

2

Introducción

2.1. Definición de violencia de género

La definición de violencia de género utilizada mundialmente fue acordada por Naciones Unidas en 1993 como:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1996 reconoció que era un problema de salud pública, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene la violencia contra las mujeres.

Según la OMS entre el 10% y el 50% de las mujeres experimentan durante su vida violencia física de manos de un compañero íntimo y entre el 10% y el 30% ha sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja.

De este modo, la OMS decretó en 1998 la erradicación de la violencia contra las mujeres como una prioridad internacional para los servicios de salud.

En España, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y en Andalucía, la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género son los referentes normativos para abordar la violencia contra las mujeres.


La violencia contra las mujeres supone la manifestación extrema de la desigualdad y del sometimiento de una mujer por parte de un hombre, incompatible con una sociedad construida sobre la base de una cultura de igualdad y de respeto.

Puede presentar muchas formas, pero todas atentan contra la dignidad, la salud y la vida de una gran parte de mujeres, así como de otras víctimas, los hijos e hijas de estas mujeres que vivencian y sufren esta violencia:

➤ **Violencia física:** cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, utilizando o no instrumentos, que pueda provocar lesión, daño o dolor en la mujer (golpes, bofetadas, patadas, empujones, heridas, fracturas, quemaduras...).

➤ **Violencia psicológica:** conducta intencionada y prolongada en el tiempo, por parte del maltratador que pretende minar la autoestima de la mujer, degradarla

y controlarla, produciendo dependencia, aislamiento y temor (insultos, humillaciones, vejaciones, amenazas, culpabilización, control continuo, chantaje emocional, cambio de humor, desaprobación...). Puede incluir la violencia ambiental (contra objetos y animales domésticos), la violencia económica (control del dinero y los recursos para evitar la independencia de la mujer) y el aislamiento social (control de las amistades, de las salidas, aislamiento de la familia de la mujer).

 **Violencia sexual:** imponer un comportamiento sexual contra la voluntad de la mujer, mediante coacción, intimidación, amenaza o la fuerza, ya sea por parte de la pareja o de otras personas.

2.2. El enfoque de género

Sin embargo, la violencia contra las mujeres no está suficientemente visibilizada en las actuaciones asistenciales que presta el Sistema Sanitario ni es asumida como un grave problema de salud pública por una parte significativa de sus profesionales.

En ello influye nuestro modelo de sociedad que establece relaciones de género que dan lugar a una jerarquía entre los sexos, que minusvalora o discrimina lo femenino y establece relaciones de poder entre hombres y mujeres, manteniendo en una situación de subordinación a las mujeres y constituyendo una violencia estructural contra las mismas.

La violencia contra las mujeres obedece a ese modelo, es ejercida por hombres, que mayoritariamente, son o han sido pareja afectiva de estas mujeres, a las que pretenden mantener en una relación jerarquizada y desigual, y en unos roles de género tradicionales que mantengan esa situación. Además, ha sido hasta cierto punto tolerado que los hombres utilicen la violencia para afianzar su autoridad. En este sentido, también es una violencia instrumental para mantener la dominación y el control sobre las mujeres. Esta violencia contra las mujeres no es debida a rasgos singulares o patológicos de una serie de individuos.

Es necesario reconocer que el personal de salud no escapa a estos estereotipos sociales de género, por ello, las actuaciones que hagamos como profesionales de salud deben identificar la existencia de estos condicionantes, para afrontarlos y facilitar el cambio de actitudes y de modos de intervención.

La construcción cultural y social distinta para mujeres y hombres, denominada construcción de género, conlleva además diferencias en el estado de salud y en la atención sanitaria que es demandada y que prestamos. La construcción de género y las relaciones de género dan lugar a diferencias en la salud de las mujeres, que se agravan cuando estas se encuentran en una situación de malos tratos y son atendidas sin que el personal sanitario relacione los síntomas con esa situación.

2.3. El proceso de la violencia contra las mujeres

La violencia contra las mujeres, al ser una violencia instrumental será utilizada en la forma e intensidad necesaria para mantener por parte del maltratador el control sobre la mujer.

La violencia se va instaurando, naturalizando y por tanto invisibilizando, al comenzar con comportamientos que conllevan una desigualdad entre hombres y mujeres (diferentes atributos, roles y espacios), seguidos en el inicio de la relación de pareja con situaciones de control (confundidas con expresiones de amor y protección), maltrato psicológico (incluido el aislamiento social y el maltrato ambiental), maltrato sexual (que obliga a la mujer a acceder a relaciones sexuales no deseadas para complacer al maltratador) y si es necesario para someter a la mujer, se presentará la violencia física, que en su mayor gravedad podrá conllevar la muerte de la mujer.

La situación de violencia vivida por la mujer puede llevar años antes de ser visibilizada por el entorno o identificada y reconocida por la propia mujer. El ciclo de la violencia (Leonor Walker) ayuda a comprender la estrategia que utiliza el maltratador para lograr que la mujer se mantenga en esa situación, a través de tres fases:



➤ **Acumulación de tensión:** Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.

➤ **Explosión o agresión:** Estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.

➤ **Calma o reconciliación o luna de miel:** En esta fase el maltratador manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se

rompa. La mujer a menudo piensa que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

Estas fases dificultan que la mujer abandone la relación o se distancie emocionalmente del maltratador. En otras situaciones de violencia, no se observan las fases del ciclo de la violencia y solo de forma ocasional aparece el maltrato físico.

2.4. Las consecuencias del maltrato para la salud de las mujeres

La violencia contra las mujeres tiene múltiples consecuencias:

- **En la salud social:** aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral, disminución del número de días de vida saludable...
- **En la salud psíquica:** Depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastorno por estrés posttraumático, trastornos de la conducta alimentaria, intento de suicidio, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos...
- **En condiciones crónicas de salud:** Dolor crónico, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, quejas somáticas...
- **En la salud sexual y reproductiva** por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/Sida, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado... Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer...
- **En la salud física:** Lesiones diversas (contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras...) que pueden producir discapacidad, deterioro funcional, síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas), peor salud...
- **En la salud de hijas, hijos y convivientes:** riesgo de alteración de su desarrollo integral, sentimientos de amenaza, dificultades de aprendizaje y socialización, adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras, mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas, con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre o la pareja de la madre, violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia. La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella...
- **Consecuencias fatales:** muerte (por homicidio, suicidio, etc.).

2.5. Las características de la atención en Urgencias y el modelo de intervención

Urgencias es un dispositivo sanitario de fácil acceso y al que pueden acudir las mujeres que están en situación de maltrato ante una necesidad inmediata de atención, por ello los Dispositivos de Urgencias Extrahospitalarios y Hospitalarios ocupan una posición privilegiada para detectar e intervenir en situaciones de maltrato, sin embargo no suelen declararse demasiados casos, y los que se declaran son fundamentalmente por lesiones físicas.

Las mujeres sometidas a violencia, frecuentemente presentan lesiones severas y el 22-23% de mujeres que visitan el Servicio de Urgencias de algún Hospital lo hacen debido a abuso por parte de su pareja. La violencia contra la mujer es una causa común de lesiones físicas, psicológicas y enfermedades atendidas en estos servicios, pero por miedo, vergüenza... las mujeres no verbalizan el verdadero origen de las mismas, que suelen pasar desapercibidas bajo la apariencia de accidentes fortuitos o caídas.

En un estudio consistente en entrevistas a mujeres agredidas por sus parejas, el 45% de las mismas indicó que los médicos trataron la lesión sin preguntar como ocurrió, y el 56% reveló que los médicos aceptaban con suma facilidad cualquier explicación falsa sobre como ocurrió la lesión, en el aspecto emocional un 10% manifestó que los médicos les atendían como si estuvieran molestos con ellas y un 3% comentó que su médico hacia chistes acerca de la violencia doméstica durante el examen médico (Hamberger et al., 1998).

En otro estudio realizado entre el personal sanitario de la Unidad de Urgencias de un Hospital, se concluía que la violencia doméstica seguía siendo una desconocida para el personal sanitario de urgencias, que la consideraban más como un problema social que sanitario. Hasta un 66% de profesionales no suelen plantearse como un diagnóstico diferencial más en su actividad diaria. Y en un test de conocimientos solo se obtuvo un 51% de respuestas correctas. El 78% opinan que su función principal con respecto a estos casos debería ser la identificación y la detección, seguida del asesoramiento, escucha activa y apoyo con el 53'7% y denunciar los hechos con un 31'7%. Pero solo un 6'1% manifestó que debe estar dentro de estas funciones el mantener la privacidad y el anonimato de las pacientes. Para el 29'2% "es un delito muy frecuente y que tenemos la obligación moral y jurídica de intervenir ya que si no cortamos la cadena también seremos cómplices de ese maltrato". En cuanto a las barreras, el 59'2% piensa que se debe a la falta de estrategias formativas para el personal. En cuanto a colectivos profesionales, destacó la participación del personal de Enfermería, con independencia del sexo (Siendones et al., 2002).

En pocas ocasiones el personal sanitario sospecha o pregunta por la posible existencia de relación de maltrato por parte de la pareja y se tiende a infravalorar la prevalencia de este fenómeno, considerándolo incluso anecdótico.

En ello pueden influir diversos factores, como la presión asistencial, la escasez de tiempo para cuestiones que no sean puramente asistenciales, la falta de espacios específicos que mejoren la privacidad e intimidad al atender a estas mujeres, la escasez de formación actualizada sobre la complejidad de este tema. Pero también están presentes, los mitos y prejuicios en torno a la violencia contra las mujeres y los miedos a desvelar e intervenir ante una realidad compleja.

A la asistencia sanitaria urgente se le pide que sea inmediata, de calidad, eficaz y satisfactoria.

La calidad en los servicios de salud, con frecuencia es traducida en calidad científico-técnica, y tan importante como ésta, es la calidad percibida por la persona que es atendida. En éste sentido, los tiempos de atención, la profesionalidad, el trato personalizado y adecuado son elementos básicos de calidad para atender a las mujeres que están viviendo situaciones de maltrato y acuden a los Servicios de Urgencias.

No intervenir como profesionales es permitir que la situación de maltrato que están viviendo estas mujeres y las personas que con ella convivan continúe y se mantenga en el tiempo, agravando la salud de estas mujeres. Aunque la actuación sanitaria de Urgencias pueda ser puntual, la inclusión en la Historia Clínica de determinadas preguntas de forma rutinaria, facilitaría la detección de las situaciones de maltrato y el inicio como profesionales de salud de un proceso para ayudar a estas mujeres a desvelar el silencio y tomar conciencia de lo que están viviendo, ofreciéndoles información sobre los recursos existentes y cuando sea necesario, poniendo en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de estos hechos.

Pero además, para lograr una asistencia eficaz en la atención desde los servicios de salud a la violencia hacia las mujeres, junto con una actitud de alerta que permita visibilizar lo que a veces es invisibilizado o invisible para las propias mujeres, es necesario superar el tradicional modelo de intervención biomédico y el hábito de prescribir, sin reconocer que lo fundamental es el papel protagonista de la mujer en todo este proceso, su capacidad de decisión y de cambio, y por tanto, la labor de acompañamiento en esa toma de decisiones, en definitiva actuaciones que a través de un abordaje biopsicosocial permitirá intervenciones más eficaces que conducirán a favorecer el empoderamiento de las mujeres en la solución de este problema.