relacionadas con la consulta:

- Sobrecarga asistencial y falta de tiempo.
- Falta de privacidad en las consultas y servicios de urgencias, lo cual no favorece un clima adecuado para la entrevista con las usuarias.
- Dificultad en la comunicación (caso de mujeres inmigrantes, por ejemplo).
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica.

Causas relacionadas con el ámbito sanitario:

- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos.
- Ausencia de trabajo en equipo.
- Deficiente formación en violencia.

Causas relacionadas con la mujer:

- Miedos (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete su confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos...).
- Baja autoestima, culpabilización.
- Padecer alguna discapacidad, ser inmigrante, vivir en el mundo rural o en situación de exclusión social.
- Dependencia económica. Estar fuera del mercado laboral.
- Vergüenza y humillación.
- Deseo de proteger a la pareja.
- Resistencia a reconocer lo que está pasando.
- Desconfianza en el sistema sanitario.
- Minimización de la situación (a veces no son conscientes de su situación y les cuesta identificar el peligro y su deterioro).
- Aislamiento y falta de apoyo social y familiar.
- Valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también).
- Estar acostumbradas a ocultarlo.
- El trauma físico y psíquico las mantiene inmobilizadas, desconcertadas, alienadas

ANEXO VIII. INDICADORES DE SOSPECHA EN LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER (29).

1. Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia.
2. Antecedentes personales y de hábitos de vida.
 - Lesiones frecuentes.
 - Abuso de alcohol u otras drogas.
 - Abuso de medicamentos, sobre todo psicofármacos.
3. Problemas gineco-obstétricos.
 - Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados).
 - Presencia de lesiones genitales, abdomen o mamas durante los embarazos.
 - Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea.
 - Historia de abortos repetidos.
 - Hijos con bajo peso al nacer.
 - Retraso en la solicitud de atención prenatal.
4. Síntomas psicológicos frecuentes.
 - Insomnio, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, intentos de suicidio, baja autoestima, agotamiento psíquico, irritabilidad, trastornos de la conducta alimentaria, labilidad emocional.
5. Síntomas físicos frecuentes.
 - Cefaléa, cervicalgia, dolor crónico en general, mareo, molestias gastrointestinales, molestias pélvicas, dificultades respiratorias...
6. Utilización de servicios sanitarios.
 - Existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias).
 - Incumplimientos de citas o tratamientos.
 - Uso repetitivo de los servicios de urgencias.
 - Frecuentes hospitalizaciones.
 - Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía.
7. Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer.
 - Situaciones de cambio vital: embarazo y puerperio, noviazgo, separación y jubilación propia o de la pareja.
 - Situaciones que aumentan la dependencia: aislamiento (familiar o social), migración (interna, nacional o extranjera), enfermedad discapacitante, dependencia física o económica, dificultades laborales y desempleo, dificultades de formación y de ascenso en el trabajo, ausencia de habilidades sociales.
 - Situaciones de exclusión social (reclusas, prostitución, indigencia).
8. Información de familiares, amistades, o de otros y otras profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos.

ANEXO IX. INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA (29).

1. Características de las lesiones y problemas de salud:

- Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas.
- Incongruencia con el tipo de lesión y la explicación de la causa.
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos.
- Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo).
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.
- Lesiones en genitales.
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.
- Lesión típica: rotura de tímpano.

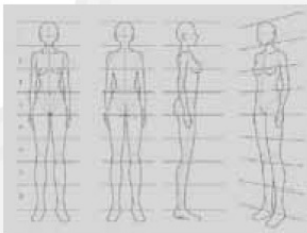
2. Actitud de la mujer:

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta...
- Rasgos depresivos: tristeza, desmotivación, desilusión, sin esperanza...
- Baja autoestima.
- Sentimientos de culpa.
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad.
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara...
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones.
- Falta de cuidado personal.
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas.
- Si está presente su pareja:
 - Temerosa en sus respuestas.
 - Busca constantemente su aprobación.

3. Actitud de la pareja:

- Solicita estar presente en toda la visita.
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos.
- Excesivamente preocupado o solícito con ella.
- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional.

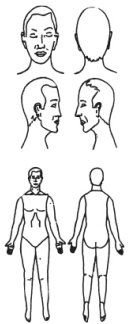
ANEXO X. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA ANTE MALOS TRATOS (35).

<p>PROTOCOLO</p> <p>FECHA</p> <p>DATOS DE FILIACIÓN</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA</p> <p>.....</p> <p>VALORACIÓN DE LA VÍCTIMA</p> <p>1.- ASPECTO GENERAL</p> <p>VESTIDO Correcto <input type="checkbox"/> Sucio <input type="checkbox"/> Roto <input type="checkbox"/> Adecuado a la climatología <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>HIGIENE Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuada <input type="checkbox"/> Refiere haberse lavado antes de acudir al centro <input type="checkbox"/></p> <p>PRESENCIA DE LESIONES (Reflejarlas en la figura de abajo)</p> <p>1. Erosiones 2. Inflamaciones 3. Hematomas 4. Quemadura 5. Deformidad ósea 6. Heridas 7. Cicatrices 8. Pérdidas sanguíneas 9. Características de las lesiones</p> <p>.....</p> <p>.....</p>  <p>HÁBITOS Consumo: Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/></p> <p>Fármacos: Laxantes <input type="checkbox"/> Analgésicos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psicofármacos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>2.- ALIMENTACIÓN</p> <p>Apetito: Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Restricciones: Tipo / Motivo</p> <p>Otros <input type="checkbox"/></p> <p>Peso: Aumentado <input type="checkbox"/> ¿Cuánto?</p> <p>¿Desde cuándo?</p> <p>Pérdida <input type="checkbox"/> ¿Cuánto?</p> <p>¿Desde cuándo?</p> <p>Normal <input type="checkbox"/></p> <p>3.- ELIMINACIÓN</p> <p>Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Alteraciones de la micción <input type="checkbox"/> Sudoración <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p>	<p>4.- ACTIVIDAD / EJERCICIO</p> <p>RESPIRACIÓN Hiperventilación <input type="checkbox"/> Taquipnea <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>FUNCIÓN MOTORA Completa <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>5.- SUEÑO</p> <p>Insomnio <input type="checkbox"/> Hipersomnia <input type="checkbox"/> Pesadillas <input type="checkbox"/> Percepción de no descanso <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>6.- COGNITIVO PERCEPTUAL</p> <p>USO DE PRÓTESIS Sí <input type="checkbox"/> Cuáles</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>NIVEL DE CONCIENCIA Y ACTITUD Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Somnoliento <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Hipervigilante <input type="checkbox"/> Cambios en la concentración <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/></p> <p>ALTERACIONES PERCEPTIVAS Auditivas <input type="checkbox"/> Visuales <input type="checkbox"/> Olfativas <input type="checkbox"/> Táctiles <input type="checkbox"/> Gustativas <input type="checkbox"/></p> <p>ORIENTACIÓN Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>ALTERACIÓN DEL LENGUAJE Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál?</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>7.- SENTIMIENTOS</p> <p>Inferioridad <input type="checkbox"/> Culpabilidad <input type="checkbox"/> Inutilidad <input type="checkbox"/> Impotencia <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Miedo <input type="checkbox"/> Rabia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Ideación Suicida: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>8.- ROL / RELACIONES</p> <p>Composición del grupo familiar</p> <p>Edad</p> <p>Grado de dependencia</p> <p>Pareja</p> <p>Hijos</p> <p>Otros</p> <p>Actividad laboral</p> <p>9.- SEXUALIDAD</p> <p>ANTICONCEPCIÓN Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál?</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>ALTERACIONES MESTRUALES Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>EMBARAZOS Sí <input type="checkbox"/> Número</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>ABORTOS Sí <input type="checkbox"/> Número</p> <p>NO <input type="checkbox"/></p> <p>10.- ADAPTACIÓN</p> <p>Tensión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Miedo <input type="checkbox"/> Descontrol emocional <input type="checkbox"/> Observaciones</p> <p>11.- VALORACIONES / CREENCIAS</p> <p>.....</p> <p>12.- OTRAS OBSERVACIONES</p> <p>.....</p> <p>VALORACIÓN DEL ACOMPAÑANTE</p> <p>VIENE ACOMPAÑADA Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Por quién? Pareja <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Otros ¿Quién?</p> <p>ASPECTO GENERAL DEL ACOMPAÑANTE Vestido: Correcto <input type="checkbox"/> Sucio <input type="checkbox"/> Roto <input type="checkbox"/> Adecuado a la climatología <input type="checkbox"/> Higiene: Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuada <input type="checkbox"/></p> <p>ESTADO COGNITIVO / CONDUCTUAL Nervioso <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Asustado <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Indiferencia <input type="checkbox"/> Desinterés <input type="checkbox"/> Sospecha de ingestión de sustancias / alcohol <input type="checkbox"/></p> <p>CONDUCTA CON LA VÍCTIMA Sobreprotector <input type="checkbox"/> Cariñoso <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/></p> <p>CONDUCTA CON LOS PROFESIONALES Agresivo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/></p> <p>OBSERVACIONES</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><i>Fuente: Consejo General de Enfermería. Arredondo A., Cifuentes M, Diaz Sese E., Gutierrez-Salegui. A. Salegui Cambranero A. (2004)</i></p>
--	---	---

ANEXO XI. INFORME MÉDICO POR MALOS TRATOS (35).

<p>D/D.ª Médico, colegiado/a en con el n.º con ejercicio profesional en (centro y lugar de trabajo)</p> <p>PARTICIPA A V.I.: que en el día de hoy, a las horas, he atendido en (Consultorio, Centro de Salud, Hospital, denominación del centro y lugar de trabajo, localidad, calle)</p> <p>a D. de años; con domicilio en (calle y número); Código Postal y Localidad; Provincia; Teléfono y le REMITE el informe médico por presuntos malos tratos, que se acompaña.</p> <p style="text-align: center;">Fecha y firma:</p> <p>ILMO/A. SR/A. JUEZ DE</p>	<p style="text-align: center;">INFORME MÉDICO POR MALOS TRATOS (*)</p> <p>1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y apellidos: • Sexo: Mujer Hombre • Fecha de nacimiento: / / • Estado civil: • Dirección: • Teléfono de contacto: <p>2. EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA: (Reflejar fecha, hora y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie).</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>3. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS: (En relación con las lesiones).</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--

(*) Corresponde a los Servicios de Salud facilitar impresos de este informe médico a los centros y servicios públicos, y a las Administraciones Sanitarias difundirlos para su utilización en los centros privados. Se recomienda editar estos modelos en hojas autocopiativas por triplicado: ejemplar (para el Juzgado, para la historia clínica y para la interesada/o).

<p>4. EXPLORACIÓN FÍSICA: (Descripción de las lesiones, sin olvidar data aproximada)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">  </p> <p>.....</p> <p>5. ESTADO EMOCIONAL ACTUAL:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>6. EXPLORACIÓN FÍSICA: (Si las hubiera)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>7. DIAGNÓSTICO:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>8. TRATAMIENTO:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">Fecha y firma:</p>
---	---

ANEXO XII. VALORACIONES DE MUJERES EN SITUACIÓN DE MALOS TRATOS (29).

VALORACIÓN BIOPSIKOSOCIAL.

- Lesiones y síntomas físicos.
- Situación familiar.
- Situación económica, laboral y ocupacional.
- Red de apoyo social de la mujer.

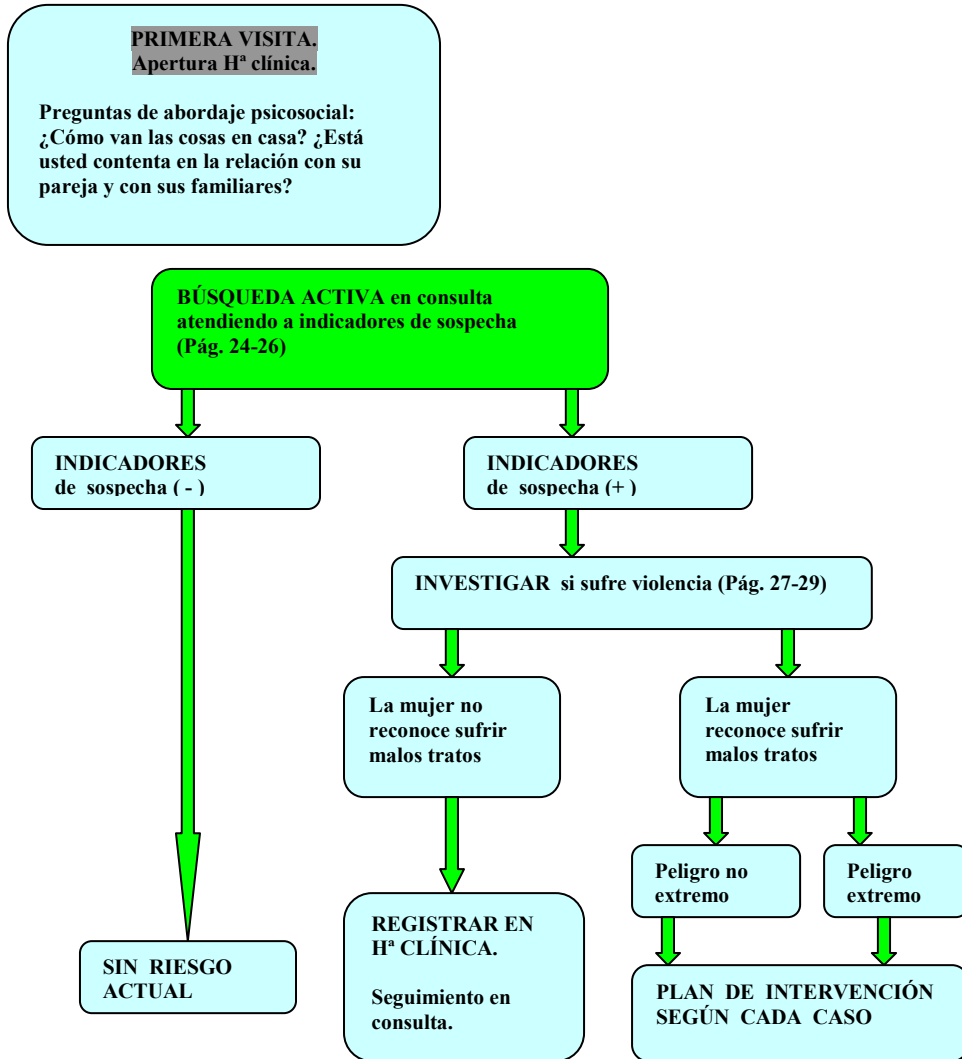
VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA

- Tipo de violencia, desde cuando la sufre, frecuencia e intensidad de la misma.
- Comportamiento de la persona agresora a nivel familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares.
- Mecanismo de adaptación desarrollado por la mujer.
- Fase del proceso de violencia en la que se encuentra.

VALORACIÓN DE LA SEGURIDAD Y EVALUACIÓN DEL RIESGO.

- Determinar si la mujer se encuentra o no en peligro extremo, entendiendo por éste la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos o hijas. Indicadores de peligro extremo. Esta valoración se hará conjuntamente con la mujer:
 - Amenazas con armas o uso de las mismas.
 - Amenazas o intentos de homicidio a ellas y a sus hijos o hijas.
 - Amenazas o intentos de suicidio de la paciente.
 - Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia.
 - Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización.
 - Amenazas o acoso a pesar de estar separados.
 - Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia.
 - Agresiones durante el embarazo.
 - Abusos sexuales repetidos.
 - Comportamiento violeto fuera del hogar.
 - Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
 - Aislamiento creciente.
 - Consumo de alcohol o drogas por parte del cónyuge.
 - Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.
- Considerar la percepción de peligro por parte de la mujer, tanto para ella como para otros miembros del entorno familiar. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida directamente como peligro extremo.
- Criterio profesional tras la valoración conjunta (fundamentada en la entrevista y la valoración biopsicosocial realizada).
- Si se detecta una situación de peligro preguntar:
 - ¿Se siente segura en casa? ¿Puede ir a casa ahora?
 - ¿Están sus hijos seguros? ¿Dónde está ahora el agresor?
- ¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿Le ayudarían?

ANEXO XIII. ALGORITMO DE ACTUACIÓN DEL PROTOCOLO COMÚN PARA SANITARIOS ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (29).



ANEXO XIV. PREGUNTAS QUE FACILITAN AL PROFESIONAL LA VALORACIÓN DE SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO (32).

VIOLENCIA VERBAL:

- ¿Le grita a menudo? ¿Le habla de manera autoritaria?
- ¿La insulta? ¿La amenaza? ¿La chantajea? ¿La ridiculiza? ¿La menosprecia?

VIOLENCIA SOCIAL:

- ¿Le dificulta o impide estudiar o trabajar fuera de casa?
- ¿Es celoso y posesivo?
- ¿Le acusa de ser infiel sin motivo?
- ¿Le desanima a tener relaciones con sus amistades anteriores?
- ¿Trata mal a sus familiares o amigas?
- ¿Se hace la víctima en público o la ridiculiza?
- ¿Le dificulta relacionarse con su familia de origen?
- ¿La obliga a vivir en un lugar aislado?

VIOLENCIA SEXUAL:

- ¿Le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
- ¿Le fuerza a llevar a cabo algunas prácticas sexuales que usted no desea?

VIOLENCIA EMOCIONAL:

- ¿Le llama loca, estúpida, puta, inútil o cualquier otro insulto?
- ¿La interrumpe el sueño o la comida?
- ¿La elogia y humilla alternativamente?
- ¿La obliga a hacer cosas?
- ¿La trata como a una niña pequeña?
- ¿Ignora su presencia?
- ¿La amenaza con suicidarse él o la induce al suicidio?
- ¿La deja plantada?
- ¿La culpa de todo lo que sucede?
- ¿La desautoriza frente a los hijos e hijas?
- ¿Desconecta el teléfono cuando se va?
- ¿Abre sus cartas o revisa sus cajones o pertenencias?
- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a sus hijos o hijas o a los animales domésticos?

VIOLENCIA ECONÓMICA:

- ¿Le deja dinero a su disposición?
- ¿La obliga a depositar su sueldo en una cuenta a nombre de él?
- ¿La ha obligado a dejar de trabajar o a cambiar de trabajo?
- ¿Controla sus gastos o la obliga a rendir cuentas?

VIOLENCIA AMBIENTAL:

- ¿Rompe cosas o tira objetos o golpea las puertas?
- ¿Desordena o ensucia a propósito, desparrama la basura?

- ¿Invade la casa con elementos desagradables o que la atemorizan (material pornográfico, armas de fuego)?

VIOLENCIA FÍSICA:

- ¿Su pareja la golpea, le da bofetadas o cualquier otra agresión?
- ¿Qué hace cuando se pelean?
- ¿Le ha echado alguna vez de la casa?
- ¿Qué tipo de violencia física ejerce contra usted?
- ¿Su pareja le empuja o agarra?
-

ACTITUD DE SU PAREJA:

- ¿Le acompaña durante las consultas?
- ¿Insiste en asistir a las consultas?
- ¿Le impide consultar un médico?
- ¿Tiene que ocultarle que consulta a un médico?
- ¿Es muy celoso y posesivo?

APOYOS FAMILIARES Y SOCIALES:

- ¿Su familia o sus amigas conocen la situación?
- ¿Se lo podría contar?
- ¿Le ayudarían?
- Si conocen la situación: ¿Qué le dicen al respecto?
- ¿Hay alguien de confianza en su entorno con quien usted pueda desahogarse o en cuya casa pueda refugiarse, si fuera necesario?

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?

AYUDA PROFESIONAL RECIBIDA:

- ¿Se ha puesto en contacto con una trabajadora social, profesional sanitario, alguna asociación, asesoría jurídica, la policía?
- ¿Alguien le ha aconsejado ponerse en contacto con ellos?

ANEXO XV. PLANES DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO (29).

1. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE PRESENTA INDICADORES DE SOSPECHA PERO NO RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS.

- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada.
- Informar a la mujer de la situación en que se encuentra.
- Trabajo en la consulta - seguimiento:
 - Atención integral/interdisciplinar.
 - Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
 - Ofertar visitas de seguimiento: acompañar a la mujer en el reconocimiento de la situación de violencia y en la toma de decisiones, de manera empática.
 - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro o en otros recursos de la zona).

2. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS PERO NO SE ENCUENTRA EN PELIGRO EXTREMO.

- Registrar en la historia clínica la sospecha y la actuación realizada.
- Informar a la mujer de la situación en que se encuentra.
- Trabajo en la consulta - seguimiento:
 - Atención integral/interdisciplinar.
 - Atención de los problemas físicos/psíquicos/sociales encontrados.
 - Plantear la elaboración de una estrategia de seguridad ante una posible situación extrema.
 - Establecer un plan de consultas de seguimiento para:
 - Plantear y favorecer la toma de decisiones para iniciar cambios en la situación.
 - Acompañar a la mujer en el afrontamiento de su situación.
 - Prevenir nuevas situaciones de violencia.
 - Ofertar, si es posible, la participación en intervenciones grupales (grupos de mujeres en el centro ú otros recursos de la zona).
 - Derivar (si se estima necesario y previo consentimiento de la mujer):
 - Al personal de trabajo social.
 - A los recursos adecuados a la situación en la que se encuentra la mujer.
 - Emitir parte de lesiones cuando proceda. En aquellos casos en que la mujer se niega a denunciar y el personal sanitario tenga fundadas sospechas de la existencia de malos tratos físicos o psíquicos (no existe constatación clara del origen de las lesiones como para poder emitir el correspondiente parte de lesiones), se recomienda comunicar a la Fiscalía dicha situación, tal como establece el precepto legal. La Fiscalía decidirá en base a los indicios que se puedan aportar ó ampliar, cual es la situación procesal adecuada.

- Actuación con los hijos e hijas y otras personas dependientes si las hubiera.

3. PLAN DE ATENCIÓN A LA MUJER QUE RECONOCE SUFRIR MALOS TRATOS Y SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE PELIGRO EXTREMO.

- Informarla de la situación de peligro en que se encuentra y plantearle las posibles estrategias a seguir. Transmitirle que no está sola.
- Derivar con carácter urgente a trabajo social o a los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres que sufren maltrato.
- Registrar en la historia clínica el episodio y las actuaciones realizadas. Este registro puede servir como prueba en un proceso judicial.
- Emitir el parte de lesiones e informe médico, entregando una copia a la mujer e informándole de sus implicaciones.
- Conocer la situación familiar, personas dependientes y los recursos con que cuenta.
- Llamar al 112 (Emergencia) o los servicios específicos de su comunidad autónoma.

ANEXO XVI. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO (29).

Las actividades de prevención de la violencia pueden agruparse en tres áreas:

PROFESIONAL:

- Inclusión en la formación continuada del personal sanitario, de aspecto sobre prevención, detección precoz y atención integral.
- Realización de sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.
- Realización de sesiones con otros y otras profesionales y con otras instituciones.

EN LA ATENCIÓN A LA SALUD INTEGRAL DE LAS MUJERES:

- Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda.
- Fomentar, a través de relación del personal con la usuaria, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales.

EN EL ÁMBITO COMUNITARIO:

- Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal sanitario.
- Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

ANEXO XVII. CUESTIONARIO.

Cuestionario para trabajo de investigación: Enfermería y violencia de género en Atención Primaria de Salamanca.

- 1.** Sexo Hombre Mujer
- 2.** Edad 20-25 26-30 31-36 37-42 43-48 49-54 55-60 +61
Ns/Nc
- 3.** ¿Qué importancia cree que tiene la violencia de género como problema de salud?
 Muy importante. Bastante importante. Algo importante. Poco
 No lo considero un problema de salud.
- 4.** ¿Ha recibido algún tipo de formación sobre violencia de género?
No Si Ns/nc
- 5.** En caso afirmativo ¿Por parte de qué entidad?
 Gerencia de Salud Colegio de Enfermería
 Sindicatos Universidad
 Otros _____
- 6.** En una escala de 0 a 10, ¿cómo evalúa sus conocimientos sobre la violencia de género? _____
- 7.** En los últimos 2 años, ¿Sabe si se han detectado casos de violencia de género, en su centro de trabajo?
No Si Ns/nc
- 8.** En caso afirmativo ¿Cuántos (aproximadamente)? Pocos Bastantes Muchos
- 9.** ¿Ha sospechado de algún caso en su centro de trabajo? No Si Ns/nc
- 10.** En caso afirmativo, ¿Cuál fue su actuación? (Marque una o varias respuestas)
 Aplicar el protocolo sanitario frente a malos tratos. Denunciar. Impotencia.
 Comunicarlo al médico. Ninguna actuación. Derivar al/a trabajador/a social.
 Escuchar e informar a la usuaria de los recursos que dispone.
 Otra _____ Ns/nc
- 11.** De los recursos sociales disponibles para el apoyo y el abordaje de la violencia de género indique cuáles conoce. _____
- 12.** ¿Mantiene en su trabajo una actitud de alerta para detectar posibles casos de malos tratos?
Si No A veces Ns/nc
- 13.** En los centros de salud, habitualmente, se detectan casos de violencia de género ¿Recuerda Vd. algún caso, de estas características? Si No Ns/nc
- 14.** ¿Ante una usuaria con lesiones físicas, se plantea la posibilidad de que se trate de un caso de malos tratos? Si No A veces Ns/nc
- 15.** ¿Y ante una usuaria con reiterados episodios de ansiedad, depresión, angustia, etc?
Si No A veces Ns/nc

16. De las siguientes afirmaciones indique el grado de acuerdo o desacuerdo con ellas, en una escala del 1 al 5 (5= muy de acuerdo; 4= de acuerdo, 3= ni acuerdo ni desacuerdo; 2= algo; 1= nada de acuerdo):

.....“La violencia contra la mujer se da más entre las clases bajas que entre las clases altas”.

.....”La violencia contra las mujeres es un problema social y de salud pública”.

..... “La violencia género es un asunto que pertenece al ámbito familiar y lo mejor es no meterse”.

..... “La víctima es una mujer débil, dependiente, con bajo nivel cultural, social, económico y con hijos pequeños”.

.....”La violencia contra la mujer eleva su riesgo de mala salud”.

.....”Si la mujer no aguantase tanto, habría menos casos de malos tratos”.

17. ¿Considera que denunciar un caso de violencia doméstica (desde el ámbito sanitario) supone una violación de la privacidad y la confidencialidad? Si No Ns/nc

18. Con respecto a la pregunta anterior, ¿cree que la denuncia puede tener consecuencias de riesgo para la víctima? Si No Ns/nc

19. De los siguientes agentes sociales, ordénelos en cuanto a su importancia para el abordaje de la violencia contra la mujer. (Considere el 1 mayor importancia y 7 menor importancia).

___ Policias. ___ Jueces. ___ Enfermería. ___ Psicólogos.

___ Trabajador social. ___ Educadores. ___ Médicos.

20. Ante un caso evidente de violencia de género, ¿cuál de las siguientes barreras cree que más le obstaculizaría en la entrevista con una usuaria víctima de malos tratos? (Respuesta múltiple)

Miedo a ofender a la víctima Impotencia para solucionar su problema

Miedo a agravar el problema Miedo a una represalia verbal (una mala contestación)

No tendría ninguna barrera Otras _____

Ns/nc

21. Enfermería está cada vez más concienciada y sensibilizada con la violencia de género; ¿Lo percibe?

Si No Ns/nc

22. ¿Cómo cree que podría aumentar el nivel de concienciación sobre este problema?

23. ¿Conoce el Protocolo Sanitario frente a los malos tratos domésticos?

Si No Ns/nc

¿Quisiera aportar algo que considere importante? _____

ANEXO XVIII. TABLAS.

FRECUENCIAS

Notas

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	7	10,9	10,9	10,9
	Mujer	57	89,1	89,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20-25 años	2	3,1	3,1	3,1
	26-30 años	7	10,9	10,9	14,1
	31-36 años	4	6,3	6,3	20,3
	37-42 años	10	15,6	15,6	35,9
	43-48 años	10	15,6	15,6	51,6
	49-54 años	13	20,3	20,3	71,9
	55-60 años	16	25,0	25,0	96,9
	más 61 años	2	3,1	3,1	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Importancia de la violencia de género como problema de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Muy importante	46	71,9	71,9	71,9
	Bastante importante	14	21,9	21,9	93,8
	Algo importante	1	1,6	1,6	95,3
	No lo considero problema de salud	3	4,7	4,7	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Formación recibida sobre violencia de género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	22	34,4	34,4	34,4
	No	39	60,9	60,9	95,3
	Ns/Nc	3	4,7	4,7	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Impartido por la Gerencia de Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	7	10,9	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	57	89,1		
Total		64	100,0		

Impartido por el Colegio de Enfermería

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	9	14,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	55	85,9		
Total		64	100,0		

Impartido por los Sindicatos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1	1,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	63	98,4		
Total		64	100,0		

Impartido por la Universidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	1	1,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	63	98,4		
Total		64	100,0		

Impartido por otros organismos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	9	14,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	55	85,9		
Total		64	100,0		

Nivel de conocimiento sobre violencia de género

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,6	1,7	1,7
	2	1	1,6	1,7	3,4
	3	5	7,8	8,5	11,9
	4	7	10,9	11,9	23,7
	5	18	28,1	30,5	54,2
	6	11	17,2	18,6	72,9
	7	10	15,6	16,9	89,8
	8	3	4,7	5,1	94,9
	9	1	1,6	1,7	96,6
	10	2	3,1	3,4	100,0
	Total	59	92,2	100,0	
Perdidos	Sistema	5	7,8		
Total		64	100,0		

Casos de VG en los dos últimos años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	30	46,9	46,9	46,9
	No	13	20,3	20,3	67,2
	Ns/Nc	21	32,8	32,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Número de casos en los dos últimos años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pocos	24	37,5	80,0	80,0
	Bastantes	5	7,8	16,7	96,7
	Ns/Nc	1	1,6	3,3	100,0
	Total	30	46,9	100,0	
Perdidos	Sistema	34	53,1		
Total		64	100,0		

Casos en su centro de trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	18	28,1	28,1	28,1
	No	32	50,0	50,0	78,1
	Ns/Nc	14	21,9	21,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Aplicación del protocolo sanitario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	2	3,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	62	96,9		
Total		64	100,0		

Denunciar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	3	4,7	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	61	95,3		
Total		64	100,0		

Impotencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	2	3,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	62	96,9		
Total		64	100,0		

Comunicarlo al médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	11	17,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	53	82,8		
Total		64	100,0		

Ninguna actuación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	1	1,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	63	98,4		
Total		64	100,0		

Derivar al trabajador social

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	8	12,5	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	56	87,5		
Total		64	100,0		

Escuchar e informar de los recursos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	10	15,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	54	84,4		
Total		64	100,0		

Otras acciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	2	3,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	62	96,9		
Total		64	100,0		

Ns/Nc

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	2	3,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	62	96,9		
Total		64	100,0		

Recursos: Asociaciones de mujeres maltratadas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	18	28,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	46	71,9		
Total		64	100,0		

Recurso: Centros o casas de Acogida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	11	17,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	53	82,8		
Total		64	100,0		

Recurso: Cuerpos de Seguridad del Estado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	10	15,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	54	84,4		
Total		64	100,0		

Recurso: Justicia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	13	20,3	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	51	79,7		
Total		64	100,0		

Recurso: Trabajadores sociales/CEAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	18	28,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	46	71,9		
Total		64	100,0		

Recurso: Instituciones y teléfonos estatales o autonómicos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	20	31,3	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	44	68,8		
Total		64	100,0		

Recursos: Otros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	2	3,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	62	96,9		
Total		64	100,0		

Actitud alerta para detectar casos de malos tratos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	32	50,0	50,8	50,8
	No	5	7,8	7,9	58,7
	A veces	24	37,5	38,1	96,8
	Ns/Nc	2	3,1	3,2	100,0
	Total	63	98,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,6		
Total		64	100,0		

Casos de V.G en el centro de salud donde trabaja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	29	45,3	45,3	45,3
	No	29	45,3	45,3	90,6
	Ns/Nc	6	9,4	9,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Ante lesiones físicas se plantea posible caso de malos tratos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	32	50,0	50,0	50,0
	No	2	3,1	3,1	53,1
	A veces	27	42,2	42,2	95,3
	Ns/Nc	3	4,7	4,7	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Ante ansiedad, depresión...se plantea posible caso de malos tratos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	20	31,3	31,3	31,3
	No	7	10,9	10,9	42,2
	A veces	32	50,0	50,0	92,2
	Ns/Nc	5	7,8	7,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

La violencia contra la mujer se da más ente las clases bajas que entre las clases altas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada de acuerdo	23	35,9	38,3	38,3
	Algo de acuerdo	8	12,5	13,3	51,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	25,0	26,7	78,3
	De acuerdo	6	9,4	10,0	88,3
	Muy de acuerdo	7	10,9	11,7	100,0
	Total	60	93,8	100,0	
Perdidos	Sistema	4	6,3		
Total		64	100,0		

La violencia contra las mujeres es un problema social y de salud pública

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada de acuerdo	1	1,6	1,6	1,6
	Algo de acuerdo	1	1,6	1,6	3,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	4,7	4,9	8,2
	De acuerdo	13	20,3	21,3	29,5
	Muy de acuerdo	43	67,2	70,5	100,0
	Total	61	95,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	4,7		
Total		64	100,0		

La violencia de género es un asunto que pertenece al ámbito familiar y lo mejor es no meterse

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada de acuerdo	55	85,9	91,7	91,7
	Algo de acuerdo	2	3,1	3,3	95,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	3,1	3,3	98,3
	Muy de acuerdo	1	1,6	1,7	100,0
	Total	60	93,8	100,0	
Perdidos	Sistema	4	6,3		
Total		64	100,0		

La víctima es una mujer débil, dependiente, con bajo nivel cultural, social, económico y con hijos pequeños

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada de acuerdo	33	51,6	54,1	54,1
	Algo de acuerdo	10	15,6	16,4	70,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	10	15,6	16,4	86,9
	De acuerdo	5	7,8	8,2	95,1
	Muy de acuerdo	3	4,7	4,9	100,0
	Total	61	95,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	4,7		
Total		64	100,0		

La violencia contra la mujer eleva su riesgo de mala salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada de acuerdo	2	3,1	3,3	3,3
	Algo de acuerdo	2	3,1	3,3	6,6
	De acuerdo	16	25,0	26,2	32,8
	Muy de acuerdo	41	64,1	67,2	100,0
	Total	61	95,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	4,7		
Total		64	100,0		

Si la mujer no aguantase tanto, habría menos casos de malos tratos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada de acuerdo	12	18,8	19,7	19,7
	Algo de acuerdo	3	4,7	4,9	24,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	25,0	26,2	50,8
	De acuerdo	17	26,6	27,9	78,7
	Muy de acuerdo	13	20,3	21,3	100,0
	Total	61	95,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	4,7		
Total		64	100,0		

Denunciar un caso de VG (desde el ámbito sanitario) supone una violación de la privacidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	1	1,6	1,6	1,6
	No	56	87,5	87,5	89,1
	Ns/Nc	7	10,9	10,9	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

La denuncia puede tener riesgos para la víctima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	35	54,7	54,7	54,7
	No	14	21,9	21,9	76,6
	Ns/Nc	15	23,4	23,4	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Importancia de la policía para abordar la VG

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	10	15,6	19,2	19,2
	2	7	10,9	13,5	32,7
	3	5	7,8	9,6	42,3
	4	7	10,9	13,5	55,8
	5	8	12,5	15,4	71,2
	6	6	9,4	11,5	82,7
	7	9	14,1	17,3	100,0
	Total	52	81,3	100,0	
Perdidos	Sistema	12	18,8		
Total		64	100,0		

Importancia de los jueces para abordar la VG

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	10	15,6	19,2	19,2
	2	9	14,1	17,3	36,5
	3	7	10,9	13,5	50,0
	4	7	10,9	13,5	63,5
	5	3	4,7	5,8	69,2
	6	7	10,9	13,5	82,7
	7	9	14,1	17,3	100,0
	Total	52	81,3	100,0	
Perdidos	Sistema	12	18,8		
Total		64	100,0		

Importancia de la Enfermería para abordar la VG

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	1,6	1,9	1,9
	2	12	18,8	23,1	25,0
	3	6	9,4	11,5	36,5
	4	10	15,6	19,2	55,8
	5	8	12,5	15,4	71,2
	6	10	15,6	19,2	90,4
	7	5	7,8	9,6	100,0
	Total	52	81,3	100,0	
Perdidos	Sistema	12	18,8		
Total		64	100,0		

Importancia de los Psicólogos para abordar la VG

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	7	10,9	13,5	13,5
	2	7	10,9	13,5	26,9
	3	9	14,1	17,3	44,2
	4	7	10,9	13,5	57,7
	5	9	14,1	17,3	75,0
	6	7	10,9	13,5	88,5
	7	6	9,4	11,5	100,0
	Total	52	81,3	100,0	
Perdidos	Sistema	12	18,8		
Total		64	100,0		

Importancia de los Trabajadores Sociales para abordar la VG

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	7	10,9	13,5	13,5
	3	15	23,4	28,8	42,3
	4	5	7,8	9,6	51,9
	5	11	17,2	21,2	73,1
	6	8	12,5	15,4	88,5
	7	6	9,4	11,5	100,0
	Total	52	81,3	100,0	
Perdidos	Sistema	12	18,8		
Total		64	100,0		

Importancia de los Educadores para abordar la VG

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	9	14,1	17,3	17,3
	2	4	6,3	7,7	25,0
	3	2	3,1	3,8	28,8
	4	5	7,8	9,6	38,5
	5	6	9,4	11,5	50,0
	6	11	17,2	21,2	71,2
	7	15	23,4	28,8	100,0
	Total	52	81,3	100,0	
Perdidos	Sistema	12	18,8		
Total		64	100,0		

Importancia de los Médicos para abordar la VG

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	14	21,9	26,9	26,9
	2	5	7,8	9,6	36,5
	3	8	12,5	15,4	51,9
	4	11	17,2	21,2	73,1
	5	7	10,9	13,5	86,5
	6	4	6,3	7,7	94,2
	7	3	4,7	5,8	100,0
	Total	52	81,3	100,0	
Perdidos	Sistema	12	18,8		
Total		64	100,0		

Miedo de ofender a la víctima

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	10	15,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	54	84,4		
Total		64	100,0		

Miedo a agravar el problema

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	23	35,9	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	41	64,1		
Total		64	100,0		

Impotencia para solucionar su problema

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	27	42,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	37	57,8		
Total		64	100,0		

Miedo a una represalia verbal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	2	3,1	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	62	96,9		
Total		64	100,0		

No tendría ninguna barrera

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	12	18,8	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	52	81,3		
Total		64	100,0		

Otras

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	6	9,4	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	58	90,6		
Total		64	100,0		

No sabe/no contesta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	11	17,2	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	53	82,8		
Total		64	100,0		

Percepción sobre la sensibilización de enfermería con la VG

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	37	57,8	57,8	57,8
	No	15	23,4	23,4	81,3
	Ns/Nc	12	18,8	18,8	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

Aumentar la concienciación a través de la educación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	10	15,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	54	84,4		
Total		64	100,0		

Aumentar la concienciación a través de la formación e información

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	30	46,9	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	34	53,1		
Total		64	100,0		

Aumentar la concienciación a través de los medios de comunicación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	1	1,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	63	98,4		
Total		64	100,0		

Aumentar la concienciación a través de la revisión del sistema judicial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	4	6,3	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	60	93,8		
Total		64	100,0		

Aumentar la concienciación a través de la implicación de la gerencia de AP

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	10	15,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	54	84,4		
Total		64	100,0		

No informar sobre vg en los medios de comunicación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	1	1,6	100,0	100,0
Perdidos	Sistema	63	98,4		
Total		64	100,0		

Conocimiento del Protocolo Sanitario frente a los malos tratos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	22	34,4	34,4	34,4
	No	31	48,4	48,4	82,8
	Ns/Nc	11	17,2	17,2	100,0
	Total	64	100,0	100,0	

ANEXO XIX. RECURSOS DE AYUDA PARA MUJERES EN SITUACIÓN DE MALTRATO DE PAREJA.

RECURSOS A NIVEL NACIONAL.

- 【 Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. Tlf: 914 418 555.
- 【 Asociación de Mujeres Juristas Themis. Tlf: 913 190 721.
- 【 Federación de Asistencia a Mujeres Violadas. Tlf: 915 740 110.
- 【 Instituto de la Mujer. Teléfono de información gratuito las 24 horas:
900 191 010.
900 152 152 (para mujeres con discapacidad auditiva).
- 【 Dirección General de la Mujer e Igualdad de Oportunidades. (24h). 900 33 38 88.
- 【 Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias: 112.
- 【 Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer: 913635253/54.
<http://www.mtas.es/violencia-mujer/index.html>

Teléfonos de violencia: Tlf: 016 (24 h.)
Tlf: 900 116 016 (para personas con discapacidad auditiva. 24 h.)
Teleasistencia (Información: 900 22 22 92)

- 【 Policía Nacional: 091.
- 【 Guardia Civil: 062.

RECURSOS EN SALAMANCA:

- 【 Centro de Información y Asesoramiento a la Mujer. (CIAM). (Ayuntamiento de Salamanca). 923 27 91 63. De lunes a viernes de 8 a 15h.
- 【 Asociación ADAVAS. 923 260 599.
- 【 SEAMM (Servicio de Atención a Mujeres y Menores. Policía Local). 923 19 44 40.
- 【 Programa de información y asesoramiento jurídico para mujeres víctimas de violencia de género (Junta de Castilla y León). Colegio de Abogados/as, Turno especial de violencia doméstica. 923 26 43 17.

OTROS RECURSOS DE APOYO:

Casas de acogida.
Centros de emergencia social.
Ayudas socio-económicas (Renta activa de inserción para víctimas de violencia doméstica).
Ingreso mínimo de inserción (I.M.I.).
Renta activa de inserción (R.A.I.).
Ayudas a víctimas con especiales dificultades para obtener un empleo.
Otras ayudas y recursos para la inserción (CEAS).
Orden de protección.

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier otro medio, sin la preceptiva autorización.

© Gema López Furión

Inscripción Provisional Num.: SA-38-08