

Guía didáctica

de

formación

de formadoras
y formadores

para la atención a la
violencia de pareja
hacia las mujeres


Esta obra está bajo licencia:



Usted es libre de:

 copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:

 Reconocimiento - Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).

 No comercial - No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

 Sin obras derivadas - No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

Entendiendo que:

*Renuncia - Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor

*Dominio Público - Cuando la obra o alguno de sus elementos se halle en el dominio público según la ley vigente aplicable, esta situación no quedará afectada por la licencia.

Otros derechos - Los derechos siguientes no quedan afectados por la licencia de ninguna manera:

- o Los derechos derivados de usos legítimos u otras limitaciones reconocidas por ley no se ven afectados por lo anterior.
- o Los derechos morales del autor;
- o Derechos que pueden ostentar otras personas sobre la propia obra o su uso, como por ejemplo derechos de imagen o de privacidad.

Dirección y coordinación:
María del Mar Rodríguez Gimena

Autoras:
María del Mar Rodríguez Gimena
Edith Pérez Alonso
Laura Moratilla Monzó

Colaboradoras:
Joaquina Martín Abreu, Soledad Sánchez Hernández,
Rosa María Baltuille Fernández,
Carmen Solano Villarrubia y Henar Sastre Domingo

Maquetación e ilustración:
Haicku Soc. Cooperativa. JSB

Financiación:
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Edita:
Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad.
Comunidad de Madrid, 2012.

Agradecimientos

A todas las personas que han contribuido a hacer del modelo teórico y operativo de Educación para la salud basado en el aprendizaje significativo y la pedagogía activa una realidad, y muy especialmente por lo aprendido a María José Pérez Jarauta y a Juan Luis Ruiz-Giménez. Esta metodología es uno de los pilares de esta guía, habiéndose tomado como modelo para su estructura las guías de Educación para la Salud con grupos del Instituto de Salud Pública de Navarra y la Guía de Promoción de salud para trabajar con Agentes de Salud Comunitarios del Área 1 de Madrid.

A todas las personas que han colaborado en la elaboración de los distintos materiales y a todas las que han participado en los diferentes cursos de formación y en el equipo de formadoras y formadores en el manejo de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid.

A las personas colaboradoras cuyas aportaciones aparecen en diferentes capítulos y que han enriquecido con su experiencia y su mirada esta guía.

A Marisa Pires y M^a Luisa Lasheras, sin las que el equipo de trabajo que ha redactado esta Guía no se habría conformado, por su empeño en impulsar una estrategia coordinada de salud pública para abordar el problema de la Violencia de Pareja hacia las Mujeres en la Comunidad de Madrid.

A Juan Carlos Duro, Ángel Abad y Ricardo Ruiz de Adana por haber hecho posible desde la Agencia Laín Entralgo el desarrollo de la estrategia de formación de formadores/as, así como la formación descentralizada en Equipos de Atención Primaria y la edición de esta Guía.

A todas y todos los profesionales que han hecho posible, a lo largo de estos años, la progresiva integración de la perspectiva de género en la formación en ciencias de la salud, y la visibilización del impacto de las desigualdades de género en salud.

Al movimiento feminista, cuya lucha ha hecho posible el reconocimiento de la violencia hacia las mujeres como problema social y de salud.

ÍNDICE

ANTES DE EMPEZAR

CENTRO TEMÁTICO 1

GÉNERO Y VIOLENCIA

CENTRO TEMÁTICO 2:

VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES Y SALUD

CENTRO TEMÁTICO 3:

DETECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

CENTRO TEMÁTICO 4:

AUTOCUIDADO DE LOS Y LAS PROFESIONALES

ANTES DE EMPEZAR

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Esta guía

Trabajar desde la perspectiva de género

- 1.-Qué se entiende por género
- 2.-Implicaciones en salud
- 3.-Reconocimiento de la violencia hacia las mujeres como problema de salud
- 4.-Implicaciones de la perspectiva de género en el posicionamiento de los y las profesionales
- 5.-¿Por qué la perspectiva de género es imprescindible para la formación?
- 6.-Dificultades encontradas en la transmisión del constructo género. Algunas propuestas
- 7.-Otros obstáculos en la formación

Trabajar desde la pedagogía activa

¿Qué contiene esta guía?

Esta guía

Esta Guía se centra en el trabajo de distintos aspectos sobre la violencia de pareja hacia las mujeres como problema de salud, aportando materiales didácticos que permitan a través de un aprendizaje significativo integrar conocimientos, modelar actitudes y desarrollar habilidades que posibiliten un adecuado manejo de este complejo problema desde los servicios sanitarios. La perspectiva de género se encuentra integrada en todas sus dimensiones, y los contenidos relacionados con la metodología de educación grupal se solapan e integran con los de género y violencia. Está orientada principalmente a la mejora de la atención en las consultas de las y los distintos profesionales de atención primaria, aunque incorpore algún otro tipo de intervención. El modelo de intervención en consulta propuesto se corresponde con el de la Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid, Marzo 2008).

Está basada en la experiencia de las tres ediciones de cursos de Formación de Formadoras/es en violencia de pareja hacia las mujeres en Atención Primaria que se desarrollaron en la Comunidad de Madrid los años 2006, 2007 y 2009 . A continuación se muestran los objetivos perseguidos en estos procesos formativos:

- 1.-Capacitar a un grupo de profesionales sanitarios como formadoras/es para que, en una segunda fase, formen a las y los profesionales de los Equipos de Atención Primaria en la comprensión del fenómeno de la violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) desde la perspectiva de género y en el uso de una Guía de actuación en Atención Primaria.
- 2.-Ofrecer bases teóricas y técnicas para la intervención en educación para la salud con técnicas educativas grupales dirigidas a la formación en VPM.

3.-Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para implantar la guía de actuación en VPM en AP.

Esta Guía va dirigida a profesionales sociosanitarios, especialmente de Atención Primaria, que vayan a desarrollar actividades formativas en relación a la violencia de pareja hacia las mujeres en el ámbito sanitario. También se dirige a personas que vayan a coordinar o implementar programas de formación en VPM.

La herramienta que constituye pretende: 1) Colectivizar la experiencia de formación en este tema, 2) Facilitar el desarrollo de actividades formativas en torno a la violencia hacia las mujeres en el ámbito sanitario, 3) Servir de recurso de apoyo para la formación y 4) Motivar al desarrollo de actividades formativas con enfoque biopsicosocial y desde la pedagogía activa.

Hay varios factores que justifican la necesidad de desarrollar actividades educativas efectivas en torno a la problemática de la VPM en el ámbito sanitario:

- ⇒La importante magnitud del problema, con una prevalencia igual o superior a la de enfermedades frecuentes en nuestro entorno: entre el 6 y el 12 % de las mujeres han sufrido violencia por parte de sus parejas o exparejas en el último año.
- ⇒El impacto en salud de la VPM sobre las mujeres que la sufren y sobre sus hijos e hijas es muy importante.
- ⇒Las mujeres en situación de maltrato acuden con frecuencia a los servicios sanitarios, que son los mejor valorados en cuanto a la confianza que puede depositar en ellos la mujer que denuncia.
- ⇒Existe una falta de detección de este problema en los servicios sanitarios, y la actuación ante el mismo, cuando se da, no siempre es la más adecuada.
- ⇒Los y las profesionales sociosanitarios perciben como necesaria una formación en este tema.

La apuesta por formar a formadores/as implica la ventaja de construir un equipo de profesionales interdisciplinar de referencia en este tema que pueda dar continuidad al trabajo sobre el mismo en el futuro. Además, permite la incorporación de estrategias de acompañamiento y apoyo mutuo entre las personas implicadas en los procesos formativos, lo cual es especialmente importante en el caso de la VPM, que implica un riesgo de desgaste emocional no despreciable. Por último, potencia y favorece la autonomía, al apostar por el desarrollo de aptitudes y equipos de trabajo dentro de la propia organización sanitaria, sin dependencia de personas "expertas" para seguir desarrollando este trabajo en el futuro. Favorece asimismo una mejor difusión de las actividades educativas, por el efecto multiplicador a medida que se van formando profesionales.

Trabajar desde la perspectiva de género

1.-Qué se entiende por género

Entendemos por género el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencia a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características.

En primer lugar, es un proceso histórico que se desarrolla a diferentes niveles tales como el estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales.

En segundo lugar, este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor.¹

Cada hombre y cada mujer interioriza de forma personal, en el proceso conocido como socialización de género, los mandatos de género que no siempre son explícitos. Es decir no hay una única forma de "ser mujer" o ser hombre". La etnia, la clase social, el medio rural o urbano, la convivencia conyugal, tener o no tener descendencia o las orientaciones sexuales son otras categorías responsables de la heterogeneidad dentro de la categoría "mujeres" u "hombres".

En este documento, si no se especifica lo contrario, al hablar de mujer o mujeres o de hombre u hombres nos referimos a aquellos aspectos comunes que la sociedad les atribuye por el hecho de serlos.

1.-Cfr. Lourdes Benería "¿Patriarcado o sistema económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos", en AMORÓS, C. *et al. Mujeres: ciencia y práctica política*. Madrid. Debate. 1987.

2.-Implicaciones en salud^{2,3}

El análisis de la salud desde el enfoque integrado de género permite un abordaje de la realidad basada en la variable sexo y en el constructo de género y sus manifestaciones en un contexto geográfico, histórico y cultural determinado. Permite poner de manifiesto las relaciones de jerarquía y desigualdad entre mujeres y hombres y sus consecuencias sobre la salud de ambos.

Este análisis debe permitir conocer cómo ambos géneros perciben su salud, el valor que le asignan, las creencias en torno a ella y las motivaciones profundas que se encuentran en la base de los comportamientos saludables y nocivos.

Las distintas concepciones de salud tendrán una especificidad diferente al tener en cuenta la diversidad que aporta la edad, la etnia, la clase social, el hábitat y de forma determinante el género.

Cuando las diferencias en salud son producto de unas relaciones de poder desigual entre mujeres y hombres establecidas en un contexto sociocultural jerarquizado donde lo masculino tiene más valor hablaremos de desigualdades, desigualdades que la OMS denomina inequidades puesto que son innecesarias, evitables e injustas.

En el caso de las mujeres se producen desigualdades en la atención en salud debido a factores relacionados con la invisibilidad de los problemas de salud determinada por una serie de elementos que se desarrollan en el [Centro Temático 1 Género y violencia](#).

La transgresión del rol tradicional asignado socialmente genera malestar en mujeres y hombres.

La construcción de género de los hombres tiene igualmente repercusiones sobre su salud. En los puntos 3, [Consecuencias de la desigualdad](#), y 5, [Subjetividad masculina](#) se desarrollan estos conceptos.



2.- Cfr. Esteban, Mari Luz: "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud" y Mazarrasa Alvear, Lucía: "Estrategias de promoción de la salud" en Miqueo, Consuelo et al. *Perspectivas de género en salud*. Madrid, Minerva Ediciones, 2001.

3.- Cfr. Lasheras, M. Luisa; Pires, Marisa y Rodríguez Gimena, M. Mar: *Género y Salud*. Sevilla, Instituto Andaluz de la Salud, 2004.

3.-Reconocimiento de la violencia hacia las mujeres como problema de salud

La magnitud de la violencia contra las mujeres ha alcanzado tal dimensión y gravedad que ha llamado la atención de distintas organizaciones internacionales llegando a ser considerada como un grave problema de salud pública que atenta contra la integridad y los derechos humanos de las mujeres.

La Conferencia Mundial de la Organización de Naciones Unidas (ONU) sobre Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 estableció que "la violencia y todas sus formas de acoso y de explotación sexuales (...) son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas" instando a los gobiernos a intensificar sus esfuerzos a favor de la protección de los derechos humanos de la mujer y de la niña.

La IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas dedicada a las mujeres, celebrada en Beijing en 1995 aborda también el problema y establece algunas medidas concretas que han de adoptarse para prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres.

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

El informe sobre violencia contra las mujeres publicado por dicha organización muestra que esta se produce en todos los países del mundo y afecta a las mujeres en todas las etapas de su vida y expresa la necesidad de explorar las consecuencias derivadas de la misma en relación con la salud.

4.-Implicaciones de la perspectiva de género en el posicionamiento de los y las profesionales

En el documento Técnico de Salud Pública nº 92 de la Comunidad de Madrid, *La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud: informe del estudio cualitativo*, se recoge que las respuestas profesionales son muy diversas porque en su construcción intervienen una variada gama de prejuicios ideológicos asociados a la representación de las relaciones de género, en general, y de las relaciones de pareja en particular.

En principio el maltrato a todos escandaliza, pero la respuesta que se de a la confianza de la mujer depende mucho de la capacidad para "empatizar", de la posibilidad de vivenciar y comprender el sufrimiento de la mujer.

En el estudio se identifican tres modelos de comprensión del fenómeno por parte de los y las profesionales sanitarios estudiados: el modelo de desequilibrio natural, el modelo de equilibrio personal y el modelo de la desigualdad.

Cada uno de los modelos recoge la respuesta del profesional y la analiza en función de la adscripción de género del/ la profesional.

Los y las profesionales de la salud con un modelo de desequilibrio natural entienden la violencia como la manifestación extrema de un conflicto permanente: el juego de dos poderes en el que la subordinación de una de las partes, la femenina, es lo natural. Las reacciones empáticas son muy diferentes: en las mujeres profesionales un riesgo de sobre-dramatización o de sobre-victimación; en los hombres la trivialización y la culpabilización de la mujer. Este modelo lleva a la inacción del profesional.

En el modelo de equilibrio personal el profesional, sea hombre o mujer ve ante la violencia una situación patológica por algún tipo de alteración psicológica ("algo se ha tenido que desequilibrar"), o por una situación social desfavorecida "de clases bajas" o un fenómeno que se da en las generaciones más mayores. En este modelo se considera la derivación a los/as trabajadores sociales y/o a los y las psicólogas como primera intervención, no se asume como profesional el problema, y se atribuye el origen de la violencia a desequilibrios psicológicos o sociales que "la justifican".

Por último en el modelo de la desigualdad se acepta que las relaciones de pareja son relaciones estructuralmente desiguales. La violencia se interpreta, por lo tanto, en clave de desigualdad de género. La relación empática con la mujer lleva a un sentimiento de injusticia en el/la profesional que se traduce en una intervención de compromiso personal.

Este estudio propone en sus conclusiones la necesidad de revalorizar la confianza de la mujer y de asumir que esta tiene que acompañarse inexcusablemente de una intervención técnica sobre la salud de la mujer. Sanitarizar la confianza implica un encuadre sanitario y profesional, y no un compromiso personal ni una intervención sesgada por prejuicios y estereotipos.

La identificación y reflexión sobre los propios posicionamientos frente a la violencia permitirá poner en marcha cambios encaminados a lograr actuaciones profesionales adecuadas. Es necesario pues la formación de los y las profesionales sanitarios desde la perspectiva de género.



5.-¿Por qué la perspectiva de género es imprescindible para la formación?

Recogemos en este apartado algunos aspectos del documento nº 122 de Salud Pública de la Comunidad de Madrid de *Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres*.

- 1.-La inclusión de la perspectiva de género: Implica contemplar en las acciones formativas los condicionantes de género y utilizar metodologías que propicien el auto análisis sobre sus efectos en el personal sanitario, a fin de acceder a la comprensión del fenómeno de la violencia hacia las mujeres, tanto en lo que respecta a su origen como a las razones que explican su mantenimiento.

2.-La visibilización y desnaturalización de la violencia que padecen las mujeres: La acción formativa deberá contemplar el trabajo teórico y actitudinal del concepto de umbral de percepción de la violencia para contribuir a la visibilización de la violencia que sufren las mujeres, y que sabemos que permanece oculta por considerarse en ocasiones normal.

3.-El posicionamiento contra la violencia: A lo largo de toda la acción formativa debe quedar explicitada la política activa y comprometida de las instituciones y de los colectivos profesionales en la lucha contra la violencia hacia las mujeres.

4.-La consideración de los hijos e hijas como víctimas y testigos de la situación de violencia: En el diseño de las acciones formativas debe considerarse el daño que padecen los niños y niñas expuestos a la violencia hacia las mujeres como otra de las secuelas que produce la violencia, y tenerles en cuenta como otras víctimas invisibles.

5.-El soporte instrumental para la intervención: La acción formativa debe dotar al personal de salud de instrumentos técnicos y estrategias de afrontamiento para hacer frente con seguridad y eficacia a esta tarea de ayuda a las mujeres.



6.-Dificultades encontradas en la transmisión del constructo género. Algunas propuestas

En la Evaluación Intermedia de la Estrategia Regional de Formación (en la que se evalúan, entre otros, los cursos de formación de formadores/as en el manejo de la VPM) se identifica, como una de las dificultades en la tarea docente, la transmisión del constructo de género aplicado al análisis de la VPM.⁴

La dificultad que se identifica es eminentemente pragmática y nace de la idea de no excluir sobre todo a los profesionales sanitarios hombres.

En la evaluación también se recoge la dificultad de la apropiación subjetiva de los conceptos. Alguna de las mayores dificultades es precisamente la de subjetivizar, apropiarse de modo subjetivo de los conceptos en que se formaban los discentes y que después habrían de transmitir.

También sabemos que el trabajo de los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para comprender el fenómeno de la VPM pasa por un esfuerzo añadido, ya que en la mayoría de las formaciones pregrado no se incluye ni la formación desde la perspectiva de género, ni la formación en VPM.

La complejidad del propio tema influye en la formación. Si trabajamos los conceptos de forma simplista podemos llegar a banalizar el propio fenómeno de la violencia y si profundizamos todo lo que querríamos necesitaríamos cursos de al menos 80 horas. Encontrar el equilibrio no es sencillo. Podemos solventar algunas de las difi-

4.-VV. AA. *Evaluación intermedia línea estratégica de formación continuada de profesionales de atención primaria sobre violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid, Dirección General de Atención Primaria, Agencia Laín Entralgo, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, diciembre de 2008. (Página 86)

cultades de tiempo proponiendo cursos de profundización en los conceptos que generen más dificultad. Por ejemplo después de las tres ediciones de formación de formadores y formadoras de la Comunidad de Madrid, se han hecho cursos de profundización en distintos temas a petición del grupo de discentes.

En nuestra experiencia, cuando se trabaja con un grupo mixto el constructo de género, sobre todo con los profesionales de medicina que tienen menos formación teórica que enfermería o trabajo social, surgen algunas dificultades que se pueden prevenir:

- ⇒ que el o la discente se sientan interpelados/as en su parte personal.
- ⇒ que el o la discente se sientan juzgados/as en su parte personal.
- ⇒ que aparezcan resistencias a entender/ explicar el fenómeno de la violencia exclusivamente desde la perspectiva de género.
- ⇒ que se evidencie rechazo hacia las mujeres maltratadas.
- ⇒ que se evidencien repulsión, sentimientos de ira incluso de odio ante el hombre maltratador. O lo contrario, que se le entienda y no se vea el problema de salud de la VPM.
- ⇒ que no se conecte con los sentimientos ambivalentes que aparecen en toda persona que trabaja con el tema de la VPM y se nieguen.
- ⇒ que aparezca angustia o malestar que incluso provoque que alguna persona abandone el aula cuando, por ejemplo, se explica el ciclo de la violencia, o la socialización de género o al tratar las estrategias del hombre que maltrata.

Os ofrecemos algunos consejos del manejo grupal que pueden ser de interés a lo largo de todas las sesiones:

- ⇒ Mantener como docentes una postura de respeto y comprensión basada en el apoyo mutuo. Sabemos que al empezar a sumergirnos en el complejo tema de la violencia y el tema del género, a cada persona le surgen diferentes sentimientos, actitudes, miedos, rechazos... Conocer esta realidad y abordarla desde el respeto es fundamental.
- ⇒ Procurar tratar el tema desde el punto de vista profesional y no personal.
- ⇒ El grupo sigue un proceso. No pretendamos marcar un ritmo demasiado rígido con muchos contenidos y dinámicas. El tema del género no se podrá tratar en profundidad con 4 ó 6 horas en el mejor de los casos. Procuremos hacerlo transversal a lo largo de las sesiones formativas y adaptemos nuestro ritmo al ritmo grupal.
- ⇒ El tiempo es fundamental. En nuestra experiencia casi todas las personas que empiezan (empezamos) a leer, estudiar y profundizar sobre la perspectiva de género tienen un proceso personal paralelo al profesional. Y necesitan su tiempo. Es inevitable si tratamos por ejemplo los desiguales repartos de las tareas domésticas, o la desigualdad de género en general, no buscar dónde estaríamos ubicados y ubicadas cada uno y una. Si es la primera vez que alguien se pone en contacto con el concepto de género es frecuente que se lleve al plano personal.
- ⇒ Todo lo que produce el grupo es de utilidad, también lo que primeramente podamos vivir como negativo en alguna actitud de algún/a discente.
- ⇒ Dejar libremente que cada uno/a se exprese favoreciendo la generación de un clima de confianza donde cada quien pueda expresar sus dudas y contradicciones. Recordar al inicio de las sesiones que lo que sale en el grupo es solamente del grupo.
- ⇒ Si hay un conflicto franco con este tema intentar dejar al grupo algo de tiempo para reaccionar y procurar esperar antes de intervenir, a no ser que se produzcan faltas de respeto francas a alguno de los / las componentes del grupo.

El papel de la persona observadora es fundamental porque ha podido captar alguna clave necesaria para entender y proponer lo que sucede en el grupo, mientras que la persona que lleva el peso docente de las dinámicas pudiera no haberla percibido. Un gesto, un silencio, una contestación algo más brusca por parte de alguna persona del grupo, docente o discente, puede, si hay conflicto, bloquear la dinámica grupal.

⇒El sentido del humor al expresar nuestras experiencias al contactar con el tema del género puede ser útil.

7.-Otros obstáculos en la formación

No queremos dejar de mencionar obstáculo que hemos encontrado en todas las ediciones de formación de formadores/as sobre VPM.

El 10% de prevalencia de VPM en población general se cumplió en los tres grupos. Una de las dificultades que se encontró fue que entre las participantes en los cursos apareció ese 10% de mujeres que sufre maltrato por parte de sus parejas o ex parejas como recogen las encuestas de población general. El abordaje resultó enriquecedor pero muy complejo porque, dada la metodología utilizada, el aspecto vivencial-emocional fue especialmente duro para las mujeres profesionales que revelaron su vivencia de maltrato previa. Quizá se pecó de cierta ingenuidad al no haberlo previsto, sobre todo a partir de la segunda edición.

Se cita una de las expectativas de una persona del tercer grupo por parecernos muy interesante:

Conozco de primera mano el fenómeno de la violencia, creo poder transmitir de forma eficaz qué siento, qué puede sentir una mujer que sufre violencia; y como profesional creo saber qué necesidades siente el equipo al que voy a formar. La cuestión es cómo.

Trabajar desde la pedagogía activa

La educación de personas adultas difiere de la de las niñas, niños y jóvenes, ya que, entre otras cosas, los procesos de aprendizaje son distintos. Es habitual encontrar en la formación continuada en ciencias de la salud el método de lecciones magistrales, sin preguntarse por la efectividad del mismo ni por las consecuencias sobre las personas a las que va dirigido el proceso formativo. Sin embargo, cada vez se demuestra más que la persona adulta aprende aquello que le es significativo, aprende del intercambio con sus pares, construye su aprendizaje en situaciones que le son significativas (constructivismo)⁵.

El conocimiento es una construcción del ser humano y no una copia de la realidad. Esta construcción es social: se construye conocimiento por interacción con otros, se crean "constructos" sociales con significado compartido. En el caso de la salud en relación a las desigualdades de género y la violencia hacia las mujeres el condicionamiento de los aprendizajes y experiencias previas por la construcción social de género es claro, aunque tomar conciencia de ello resulte, en ocasiones, complicado. Si en el proceso educativo no se tienen en cuenta estos preconceptos y se ayuda a su reelaboración es poco probable que se desarrollen aprendizajes que lleven a una actuación profesional adecuada ante el problema de la violencia de pareja hacia las mujeres.

La siguiente tabla muestra un proceso de enseñanza-aprendizaje eficaz para la consecución de aprendizajes significativos:

5.- Cerezo Sánchez, Paco: *Modelos de aprendizaje aptos para adultos*. www.formador.org, septiembre 2008.

Antes de empezar

1. CONOCER Y EXPRESAR SU SITUACIÓN: INVESTIGAR LA REALIDAD. Experiencias, conocimientos, valores, creencias, habilidades...
2. PROFUNDIZAR EN ELLA. Desarrollar y reorganizar conocimientos Analizar diferentes aspectos Reflexionar sobre el área emocional
3. ACTUAR Y AFRONTAR SU SITUACIÓN. Desarrollar recursos y habilidades Tomar decisiones. Decidir la acción sobre su realidad Experimentarlas en la realidad Evaluarlas

Fuente: Tomado de Pérez Jarauta, M^ªJ; Echaurri, M:
Aprendizaje significativo. Educar en Salud.
Gobierno de Navarra, 1998.

Se trata, en definitiva, de enseñar a aprender. Entender el aprendizaje como un proceso activo y participativo requiere una propuesta metodológica congruente. Por ello se parte del modelo constructivista del aprendizaje significativo y de la pedagogía por descubrimiento. Se muestran a continuación diversas características de la propuesta metodológica de esta guía, que se ha aplicado tanto en los cursos de formación de formadores y formadoras y posteriormente puesto en práctica por el equipo de formadoras en la formación continuada en Equipos de Atención Primaria:

<p style="text-align: center;">Aspectos generales</p> <p>⇒ Lo prioritario es el aprendizaje: la persona aprende desde sus experiencias, vivencias y modelos cognitivos previos, reorganizándolos y modificándolos ante nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo. Esta teoría básica sobre el aprendizaje es la del "aprendizaje significativo".</p> <p>⇒ La salud es subjetiva, biopsicosocial y un recurso para la vida. Se afrontan las necesidades educativas de los temas o problemas de salud.</p>
<p style="text-align: center;">Objetivos</p> <p>⇒ Se formulan respecto a las áreas de la persona: cognitiva (pensar), emocional (sentir) y de las habilidades (hacer).</p> <p>⇒ Se refieren a aprendizajes, están concretamente definidos y son evaluables, de manera cuantitativa o cualitativa.</p> <p>⇒ Un objetivo implícito sería el fomento de la autonomía como finalidad de la educación y del desarrollo.</p>
<p style="text-align: center;">Contenidos</p> <p>⇒ El contenido es todo aquello sobre lo que se trabaja, tanto contenidos sanitarios o biológicos como psicosociales, tanto los comportamientos en salud y la construcción de género, como los factores con ellos relacionados: experiencias, habilidades, valores y creencias...</p> <p>⇒ Una parte del contenido lo aporta quien educa y otra las y los educandos. Se centran en afrontar las situaciones reales en la práctica, en este caso, de la formación de profesionales sanitarios y del manejo de la VPM desde los servicios sanitarios, que pueden tener varias alternativas de solución: no siempre existe una sola "respuesta correcta".</p> <p>⇒ Se trabaja en temas objeto de la motivación y necesidades de las personas en formación.</p>

Métodos y Técnicas. Recursos didácticos

- ⇒ Son métodos y técnicas inductivos (que parten de la experiencia de las y los discentes) y activos (con participación de quien se educa).
- ⇒ Existen varios grupos de métodos y técnicas didácticas según los objetivos de aprendizaje que se pretendan lograr: 1. De expresión o investigación en aula, 2. Expositivos, 3. De análisis, 4. De desarrollo de habilidades y 5. Otros
- ⇒ Se utiliza una combinación de métodos y técnicas de los distintos grupos para responder a los distintos objetivos y atender a los diversos "estilos de aprendizaje" de quien se educa.
- ⇒ Se usan el máximo de recursos didácticos de apoyo (visuales, sonoros, audiovisuales...) útiles al aprendizaje y a las técnicas educativas
- ⇒ Se realizan varias sesiones o consultas educativas grupales de número y tiempo variable, según las necesidades educativas del alumnado.

Rol educativo y relaciones

- ⇒ Básicamente se trata de un rol de ayuda, facilitación y apoyo, más que de experto/a, posibilitando a los y las discentes unas experiencias y un clima de relaciones útiles al aprendizaje.
- ⇒ Las relaciones entre la persona con rol de educadora y la de educando no son de autoridad ni de subordinación, sino de "autoridad de servicio o de apoyo" ,como rol, y de paridad como personas.
- ⇒ Se pretenden climas de relación "tolerante" basados en actitudes de quien educa de aceptación, flexibilidad, cercanía y orientación (más que de juicio y control). Se requieren un conjunto de habilidades personales, sociales y de manejo de metodologías pedagógicas.
- ⇒ Las alumnas y alumnos son personas sociales que aprenden del resto del grupo. Se trabaja en diferentes agrupaciones. La comunicación es bidireccional y multidireccional.

Programación y evaluación

- ⇒ Los contenidos y metodología de las sesiones educativas se programan para afrontar las necesidades de aprendizaje.
- ⇒ Las etapas de la programación educativa, provenientes de la educación y de la salud pública, son: 1. Análisis de las necesidades educativas 2. Objetivos y contenidos, 3. Metodología y 4. Evaluación.
- ⇒ Se evalúan los resultados educativos (objetivos específicos de aprendizajes en conocimientos, actitudes, habilidades...), así como los elementos relacionados con su logro: los procesos y la estructura desarrollados.
- ⇒ Se realizan evaluaciones tanto continuada como final, a través de técnicas e instrumentos tanto cuantitativos como cualitativos.

Fuente: Modificado de Pérez Jarauta, M^ªJ; Echaurri, M: *Información, Educación y Educación para la Salud; Educación para la Salud desde la Pedagogía Activa y la Salud biosicosocial. Educar en Salud. Gobierno de Navarra, 1998*

A continuación se muestra una clasificación de algunos de los métodos y técnicas educativas empleados para conseguir aprendizajes significativos en sus diferentes etapas. Para su desarrollo se emplearán diferentes recursos didácticos de apoyo en las distintas sesiones. Estas técnicas son combinadas en algunas ocasiones por técnicas que provienen de la educación popular y no formal, como juegos de conocimiento grupal, de confianza, de manejo de conflictos, teatro-imagen, etc.

PROCESO DE APRENDIZAJE	MÉTODOS GRUPALES
<p>Investigar la realidad</p>	<p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN EN AULA</p> <p>Se utiliza fundamentalmente al inicio de una actividad educativa y al comenzar un nuevo bloque de contenidos.... Facilita al grupo la expresión, organización y puesta en común de sus puntos de partida: experiencias, vivencias y conocimientos previos.</p> <p>Permite a los y las educadoras explorar los conocimientos previos, detectar resistencias y actitudes favorables, conocer las experiencias de partida en relación al tema, reconduciendo la actividad formativa si es preciso.</p>
<p>Reorganizar informaciones</p>	<p>MÉTODO DE EXPOSICIÓN</p> <p>Se emplea para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos, informaciones, modelos, teorías o estudios. Aborda sobre todo los conocimientos, hechos y principios dentro del área cognitiva, aunque también, en parte, las habilidades cognitivas.</p>
<p>Analizar y reflexionar</p>	<p>MÉTODO DE ANÁLISIS</p> <p>Se usa sobre todo para analizar la realidad y sus causas, cuestionar valores, actitudes y sentimientos, etc. Aborda las habilidades cognitivas (de análisis, síntesis, valoración de situaciones, etc.) y también el área emocional, contribuyendo a trabajar actitudes, valores y sentimientos.</p>

TÉCNICAS GRUPALES

Tormenta de ideas. Se pide a las personas que integran el grupo que en una o dos palabras expresen una idea o significado que para ellas tiene una palabra o frase dada: "violencia", "género". Se recoge y devuelve al grupo un resumen.

Phillips 66. Se divide al grupo en grupos pequeños de 6 personas. Durante un minuto cada una podrá expresar ideas en relación a un tema mientras el resto del grupo escucha: barreras para detectar la violencia de pareja en consulta, efectos sobre la salud de la violencia. Una persona de cada grupo controla el tiempo y recoge fielmente las ideas de cada integrante del grupo para ponerlas posteriormente en común. El objetivo no es discutir, sino que todas las personas expresen su idea respecto a un tema. Se hace una puesta en común de los grupos pequeños y una síntesis final.

Rejilla. En grupo grande, grupo pequeño o individualmente, se trabaja sobre la rejilla diseñada (un enunciado y dos o tres partes sobre una hoja: Efectos de la violencia en la salud: física, sexual, psicológica, social...). Se recoge y devuelve al grupo un resumen.

Cuestionario. Se pide trabajar sobre un cuestionario de respuestas abiertas o cerradas de forma individual, por parejas o en pequeños grupos. Se pone en común, si procede. Se sistematiza y se devuelve al grupo lo trabajado.

Fotopalabra. Sobre un tema dado por parejas, en grupo pequeño o grande, cada persona escoge una imagen o foto entre las que se presentan explicando por qué la ha elegido. Otra posibilidad es expresar qué les sugiere una imagen o foto dada en una palabra o frase. Favorece la expresión de emociones o vivencias.

Lección participada. Se realiza una exposición sobre un tema planteando preguntas que permitan expresar conocimientos y experiencias previas, y completando la información obtenida. Se permite la discusión, aclaración de dudas durante el proceso.

Lectura con discusión. Se propone leer de forma individual un documento escrito (folleto, artículo, fichas...) con información sobre un tema y luego, si procede, se discute en pequeños grupos. Puesta en común y discusión en grupo grande. Lo mismo puede hacerse tras escuchar una exposición o visualizar un video.

Caso. Historia con preguntas. Se pide al grupo que analice el caso (de forma individual, parejas, grupos pequeños...) guiándose con las preguntas. Puesta en común y discusión. Resumen y conclusiones. Puede ser una historia escrita, escenificada, en vídeo...

Análisis de texto u otros materiales. Texto con guion de preguntas. Generalmente se realiza en grupos pequeños, a los que se les pide que analicen el texto, discutan y respondan a las preguntas. Puesta en común y discusión. Resumen y devolución al grupo de las conclusiones. Se pueden analizar también canciones, audiovisuales, etc.

<p>Desarrollo y entrenamiento en habilidades</p>	<p>MÉTODO DE DESARROLLO DE HABILIDADES</p> <p>Especialmente útil para entrenarse en habilidades concretas (psicomotoras, personales y sociales) y para desarrollar la capacidad de actuar, de comportarse en situaciones reales. Trabaja fundamentalmente el área de las habilidades o aptitudes, psicomotoras, personales y sociales. También el área emocional permitiendo trabajar las actitudes y sentimientos despertados en las simulaciones y dramatizaciones.</p>
---	--

Demostración con entrenamiento. Se explica y a la vez se realiza una determinada habilidad de intervención. Posteriormente se pide al grupo que la realice. El docente monitoriza su realización. También puede hacerse una demostración a partir de audiovisuales.

Simulación operativa. Se explica una habilidad. Se trabaja su aplicación en una o varias situaciones reales o ficticias, valorando su realización conforme a los criterios explicados.

Pecera. Se divide el grupo en 4 ó 5 grupos pequeños (de unas 4 ó 5 personas cada grupo). Si lo creemos oportuno, antes de formar la pecera, éste es el momento de realizar un trabajo en grupo pequeño previo para prepararse. Formación de la pecera: cada grupo pequeño elige una persona como portavoz y esos portavoces forman un corro. Detrás de cada portavoz se coloca su grupo pequeño, en una forma que les permita hablar entre ellos sin tener que levantar mucho la voz. Se inicia un debate, o una simulación o la tarea grupal que programemos. La clave de participación es que hablan solo las personas portavoces y que las que están detrás pueden participar para aportar al debate o a la simulación de dos formas. Bien parando el tiempo y pidiendo a su portavoz que se dé la vuelta, hablen unos segundos y retomen o reconduzcan la tarea o bien comunicándose con su portavoz mediante papeles con una breve frase que ayude a seguir la tarea. También la persona dinamizadora puede pedir parar y que los y las portavoces se vuelvan al grupo, pidan ayuda y se continúe. La duración es marcada por la persona dinamizadora. Lo aconsejable es que dure entre 20 y 30 minutos. Las paradas dependerán de la atención grupal, de si se bloquea el debate o la simulación, de la participación, etc.

Rol playing. Se explica una o varias habilidades para la intervención desde Atención Primaria ante la VPM (detección, valoración, intervención) o bien para dinamizar una técnica educativa. Una pareja o una parte del grupo trata de aplicarla en una escenificación de roles que se correspondan o no con los suyos en la vida real. El resto observa su desarrollo. Se señalan aspectos positivos y a mejorar, se analiza la intervención. Puesta en común, sobre lo observado respecto al modelo teórico y su aplicación real.

Rol playing enriquecido. Las dramatizaciones pueden enriquecerse con el empleo de técnicas provenientes del psicodrama (espejo, yo auxiliar, cambio de roles, soliloquio...) De esta forma se favorece trabajar el área emocional que implica el desempeño del rol. En el anexo de presentaciones hemos incorporado una de Rafael González Menéndez y Cristina Anchustegui del Instituto Español de Psicodrama que desarrolla más cada una de estas técnicas (**Ver Role Playing_docencia en Anexo presentaciones**)

Fuente: Reelaboración propia a partir de Pérez Jarauta, M^ªJ; Echaurri, M:
Métodos y técnicas grupales dirigidas al aprendizaje. Educar en Salud.
Gobierno de Navarra, 1998.

Antes de empezar

Dentro de los recursos precisos para este desarrollo metodológico participativo resulta esencial el rol de observación, y en algunos casos, se precisa de dos personas para poder dinamizar adecuadamente las técnicas o dinámicas propuestas. Por ello la presencia de dos educadores/as en todas las sesiones es necesaria para aplicar de forma adecuada el método y la evaluación del proceso.

Conviene hacer un guion de cada sesión flexible y adaptado al grupo. No es lo mismo trabajar con pedagogía participativa con un grupo de 25 que de 15. Para nosotras el tamaño ideal está entre 15 y 20 personas. Nuestras sesiones fueron de 4 horas con un descanso de 15 a 20 minutos. El guion nos permite manejar los tiempos.

En un curso con Fina Sanz aprendimos que el cuidado grupal es importante. Una de las ideas para ponerlo en práctica que se nos ocurrió fue que de forma organizada lleváramos un pequeño tentempié, y/o una canción o unos estiramientos para el descanso.

Comer y beber algo para retomar fuerzas todo el grupo junto favoreció la relación y el conocimiento entre las personas del grupo. También así se incluye y responsabiliza al mismo grupo discente en la tarea del cuidado, así como se da la oportunidad de compartir habilidades.

Te aconsejamos que te marques aquellos contenidos que consideres son IMPRESCINDIBLES EN CADA SESIÓN. En nuestra experiencia, tener que recuperar cada día lo que no vimos la sesión anterior nos retrasó y en algún curso fuimos acumulando y recortando los contenidos. Conviene ir lo más al día posible y encontrar el equilibrio entre la participación grupal y la tarea que nos ocupa que es la de formar un grupo de formadores/as en violencia.

Un programa de formación de formadores/as en un tema complejo como el de la violencia de pareja hacia las mujeres ha de contar con la presencia de colaboraciones docentes de otros ámbitos y disciplinas con experiencia especializada que permitan trabajar con otras claves en las tres áreas del aprendizaje. Es importante cuidar el proceso para que estas incorporaciones docentes no supongan una ruptura metodológica del proceso educativo. Por ello, conviene conocer la metodología educativa de las personas colaboradoras, hacerlas partícipes del proceso, integrar su intervención de forma apropiada en las sesiones, y acompañar éstas con la presencia de alguna persona del equipo educador habitual, que permita tanto orientar sobre la situación grupal, como identificar posibles situaciones o conflictos a abordar, bien sea en ese momento o a posteriori.

¿Qué contiene esta guía?

La Guía tiene dos partes fundamentales: **Antes de empezar**, una introducción en la que se incluye este texto que encuadra el porqué trabajar desde la perspectiva de género y desde la pedagogía activa y otra parte que incluye los centros temáticos.

Hay cuatro centros temáticos: **Género y violencia**, **Violencia de pareja hacia las mujeres y salud**, **Detección, valoración e intervención** y **Autocuidado de los y las profesionales**.

Cada centro temático consta de dos apartados: **centrándonos en el tema** y **diseñando el programa**. En el primer apartado se incluye una breve introducción teórica de los puntos clave y en el segundo, los objetivos y contenidos y el menú de actividades con los materiales didácticos.

En cada centro temático hemos recogido nuestras reflexiones en torno a distintos aprendizajes derivados de la experiencia de formación en la Comunidad de Madrid, que pueden ser útiles al desarrollar otros programas formativos en el futuro o en otras regiones.

Centro temático I

GÉNERO Y VIOLENCIA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

CENTRÁNDONOS EN EL TEMA

La socialización de género. Factores determinantes de la identidad masculina y femenina. Consecuencias de la desigualdad

- 1.-El concepto de género
- 2.-La socialización de género
- 3.-Consecuencias de la desigualdad
- 4.-Subjetividad femenina
- 5.-Subjetividad masculina
- 6.-El ideal del amor romántico y la violencia.
- 7.-Roles, prejuicios, estereotipos de género e ideología de género

El enfoque de género para la comprensión del fenómeno de la violencia

- 1.- La construcción de la violencia: diversas teorías
- 2.- Influencia del género de los y las profesionales sanitarios en la comprensión y actuación profesional frente a la VPM

Caracterización de la VPM: conceptos básicos

- 1.- Definición
- 2.- Tipos de violencia
- 3.- El ciclo de la violencia
- 4.- Elementos clave de los malos tratos
 - 4.1.- Características de los malos tratos en la pareja
 - 4.2.- Dificultades para salir de una situación de violencia

Actitudes y comportamientos que caracterizan a los hombres que agreden: estrategias defensivas que utilizan para exculparse de sus actos.

- 1.- Micromachismos
- 2.- Las siete "P" de la violencia de los hombres
- 3.- Conducta del hombre que maltrata
- 4.- Lo que no hay que hacer
- 5.- Orientaciones para el manejo del hombre que maltrata

DISEÑANDO EL PROGRAMA

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Para intentar comprender el fenómeno de la violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) nos parece imprescindible profundizar en el enfoque de género. Para ello intentaremos aclarar una serie de conceptos básicos en torno al género que nos ayudarán a comprender la situación de partida de hombres y mujeres y sus relaciones interpersonales.

Nuestro propósito, inabarcable en una introducción dada la complejidad del tema, sería proporcionar a las y los docentes en VPM las herramientas básicas teóricas para poder transmitir a las y los discentes cómo la teoría de género nos permite entender dónde se sustenta la violencia, qué caminos transita la mujer que sufre maltrato y cuáles son las estrategias de control y daño que ejercen los hombres que maltratan.

También daremos algunas pinceladas sobre cómo influye la perspectiva de género en el análisis la salud. Se desarrollará más en el centro temático 2: **Violencia de pareja hacia las mujeres y salud**.

Se trabajarán también los contenidos relacionados con el enfoque de género para comprender el fenómeno de la VPM, los conceptos básicos sobre la violencia, imprescindibles para su abordaje clínico, y las actitudes y comportamientos del hombre que maltrata.

**Centrándonos
en el
tema**

La socialización de género. Factores determinantes de la identidad masculina y femenina. Consecuencias de la desigualdad.

1.- Concepto de género

En los años setenta del siglo pasado se separaron los conceptos de sexo y género en un intento de discernir qué parte es biología y qué parte es cultura en la construcción identitaria de hombres y mujeres. Esta separación entre biología y género ha sido lo que ha permitido pensar que la posición de subordinación social en que se coloca a las mujeres no es su lugar natural, sino un espacio asignado por la cultura patriarcal dominante.

Hay diferentes definiciones del concepto de género, pero en todos los casos se refieren tanto a las ideas y representaciones como a las prácticas sociales de hombres y mujeres que implican una diferenciación de espacios y funciones sociales y una jerarquización en cuanto al acceso al poder en función del sexo de las personas.

En la antropología feminista estas diferencias en función del sexo se explican partiendo de la idea de que las sociedades se estructuran como sistemas de género, sistemas de poder y estructuras complejas, con áreas fundamentales dentro de los mismos: las relaciones de poder, las de producción y la configuración de las emociones¹.

Entendemos por género el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencia a hombres y mujeres a través de un proceso que se construye socialmente y que tiene varias características:

1.-Cfr. ESTEBAN, Mariluz: "EL género como categoría analítica" en MIQUEO, Consuelo *et al.* *Perspectivas de género en salud*. Madrid. Minerva Ediciones. 2001.

En primer lugar, es un proceso histórico que se desarrolla en diferentes niveles como son el estado, las relaciones laborales, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y, en general, a través de las relaciones interpersonales.

En segundo lugar, este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor².

Conviene destacar que el concepto de género es:

- ⇒Dinámico: no es estático o rígido puede variar a lo largo de una vida.
- ⇒Relacional: una parte muy importante de las desigualdades de género se entiende en el espacio relacional entre los géneros.
- ⇒Jerárquico: los valores considerados o atribuidos al género masculino se consideran de más valor y los que se atribuyen al género femenino se consideran de menor valor.
- ⇒Histórico: lo que se entiende por ser mujer o ser hombre es diferente en función también del momento histórico
- ⇒Contextual: varía en función de la edad, la clase social, la etnia.
- ⇒No dicotómico. Actualmente vivimos un contexto histórico en el que el género se considera un continuo, sin dos géneros claramente delimitados. Esta forma de entender el género permite incluir a las personas con estados intersexuales y a las personas *queer*³.



2.- La socialización de género

Cada hombre y cada mujer interioriza de forma personal, en el proceso conocido como socialización de género, unos mandatos de género que no siempre son explícitos. Es decir, no hay una única forma de "ser mujer" o ser "hombre". La etnia, la clase social, el medio rural o urbano, la convivencia conyugal, tener o no tener descendencia, o las orientaciones sexuales son otras categorías responsables de la heterogeneidad dentro de la categoría "mujer" u "hombre".

La socialización de género se desarrolla a nivel macro y a nivel micro. A nivel micro a través de la educación, tanto en el ámbito familiar como en el ámbito escolar e

2.-Cfr. Lourdes Benería "¿Patriarcado o sistema económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos", en AMORÓS, C. *et al. Mujeres: ciencia y práctica política*. Madrid. Debate. 1987.

3.-La Teoría Queer critica las clasificaciones sociales de la psicología, la filosofía, la antropología y la sociología tradicionales, basadas habitualmente en el uso de un solo patrón de segmentación -sea la clase social, el sexo, la raza o cualquier otra- y sostiene que las identidades sociales se elaboran de manera más compleja como intersección de múltiples grupos, corrientes y criterios.

En el campo del sistema sexo-género, la Teoría Queer sostiene que la identidad y la orientación sexual de las personas, lo mismo que su género, son una construcción social. Por lo tanto, esta teoría rechaza el esencialismo que supone afirmar que los sexos son solo dos y están biológicamente predeterminados y propone la existencia de múltiples roles sexuales.

informal entre iguales. A nivel macro a través de los medios de comunicación, las leyes, la religión...

En los procesos de construcción identitaria de las mujeres de final del siglo XX e inicio del XXI, podemos destacar dos características: la diversidad y la transición. Diversidad, como reflexiona Marcela Lagarde en su obra *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*, entre las mujeres frente a las representaciones simbólicas y normativas del ser mujer y entre los mandatos trazados y la experiencia vivida. Y transición entre lo que se conserva del antiguo rol más tradicional y lo cambiante que va definiendo nuevas formas de ser mujer.

En el caso de los hombres también se vive un proceso de cuestionamiento del rol de género masculino. Dentro de este proceso de cuestionamiento de los roles tradicionales, tanto el de las mujeres como el de los hombres, puede insertarse la aparición -a principios de los años setenta en los países nórdicos y algo más de una década después en España- de los llamados grupos de hombres igualitarios. En estos grupos, los hombres reflexionan sobre el papel del hombre en una sociedad que pretende superar la desigualdad y, en relación con el tema que aquí nos ocupa, en qué medida está presente en la VPM la tensión que se produce debido al general cuestionamiento del papel tradicional del hombre en nuestra sociedad.

Globalmente la feminidad o masculinidad, lo que se entiende por ser mujer u hombre, tendrían una serie de características que se "aprenderían" en el proceso de socialización.

Feminidad:

- ⇒Centrada en la demostración de los afectos.
- ⇒Centrada en la creación, cuidado y mantenimiento de las relaciones afectivas.
- ⇒Postergación y desconocimiento de los deseos propios.
- ⇒Evaluación de los problemas en forma de responsabilidades.
- ⇒Papeles de sumisión.
- ⇒Centrada en lo vincular, lo afectivo y las relaciones humanas.
- ⇒Esfera de lo privado.

Masculinidad:

- ⇒Centrada en la represión de los afectos y la empatía.
- ⇒Se potencia la agresividad y la competitividad.
- ⇒Centrada en el poder, la imposición y el control.
- ⇒Se evalúan los problemas en forma de derechos.
- ⇒Actitudes de peligro y lucha.
- ⇒Miedo a poner en duda su masculinidad.
- ⇒Esfera de lo público.

En antropología se comenzó definiendo a los hombres y a las mujeres por medio de oposiciones dicotómicas:

Mujeres	Hombres
Naturaleza	Cultura
Doméstico	Público
Sentimiento	Razón
Reproducción	Producción

En la antigüedad se consideraba a las mujeres como dueñas y depositarias de la vida en razón de la idealización que suponía el misterioso proceso de la gestación y el alumbramiento. Por extensión, se consideraba a la mujer como algo oscuro, enigmático y misterioso.

En nuestra sociedad de tradición cristiana ha sido la imagen/modelo de la Virgen María quien ha ejemplificado los valores y características que habían de estar presentes en las mujeres: buenas madres, asexuadas, sacrificadas, puras y siempre disponibles. Este modelo llevaba, entre cosas, a una desvalorización e incluso sanción de las relaciones sexuales, solo aceptables si estaban encaminadas a la reproducción.

Algunas historiadoras feministas hablan de cuatro hitos importantes que se consideran claves para explicar el cambio revolucionario que supuso el inicio de la incorporación de las mujeres al espacio público:

- ⇒ El inicio de la Revolución Industrial. En este período las mujeres se incorporaron masivamente al trabajo asalariado fuera de sus casas. Sufrieron una gran explotación, pero tuvieron autonomía económica.
- ⇒ Las dos guerras mundiales, que supusieron que las mujeres se hicieran cargo de la mayoría de los sectores productivos tanto en el mundo rural como en el urbano.
- ⇒ La lucha por el derecho a ejercer el voto que se dio en muchos países durante el primer tercio del siglo XX. Esta lucha tuvo el efecto asociado de provocar una revolución simbólica, ya que se valoró a las mujeres por otras capacidades que iban más allá de su rol tradicional vinculado a la reproducción y porque hizo patente su derecho a decidir sobre sus propias vidas.
- ⇒ La popularización del uso de métodos anticonceptivos eficaces que posibilitó la planificación familiar y permitió a las mujeres decidir sobre su propia maternidad.

Estos procesos no han sido igual de rápidos en todas partes -hasta hace no muchos años en España las mujeres eran sujetos de tutela: no podían trabajar sin el consentimiento de su marido a mediados de los años sesenta; no podían tener propiedades a su nombre ni abrir una cuenta corriente- y en algunos lugares aún ni siquiera han llegado.

Junto con otros factores, en el rol femenino tradicional se exaltan la maternidad y la dedicación a la familia y el hogar. Y eso determina una división sexual del trabajo en trabajo productivo (el que realizan los hombres, relacionado con la provisión) y el trabajo reproductivo (el que realizan las mujeres, relacionado con las tareas de cuidado y mantenimiento de la vida). Y ha tenido como efecto la división de este mundo en dos espacios: uno público, ocupado por los hombres, y otro privado, ocupado por las mujeres.

En el siglo XX Soledad Murillo, en su libro *El mito de la vida privada*⁴, reconceptualiza estos dos términos y añade un nuevo espacio al que denomina el mundo doméstico, un espacio real que ocupan las mujeres y que la autora diferencia del mundo privado. Esta autora entiende el mundo privado como el espacio de desarrollo de la individualidad (ámbito de estudio, lectura, soledad para reflexionar...), un espacio no ocupado por las mujeres sino por los hombres. La domesticidad conlleva la negación de un tiempo y un espacio propios. El mundo doméstico es un espacio en el que el cuidado del otro está por encima del propio interés y que impide la construcción de

4.-MURILLO, Soledad: *El mito de la vida privada*. Siglo XXI Editores, 2006

la individualidad. Este mundo doméstico sufre de un nulo reconocimiento social que contribuye al silenciamiento y la invisibilización de las mujeres y a que éstas tengan una devaluada percepción de sí mismas.

La división sexual del trabajo y la desvalorización asociada del trabajo doméstico/reproductivo, ha provocado en las mujeres procesos de ambivalencia y ambigüedad respecto del lugar que deben ocupar en el mundo.

En la sociedad contemporánea muchas mujeres niegan sus propios deseos y se debaten entre una búsqueda incansable del equilibrio entre manejar la realidad externa y la tolerancia a la frustración, los límites que impone la vida y el no perder la capacidad lúdica, creativa, la ilusión.

La publicidad, el cine o la literatura proyectan una imagen de una mujer que "hace postres" después de su doble jornada -laboral y doméstica-, lleva a sus hijas e hijos a múltiples actividades extraescolares, es profesionalmente valiosa, activa -hace deporte dos veces a la semana-, atractiva físicamente y se cuida -no fuma y bebe mucho agua-. Imagen que resulta letal para la mayoría de las mujeres que no pueden -y algunas no quieren- ajustarse a ella. Imagen que empobrece y frustra por lo altísimo del ideal propuesto ya que resulta inalcanzable para la mayoría de las mujeres.

En este proceso de socialización hay una serie de valores que se asocian a lo masculino como son: fortaleza, autonomía, seguridad, valentía, actividad, agresividad, rapidez, objetividad, frialdad y competitividad. Y valores que se atribuyen a lo femenino: ternura, cuidado, paciencia, fragilidad, subjetividad, mesura, comprensión, disponibilidad y emotividad. Este proceso, a su vez, genera normas, no siempre explícitas, y en muchas ocasiones ocultas y no verbalizadas, sobre qué hay que pensar, sentir o hacer para ser reconocido socialmente como hombre o mujer.

Así, existirían unos mandatos de género que en el hombre llevan a ser proveedor, no expresar los sentimientos y a construir su identidad desde el privilegio. Es lo que Luis Bonino⁵ denomina la visa oro que se entrega a todo hombre al nacer y de la que nadie en su sano juicio se desprendería voluntariamente. Esta situación de privilegio favorece, por lo general, en los hombres la sensación de omnipotencia y de independencia.



Estos mandatos de género llevan a la mujer a asociar su identidad con la maternidad, con el ser buena, a construirse como un ser en relación, a cuidar y cuidarse y a que el amor sea el gran asunto de su vida. Potencian en ella, por tanto, la sensación de dependencia emocional y de impotencia.

A modo de resumen la construcción sociocultural de género impondría a las mujeres construirse como:

- ⇒ Seres para los otros y cuerpo para los otros: ser buenas y estar buenas
- ⇒ Incompletas, con la necesidad de procesos de fusión/separación en sus relaciones de pareja.
- ⇒ Sincréticas entre los valores más tradicionales de género y los de la modernidad

5.- Cfr. BONINO, Luis: Conferencia pronunciada en la Agencia Laín Entralgo, Madrid. 18 de mayo de 2009.

- ⇒ Superwomen, con un gran cansancio vital por no llegar nunca a las altas expectativas impuestas y autoimpuestas.
- ⇒ Ambivalentes en el terreno sexual: pasivas y activas al mismo tiempo.

Por lo tanto, en el momento actual, se da una lucha entre los valores modernos y tradicionales y nos encontramos con un rol de transición (como lo denomina Marcela Lagarde⁶) que genera tensión y culpabilidad.

Los mandatos no explícitos del género masculino serían la obligatoriedad de la competitividad y el triunfo, la impulsividad y la no expresión de los sentimientos, la negación del autocuidado, la violencia vinculada a la acción, la asertividad y la sexualidad de asalto. Estos mandatos conducen al control y poder sobre los demás, en este caso las mujeres, con sentimientos de autosuficiencia y autoridad sobre las mujeres. Con la contradicción, descrita por Ana Távara⁷, de que realmente la dependencia afectiva también sería algo masculino, pero no expresado ni reconocido.

La sociedad sanciona gravemente a cualquier persona que transgreda la norma establecida en función del género que se le ha asignado.

Mujeres y hombres (teniendo en cuenta en la actualidad la importancia del continuo de género) son diferentes pero no deberían ser desiguales. El análisis desde la perspectiva de género nos permite desvelar las desigualdades entre hombres y mujeres y señalar que las diferencias de poder entre unos y otras conllevan a la subordinación, real y simbólica, de las mujeres y a la discriminación por el uso perverso del poder. Perverso porque actúa con la fuerza de lo oculto, de lo no explícito.



3.- Consecuencias de la desigualdad

Como comentamos en el primer apartado, en el concepto de género la jerarquización de los valores es un elemento clave. Se da más valor a los atribuidos al sexo masculino, y, al mismo tiempo, se produce una invisibilización de las mujeres. Estos dos factores son fundamentales para comprender el mecanismo que sustenta la desigualdad entre hombres y mujeres. La diferencia es algo obvio, lo que no es admisible es la desigualdad. Esa desigualdad se traduce, a un nivel puramente cuantitativo, en salarios desiguales por el mismo trabajo, desigual dedicación al trabajo doméstico y al ocio, desigual descanso, etc.

De la *Encuesta anual de estructura salarial 2008*, elaborada por el INE, podemos destacar algunos datos que ilustran estas desigualdades:

- ⇒ La ganancia media anual total en los hombres es de 24.203,33 euros y en mujeres es de 18.910,62. No hay diferencias entre comunidades autónomas: en

6.- Cfr. LAGARDE DE LOS RÍOS, Marcela: *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid, Horas y horas, 2001.

7.- Cfr. TÁVORA, Ana. Ponencia presentada en el *XII Seminario Autoformación de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud*. Barcelona, 29 de octubre de 2010.

todas hay diferencias entre los salarios de hombres y mujeres.

⇒ En todos los sectores: industria, hostelería, administraciones públicas, transporte, actividades inmobiliarias, actividades profesionales y científicas, educación, servicios, sanidad, hay diferencias salariales que van de los 6.000 a los 1.000 euros.

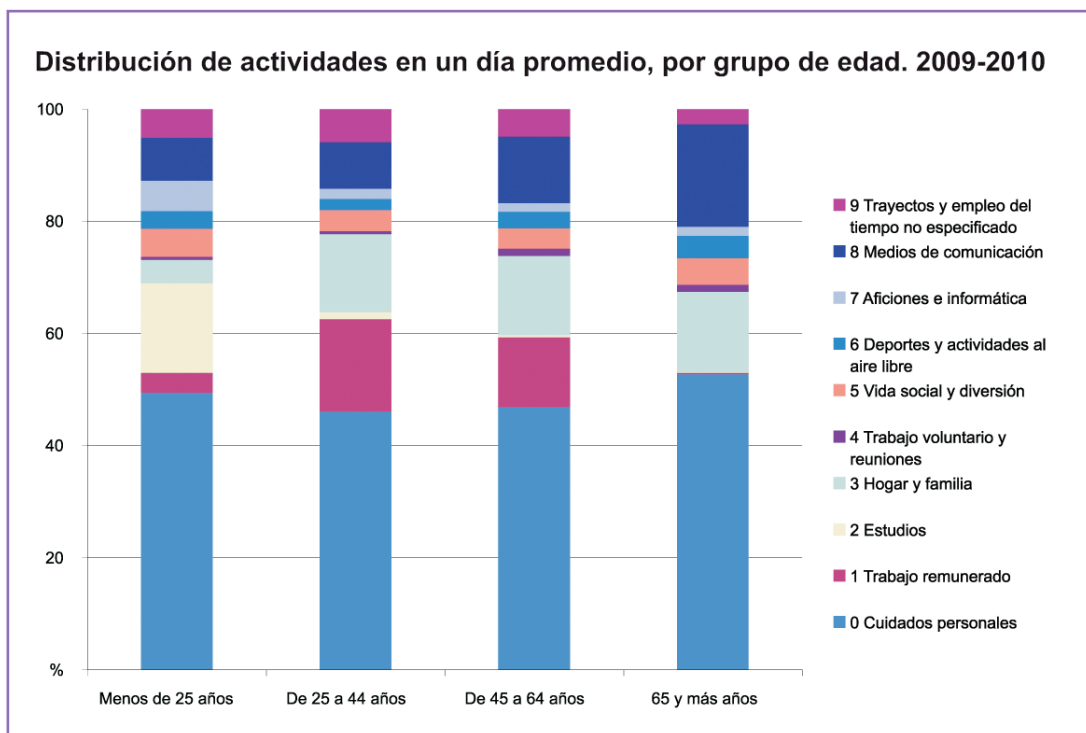
⇒ También en los puestos directivos y en las gerencias de empresas hay diferencias de hasta 15.000 euros.

⇒ La ganancia por hora de trabajo es también desigual en todos los sectores y comunidades autónomas. Por ejemplo, a nivel estatal, en industria 15,21 euros en hombres, frente a 11,79 en mujeres; en servicios 14,94 euros frente a 12,26⁸.

En cuanto al tiempo dedicado al trabajo doméstico en la *Encuesta de empleo del tiempo 2009-2010*, también del INE, se recoge que, en su conjunto, las mujeres dedican cada día dos horas y cuarto más que los hombres a las tareas del hogar. No obstante, hay que señalar que durante los últimos siete años los varones han reducido esta diferencia en 45 minutos.

El 92,2% de las mujeres realizan tareas domésticas y se ocupan del cuidado de niños, ancianos y dependientes (durante casi cuatro horas y media al día), frente al 74,4% de los hombres (cuya dedicación promedio a esta actividad es de dos horas y media). Dados estos resultados, podemos colegir que hay más hombres que participan en actividades de tiempo libre y durante más tiempo, especialmente en deportes y actividades al aire libre, y en aficiones e informática.

Aunque en su conjunto los hombres trabajan una hora más que las mujeres, la dedicación por parte de las mujeres al hogar y a la familia supera en más de dos horas la de los hombres (cuatro horas frente a casi dos de los varones). Por tanto, las muje-

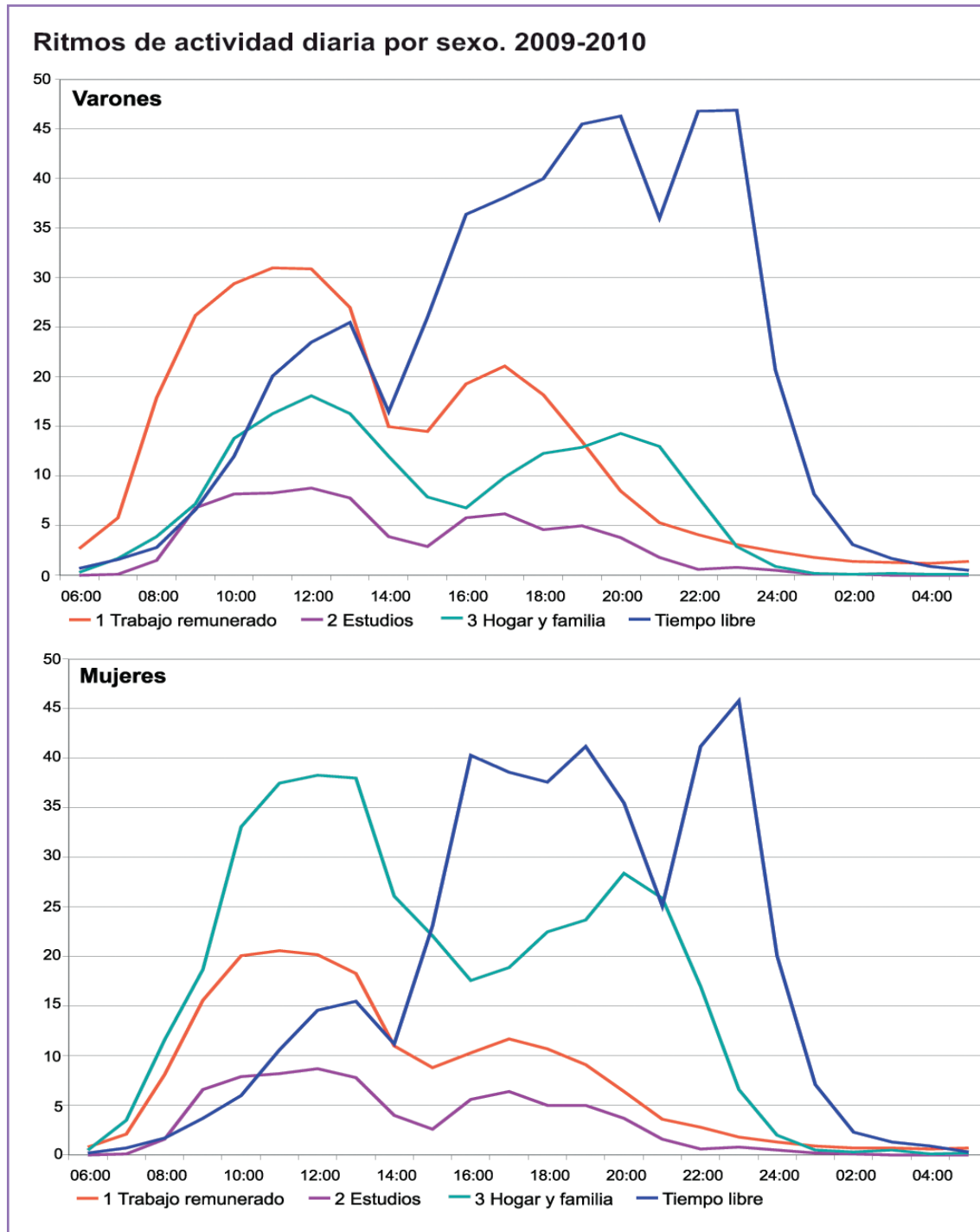


Fuente: INE

8.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA: *Encuesta anual de estructura salarial (CNAE-2009). Año 2008.*

Género y violencia

res disponen de casi una hora menos de tiempo libre que los hombres. Esta diferencia se reparte entre todas las actividades de ocio: las mujeres hacen vida social y se divierten cuatro minutos menos que los hombres, practican deporte dieciséis minutos menos, cultivan sus aficiones o navegan por Internet veintiún minutos menos y se dedican a los medios de comunicación (leen la prensa, escuchan la radio, ven la TV) doce minutos menos⁹.



Fuente: INE

9.- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA: *Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010 Avance de resultados*. 15 de julio de 2010.

Gerardo Meil, en su estudio "El reparto desigual del trabajo doméstico y sus efectos sobre la estabilidad de los proyectos conyugales"¹⁰, destaca que el haber pensado o el haber hablado seriamente de la ruptura del proyecto de vida en común está condicionado, entre otras variables, tanto por los términos del reparto del trabajo doméstico como por la satisfacción de los términos de ese reparto y la potencial conflictividad que puede generar. A menor desigualdad en el reparto, mayor satisfacción con el mismo, y a menor conflictividad, menor riesgo de ruptura, controlados los efectos de la conflictividad general de la pareja.

En cuanto a las personas más jóvenes, en el estudio "La conciliación de las jóvenes trabajadoras: nuevos discursos, viejos problemas" de Teresa Torns Y Sara Moreno, publicado por el Injuve¹¹, se recoge que los menores de veinticinco años varones dedican una media de una hora a las tareas domésticas frente a las dos horas que dedican las mujeres. En el rango de edad entre veinticinco y cuarenta y cuatro años, la media en hombres es de dos horas y en mujeres sube hasta las cinco horas.

Cuando se analiza el grado de acuerdo según sexo y edad de la siguiente afirmación: trabajar está bien, pero la mayoría de las mujeres lo que realmente quieren es crear un hogar y tener hijos, si bien es cierto que la mayoría de la población joven rehúsa el patrón femenino de ama de casa y el patrón masculino de principal proveedor de ingresos, no es menos cierto que el 38,1% de hombres y el 32,9% de mujeres aprueban dicha responsabilidad femenina. Un porcentaje que incluso se incrementa en el grupo de edad más joven, lo que invita a pensar en un cierto retroceso generacional, como mínimo, en el ámbito del imaginario¹².

Tabla 2. Grado de acuerdo según sexo y edad de la siguiente afirmación: Trabajar está bien, pero lo que la mayoría de las mujeres realmente quiere es crear un hogar y tener hijos

	Sexo		Grupo edad		
	Hombres	Mujeres	15-19	20-24	25-29
Muy de acuerdo	10,4	9	12,2	8	9,5
De acuerdo	27,9	23,9	25,7	28,2	24,5
Ni de acuerdo no en desacuerdo	13,4	11,5	11,9	11,8	13,4
En desacuerdo	29,9	34,5	29,7	33,8	32,3
Muy en desacuerdo	10,2	19,5	13	15,1	15,5
NS /NC	8,1	1,7	7,5	3,1	4,9

Fuente: Elaboración propia a partir del Sondeo de opinión de la gente joven 2007 INJUVE

La desigualdad también tiene consecuencias, por supuesto, sobre la subjetividad femenina y sobre su salud. Vamos a dar solo algunas pinceladas de las consecuencias de la desigualdad sobre la salud de las mujeres.

En el caso de las mujeres se producen desigualdades en la atención en salud debido a factores relacionados con la invisibilidad de sus problemas de salud, invisibilidad determinada por¹³:

10.- MEIL LANDWERLIND, Gerardo: "El reparto desigual del trabajo doméstico y sus efectos sobre la estabilidad de los proyectos conyugales". *REIS* 111/05.

11.- TORNOS MARTÍN, Teresa y MORENO COLOM, Sara: "La conciliación de las jóvenes trabajadoras: nuevos discursos, viejos problemas". *Revista de Estudios de juventud*. Diciembre 08. Nº 83.

12.- Ídem.

13.- Mazarrasa Alvear, Lucía: "Estrategias de promoción de la salud". En VV.AA. *Perspectivas de género en salud*. Madrid, Minerva Ediciones, 2001.

- ⇒ Una definición limitada de la salud de las mujeres concebida como un estado modestamente negativo, caracterizado por la salud física más que por la mental y social, restringida aún al hecho de la reproducción biológica (embarazo, maternidad).
- ⇒ Indicadores inadecuados que no recogen la morbilidad diferencial ni se refieren a los determinantes de salud¹⁴.
- ⇒ Las fuentes limitadas de información. A veces los datos hospitalarios son los únicos disponibles y sabemos que las mujeres acceden menos a ellos.
- ⇒ Las técnicas de medición limitadas, que no revelan los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres respecto a su salud y los cuidados que ofertan.

Además, la escasez de servicios, la inadecuación de los recursos sanitarios a las necesidades de las mujeres y la falta de canales de participación para tomar decisiones tanto personales como colectivas influyen en la desigual atención en salud.

Desde la perspectiva androcéntrica, el análisis de los procesos de salud-enfermedad se ha realizado, bien excluyendo a las mujeres de los estudios de investigación y de los ensayos clínicos o bien atribuyéndoles las mismas características del sexo masculino en la definición de los problemas de salud que les afectan.

"Se han producido sesgos de género en salud definidos como el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres en su naturaleza, sus comportamientos, y sus razonamientos, el cual puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (incluida la investigación) y es discriminatoria para un sexo respecto a otro."¹⁵

Ejemplos de estos sesgos de género serían:

14.- "Definimos la morbilidad diferencial como el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque solo en ellas se pueden presentar dichos problemas, o porque éstos sean mucho más frecuentes en el sexo femenino. Pueden ser causadas por las diferencias biológicas respecto al sexo masculino, como ocurre con los trastornos de la menstruación, las enfermedades derivadas de embarazos y partos, o los tumores ginecológicos.

También entran en esta definición las enfermedades que, sin ser específicas del sexo femenino, se presentan con una mayor frecuencia (alta prevalencia) y son causa de muerte prematura, enfermedad o discapacidad más entre las mujeres que entre los hombres, como son las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes, las enfermedades endocrinológicas, la ansiedad y la depresión.

Existen también factores de riesgo diferenciales que deberían ser prevenidos o abordados de forma diferente entre mujeres y hombres, como las causas de patología cardiovascular, diabetes mellitus, o la obesidad. Lois Verbrugge ya señalaba en el año 1989 que el peor estado de salud de las mujeres se debía a riesgos adquiridos y aspectos psicosociales como el sedentarismo, el paro, o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno o, como señala Mira Shiva, (ver Dossier MYS 15), la falta de comida o la sobrecarga interminable del trabajo doméstico en condiciones muy precarias.

Lois Verbrugge señaló, también, que las mujeres presentan más enfermedades crónicas y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios ambulatorios, dato que se ha confirmado en la literatura en todos los países del mundo que tienen una accesibilidad igualitaria al sistema sanitario."

Tomado de VALLS LLOBET, Carme: "Las causas orgánicas del malestar de las mujeres". *Mujeres y Salud*. Dossier número 16. Otoño 2005. http://mys.matriz.net/mys16/16_21.htm

15.- RUIZ-CANTERO, María T. y VERDÚ-DELGADO, María: "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico". *Gaceta Sanitaria* 18 (Supl 1). 2004

- 1.- Considerar los síntomas y signos de las enfermedades iguales en hombres y mujeres (por ejemplo en el infarto agudo de miocardio);
- 2.- Apreciar las quejas de los hombres como más serias y las de las mujeres, con frecuencia, con un componente psicossomático añadido;
- 3.- Generalizar los resultados de intervenciones terapéuticas solo estudiadas en hombres;
- 4.- Una mayor espera de las mujeres en las urgencias hospitalarias para ser atendidas;
- 5.- Un mayor acceso de los hombres a servicios hospitalarios y urgencias;
- 6.- El infrarregistro de problemas de salud como enfermedades de transmisión sexual, violencia o problemas de salud más prevalentes en mujeres que cursan con mayor frecuencia con sintomatología inespecífica o de falta de síntomas para algunos problemas de salud más prevalentes en mujeres.

Como señala Marcela Lagarde¹⁶, en la identidad femenina se manifiesta un malestar psicológico que es fruto de la socialización en la desigualdad que excluye a las mujeres de los ámbitos de poder y de la participación en la toma de decisiones. Las mujeres actuales poseen una identidad compleja y, en ocasiones contradictoria, fruto de la pervivencia de referentes de valores conservadores propios del orden patriarcal y de la emergencia de una identidad postmoderna de género¹⁷.

Esta ambivalencia es vivida con malestar por las mujeres, cuando ellas transgreden el rol asignado tradicional y socialmente surge un fuerte sentimiento de culpa por no cumplir lo que se espera de ellas.

Los efectos del cuidar a otras personas impactan negativamente sobre la salud de las mujeres. Infiuye tanto en su mala percepción de su propia salud como en la utilización de los servicios sanitarios. También se han estudiado los efectos sobre la salud de la llamada doble jornada (la laboral y la doméstica) y la doble presencia¹⁸.

En muchas ocasiones las mujeres acuden reiteradamente a las consultas de Atención Primaria presentando malestares inespecíficos. Tras la prescripción de fármacos y pruebas por parte del/la profesional no se obtienen resultados positivos y las mujeres continúan presentando ese malestar.

La construcción de género de los hombres tiene igualmente repercusiones sobre su salud. Por ejemplo los jóvenes varones tienen más accidentes de tráfico que las mujeres o los varones adultos desarrollan menos estrategias de autocuidado que las mujeres, en quienes esos hombres depositan la responsabilidad de su propia salud.

Habría que analizar, igualmente desde el enfoque de género, las causas de la sobremortalidad prematura masculina, los problemas de salud mental y suicidios en los varones.



16.- Cfr. LAGARDE DE LOS RÍOS, Marcela: *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid, Horas y horas, 2001.

17.- Ídem.

18.- Cfr. GARCÍA CALVENTE, María del Mar: "Impacto del trabajo 'reproductivo' sobre la salud de las mujeres". *Jornadas Andaluzas Mujeres y Salud*. Sevilla. Instituto Andaluz de la Salud. 2007

4.- Subjetividad femenina

Como reflexiona Nora Levington¹⁹ cuando se refiere a los formatos y mandatos de género, los formatos de género serían los moldes preestablecidos de lo que para una cultura significa ser hombre o mujer. Desde antes del nacimiento hay construido un concepto de género sobre cómo hay que educar a una niña para ser niña y a un niño para ser niño. En la construcción de la subordinación de las mujeres esta autora analiza qué se estimula, valora y aprueba y qué se reprime, sanciona y reprocha a las mujeres y cómo esto tiene consecuencias sobre las dificultades de las relaciones entre géneros.

Lo normativo -las normas sobre lo que hay que pensar, sentir o hacer para ser una mujer- transmitido en un proceso con mensajes verbales explícitos y no verbales, no solo informa sobre lo que es bueno o malo o gusta o no gusta, sino que también implanta un sistema de creencias, temores y conductas que reafirman qué es ser un hombre o una mujer y qué debe pasar por sentirse como tal.

La subjetividad sería, pues, algo muy diferente a los roles. Subjetividad entendida por cómo se sienten y qué hay debajo de todo lo que les pasa, qué les pasa en la intimidad con ellas mismas y qué se debe hacer para sentirse bien con una misma.

Cuando las normas se incumplen se genera culpa y malestar. Los conflictos, que son inevitables en el ideal de las mujeres, se convierten en un problema por la creencia de que se puede vivir sin ellos.

En las niñas el proceso de socialización refuerza las conductas de apego. Se censura la exploración del mundo y se transmite la creencia de que el universo está lleno de peligros. Asociado a ello, se transmite la necesidad de controlarlo todo y tener cuidado. Estas dos creencias van inyectando en la niña una autoimagen de fragilidad y la consiguiente restricción de sus movimientos.

Al reforzar la motivación de apego, se aplacan otras necesidades y deseos emocionales que contrarrestarían los sentimientos de desamparo, desvalimiento e impotencia.

Se refuerzan, también, en el proceso de socialización en las niñas, las paradojas sobre el cuidado: por un lado estar vigilantes para ser buenas (obedientes, dóciles, complacientes), cuidar a los demás privilegiando los deseos ajenos sobre los propios y el entrenamiento precoz en la empatía. Y por otro la educación en el ser pasivas ("no contestes, no te enfades, sé buena, acompaña").

La amenaza y el castigo por no cumplir el mandato tiene que ver con el "si eres mala no te querré". Debido a la discrepancia entre los deseos de las mujeres y el mandato de "ser buenas", se produce una tensión que provoca una cierta desestabilización emocional.

Una de las emociones que más se reprime en las niñas es la agresividad y ni siquiera es reforzada en situaciones en las que sería necesaria (por ejemplo, una agresión). La respuesta agresiva se censura, no se favorece la hostilidad y se coartan los meca-

19.- Conferencia pronunciada dentro de la Jornada de Formación celebrada en la Agencia Laín Entralgo. Madrid, 19 de octubre de 2007.

nismos para manejarse en el conflicto abierto. Así, en la confrontación se disminuyen los recursos defensivos y se aumentan las respuestas "históricas".

Un ejemplo de la relación entre la subjetividad femenina y la VPM lo encontramos en la respuesta que esta autora da a la pregunta ¿por qué no se separan las mujeres que sufren maltrato? Porque separarse genera angustia y hay que romper la dependencia. Y es muy difícil romper la dependencia, ya que la gran tarea que se ha construido con tanto esfuerzo: ser la mujer de, ser del otro, lo que me provee de identidad y todas las expectativas depositadas en la pareja con el mito del amor romántico, se torna muy difícil. La dificultad añadida de separarse es la suma del duelo de la fantasía romántica como proyecto vital a la renuncia de un ideal, de un sueño y al abandono de una ilusión ("tendré pareja, una familia..."). A mayor vulnerabilidad, mayor sentimiento de fracaso y mayor terror a la soledad. Soledad vista y sentida como uno de los mayores castigos posibles, soledad de estar con una misma y de que todo sea responsabilidad propia.

Las mujeres perciben que, independientemente de la calidad de la relación, hay un plus en el tener pareja, un entonamiento emocional. Se prefiere seguir en el calvario conocido que en la angustia de la soledad y del no volver a encontrar a nadie.

Las condiciones en que se asienta la dependencia serían:

- ⇒ Depositar en el otro la capacidad de entonarme emocionalmente.
- ⇒ Poseer una identidad, por ejemplo ser la mujer de...
- ⇒ La expectativa del amor incondicional que repare situaciones traumáticas y el intento de compensaciones por las carencias de vínculos pasados
- ⇒ La pareja como refugio frente a las adversidades de la vida y las dificultades para pensarla como un ámbito de conflicto inevitable.

Ana María Fernández²⁰ nos indica otra característica importante de la subjetividad femenina: ser imprescindibles. Las mujeres se convierten en imprescindibles y es la única estrategia para que las quieran.

Inmaculada Romero²¹ nos propone, para comprender qué significa la separación para las mujeres, explorar las fantasías inconscientes de qué significa el vínculo con la pareja, qué necesidades y temores aparecen y qué significaría perder el amor y la pareja. Y comprender que la mujer que sufre maltrato se hace posiblemente esta reflexión que la mantiene atrapada: "si yo tengo la culpa de todo lo que pasa (discurso del hombre maltratador) él no la tiene. Si él no la tiene, no es malo. Si no es malo no es inadecuado para mí. Entonces soporto la relación".

Por todo lo anteriormente dicho el mandato de género impediría a la mujer hacerse sujeto, hacerse, en definitiva, cargo de su vida y no de la de los demás. Las aspiraciones intelectuales no "entonan afectivamente" lo mismo que los logros vinculados al apego.



20.- FERNÁNDEZ, Ana María: *La mujer de la ilusión*. Buenos Aires. Paidós, 1993

21.- ROMERO, Inmaculada. Conferencia pronunciada dentro de la Jornada de Formación celebrada en la Agencia Laín Entralgo. Madrid, 11 de diciembre de 2007.

5.- Subjetividad masculina²²

Lo mismo que se decía en el apartado anterior sobre subjetividad femenina, en los hombres la subjetividad también es algo diferente de su rol. De nuevo entendemos la subjetividad como algo relacionado con el ámbito de los sentimientos particulares y lo que subyace debajo de éstos. Nos volvemos a mover en el mundo de la intimidad. Cuando se incumplen las normas de lo que supone "ser un hombre", desde la perspectiva del modelo tradicional de masculinidad -igual que veíamos en el caso de las mujeres-, se genera culpa y malestar. Pero también nos encontramos con que el cumplimiento de esas normas y el ceñirse al papel de cómo se debe ser hombre genera por sí mismo malestares y problemas.

Como sostiene Antonio García Domínguez²³, dentro del modelo tradicional de masculinidad, ser hombre responde a una idea básica que es

"la de fuerza-imposición. El hombre ha de ser fuerte, siempre fuerte y en todo momento. Y lo que es peor, ante sí mismo. El hombre no puede permitirse la debilidad. Esto es especialmente cierto en todos aquellos temas en que los hombres sientan que se pone en juego su masculinidad y/o las relaciones con las mujeres. La masculinidad es un club selectivo en el que hay que ganarse la admisión demostrando que se es digno representante de los "valores masculinos".

El hombre mira a lo público y lo social. En ese escenario es donde se mide constantemente con sus rivales (los otros hombres) y consigo mismo (su gran rival).

A través de un largo proceso histórico, el hombre se ha acostumbrado a ver a las mujeres como seres inferiores que le han de respetar y cuidar. Su maltrecha seguridad personal (siempre agredida por las altas exigencias que el modelo impone en el ámbito de lo social) se ha visto compensada por su posición de poder y privilegio indiscutido ante las mujeres. Al menos ahí, siempre mantenía un reducto de seguridad.

En el terreno de lo privado, el hombre lo que pide es una compañera que desarrolle la función de acompañante y cuidadora del "descanso del guerrero". Delega en ella las cosas "poco importantes": gestión y cuidado de la casa, cuidado de los hijos y mayores, y relaciones sociales/familiares.

Su función tradicional en la familia es de protector y proveedor, además de impartir justicia desde su autoridad.

En la sexualidad, este modelo de poder, fuerza, exigencia y supremacía sobre la mujer, ha dado lugar al mito del supermacho y a una sexualidad que desconoce de la cercanía y comunicación que este tipo de relación lleva inherentes."

Vinculado a este proceso de socialización de género de los hombres están también sus propios mandatos de género, mandatos que están detrás del modo en que se posicionan los hombres en las relaciones humanas en general y en las de pareja en particular. Siguiendo de nuevo a Antonio García Domínguez nos encontramos con que estos mandatos se fundamentan en:

⇒ El empoderamiento basado en la fuerza y en el poder sobre los/as demás

22.-Para más información sobre este apartado ver:

Percepciones, valoraciones y actitudes de los hombres madrileños ante el cambio de las mujeres, la violencia de género y las políticas de igualdad. Estudio elaborado para la D.G.I.O del Ayuntamiento de Madrid.

Y ver LORENTE ACOSTA, Miguel: *Los nuevos hombres nuevos: los miedos de siempre en tiempos de igualdad.* Barcelona. Destino, 2009.

23.- GARCÍA DOMÍNGUEZ, Antonio: "La influencia de la cultura machista en la violencia de género". Artículo en Internet.

- ⇒ La demostración de la propia fuerza para poder ser validado socialmente.
- ⇒ La dificultad para sentirse a gusto/validado, ser uno más del grupo.
- ⇒ La necesidad de destacar.
- ⇒ El alto aprendizaje de la gestión del poder y la competición.
- ⇒ El bajo aprendizaje de la gestión emocional.
- ⇒ Las escasas habilidades personales y de intercomunicación vital.
- ⇒ La falsa autoestima: dependiente del continuo reforzamiento externo. Muy frágil.
- ⇒ El miedo al avance de las mujeres y a la "revancha". La misoginia.
- ⇒ El miedo a la propia diferencia. Homofobia.
- ⇒ El aislamiento en el poder. La soledad vital.
- ⇒ Los roles sexuales acordes con el modelo.
- ⇒ La cultura del riesgo (accidentes laborales y de carretera, drogas, falta de cuidado propio).
- ⇒ La salud: aparente fuerza y negación de la debilidad.

Estos mandatos de género insertos en el proceso de socialización también generan malestar en los hombres.

Como señala Luis Bonino²⁴, la patología de género masculino es profusa y casi no es considerada en el campo de la salud mental, lo que deja a los hombres fuera de los dispositivos que se ocupan de este campo.

En un apartado de este artículo -"Subjetividad masculina hegemónica y creencias matrices"-, el autor desarrolla la idea de que la normatividad hegemónica de género está sustentada en dos ideologías: la ideología del individualismo de la modernidad (un sujeto centrado en sí y autosuficiente, que se hace a sí mismo, racional, que impone su voluntad y usa el poder para conservar sus derechos) y la de la satanización/eliminación del otro distinto (el modelo del soldado-guerrero-conquistador, que promueve un sujeto valeroso, fuerte, invulnerable, inmovible, competitivo y bélico con códigos de honor y obediencia por encima de todo). De esta creencia derivan otras dos: la belicosidad heroica que valida el uso de la violencia individual y grupal y el respeto a la jerarquía.

Habría otra creencia matriz de la masculinidad que es la superioridad masculina sobre las mujeres. Así, el modelo de relación con las mujeres que se deriva de esta creencia es el de la complementariedad que asigna al varón el centro activo y a la mujer la función de periférica y pasiva admiradora; modelo, como ya hemos apuntado, en el que se da una dicotomía de funciones (varón ámbito público, mujer ámbito privado) y una desigualdad de derechos.

La interiorización del rol y la subjetividad masculinas serían responsables de una parte de la patología mental que sufrirían los hombres por el hecho de serlo.

Las altas tasas de suicidios en hombres, el abuso de drogas, el estrés del hombre desempleado y/o jubilado, los costes del ejercicio del rol masculino, la percepción de los hombres jóvenes como grupo vulnerable y los hombres maltratadores, vinculados todos ellos al concepto de riesgo en salud, son algunos de los ejemplos de la influencia del rol de género en la salud de los hombres.

24.- BONINO, Luis: "Varones, género y salud mental. Deconstruyendo la 'normalidad' masculina". En Segarra, M. y Carabí, A. (eds.): *Nuevas masculinidades*. Barcelona. Icaria, 2000.

Citamos algunos de los malestares masculinos descritos en el artículo citado de Luis Bonino para poner ejemplos de la influencia del rol de género en la salud mental de los hombres y su influencia en la vida de las mujeres.

Malestares masculinos:

- ⇒ Los trastornos por búsqueda imperativa del éxito y control, caracterizados por que cualquiera de los valores derivados de las creencias de la masculinidad pueden ser tomados obsesivamente, provocando una sobrecarga psíquica que puede llegar incluso al daño corporal (por ejemplo infarto por estrés).
- ⇒ Los trastornos por sentimiento de fracaso viril, cuando no se cumplen los mandatos de género, con sintomatología ansioso depresiva asociada.
- ⇒ Patologías derivadas de la autosuficiencia con restricción emocional, por ejemplo alexitimia, homofobia, dependencias de la pornografía y la tecnología, parasitismo emocional de las mujeres...
- ⇒ Trastornos derivados de la hiperconsideración del cuerpo como "envoltura exterior", como por ejemplo ocurre en la vigorexia. En este trastorno, como en otros, la falta de alarmas corporales impide registrar signos precoces de enfermedad.
- ⇒ Hipermasculinidades: por "exceso de masculinidad", como por ejemplo ocurre en los casos de comportamientos exageradamente masculinos, como algunos comportamientos de riesgo o agresividad, o en el exceso en el consumo de alcohol u otras drogas, la hipersexualización, el no respetar las reglas... Estas conductas son frecuentes en los adolescentes, quienes las realizan grupalmente a veces en contra de sus deseos para ser aceptados por sus pares, así como por varones en crisis vital.
- ⇒ Los trastornos derivados de orientaciones sexuales no tradicionales.

Trastornos por indiferencia hacia las demás personas y hacia sí mismo:

- ⇒ Patologías de autosuficiencia indiferente o agresiva (ejemplo: autocentramiento patológico, insolidaridad en lo doméstico, desimplicación en el embarazo...)
- ⇒ Trastornos por obediencia/rebeldía excesivas a la norma y jerarquía. La práctica cotidiana de muchos hombres es la acomodación a relaciones de sometimiento a niveles micro y macro, muy injustas y poco saludables. Muy pocos hombres se rebelan ante estas situaciones. Todo esto puede desencadenar aplastamiento vital, frecuentes trastornos psicósomáticos, etc.

Abusos de poder y violencias: *Molestares y maltratos masculinos.*

Visibilizar estas situaciones de abuso y maltrato, desnormalizarlas y despatologizarlas no significa en ningún modo justificarlas como "patología" psíquica atenuante de la responsabilidad.

Estos abusos de poder y violencias incluyen la violencia de género, abusos de poder y violencias intragenéricas (*bulling*, novatadas, ataques a homosexuales, abuso físico y sexual en instituciones educativas y violencia entre iguales), abuso de autoridad y poder político y las patologías de la paternidad y la responsabilidad procreativa.

Trastornos por temeridad excesiva: adicción a la aventura, a los deportes y juegos de alto riesgo, al contagio de infecciones de transmisión sexual, excesos de ingestas (comer, beber, drogarse) y conducción temeraria.

Luis Bonino²⁵ reconocería a tres grupos de hombres en su relación con las mujeres. Simplificando nos encontraríamos con tres tipologías que interactúan entre sí y, a menudo, mantienen fronteras muy variables y permeables:

La mayoría de los hombres, aproximadamente el 80%, está situado, en el discurso de lo políticamente correcto, es decir, han aprendido a mantenerse en lo socialmente aceptado pero, sin embargo, no han realizado ningún cambio real, interior, hacia posiciones igualitarias. La podemos denominar mayoría desconcertada o desubicada.

Aproximadamente el 10% de los hombres han adoptado una actitud contraria a las mujeres y su avance. Son los nuevos misóginos, los defensores del hombre, pues basan su discurso en el planteamiento de que los hombres son los nuevos discriminados ante el avance abusivo de las mujeres. Actualmente se ha acuñado el término de neomachismo/postmachismo para referirnos a este movimiento.

En el otro extremo, aproximadamente el 10% de los hombres, mantienen posturas que se pueden considerar sustancialmente igualitarias y favorables al avance de las mujeres. Los podemos llamar hombres igualitarios. Podrían ser identificados como aquellos hombres que no se contentan con la asunción del discurso de lo políticamente correcto sino que intentan, además, integrar estos valores en su vida y relaciones.

La actitud generalizada de los hombres ha sido, pues, de resistencias activas y/o pasivas (estas últimas se dan más en los últimos años dándose nuevas formas "neomachistas" más sutiles y efectivas).

En la actualidad, puede afirmarse que el machismo no se basa ya tanto en la idea de la superioridad del hombre sobre la mujer sino, más bien, en la necesidad de unión masculina como defensa ante el avance de las mujeres, en la convicción de que el nuevo escenario de igualdad que se está creando significará una pérdida para los hombres.

La idea generalizada entre los hombres se puede resumir con las siguientes frases:

Con la igualdad, las mujeres ganan y los hombres perdemos.

Las mujeres han ganado fuerza y empuje en los últimos años y los hombres la hemos perdido.

Los poderes públicos se han alineado con las mujeres y no tienen en consideración a los hombres.

Si bien la igualdad parece inevitable, haré todo lo posible para que no me afecten los cambios más allá de lo estrictamente necesario.

Esta situación se ha visto reforzada por el hecho de que los mensajes de las políticas de igualdad, han sido recibidos por los hombres en negativo. Son mensajes de búsqueda de la justicia y exigencias hacia los hombres. Estos mensajes son justos, necesarios y hay que mantenerlos, pero deben acompañarse de un mensaje en positivo hacia los hombres: cada vez hay más hombres que están cambiando y dándose cuenta de las ganancias de ese cambio, porque "LOS HOMBRES TAMBIÉN GANAMOS CON LA IGUALDAD".

25.- Ídem.

Por otro lado, aún no se han generado grupos, teorías, valores y referentes sociales de la nueva masculinidad igualitaria. Este es un importante factor que está dificultando el cambio en aquellos hombres que, siendo más proclives a las ideas igualitarias, no encuentran los modelos positivos necesarios para ponerlo en práctica. También es un factor decisivo en los procesos de socialización de los hombres jóvenes, niños y adolescentes a los que no se proporciona referentes positivos de masculinidad.



6.- El ideal del amor romántico y la violencia

Aunque parezca incongruente hablar de amor y violencia de pareja creemos muy importante dar unas pinceladas del tema del amor y su construcción socio-cultural. Algunas autoras²⁶ consideran que también la idea del amor está sujeta a los procesos históricos. Es decir, que también se aprende a amar de forma distinta en diferentes épocas.

Un mito muy extendido sobre el amor es que se da solo, que es espontáneo, que no hay que analizar, que no es necesario conocer. En nuestra sociedad contamos con el mito de la media naranja, aquella persona que nos va a completar.

En relación con esto, la antropóloga Marcela Lagarde²⁷, entre otras, afirma que las necesidades amorosas no son naturales ni son absolutas, que han ido variando a través de la historia.

El mito del amor romántico considera este amor como el único puro, el incondicional y lo asocia al dolor, al sufrimiento y al sacrificio. Es un amor que contribuye a la subordinación de las mujeres.

Muy relacionado con el amor va el tema de la sexualidad. Sara Velasco²⁸ define las diferentes formas de vivencia de la sexualidad de hombres y mujeres en los modelos tradicionales:

26.- LAGARDE DE LOS RÍOS, Marcela: *Para mis socias de la vida : claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres, los liderazgos entrañables y las negociaciones en el amor*. Madrid. Horas y horas, 2005.

FERNÁNDEZ, Ana María: *La mujer de la ilusión*. Buenos Aires. Paidós, 1993.

27.- Ídem.

28.- VELASCO ARIAS, Sara: *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*. Madrid, Instituto de la Mujer, 2002

FEMINIDAD TRADICIONAL

- Silenciar deseo sexual
- Ser la única amada (pertenencia a alguien)
- Subordinación al deseo masculino
- Autovalidación de la mujer en la relación de pertenencia al hombre
- Hipervaloración de la satisfacción de los hombres
- Fusión en el coito, entrega incondicional

MASCULINIDAD TRADICIONAL

- Negación de la debilidad
- Demostración de la capacidad sexual.
- Deseo sexual activo
- Sexualidad de asalto y demostración
- Valoración del coito como toma de posesión
- Necesidad de fantasía de exclusividad y pertenencia, intolerancia a la infidelidad

Lo que Ana Távora²⁹ denomina el vínculo subordinado nos ayuda a comprender dónde se sitúan las mujeres en su vivencia del amor. Esta autora aporta tres claves que permiten definir este vínculo:

⇒ La colocación de las mujeres como sujeto de necesidad. La mujer se ubica en la falta, la carencia y organiza su vida desde las necesidades, no desde las capacidades. El amor tan central hace que se coloque en el "me falta algo que alguien me tiene que dar".

⇒ Las mujeres no hacen el duelo de la fantasía del amor romántico. Siguen pensando que la fantasía existe y no elaboran el duelo. Los valores del amor romántico de incondicionalidad y complementariedad no son tal.

⇒ El miedo a la autonomía. ¿Cómo es de importante en la forma de entender las relaciones de pareja el miedo a la autonomía? La relación de pareja se convertiría en una coartada que permite no tener una vida propia.

Profundizando un poco más en lo que hemos llamado entonamiento afectivo -concepto introducido en el apartado de la subjetividad femenina- surge la pregunta: ¿qué hace que las mujeres se entonen afectivamente? ¿Solo las relaciones de pareja? ¿Cómo necesitan que las quieran los otros? ¿Cómo se reafirma cada una?

Cuanto más se necesita ser querida por los otros, existen más posibilidades de subordinación en los vínculos afectivos.

En la investigación de Mariluz Esteban³⁰ se valida la hipótesis de la importancia del amor en la vida de las mujeres tal y como está definido en nuestra sociedad, y que éste provoca que las mujeres tiendan a organizar su vida en función del deseo de los otros y no de los deseos propios. De esta forma, cuando el amor es central y se da una identificación con los valores dominantes, se potencian sobre todo las necesida-

29 y 30.- TÁVORA, Ana y ESTEBAN, Mariluz: Amor, Salud y desigualdad: identidades de género y prácticas de mujeres. Madrid. Instituto de la Mujer, 2007.

des de apego y se ve afectado el proceso de individualización femenina, lo que supone un mayor riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad.

Se concluye también que las diferencias identitarias y vivenciales entre hombres y mujeres respecto al amor se van gestando desde la niñez: una socialización amorosa intensiva en las mujeres, en contraste con una educación amorosa pasiva y sexualmente activa en los varones. En uno de los grupos de estudio, las mujeres consideran que los hombres son "analfabetos emocionales", pero las mujeres -feministas y no feministas-, son vistas, en general, como más dependientes.

Inmaculada Romero³¹ reflexiona:



"En muchas ocasiones es difícil distinguir el abuso de las actitudes amorosas. En el tema del amor a las mujeres nos dan una píldora ambivalente que nos tragamos: por un lado la exclusividad, el amor incondicional, la aceptación y por otro, en la misma píldora, están el abuso de poder, la dominación, el control, la jerarquía. Y nos tragamos igualmente las dos cosas."

Retomamos, para concluir, una de las conclusiones del estudio de Mari Luz Esteban.

"Por lo tanto, desde una reflexión feminista del amor, concluimos que la desigualdad y la socialización de las mujeres en la hipertrofia de los afectos genera una suerte de subordinación interna que nos permite entender la importancia del vínculo de pareja en la subjetividad de las mujeres y por qué la idea del amor ocupa una parte tan central."³²



31.- ROMERO, Inmaculada. Conferencia pronunciada dentro de la Jornada de Formación celebrada en la Agencia Laín Entralgo. Madrid, 11 de diciembre de 2007.

32.- TÁVORA, Ana y ESTEBAN, Mariluz: Amor, Salud y desigualdad: identidades de género y prácticas de mujeres. Madrid. Instituto de la Mujer, 2007.

7.- Roles, prejuicios, estereotipos de género e ideología de género

En este apartado vamos a definir los cuatro conceptos que aparecen en el título. Creemos que es importante por ser de uso muy común y, en ocasiones, utilizados de forma confusa.

El **rol de género** se define como la conducta manifiesta que en cada sociedad expresa el comportamiento característico del género femenino y del masculino, con unas pautas y comportamientos asignados a hombres y a mujeres que han sido inculcadas implícita y explícitamente y que estructuran las relaciones entre hombres y mujeres. Según estas pautas se atribuyen a unos y otras distintos trabajos, valores, responsabilidades y obligaciones. Un ejemplo de rol de género puede ser la construcción de la profesión de enfermera que se ha sustentado sobre la imagen y responsabilidad social de la mujer, lo que ha contribuido a la falta de reconocimiento y las relaciones de poder asimétricas entre profesiones sanitarias. Otro podría ser la atribución a las mujeres del rol de madre que hace que éstas no puedan decidir libremente si tienen hijos o no, ni cuándo han de tenerlos. Por extensión se les atribuye también la responsabilidad de la crianza.

Por **estereotipos de género** entendemos el conjunto de características que se aplican de un modo fijo como representativos de mujeres o de hombres. Son creencias socialmente vigentes sobre las características de hombres y mujeres. Reproducen una imagen o idea fija de la mujer que se perpetúa y se extiende al conjunto de las mujeres. Suponen una perspectiva simplista de la realidad, basada en ideas dicotómicas, polares y excluyentes en las que subyace una visión rígida de los roles construida sobre un sistema de creencias y de valores. Por ejemplo un estereotipo femenino sería la creencia de que todas las mujeres deben ser madres y uno masculino que todos los hombres son físicamente más fuertes que las mujeres. Los estereotipos son discriminatorios e impiden el pleno desarrollo de las oportunidades y potencialidades de cada persona³³.

La distinta actitud mostrada por profesionales de la salud ante pacientes de diferente sexo contribuye a mantener estos estereotipos de género en la atención sanitaria. Por ejemplo, los síntomas de las mujeres son más fácilmente clasificados de emocionales que los de los hombres, así el componente psicosomático es más frecuentemente atribuido a las mujeres que a los hombres (25% frente al 9%) y eso influye tanto en el diagnóstico como en el tratamiento³⁴.

Los **prejuicios de género** son las actitudes negativas hacia un grupo de personas en razón de su género o de su condición sexual.

La **ideología de género** está relacionada con lo que representa en una cultura determinada ser hombre o mujer, macho o hembra, femenino o masculino y el sexo y la reproducción. Esta ideología incluye los sistemas de creencias que explican cómo y por qué se diferencian hombres y mujeres, lo que se considera propio de cada uno y las consecuencias de transgredir esta expectativa. Este hecho implica derechos y responsabilidades diferentes en hombres y mujeres.

33.- VARELA MENÉNDEZ, Nuria: *Feminismo para principiantes*. Barcelona. Ediciones B. 2005.

34.- VALLS LLOBET, Carme: "Las causas orgánicas del malestar de las mujeres". *Mujeres y salud. Dossier 16*.

El enfoque de género para la comprensión del fenómeno de la violencia

1.- La construcción de la violencia: diversas teorías

En este apartado vamos a hacer un recorrido breve por las diferentes explicaciones que se dan al fenómeno de la violencia contra las mujeres y a qué se atribuyen sus causas. Según se conceptualiza un fenómeno, así se intenta aplicar la solución, aliñada con la causa del problema.

Según Luis Bonino y otras autoras³⁵ existirían varias perspectivas que tratarían de explicar el fenómeno de la violencia: perspectivas inespecíficas y perspectivas específicas. Pasamos a resumirlas.

A.- Perspectivas inespecíficas

No explican por qué las mujeres son más frecuentemente víctimas y por qué los hombres son los victimarios. Dentro de este tipo de explicaciones estarían:

⇒ La del descontrol emocional del hombre que agrede: el hombre se descontrola, se enfurece y no lo puede controlar. Encuadraría a todos los hombres maltratadores como violentos físicos. Las terapias para maltratadores se dirigirían al control de impulsos.

35.- Curso impartido en la Agencia Laín Entralgo en 2007. Más información en: <http://www.luisbonino.com/PUBLI05.html>

⇒ La sistémica-relacional: el varón está en una pareja disfuncional y la VPM sería la manifestación de esta disfuncionalidad. Fenómeno resultado de patrones de repetición de comunicación destructivo y con responsabilidad en ambos miembros. Derivaría en una terapia de pareja, terapia contraindicada desde nuestro modelo explicativo.

⇒ La perspectiva biopsicosocial: el hombre problemático. Existirían una serie de factores causales: la ira, el alcohol, el estrés, los celos, las situaciones económicas desfavorecidas que desencadenarían la violencia. El hombre maltratador sería un varón con impulsividad, baja autoestima, dificultad para resolver los conflictos, con déficit de habilidades y con dependencia emocional. También, en algunos estudios, se nombra el maltrato sufrido en la infancia como un elemento muy frecuente en los hombres maltratadores. Estos estudios presentan un sesgo de selección, ya que se han realizado en hombres ya condenados y/o en programas de rehabilitación.

Estas explicaciones causales de la violencia de pareja hacia las mujeres se basan en mitos y falsas creencias que encubren, legitiman y justifican la intencionalidad masculina. Sería una suerte de reflexión del maltratador, algo así como "me pasa algo, hago algo". Pero no hay que perder de vista que lo que se siente y lo que se hace con lo que se siente es muy diferente. Es decir, una cosa es lo que el maltratador sienta o piense a cerca de su pareja y otra muy distinta que eso sea una justificación de la conducta de maltrato.

B.- Perspectivas específicas

⇒ La sociobiologicista: postula que el hombre es agresivo por la testosterona o que los hombres son más agresivos por naturaleza. Creen que la conducta agresiva del hombre es algo natural, innato dada su condición de macho de la especie. Para quienes sustentan esta postura, la mujer -al no ocupar su lugar "natural"- sería la responsable de la violencia que sufre y el hombre la víctima que por medio de la agresión reconstruiría el equilibrio. Esta teoría ha dado lugar a la creación de determinados grupos de hombres que dicen defender sus derechos naturales atacados por el "feminismo dominante"³⁶

⇒ La perspectiva de género y los derechos humanos. Esta es la perspectiva desde la que nosotras explicamos y abordamos la violencia de pareja. Por ello es la que se desarrolla más ampliamente en este documento.

Como hemos explicado al hablar del concepto de género y de la socialización de género, la desigualdad es la base de la violencia. Desde esta perspectiva, la violencia es un abuso, ejercido por los hombres maltratadores, contra los derechos humanos de las mujeres. Abuso entendido desde las diferencias de poder. Abuso que, como hemos dicho más arriba, opera de manera simbólica desde lo oculto.

Los principales factores causales primarios de la violencia ejercida por los hombres en sus parejas serían, según Bonino³⁷:

36.- Un ejemplo de estos grupos son los que cita Miguel Lorente Acosta en su libro *Los nuevos hombres nuevos*.

37.- Curso impartido en la Agencia Laín Entralgo en 2007. Más información en: <http://www.luisbonino.com/PUBLI05.html>

- ↳ La expectativa legitimada por parte del hombre de que la mujer es menos y está disponible incondicionalmente.
- ↳ La socialización masculina sustentada en una masculinidad hegemónica, en el ser para uno mismo, desde el privilegio y la superioridad sobre las mujeres.
- ↳ La legitimación cultural, familiar e institucional de algunas formas de control masculino para asegurar el status y cumplimiento de expectativas.

Así, entendemos la violencia de género como una manifestación de las relaciones históricamente desiguales entre hombres y mujeres, fruto al mismo tiempo de las desigualdades sociales y culturales.

Es un fenómeno de enorme calado, por su carácter estructural, que tiene la función de reforzar el control que tradicionalmente han ejercido los hombres sobre las mujeres³⁸.

La dificultad para visualizar y comprender la violencia se debe a una serie de operaciones simbólicas que se utilizan para su ocultación, de manera que pueda ser admitida. Estas operaciones son: la naturalización, la invisibilización, la legitimación, la insensibilización y la banalización. Todas son mecanismos de protección ante la angustia que pueden provocar estas situaciones en quienes trabajan con mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas o ex parejas. Estos mecanismos protegen, pero a la vez distancian y dificultan la comprensión de la tarea. De ahí la necesidad de detectarlos para que no resulten un obstáculo en el quehacer profesional³⁹.

La naturalización supone asumir que la violencia contra las mujeres es lo natural, lo que es irremediable que suceda, porque las mujeres y los hombres "son así". La invisibilización es un proceso en el que, debido fundamentalmente a nuestro propio umbral de detección sobre lo que es y no es violencia, hace que, por ejemplo, los procesos de violencia psicológica más sutiles no se reconozcan como violencia. La legitimación es un mecanismo en el que se justifica el uso de la violencia por parte de la pareja que podría ejercerla "porque la mujer se lo merece". La insensibilización tiene también su origen en el umbral de detección y visibilización propios del observador. Si nuestra experiencia personal y profesional es de altos niveles de violencia, frente a violencias más ocultas y no por eso menos graves no mostraremos una actitud sensible ya que nos parecerán "poca cosa". Por último la banalización supone quitar importancia, o incluso negar, las consecuencias devastadoras que tiene la violencia de pareja sobre la salud y vida de las mujeres.

Inmaculada Romero, en su artículo⁴⁰ considera qué dos aspectos son clave para conceptualizar y abordar la violencia que sufren las mujeres en sus relaciones de pareja: el proceso de naturalización e invisibilización de la misma y los mandatos de género para las mujeres.

38.- VV.AA. *Criterios de formación en violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. 2008

39.- Ídem.

40.- ROMERO. Inmaculada: "Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio". *Papeles del Psicólogo*, 2004. nº 88.

"Situando ambos aspectos en el centro del análisis, se hace más fácil la comprensión del proceso imperceptible de deterioro que sufre la mujer en estas relaciones, que va sometiéndola y dañándola, muchas veces soportando situaciones cronificadas de extrema gravedad, y en ocasiones sin tener la más mínima conciencia de ello, hasta quedar atrapada sin posibilidad de reaccionar, y manifestando además su amor por su agresor, sus deseos de ayudarlo, y su culpa si no lo hace.

Estos aspectos son los de más difícil comprensión para las personas que rodean a las víctimas, para la sociedad que contempla este fenómeno, y los que generan más frustración en los profesionales que las atienden. Esta falta de comprensión y la frustración consiguiente generan rechazo hacia ellas y dan lugar a la creación de prejuicios, mitos y estereotipos, normalmente denigrantes para las mujeres. Centrar el análisis en estos aspectos, aporta, además, abundantes claves para pensar la prevención, la intervención de la sociedad y las instituciones en la erradicación de este problema."⁴¹

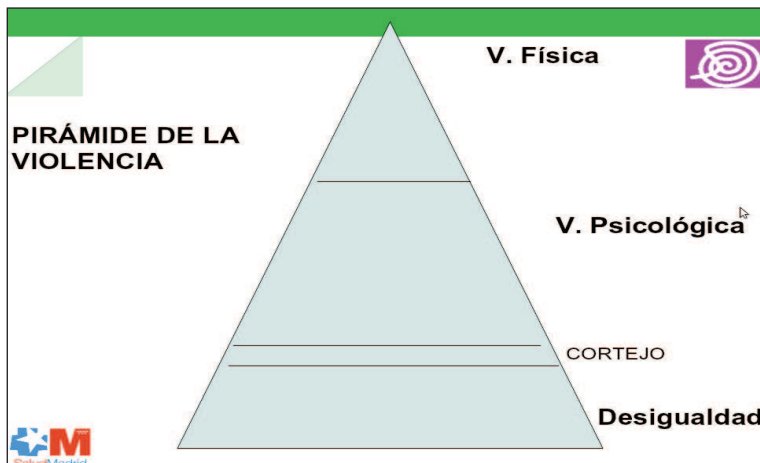
Ella misma nos propone una imagen muy útil para ayudarnos a la comprensión de este fenómeno: la pirámide de la violencia en la cual hay una parte visible y otra invisible, no solo para las mujeres que la sufren y las personas que las rodean sino también para los y las profesionales sanitarios. Miguel Lorente también explica este concepto⁴²:

"...podemos imaginar un modelo con forma de pirámide, que tendría los siguientes escalones: en la base se situarían las actitudes y los comportamientos de desigualdad, de asimetría y abuso, y, en progresión ascendente, en el segundo escalón aparecerían los comportamientos confusos que podrían parecer amorosos, en el tercero, la violencia psicológica, y por último, la violencia física, aumentando en gravedad los episodios violentos a medida que avanza la relación y se asciende en la pirámide. Desde el interior de esta pirámide, la mujer no percibe la progresión y el agravamiento de la situación y gran parte de ella, la parte inferior, queda oculta e invisible para ella misma y para los demás.

De esta forma, la reflexión crítica debe ir, precisamente, a destacar esa "anormalidad", no debemos dejar que se instauren en las relaciones entre hombres y mujeres ese tipo de conductas impositivas que en un principio parecen ser totalmente inocuas, pero que por ese modelo de relación basado en un desequilibrio de fuerzas a favor del hombre, son consideradas como territorio conquistado al que nunca se renunciará (Lorente, 2001)."

41.- Ídem

42.- LORENTE ACOSTA, Miguel. en Ídem.



Fuente: Inmaculada Romero

2.- Influencia del género de los y las profesionales sanitarios en la comprensión y actuación profesional en la VPM

Como explicamos en el apartado **Antes de empezar**: trabajar desde la perspectiva de género, el género de las y los profesionales sanitarios influye tanto en la comprensión del fenómeno de la violencia de pareja hacia las mujeres como en el abordaje profesional.

A continuación desarrollaremos más los tres modelos descritos en el Documento técnico nº 92 de la Comunidad de Madrid: *La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud: informe del estudio cualitativo*.

En la segunda parte de este documento, El discurso de los profesionales, en su introducción se recoge:

*"Se trata por tanto de responder preguntas del tipo de las siguientes (...)
¿Tienen los profesionales sanitarios predisposición a sospechar y a reconocer situaciones de violencia? ¿En qué medida se sienten comprometidos como tales profesionales sanitarios en la actuación en esas situaciones sospechadas o evidenciadas?"*

Posteriormente se avanza en la reflexión de que la/el profesional sanitario se acerca a este tema antes como ciudadano o ciudadana que como profesional.

La visibilización social de la VPM contribuye a que las y los profesionales sanitarios se sensibilicen con el tema. La sensibilización, a su vez, supone la no indiferencia, una suerte de sentimiento compartido de escándalo.

43.- Instituto de Salud Pública: *La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud: informe del estudio cualitativo*. Documento técnico nº 92. Madrid, 2004

Respecto a los niveles de implicación frente al tema podríamos diferenciar entre el escándalo (con un efecto perverso como puede ser el no hacer nada), la empatía (nivel en el que no se encuentran globalmente las/los profesionales sanitarios) y el compromiso.

Las profesionales mujeres tienen más posibilidad de acceder a la adhesión empática con la víctima de maltrato y mostrar tres actitudes típicas:

- La simple propensión a entrar en confianza y servir de desahogo a la mujer, sin mayores pretensiones.
- El escándalo asociado a la empatía, que implica proponer que la mujer se rebele de algún modo frente a la situación.
- El escándalo sin aproximación empática. No se favorece la confianza y se pasa directamente a la admonición, la denuncia y la recomendación de la separación sin una comprensión clara de la situación y vivencia de la mujer.

En el caso de los profesionales hombres, no se ha observado una posición claramente comprensiva o empática con el agresor. No obstante, sí se detecta una especie de actitud de presunción de inocencia del maltratador, actitud que introduce la duda acerca de la veracidad de lo manifestado por la mujer.

Hay otros síntomas de no adhesión empática típicamente masculinos que parten de la idea de que los fenómenos explicativos de la violencia de género habitualmente tienen su origen en orientaciones feministas. Para el hombre suele ser muy difícil considerarse a sí mismo como feminista y, si el feminismo es "cosa de mujeres", en buena lógica, lo natural sería que abordar la violencia contra las mujeres también lo fuera.

Esta actitud podría justificar la preferencia por otros modelos explicativos de la violencia como que también hay violencia de género hacia los hombres o que la violencia de género es otra forma de violencia más contra los individuos de todas las que genera el sistema.

Así pues, la dificultad de muchas mujeres y hombres sanitarios de ponerse en el lugar de la víctima se evidencia como un obstáculo para conseguir que el tema de la VPM sea considerado una tarea sanitaria.

La respuesta que se da a la confianza de la mujer depende mucho de la capacidad para empatizar, de la posibilidad de vivenciar y comprender el sufrimiento de la mujer.

En el estudio⁴⁴ se identifican tres modelos de comprensión del fenómeno por parte de las y los profesionales sanitarios: el modelo de desequilibrio natural, el modelo de equilibrio personal y el modelo de la desigualdad.

Cada uno de los modelos recoge la respuesta del/la profesional y la analiza en función de su adscripción de género.

Los y las profesionales de la salud que entienden la VPM desde un modelo de desequilibrio natural abordan el problema de la violencia como la manifestación extrema de un conflicto permanente: el juego de dos poderes en el que la subordinación de una de las partes, la femenina, es lo natural. Las reacciones empáticas son muy dife-

44.- Ídem.

rentes: en las mujeres profesionales un riesgo de sobredramatización o de sobrevictimización; en los hombres la trivialización y la culpabilización de la mujer. Este modelo lleva a la inacción del profesional.

Para completar la comprensión de este modelo tradicional es necesario introducir un nuevo elemento: la creencia en la indisolubilidad del vínculo matrimonial y, asociado a esta creencia, un mandato tácito de hacer todo lo posible por evitar que el vínculo marital se rompa. Así, las recomendaciones de estos y estas profesionales irán dirigidas a atemperar el conflicto y a buscar vías de reconciliación. Se instará a la paciente a hacer todo lo que esté en su mano para recuperar la armonía, con lo cual es indirectamente culpabilizada.

Desde la perspectiva del modelo de equilibrio personal se entienden las relaciones de pareja como un pacto asumido libremente, pacto que puede ser roto por cualquiera de las dos partes si no le satisface. Los profesionales, hombres o mujeres, ven la violencia como una situación patológica provocada por algún tipo de alteración psicológica ("algo se ha tenido que desequilibrar"), o por una situación social desfavorecida ("de clases bajas") o un fenómeno que se da en las generaciones más mayores. En este modelo se considera la derivación a los/as trabajadores sociales y/o a las y los psicólogos como primera intervención, no se asume ser el profesional indicado para abordar el problema.

En esta forma de abordar el maltrato existe una dificultad para comprenderlo, se anula la actitud empática con la víctima o se da una cierta empatía negativa, más aguda en las profesionales mujeres que en los hombres. Mujeres profesionales que se sobreesfuerzan para compatibilizar los mandatos de la doble jornada y que desarrollan cierta actitud de omnipotencia, de que realmente pueden con todo y de que pueden equilibrarlo todo. Este tipo de mujeres difícilmente va a desarrollar una fácil empatía con la mujer maltratada y llegan incluso a sentirse incómodas porque piensan que su vida personal y profesional está completamente ajustada y equilibrada y ven a la mujer maltratada como un contra modelo. Verían en ella al tipo pretendidamente superado de mujer tradicional, débil, dependiente del hombre, masoquista en sus relaciones con él e imposibilitada para tomar decisiones.

Por último, en el modelo de la desigualdad, se acepta que las relaciones de pareja son relaciones estructuralmente desiguales. La violencia se interpreta, por lo tanto, en clave de desigualdad de género. La relación empática con la mujer lleva a un sentimiento de injusticia en el/la profesional que se traduce en una intervención de compromiso personal.

La empatía hacia la víctima en este modelo traduciría más claramente el sentido de injusticia e implica una toma de conciencia previa de la situación estructural de la mujer en nuestra sociedad. En este modelo puede ser relativamente fácil caer en un diagnóstico apresurado, el compromiso podría llevar a correr más de lo necesario en la dirección de forzar la acción que parecería ser la ideal: que la mujer se separe. En el estudio⁴⁵ se identifican, además, ciertos factores intrínsecos del ámbito sanitario que obligan al profesional a un compromiso y también factores que inhiben el compromiso profesional. Entre estos últimos encontramos la justificación moral para evadirse de la acción sin demasiada mala conciencia: la invisibilidad del maltrato, la falta de tiempo...

45.- Ídem.

Estas justificaciones que son resistencias de los y las profesionales son normales ya que todas las personas las tienen. A muchos profesionales este problema de salud les hace sentirse incómodos/as y a veces se buscan justificaciones a la no intervención que podrían tener un coste elevado para las mujeres que sufren el maltrato. Pongamos un ejemplo. Otros problemas de salud también fueron más o menos invisibles y se contaba también con poco tiempo y no por eso se dejaron de atender.

Al mismo tiempo, aparece la necesidad sentida de las y los profesionales sanitarios de desvelar el maltrato y la necesidad de formarse, para detectar los síntomas físicos o psicológicos que inducen a sospechar su existencia.

Este estudio⁴⁶ propone en sus conclusiones la necesidad de revalorizar la confianza de la mujer y de asumir que esta tiene que acompañarse inexcusablemente de una intervención técnica sobre la salud de la mujer. Sanitarizar la confianza implica un encuadre sanitario y profesional, y no un compromiso personal ni una intervención sesgada por prejuicios y estereotipos.

La identificación y reflexión sobre los propios posicionamientos frente a la violencia permitirá poner en marcha cambios encaminados a lograr actuaciones profesionales adecuadas. Es necesaria, pues, la formación de los y las profesionales sanitarios desde la perspectiva de género.

46.- Ídem.

Caracterización de la VPHM: conceptos básicos

1.- Definición⁴⁷

La Conferencia Mundial de la Organización de Naciones Unidas (ONU) sobre Derechos Humanos, celebrada en Viena 1993, estableció que

"los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales.

*La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son los objetivos prioritarios de la comunidad internacional"*⁴⁸

Igualmente establece que "la violencia y todas sus formas de acoso y de explotaciones sexuales (...), son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas"⁴⁹, e insta a los gobiernos a intensificar sus esfuerzos a favor de la protección y la promoción de los derechos humanos de la mujer y de la niña⁵⁰.

47.- Cfr. VV.AA. *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documentos Técnicos de Salud Pública*. Nº 86. Madrid, Instituto de Salud Pública, 2003.

48.- *Declaración y el Programa de Acción de Viena aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de junio de 1993*. Artículo 18.

49.- Ídem.

50.- Ídem.

La Declaración, adoptada por la Asamblea General de esta organización, sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en diciembre del mismo año⁵¹ en su artículo primero especifica que violencia contra la mujer es "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, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada".

Como señala el artículo segundo de esta misma declaración, la violencia contra las mujeres incluye los siguientes actos, aunque no se limita a ellos:

A) "La violencia física, sexual o psicológica en la familia, incluyendo los malos tratos, el abuso sexual de niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia referida a la explotación".

B) "La violencia física, sexual o psicológica que sucede dentro de la comunidad, que incluye la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones dedicadas a la educación o en otros escenarios, el tráfico de las mujeres y la prostitución forzada".

C) "La violencia física, sexual o psicológica perpetrada o tolerada por el Estado donde quiera que esta ocurra".

Esta amplia concepción de la violencia plantea problemas operativos a la hora de investigar la magnitud del problema, pero representa un marco teórico que ha resultado de gran utilidad para establecer definiciones más específicas.

Así mismo, durante la XLIX Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS), acordó que la violencia es una prioridad en salud pública en todo el mundo e instó a los Estados miembros a evaluar la dimensión del problema en su territorio (OMS,1996).

El informe sobre violencia contra las mujeres publicado por dicha Organización muestra que esta se produce en todos los países del mundo, bien sean desarrollados, en desarrollo o subdesarrollados, y afecta a las mujeres en todas las etapas de su vida. Debido a ello, en el marco de los programas de promoción de salud de las mujeres, aborda de forma específica la violencia y expresa la necesidad de explorar las consecuencias derivadas de la misma en relación con la salud, haciendo algunas recomendaciones sobre las posibles intervenciones tanto gubernamentales como no gubernamentales para prevenir y mitigar sus efectos⁵².

El contexto en el que se sitúa con mayor frecuencia la violencia contra las mujeres es la familia, siendo la que proviene de la pareja actual o anterior la forma más común⁵³.

51.- *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

52.-OMS: Salud familiar y reproductiva. Washington, OMS/OPS 1998.

3.- Vid. Bibliografía (págs. 73-78) en LASHERAS LOZANO, M^a Luisa y PIRES ALCAIDE, Marisa (coord.): La violencia contra las mujeres considerada como problema de Salud Pública. Documentos técnicos de Salud Pública nº 86. Instituto de Salud Pública, 2003.

Este tipo de violencia es conocido con otros nombres, ya que en ocasiones se le denomina doméstica o familiar⁵⁴.



2.- Tipos de violencia⁵⁵

Aunque se presentan por separado, las diferentes formas que puede adoptar la violencia de pareja contra las mujeres están estrechamente relacionadas y con frecuencia se ejercen de forma simultánea. Tomando como base la definición de Naciones Unidas transcrita previamente, se pueden distinguir las siguientes:

A.- Maltrato psicológico: produce en las víctimas un efecto devastador, ya que da lugar a un intenso sufrimiento que conduce a la mujer a la pérdida de la autoestima y de la capacidad para tomar decisiones. Puede manifestarse en forma de insultos, humillaciones, desprecios, descalificaciones, abandono, incomunicación, silencios, chantajes, amenazas o aislamiento social. Puede ejercerse en público o en privado y es extremadamente difícil de detectar cuando el maltratador solo expresa estos comportamientos en privado.

B.- Maltrato sexual: este tipo de maltrato puede ser considerado como una modalidad del maltrato físico y comprende cualquier actividad sexual no deseada impuesta a la mujer por su pareja a través de intimidación o coacción o bien cuando se produce en otras situaciones de indefensión. Como se desprende de esta definición, el maltrato sexual se produce aunque no haya violación, entendiéndose como tal la penetración vaginal, anal u oral del pene o de cualquier otro objeto. Muchas mujeres se ven forzadas a mantener una relación sexual no deseada por miedo a ser agredidas física o emocionalmente. La prevalencia de mujeres que declaran haber sido violadas por su pareja íntima es alta y alcanza cifras muy elevadas cuando se refiere a mujeres víctimas de otras formas de violencia, indicando que la violación es una manifestación más de los malos tratos (Ferreira, 1992; Varela, 2002).

C.- Maltrato físico: comprende las conductas en las que se usa la fuerza para producir heridas o lesiones corporales en las víctimas, independientemente de que se consiga o no este objetivo. Incluye empujones, golpes, bofetadas, quemaduras, puñetazos, patadas, palizas, utilización de armas u objetos con la intención de hacer daño, intentos de homicidio o asesinato. Este tipo de maltrato incluye también la omisión de ayuda ante enfermedades o lesiones derivadas de las agresiones.

En general, estas formas de maltrato van acompañadas de:

D.- Maltrato económico: dirigido a controlar de forma estricta el manejo de dinero por parte de la mujer que debe rendir cuentas al maltratador de todos los gas-

54.- Cfr. VV.AA. *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documentos Técnicos de Salud Pública*. Nº 86. Madrid, Instituto de Salud Pública, 2003.

55.- Ídem.

tos que realiza. Este control se produce independientemente de que la mujer tenga o no trabajo remunerado, siendo, en ocasiones el propio maltratador quien le impide realizar un trabajo asalariado.

E.- Maltrato ambiental: estrechamente unido al psicológico, en ocasiones se asocia también a la violencia física. Pretende intimidar a la mujer dañando el medio que la rodea. Para conseguirlo, rompe objetos de uso personal o a los que ella tiene especial cariño, desparrama la basura, invade la cama con elementos que a ella la aterrorizan (pornografía, armas...) o ataca a los animales domésticos.

Se sabe que no todas las mujeres que viven en situaciones de maltrato sufren violencia física, pero todas las que presentan lesiones físicas por malos tratos llevan mucho tiempo padeciendo agresiones psicológicas y sexuales. Así mismo, se sabe que la violencia psicológica proveniente de la pareja tiene consecuencias adversas para la salud física de las mujeres, aunque no se acompañe de maltrato físico. En el centro temático violencia y salud se explican de forma más extensa las consecuencias sobre la salud del maltrato⁵⁶.



3.- El ciclo de la violencia⁵⁷

El ciclo de la violencia fue descrito por la Doctora Lenore Walker. Observó los patrones de las agresiones que sufrían las mujeres y los analizó con ellas para intentar encontrar alguna pauta común. Encontró que en la mayoría de las ocasiones se producía un ciclo con 3 fases.

Entender el ciclo de la violencia nos puede permitir saber por qué la mujer se muestra ambivalente en su relación, por qué no puede dejar al hombre que la maltrata, por qué el hombre que la agrede no la deja irse, por qué tiene miedo, etc...

La fase que se describe posteriormente de reconciliación o luna de miel es la que hace que muchas mujeres se enganchen emocionalmente en la relación, esperando el cambio del hombre que las maltrata con el que iniciaron una relación afectiva/amorosa y con el que construyeron su proyecto vital.

El ciclo de la violencia consta de tres fases:

Acumulación de tensión: se caracteriza por una escalada de tensión, y se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. Él expresa hostilidad, aunque no de una manera explosiva, ella lo intenta calmar, complacer, controlarse o al menos no hacer lo que a él le pueda molestar, con la creencia irreal de que ella puede parar la violencia, esta tensión sigue aumentando hasta llegar a la fase siguiente.

56.- Ídem.

57.- VV.AA. *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid, Dirección General de Salud Pública y Alimentación, 2008

Explosión de la violencia: se produce el estallido de la violencia, dando lugar a malos tratos emocionales o psíquicos, físicos y/o sexuales (pueden ser los tres o solamente emocionales o sexuales, y los físicos mucho más tarde). Esta fase puede durar minutos u horas; algunas mujeres se han sentido atemorizadas durante días y semanas. Es en esta fase cuando la mujer suele pedir ayuda, o incluso denunciar aunque no suele ser en las primeras agresiones.

Reconciliación o luna de miel: en esta fase la violencia y la tensión desaparecen. Él le pide perdón, se muestra amable e incluso cariñoso; le promete que va a cambiar, y que ella le tiene que ayudar porque la necesita; le hace regalos y le promete que no volverá a ocurrir. Esto supone un refuerzo positivo para que la mujer mantenga la relación. Además, esta situación le permite ver que la relación tiene su parte buena como ella manifiesta cuando reflexiona sobre sus vivencias: "no todo es agresión y maltrato". La mujer, si ha puesto denuncia la suele retirar y busca cómo ayudar a su pareja que tiene "problemas".

A medida que aumenta la violencia la fase de luna de miel puede llegar a desaparecer quedando solo las fases de tensión y de agresión.

Es en este momento cuando las mujeres suelen iniciar sus procesos de separación y/o buscan ayuda y es también cuando el riesgo de muerte a manos de su pareja se incrementa.

No todas las mujeres experimentan la violencia de esta forma, algunas nunca pasan por la luna de miel, ya que las conductas controladoras de sus parejas son constantes.

Para hacer más visible lo que se explica en el texto se propone la imagen siguiente:



4.- Elementos clave de los malos tratos^{58,59}

4.1.- Características de los malos tratos en la pareja.

Aportamos una serie de ideas importantes a la hora de entender lo que supone para la mujer que sufre maltrato que sea precisamente su pareja, en teoría el hombre al que ama y con el que inició un proyecto vital, quien la agrede.

- ⇒ Las mujeres maltratadas sienten vergüenza de sufrir violencia y se sienten culpables por ello, lo que dificulta sacar a la luz el problema y pedir ayuda.
- ⇒ Las mujeres maltratadas son las únicas víctimas de la violencia que no son consideradas inocentes, sino débiles, cómplices, consentidoras o responsables de la violencia que sufren.
- ⇒ Hasta hace pocos años la violencia contra las mujeres no ha sido reconocida socialmente como una realidad de extrema gravedad que hay que enfrentar.
- ⇒ Hay un vínculo afectivo y amoroso con el hombre que ejerce la violencia.
- ⇒ Son prolongados en el tiempo y no hechos aislados.
- ⇒ Al producirse en el ámbito privado muchas veces son invisibles a las personas del círculo social de la mujer.
- ⇒ Se ocultan. En la mayoría de los casos los hombres que maltratan tienen buena imagen pública.

4.2.- Dificultades para salir de una situación de violencia

Las mujeres sometidas a malos tratos, para salir de la situación de violencia en la que están inmersas, han de superar una serie de dificultades como son:

- ⇒ Las creencias y valores propios relacionados con la construcción social de género que ellas incorporan en mayor o menor grado. Como ejemplos se pueden señalar: el "mito del amor romántico" que hace que la mujer interprete las restricciones que su pareja maltratadora impone a su libertad como el camino a la felicidad y su responsabilidad para mantener la armonía familiar y ayudar a su pareja a que la situación de maltrato desaparezca y puedan volver a tener una convivencia "normal" de pareja.
- ⇒ El miedo a la pérdida de su pareja, de la familia que crearon conjuntamente, del proyecto de vida, de las amistades comunes, de los bienes compartidos.
- ⇒ El miedo a que la violencia se incremente, a las amenazas del maltratador, al aislamiento, incredulidad e incompreensión sociales.

58.- VV.AA. *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid, Dirección General de Salud Pública y Alimentación, 2008

59.- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220380550733&ssbinary=true>

⇒ Los sentimientos de culpa, de vergüenza, de baja autoestima y de fracaso derivados del proceso de descalificación crónica al que han estado sometidas.

Obstáculos de otro orden que contribuyen a esta dificultad y que es necesario considerar:

⇒ Falta de servicios efectivos, seguros y accesibles. En ocasiones existe falta de información o información sesgada en el colectivo profesional y en las mujeres. Así mismo se pueden observar actitudes y estereotipos profesionales y sociales que culpan a la mujer por la situación de malos tratos.

⇒ Medidas de apoyo social: escasez de plazas gratuitas en algunos de los servicios, como por ejemplo guarderías, centros para personas mayores; dificultad de acceso a una vivienda, a un empleo.

⇒ Desigualdad económica y social, condiciones laborales inestables y discriminación en el empleo por razón de género. Muchas mujeres abandonan su empleo por el acoso y acecho de sus parejas o ex parejas. A veces las organizaciones laborales son poco flexibles y no facilitan que las mujeres realicen las gestiones derivadas de la situación de VPM. En ocasiones la mujer depende económicamente de su pareja.

⇒ La inaccesibilidad a los recursos y a las medidas de protección disponibles, ya que el maltratador suele ser en muchas ocasiones la única fuente de información de las mujeres. Asimismo como efecto de la violencia con frecuencia se da una situación de aislamiento familiar y social que supone una dificultad añadida.

⇒ Miedo al aparato judicial. A verse en un medio hostil y no sentirse respaldada; a las medidas que puedan derivarse de un juicio; a que le retiren la custodia de sus hijos e hijas; a que su pareja o expareja vaya a la cárcel.

⇒ Las situaciones de vulnerabilidad que afectan a algunas mujeres como por ejemplo: inmigración, indigencia, discapacidad, la vejez o la infancia.

⇒ Las condiciones sociales, culturales y/o étnicas en las que no se acepta la separación o el divorcio, y se teme el rechazo del grupo social o familiar.

Al intervenir debemos fijarnos en estas dificultades. Si la intervención la centramos en cuestiones internas de la propia mujer, podemos contribuir a incrementar su aislamiento y su culpabilidad por lo sucedido.

La mujer que sufre maltrato puede tardar años en hacerse consciente de la situación en la que está inmersa. Este proceso puede comprender varios intentos de abandonar la relación, que pueden hacerse efectivos o no. En consecuencia, el proceso de acompañamiento a la mujer maltratada es largo y complejo.

60.- Este punto se desarrolla más extensamente en el **Centro Temático 2**

Actitudes y comportamientos que caracterizan a los hombres que agreden: estrategias defensivas que utilizan para exculparse de sus actos

En este apartado pretendemos dar algunos conceptos teóricos básicos acerca de la conducta del hombre que maltrata y su manejo en las consultas de Atención Primaria. Lo que pretendemos es intentar comprender los mecanismos que subyacen bajo el comportamiento del hombre que maltrata, visibilizarlos y desactivarlos y/o no potenciarlos en la medida de lo posible sobre todo los más sutiles.

En las consultas de Atención Primaria se da una situación compleja puesto que la/el mismo profesional ha de atender a la mujer maltratada y al hombre que la maltrata, por lo que es importante conocer su conducta y reconocer las estrategias que utiliza para identificarlas y saber cómo manejarlas.

1.- Micromachismos

Antes de pasar a describir la conducta del hombre maltratador daremos unas pinceladas acerca de los micromachismos.

Sabemos que las conductas más evidentes de maltrato, aquellas que todas y todos reconoceríamos como tales, el puñetazo, las patadas... en general la violencia física, son más fácilmente reconocibles por la población general y por los profesionales sanitarios. Las conductas más sutiles, que no por ello dejan de provocar un importante daño en la mujer maltratada que las sufre, son más difíciles de identificar.

Luis Bonino, en la introducción de su artículo "Micromachismos: la violencia invisible en la pareja", recoge

*Quedan aún ignoradas, invisibilizadas y por eso poco investigadas, multiplicidad de prácticas que los varones realizan en lo cotidiano y que sin ser muy notables, violentan y minan, insidiosa y reiteradamente la autonomía, la dignidad y el equilibrio psíquico de las mujeres*⁶¹.

En el artículo define los diferentes micromachismos. Nosotras también llamaríamos a algunos de ellos microviolencias aunque, esto depende de donde tengamos colocado cada uno y una el propio umbral de detección de la violencia. Algunos los podríamos considerar violencia psicológica clara -por ejemplo el llamado terrorismo en los micromachismos encubiertos- o violencia económica -por ejemplo el control del dinero.

Los micromachismos son un amplio abanico de maniobras interpersonales que realizan los hombres para intentar mantener el dominio y la superioridad sobre la mujer. Así, se describen tres tipos de micromachismos: los coercitivos, los encubiertos y los de crisis.

Coercitivos: uso de la fuerza para intentar doblegar a la mujer y hacerle sentir que no lleva razón.

Encubiertos: maniobras sutiles en las que el varón oculta su objetivo de dominio.

De crisis: se utilizan en momentos de desequilibrio

Ejemplos de **micromachismos coercitivos** son:

⇒ **Intimidación:** si no se obedece, "algo" podría pasar.

⇒ **Toma repentina del mando:** tomar decisiones sin consultar, ocupar espacios comunes, opinar sin que se lo pidan, monopolizar, etc.

⇒ **Apelación al argumento lógico:** tener la "única" o "mejor" razón. Por ejemplo: elección del lugar de vacaciones.

⇒ **Insistencia abusiva:** "ganar por cansancio".

⇒ **Control del dinero:** no información sobre usos del dinero común, control de gastos y exigencia de detalles, negación del valor económico del trabajo reproductivo.

⇒ **Uso expansivo del espacio físico:** por ejemplo, utilizar para la siesta el sillón del salón impidiendo el uso del espacio; monopolizar la televisión.

Micromachismos encubiertos serían:

⇒ **Abuso de la capacidad femenina de cuidado:** Por ejemplo la exigencia (generalmente no verbal) de ocuparse de la familia de él; "ayudante" en el trabajo doméstico y crianza.

⇒ **Culpar a la mujer:** por ejemplo, culpar a la mujer de cualquier disfunción familiar.

⇒ **Terrorismo:** comentarios descalificadores repentinos, sorprendidos, que dejan a la mujer indefensa por su carácter abrupto. Por ejemplo, comentarios hechos en contextos no pertinentes.

⇒ **Paternalismo:** lo hace "por ella".

61.- BONINO, Luis: "Micromachismos: la violencia invisible en la pareja":

<http://hombressinviolencia.org/docs/Micromachismos%20-%20La%20violencia%20invisible%20en%20la%20pareja.doc>

- ⇒ Creación de falta de intimidad.
- ⇒ Negación a la mujer de su derecho a ser cuidada.
- ⇒ Inclusión invasiva de amigos, reuniones y actividades.
- ⇒ Hacerse el tonto: "no me di cuenta".

Y por último los **micromachismos de crisis**:

- ⇒ No tomar la iniciativa y luego criticar: "yo lo hubiera hecho mejor".
- ⇒ Hacer méritos: cambios superficiales, sobre todo frente a amenazas de separación.
- ⇒ Dar lástima: se exhibe manipulativamente la invalidez para el autocuidado.



2.- Las siete "P" de la violencia de los hombres⁶²

1. **Poder patriarcal.** La violencia que ejercen los hombres maltratadores sobre las mujeres se basa en el privilegio del abuso de poder que legitima el patriarcado.
2. **Percepción del derecho a los Privilegios.** La violencia es una consecuencia "lógica" de la percepción del derecho a sus privilegios. Por ejemplo, si un hombre golpea a su esposa porque ella no tuvo la cena a tiempo sobre la mesa, no lo hace solo para asegurar que no vuelva a ocurrir; es también una indicación de que percibe tener el derecho a que alguien le sirva.
3. **Permiso.** La violencia prevalece porque las costumbres sociales, culturales, religiosas y políticas (leyes) dan un permiso explícito o tácito para ejercerla.
4. **Paradoja del poder de los hombres.** Esto ocurre porque las expectativas interiorizadas de la masculinidad tradicional son en sí mismas imposibles de satisfacer. Las inseguridades personales conferidas por la incapacidad de pasar la prueba de hombría son suficientes para llevar a muchos hombres a un devastador estado emocional y a restablecer su equilibrio masculino afirmándose a sí mismos frente a las mujeres con el uso de la violencia.
5. **La armadura Psíquica de la Personalidad.** La socialización en la masculinidad tradicional premia la negación de la expresión de los afectos y el rechazo a la madre y a la feminidad. El resultado de este complejo proceso de desarrollo psicológico y social es una habilidad disminuida para la empatía y una incapacidad para experimentar las necesidades y los sentimientos de otras personas. Los hombres que maltratan en muchas ocasiones no experimentan realmente el dolor que están provocando.
6. **La masculinidad como una olla Psíquica de Presión.** En este mismo proceso de socialización la emoción que sí se permite expresar a los hombres es la ira. Si la masculinidad es una cuestión de poder y control, no ser poderoso significa no ser hom-

62.- Cfr. Kaufman, Michael. 1999.

63.- Ver apartado La socialización de género (página 48).

bre y la violencia se utiliza como medio para probar lo contrario ante sí mismo y ante otros.

7. Pasadas experiencias. El presenciar conductas violentas en el hogar de origen o el uso de la violencia para la supervivencia pueden influir.

Respecto del tema de las experiencias pasadas Luis Bonino⁶³ discrepa y propone más estudios puesto que los que aportan cifras de que el 85% de hombres maltratadores vivieron maltrato en la infancia están sesgados ya que se han realizado entre hombres condenados o en programas de rehabilitación.

Bonino postula que nos encontraríamos en los hombres en una suerte de continuo que va desde los hombres igualitarios, respetuosos y pacíficos que posiblemente oscilarían entre el 2 y el 5 %, un 88% de hombres micromachistas y un 10% de hombres maltratadores, violentos, dominantes e irrespetuosos, de los cuales un 7,5% aproximadamente serían maltratadores psicológicos y un 2,5% físicos. De ellos un 0,003 son asesinos.



3.-La conducta del hombre que maltrata⁶⁴

La conducta del maltratador es una estrategia con un fin: dejar a la mujer en la posición más vulnerable posible para poder ejercer sobre ella el maltrato. Así podemos encontrar que sus actuaciones se orientan a:

- ⇒ Conseguir que la mujer vaya abandonando sus círculos de pertenencia (familia, amistades, trabajo, etc.). Una de las estrategias que utiliza es recurrir a los celos sexuales.
- ⇒ Potenciar el sentimiento de culpa de la mujer a la que maltrata para mantenerla paralizada emocionalmente e impedir que intente dejar la relación.
- ⇒ Castigar a la mujer e impedir que la relación cambie, sobre todo cuando pasa al abuso físico.
- ⇒ La instauración de un mayor nivel de violencia ante cualquier intento de la mujer de "arreglar las cosas".

Las estrategias defensivas utilizadas por el agresor persiguen trasladar la responsabilidad de la agresión a la mujer, provocando una doble victimización cuando afirma que miente, que está loca o que le provocó.

63.- Cfr. Bonino, Luis: Conferencia pronunciada en la Agencia Lain Entralgo. Madrid noviembre 2007.

64.- VV.AA. *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid, Dirección General de Salud Pública y Alimentación, 2008

ESTRATEGIAS DEFENSIVAS DEL HOMBRE QUE MALTRATA	
Fundamentan	Racionaliza los ataques de forma que parezca que está bien lo que hizo.
Minimizan	Resta importancia a la agresión para conseguir distanciarse del daño causado, argumentando que éste no ha sido tan grave: "no le pegué, solo le empujé".
Desvían el problema	Suelen achacar su comportamiento a la falta de trabajo, al exceso en los gastos, a sus problemas con el alcohol, etc. Con este mecanismo trasladan la responsabilidad a cuestiones ajenas a sí mismos.
Olvidan	Aseguran que no recuerdan, que no son conscientes de lo que se les recrimina. Niegan abiertamente los ataques utilizando como defensa este mecanismo para restar credibilidad al relato de la mujer.
Racionalizan	Explican coherentemente conductas y hechos. Tales explicaciones no serían admitidas por la instancia moral de la personalidad si el entorno social no admitiese esos comportamientos como legítimos.
Proyectan	Atribuyen a la mujer la responsabilidad de las conductas violentas.

Fuente: *Guía para mujeres maltratadas*. Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, 2002. VIII Edición.



4.-Lo que no hay que hacer⁶⁵

- ⇒ Desconfiar de la mujer e intentar verificar su testimonio hablando con el agresor (Por ejemplo: "su mujer me ha comentado en la consulta que tienen algunos problemas/discusiones importantes de pareja, ¿es cierto?").
- ⇒ Comunicar al agresor que su pareja nos ha contado el problema, incluyendo enseñar documentos médicos de la mujer al hombre que maltrata (pantalla del ordenador, partes de interconsulta, copias de la historia...) en los que pueda estar registrada la situación de violencia.
- ⇒ Dar la dirección en la que se aloja la mujer si esta ha abandonado su domicilio.
- ⇒ Presumir una rehabilitación espontánea solo porque se confiese avergonzado y arrepentido por el suceso que nos explica en la consulta. En el ciclo de la violencia, durante la fase de luna de miel, el hombre que maltrata se muestra arrepentido y hace promesas de cambio.

65.- VV.AA. *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid, Dirección General de Salud Pública y Alimentación, 2008

- ⇒ Ceder ante las amenazas y coacciones del hombre que maltrata (ante esta situación, evitar quedarse a solas con él en la consulta).
- ⇒ Recomendar terapia de pareja o mediación familiar.



5.-Orientaciones para el manejo del hombre que maltrata⁶⁶

Si el maltratador solicita ayuda:

Clarificar la demanda. Puede ser que la demanda explícita venga de la toma de conciencia de la situación y de la voluntad de cambio (y se corresponda con la demanda implícita), pero también puede ocurrir que tras la demanda explícita se esconda la intención de obtener beneficio secundario (que la mujer vuelva, disminución de una posible pena, atenuación de la misma por "problema de salud", etc).

En cualquier caso:

- ⇒ Escucha activa, recogiendo la máxima información y atendiendo al lenguaje no verbal para clarificar la demanda.
- ⇒ Hablar de forma calmada sin juzgar.
- ⇒ No legitimar ni justificar en ningún caso el recurso a la violencia. Ante afirmaciones del tipo "ella me provocó", "si la cena hubiera estado hecha", "estaba borracho", "no sabía lo que hacía", "nadie me cree", "nadie me ayuda", "todo el mundo está en contra mía" responder con frases del tipo: "el que la cena no estuviese hecha no justifica el uso de la violencia"; "el estar bebido no justifica lo que sucedió"...
- ⇒ Señalar la responsabilidad de cada persona sobre sus propios actos y la posibilidad de cambio.

Actuaciones recomendadas:

- ⇒ Si al final de la valoración identificamos intención de cambio, darle una nueva cita, y obtener información acerca del recurso más accesible para el seguimiento (grupos de hombres, terapias individuales y grupales con enfoque de género por parte de especialistas en el tema, etc.).
- ⇒ Cuando se detectan otros problemas (alcoholismo, otras adicciones...), aclarar que no son la causa de su violencia y tratar la adicción en el recurso adecuado. Ejemplo: "Otros hombres también beben y no agreden a sus parejas", "¿cuando bebes solo pegas a tu pareja?"

66.- VV.AA. *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid, Dirección General de Salud Pública y Alimentación, 2008

Dentro de las actuaciones recomendadas es muy importante tener en cuenta los criterios de calidad para intervenciones con hombres que ejercen violencia de pareja, propuestas por el grupo 25 en su documento.

25

<u>Criterio 1</u>	Orientación de género y acción coordinada para erradicar la violencia masculina contra las mujeres	Principios
<u>Criterio 2</u>	Intervención por profesionales cualificados/as y en supervisión permante	
<u>Criterio 3</u>	Modelo multidimensional. Seguridad para la mujer e Intervención precoz e intensiva	Cualificación
<u>Criterio 4</u>	Inadecuación y riesgos de intervenciones no específicas. Límites	Especificidad
<u>Criterio 5</u>	Pre-admisión al tratamiento. Evaluación individualizada de HEVPA	
<u>Criterio 6</u>	Tétrada de intervención. Paquete multicomponente (educacional, cognitivo, emocional, y conductual). Gradación individualizada	
<u>Criterio 7</u>	Formatos y tiempos adecuados e intervención de la víctima	
<u>Criterio 8</u>	Estructura de evaluación de eficacia del programa	
<u>Criterio 9</u>	El programa de intervenciones NO es alternativa a la sanción penal	
<u>Criterio 10</u>	Subvención pública inseparable del control de calidad	
<u>Criterio 10 + 1</u>	Actualización de criterios	

Procedimientos

Evaluación de eficacia

Relación con la justicia

Fuente: Grupo 25: *Criterios de calidad para intervenciones con hombres que ejercen la violencia de pareja.* 2006

Diseñando el programa

Introducción

En este centro temático se desarrollarían dos sesiones de cuatro horas aproximadamente. En el apartado menú de actividades proponemos diferentes dinámicas relacionadas con los objetivos y contenidos.

Recordad que es importante combinar en la sesiones técnicas de investigación en aula, expositivas, de análisis y de desarrollo de habilidades.

1.-Ejemplo de guion de la primera sesión

Objetivos y contenidos:

- ⇒ Conocer la estrategia regional en la que se inserta el curso de FdF.
- ⇒ Identificar las necesidades y los obstáculos de los y las futuras formadoras.
- ⇒ Repasar los conceptos de educación para la salud de personas adultas y la metodología del aprendizaje significativo.
- ⇒ Perfilar los contenidos básicos del constructo género que permitan la comprensión del fenómeno de la violencia.
- ⇒ Estrategias de cuidado grupal: las meriendas/ media mañanas.

Metodología:

- ⇒ Presentación de las personas participantes, docentes y discentes. 20 minutos.
- ⇒ Encuadre del curso. 20 minutos.
- ⇒ Recogida de expectativas. Rejilla individual (ver material 1A) 10 minutos. Se devuelve al grupo en la siguiente sesión o se hace puesta en común en grupo grande (20 minutos más).
- ⇒ Ver Material 1B. Ciego y lazarilla: 2 minutos cada vez y puesta en común 10 minutos.
- ⇒ Técnica expositiva sobre las bases y características más importantes de la pedagogía activa y del aprendizaje significativo. 40 minutos.
- ⇒ Material 2A. Fragmento video: 3 minutos. Trabajo en parejas: 5 minutos. Puesta en común: 15 minutos.
- ⇒ Descanso con cuidado del grupo: merienda o media mañana. 20 minutos.
- ⇒ Dinámicas de género. Breve introducción de por qué trabajamos desde la perspectiva de género. 5 minutos. Recogida de conocimientos del grupo sobre el género en lluvia de ideas: 10 minutos. Cada dinámica propuesta nos lleva un tiempo entre 60 y 80 minutos. Ver materiales de 2B a 2 G.



2.-Ejemplo de guion de la segunda sesión

A partir de ahora y como propuesta metodológica para las siguientes sesiones proponemos que al inicio de la sesión, alguna/o de los discentes, haga un resumen de lo más importante de la sesión previa.

De esta manera podemos saber si algún concepto importante no ha sido recordado y también la persona que hace el resumen va practicando la habilidad expositiva necesaria para el posterior rol docente.

Objetivos y contenidos:

- ⇒ Reflexionar acerca de los diferentes paradigmas de explicación de la VPM.
- ⇒ Reconocer esos modelos para el trabajo de grupo en los EAP.

- ⇒Profundizar en los conceptos básicos para comprender el fenómeno de la violencia.
- ⇒Conocer las estrategias del hombre que agrede.
- ⇒Comprender los mecanismos de la conducta del hombre que maltrata y las posibles terapias con estos varones.
- ⇒Identificar actitudes del hombre que agrede para su posterior manejo en la consulta de atención primaria.

Metodología:

- ⇒Resumen de lo visto en la sesión anterior: 5 minutos.
- ⇒Dinámica de pecera para trabajar los diferentes modelos explicativos de la VPM. Total: 100 minutos. Material 3A o Vídeo fragmentos Material 3B.
- ⇒El hombre que agrede. Ver materiales de 3C, D y E. 90 minutos. Los materiales 3D Y 3C podrían ir en la misma sesión.

RECUERDA:

CONVIENE RECOGER EN EL CUADERNO DE OBSERVACIÓN Y EN UN PAPELÓGRAFO LO MÁS RELEVANTE DE CADA SESIÓN PARA PODER VOLVER A VERLO Y ACOMPAÑAR ASÍ DE FORMA VISUAL EL CAMBIO QUE SE VA PRODUCIENDO EN EL GRUPO.

3.-Objetivos y contenidos

Objetivos:

- ⇒Presentar el curso y empezar a conocer al grupo con el que vamos a trabajar la formación de formadores/as, sus expectativas y necesidades.
- ⇒Que los y las discentes se conozcan y que se aproximen de una forma teórica-práctica a la pedagogía del aprendizaje significativo.
- ⇒Ser capaces de aproximarse al fenómeno de la violencia de pareja hacia las mujeres (VPM) desde la perspectiva de género a través de los conceptos básicos sobre qué entendemos por género y su relación con la salud y sobre qué es la VPM.
- ⇒Reflexionar acerca de los diferentes paradigmas de explicación de la VPM.
- ⇒Profundizar en los conceptos básicos para comprender el fenómeno de la violencia.

Género y violencia

- ⇒ Conocer el ciclo de la violencia.
- ⇒ Conocer las estrategias del hombre que agrede.
- ⇒ Comprender los mecanismos de la conducta del hombre que maltrata y las posibles terapias con estos varones.
- ⇒ Identificar actitudes del hombre que agrede para su posterior manejo en la consulta de atención primaria.

Contenidos:

- ⇒ La pedagogía del aprendizaje significativo.
- ⇒ Enfoque de la violencia: La desigualdad entre géneros como base de la violencia, la violencia como problema contra los derechos humanos y la regulación violenta de los conflictos.
- ⇒ Mitos y estereotipos en torno al fenómeno de la violencia de pareja.
- ⇒ Ciclo de la violencia.
- ⇒ Mitos y estereotipos en torno al hombre que maltrata.

Actitudes a trabajar con el grupo:

- ⇒ Generar un clima adecuado desde la primera sesión que permita que cada uno y una de las discentes puedan expresar las dudas, inquietudes, miedos ...en el ámbito de la formación y en el ámbito del abordaje práctico en las consultas de Atención Primaria (AP) de los casos de VPM.
- ⇒ Promover una actitud abierta para comprender el fenómeno de la VPM.
- ⇒ Conocer los sentimientos y actitudes que generan en nosotras/os las mujeres que sufren violencia y desarrollar empatía hacia ellas.
- ⇒ Vencer las resistencias y manejar las emociones que pueda generar el enfoque de género en la formación en VPM.
- ⇒ Vencer las resistencias y manejar las emociones que pueda generar el conocer las estrategias de los hombres que maltratan.

Menú de actividades

Actividad 1: El grupo de FdF. La pedagogía del aprendizaje significativo

Se trata de que el grupo se presente, se encuadre el curso y se recojan expectativas.

Para la presentación podemos preparar una ronda de presentación en la que cada discente diga su nombre, de que centro de salud viene y si tiene o no experiencia en formación y en VPM o se puede llevar algún juego de activación que haga la misma función por ejemplo, arrojar una pelota a cada persona a que se va a presentar.

Conviene hacer el encuadre del curso, explicar si está inserto en alguna estrategia más amplia, y qué instituciones están implicadas.

Recogida de expectativas. En el díptico de inscripción al curso hemos podido recoger algún dato de por qué la persona quiere hacer el curso de Formación de formadores/as o su institución la ha propuesto hacerlo. Incluso se ha podido seleccionar a las personas participantes por entrevista personal (o telefónica).

Es interesante incorporar alguna dinámica para poder expresar qué sentimientos nos genera el tema de llegar a ser docentes para otros compañeras/os del sistema sanitario.

MATERIAL 1A

¿Qué necesidades tienes en torno a la comprensión del fenómeno de la violencia de cara a la formación en los equipos de atención primaria?

¿Qué necesidades tienes como educador/a de cara a la formación de los equipos de atención primaria?

Aprovechamos esta rejilla para introducir la parte de las técnicas referidas a la investigación en aula.

RECUERDA:

CUANDO UTILICES UNA TÉCNICA EDUCATIVA PROCURA INTRODUCIRLA Y ENSEÑAR SU UTILIDAD EN LA PEDAGOGÍA DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO. A HACER SE APRENDE HACIENDO.

MATERIAL 1B

La/el lazarillo y el/la ciega

Una persona hace de ciego y otra de lazarillo. Se les pide que durante dos minutos recorran la clase y alrededores. Luego cambian los papeles. Se recoge en el papelógrafo una palabra que describa cómo se han sentido en los dos papeles.

Se hace una pequeña devolución centrándose en el rol de ayuda de las personas docentes.

Técnica expositiva sobre los principios básicos de la metodología que vamos a usar (**ver Metodología aprendizaje significativo en Anexo presentaciones**). Procuraremos hacer una charla participada y recoger y devolver al grupo las conclusiones de la dinámica del lazarillo.

MATERIAL 1C

REJILLA:

LAS LEYES DE APRENDIZAJE DE LAS PERSONAS ADULTAS

En la formación de adultos⁶⁷ se dan unas diferencias importantes con respecto a la formación o educación de niños y adolescentes. La especial psicología del adulto pesa y su actitud general respecto a la formación debe considerarse realizando las convenientes adaptaciones en métodos, estilo y planeamiento de su actividad educativa. En estas actitudes se entremezclan algunas que son negativas con otras que son de carácter positivo; contrarrestar aquellas y potenciar las últimas es el arte que debe poner en juego el/la educador/a. Dentro de estas actitudes se encuentra la de:

RESISTENCIA: *La educación tiende a introducir un cambio en la personalidad. El adulto opone una resistencia, a veces inconsciente, a esa modificación tanto más cuanto más avanzado esté en la vida y más consolidada su situación. El aprendizaje es vivido por muchos adultos como una amenaza a la situación personal o social o a sus hábitos inveterados. Esta resistencia debe ser compensada por el/la educador/a estimulando al alumno/a adulto/a haciéndole ver los beneficios que el cambio le reportará.*

Fuente: "Leyes del aprendizaje de los adultos". En González, E:
Los adultos y la educación sociopolítica. Ed popular. Madrid, 1980

¿Cuáles pueden ser las "resistencias" de los/as profesionales de Atención Primaria que van a formarse en el manejo de la Violencia de Pareja hacia las Mujeres?

Como formador/a de un Equipo de Atención Primaria en este tema, ¿cómo compensarías estas resistencias?

67.- En este texto se utilizan palabras genéricas masculinas para agilizar la lectura, pero con la intención de incluir a los dos géneros.

REJILLA: LAS LEYES DE APRENDIZAJE DE LAS PERSONAS ADULTAS

En la formación de adultos se dan unas diferencias importantes con respecto a la formación o educación de niños y adolescentes. La especial psicología del adulto pesa y su actitud general respecto a la formación debe considerarse realizando las convenientes adaptaciones en métodos, estilo y planeamiento de su actividad educativa. En estas actitudes se entremezclan algunas que son negativas con otras que son de carácter positivo; contrarrestar aquellas y potenciar las últimas es el arte que debe poner en juego el/la educador/a. Dentro de estas actitudes se encuentra la de:

INTERÉS: *El escolar asiste a clase por una imposición externa. La persona adulta, normalmente, asiste por convicción personal, elemento positivo de gran importancia, pero endeble, porque la exigencia es muy superior a la del niño y abandona con facilidad el aprendizaje si no ve claro el fin o si cree que el esfuerzo no responde a sus necesidades. El adulto no aprende por aprender, sino para cubrir unas necesidades operativas en función de una tarea que quiere emprender. Las metas y objetivos deben estar perfectamente definidos y la articulación de los actos o recursos que se ponen en juego, muy clara. Puede suceder -y sucede muy a menudo- que las necesidades (o los objetivos personales) se formulen en términos de recetas: cómo hacer tal cosa, cómo resolver tal problema concreto. La educadora debe saber trascender esta demanda concreta para adivinar su sentido profundo. Para ello necesita conocer detalladamente la tarea en función de la cual se emprende la obra educativa que le ocupa, y cuáles son las necesidades a cubrir en función de la misma.*

Fuente: "Leyes del aprendizaje de los adultos". En González, E: Los adultos y la educación sociopolítica. Ed popular. Madrid, 1980

¿Qué necesidades de formación crees que tienen los/as profesionales de Atención Primaria en relación con la Violencia de Pareja hacia las Mujeres?

¿Qué "recetas" demandan los/as profesionales en relación a este problema? ¿Crees que existe alguna metodología educativa que pueda dar respuesta a esta demanda?

REJILLA: LAS LEYES DE APRENDIZAJE DE LAS PERSONAS ADULTAS

En la formación de adultos se dan unas diferencias importantes con respecto a la formación o educación de niños y adolescentes. La especial psicología del adulto pesa y su actitud general respecto a la formación debe considerarse realizando las convenientes adaptaciones en métodos, estilo y planeamiento de la actividad educativa. En estas actitudes se entremezclan algunas que son negativas con otras que son de carácter positivo; contrarrestar aquellas y potenciar las últimas es el arte que debe poner en juego el/la educador/a. Dentro de estas actitudes se encuentra la de:

RESPONSABILIDAD: *Las personas adultas están habituadas a asumir responsabilidades en los diversos ámbitos de su vida. Por ello se resisten a ser elemento pasivo de su propia formación. Tienen que sentirse asociadas al proceso formativo lo más estrechamente posible. Para ello están bien dispuestas porque se sienten cercanas al educador/a y no tienen el temor del niño ni sienten respeto infantil, lo que invalida cualquier tipo de trato autoritario.*

El adulto quiere conocer de entrada el objetivo de la formación, para asumirlo. Por eso:

- a) *le debe ser presentado con toda claridad,*
- b) *se le debe dar la posibilidad de discutirlo y*
- c) *se le debe dar la ocasión de valorar o evaluar el proceso y los resultados.*

Fuente: "Leyes del aprendizaje de los adultos". En González, E:
Los adultos y la educación sociopolítica. Ed popular. Madrid, 1980

¿Cómo conseguirías que los profesionales de Atención Primaria que van a formarse en el manejo de la Violencia de Pareja hacia las Mujeres se sientan "elementos activos" del proceso educativo?

Como formador/a de un Equipo de Atención Primaria en este tema, ¿cuáles serían los objetivos?

Actividad 2: El género y la violencia de pareja

Nos aproximaremos al concepto de género y a su relación con la VPM. Os proponemos 4 dinámicas, descritas en los materiales 2B al 2G. Aconsejamos, para poder elegir una, conocer previamente qué saben las personas de nuestro grupo sobre el concepto género. Se puede comenzar esta parte de la sesión con una lluvia de ideas sobre ¿qué es para tí el concepto género? ¿Cómo lo utilizas en tu práctica profesional?.

También es importante tener en cuenta el tiempo con el que contamos. Cada una de estas dinámicas lleva diferentes tiempos y nos permite un diferente nivel de profundización. Por ejemplo el material 2B y 2G son las más cortas y sencillas. Los materiales 2C,D, E, F y H llevan más tiempo y nos pueden permitir trabajar con grupos que ya sepan algo del constructo género.

Es importante el trabajo de los sentimientos que genera en los y las discentes el tema de la VPM. Aunque este trabajo se va a ir haciendo de forma transversal nos parece importante dedicarle al principio un poco de tiempo.

En este apartado incluimos los materiales de trabajo del ciclo de la violencia. Nos parece muy importante que los y las discentes entiendan este ciclo para la comprensión de lo que le ocurre a las mujeres que sufren violencia. Son los materiales 2I y 2J.

MATERIAL 2A

A todas las personas nos genera algún sentimiento el tema de la violencia. Conviene conocer y expresar estos sentimientos para poder hacer un mejor trabajo cotidiano en nuestra práctica asistencial. A continuación os proponemos esta dinámica pero también podemos usar una imagen, una canción, un fragmento de una película, etc.

Vemos un fragmento del vídeo *Fragmentos, mujer y violencia*, el capítulo "Devastación emocional".

Este video fue realizado desde la Comisión Técnica para la coordinación de las acciones de salud frente a la VPM de la Comunidad de Madrid. Es un material de apoyo a la docencia para uso exclusivo en la formación de profesionales sanitarios. Las protagonistas son las propias mujeres que sufren o sufrieron maltrato. Los y las profesionales sanitarios que deseen utilizar este vídeo, deben ponerse en contacto con Juan Carlos Duro Martínez en la dirección: juancarlos.duro@salud.madrid.org

Por parejas se comenta qué sentimientos han surgido al escuchar el relato de X.

Se hace una breve puesta en común con la siguiente clave: cada uno/a explica en el grupo grande lo que la otra persona del par ha sentido.

Cuando se finalice el curso se puede volver a poner el mismo fragmento del vídeo y analizar los cambios que han sucedido, los porqués de estos cambios, etc..

MATERIAL 2B

Se divide al grupo grande en grupos de unas 5-6 personas. Dos grupos deben realizar la siguiente tarea:

"Debéis confeccionar de forma colectiva una historia, un cuento de cómo sería la vida de Juana desde su nacimiento hasta su muerte. Conviene que las ideas que surjan se vayan anotando para luego confeccionar el relato."

A los otros dos grupos se les encomienda otra tarea:

"Debéis confeccionar de forma colectiva una historia, un cuento de cómo sería la vida de Juan desde su nacimiento hasta su muerte. Conviene que las ideas que surjan se vayan anotando para luego confeccionar el relato."

Tiempo de trabajo en el Grupo Pequeño GP: **20 minutos**

En grupo grande GG: Puesta en común de las historias: **20 minutos.**

Diálogo posterior en el análisis de los grupos. **20 minutos.**

La persona docente recoge cómo son las cuatro historias, busca los puntos en común y trata de vincularlos con los contenidos sobre género que luego explicará en una presentación.

Lo más frecuente con esta dinámica es que las historias de vida de Juan y Juana producidas por los grupos sean interesantes para el trabajo de los diferentes roles de hombres y mujeres en la sociedad, sobre los estereotipos, sobre qué entendemos en nuestra sociedad que son/deben ser hombres y mujeres.

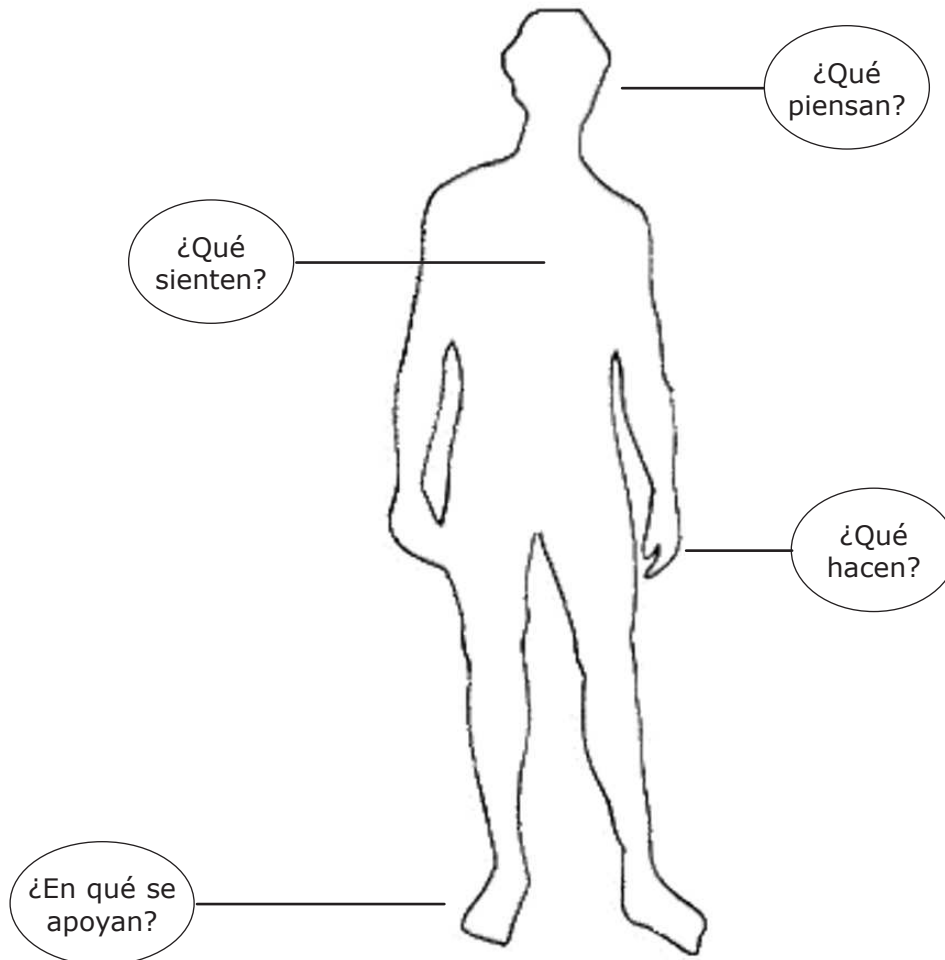
Si no apareciese ningún rol, o estereotipo o prejuicio de género se pueden lanzar algunas preguntas directamente como las siguientes: ¿quién realizaría las tareas domésticas en esta historia? ¿Quién cuidaría a los hijos/as, familiares enfermos/as...? ¿Quién llevaría el coche al taller? ¿Y a los niños/as al centro de salud para sus revisiones, o a las reuniones en las escuelas de las AMPAS?

Se terminaría con una exposición con una presentación sobre el constructo de género, la socialización de género, mandatos de género, etc. (**Ver Género y violencia en Anexo presentaciones**). Tiempo: **20 minutos.**

MATERIAL 2C

Se divide al grupo grande en grupos de unas 5-6 personas. A dos grupos se les da la siguiente tarea:

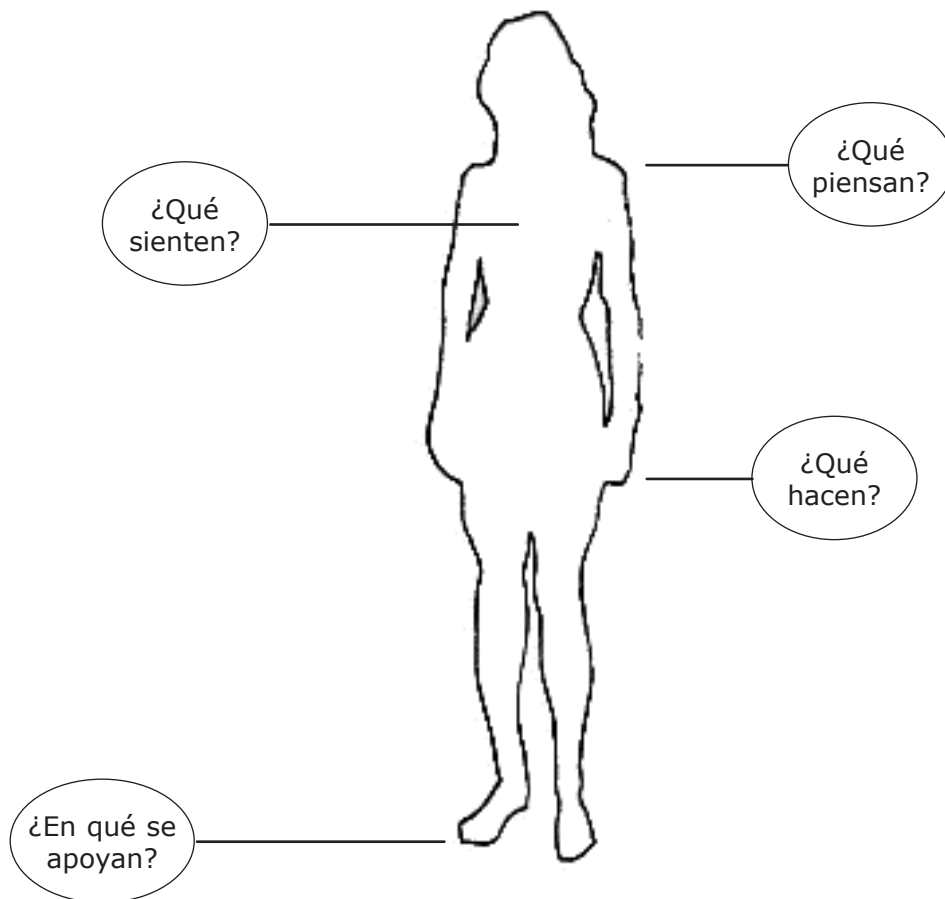
Se les entrega una cartulina con el dibujo de una silueta masculina. De diferentes partes de la silueta salen unos bocadillos.



En el grupo pequeño deben rellenar los bocadillos: qué piensan, qué sienten, qué hacen, en qué se apoyan... los hombres. Se les pide que hablen de los hombres en general.

A los otros dos grupos se les entrega una cartulina con el dibujo de una silueta femenina. De diferentes partes de la silueta salen unos bocadillos.

En el grupo pequeño deben rellenar los bocadillos: qué piensan, qué sienten, qué hacen, en qué se apoyan... las mujeres. Se les pide que hablen de las mujeres en general.



Posteriormente se hace la puesta en común con las siluetas de los diferentes grupos.

Tiempo:

GP: **20 minutos.**

GG: **20 minutos.**

Se terminaría con una exposición con una presentación sobre el constructo de género, la socialización de género, mandatos de género etc tratando de vincular los contenidos que han aparecido en las siluetas con el contenido de la presentación (**Ver Género y violencia en Anexo presentaciones**).

Tiempo: **20 minutos.**

MATERIAL 2D

Vamos a proponer al grupo ver un vídeo sobre publicidad del instituto de la mujer⁶⁸. Antes de ver el vídeo utilizaremos la parte de la presentación que se refiere a la definición de género, roles, prejuicios y estereotipos ya que una parte de la tarea se va a centrar en identificarlas mientras se visiona el mismo.

Aconsejamos los siguientes fragmentos:

- ⇒ apartado "ÉL"
- ⇒ apartado "ELLA",
- ⇒ apartado "HOMBRES CON HOMBRES"

Trabajamos el siguiente guion:

¿ASÍ SOMOS, ASÍ NOS VEN O ASÍ NOS HACEMOS?

A continuación vas a ver un vídeo en el que aparecen diferentes escenas de publicidad televisiva con hombres y mujeres. Observa atentamente y contesta a las siguientes preguntas. Después debátelas en grupo.

En el apartado "ELLA":

¿Qué imagen se da de las mujeres?, ¿qué roles desempeñan las mujeres en la publicidad?

¿Qué papel juegan los hombres en estos anuncios?

Identifica los estereotipos de género femenino

Identifica los prejuicios de género masculino

68.- DVD: La mujer en la publicidad II. Instituto de la Mujer. Duración: 24 minutos.

En el apartado "ÉL":

¿Qué imagen se da de los hombres?, ¿qué valores muestran los hombres en la publicidad?

¿Qué papel juegan las mujeres en estos anuncios?

Identifica los estereotipos de género masculino

Identifica los prejuicios de género masculino

En el apartado "HOMBRES CON HOMBRES":

Describe las relaciones que se establecen entre los hombres.

En el apartado "MUJERES CON MUJERES":

Describe las relaciones que se establecen entre las mujeres.

En el apartado "TODO POR AMOR NO POR OBLIGACIÓN":

¿Qué hacen las mujeres en estos anuncios?, ¿cómo se sienten?, ¿crees que esto ocurre en la vida real?

Vídeo: **15 minutos**.

Trabajo en GP: **20 minutos** (cada grupo trabaja uno o dos apartados)

Trabajo GG: **20 minutos**.

Charla expositiva con presentación sobre género: **20 minutos**.

MATERIAL 2E

En grupo grande se ve el vídeo *Peor es nada*
<http://www.youtube.com/watch?v=7v1RAgLDLWE>

Se divide al grupo grande en grupos de unas 5 o 6 personas.

Se utiliza el siguiente guion de análisis:

Comenta lo que más te ha llamado la atención del vídeo.

Recoge las diferencias que aparecen entre hombres y mujeres en el vídeo.

¿A qué crees que se deben estas diferencias?

Vídeo: **5 minutos.**

Trabajo en GP: **20 minutos.**

Puesta en común: **20 minutos.**

Técnica expositiva de género: **20 minutos.**

MATERIAL 2F

En grupo grande se ve el vídeo *Un sueño imposible*:

<http://www.youtube.com/watch?v=4UvE-zIsRYg> (parte I)

<http://www.youtube.com/watch?v=WCM2dPPH7Jg> (parte II)

En GP se trabaja este guion de análisis: **20 minutos.**

Puesta en común: **20 minutos.**

Técnica expositiva de género: **20 minutos.**

Acabas de ver un video titulado *Un sueño imposible*:

Describe y analiza el día de la mujer protagonista del video: sus tareas, el reparto de su tiempo, la sensación que te transmite esa mujer.

Describe y analiza el día del hombre protagonista del video: sus tareas, el reparto de su tiempo, la sensación que te transmite ese hombre.

Cuando este material esté publicado, puede ser que todavía no haya salido el nuevo vídeo modificado y adaptado por el Servicio de Promoción de la Salud de la DGAP SERMAS. Hemos tenido la suerte de participar en su reactualización y de estar participando en el grupo que redacta el guion de análisis. Es un material muy valioso. Os animamos a seguirle la pista y utilizarlo cuando ya esté publicado.

MATERIAL 2G

1. Video "Despierta Raimundo despierta" (15 minutos)

Se introduce y proyecta la película *Despierta, Raimundo, despierta*. En esta, Raimundo tiene una pesadilla en la que sueña que es mujer por un día, y mediante la inversión de los roles se visibiliza la desigualdad presente en la pareja, los roles y estereotipos, la violencia subyacente...

<http://asociacionecoe.org/materiales/despierta-raimundo-despierta>

2.-Debate dirigido en Grupo Grande (10 minutos) (se puede hacer también en grupos pequeños):

Se van lanzando las siguientes preguntas al grupo para debatir:

¿Os parece un caso real?

¿Cómo os habéis sentido con los "roles invertidos"?

¿Cómo es la relación de pareja?

¿Cómo resuelven las diferencias?

¿Hay violencia en la pareja?

Si piensas que la hay describe las situaciones y los tipos de violencia, ¿qué papeles juegan el hombre, la mujer y el niño?

Después de ver el video, ¿te parece fácil que este tipo de situaciones se den a la inversa (de la mujer hacia el hombre)?

3.-APOYO AL DEBATE (Cosas a sacar si no salen espontáneamente):

Suele salir la extrañeza o lo gracioso que se ve la inversión de roles y sin embargo cuando vuelven a su rol da tristeza y sensación de normalidad.

Resaltar roles tradicionales (laboral, cuidados...).

Las diferencias no se negocian, sino que existe una relación de dominio-sumisión donde todo es impuesto por una de las partes.

Sí hay violencia por parte de la pareja: ejemplos de situaciones son el desprecio continuo a todo lo que hace, los reproches continuos, los insultos, la reacción ante la noticia de embarazo, el control económico, ignorar a la mujer, despreciar lo que ella más quiere (por ejemplo cuando no le importa gritar y despertar a los niños), amenazas, violencia física cuando le empuja y le golpea en la cama.

Violencia también en el ámbito de la comunidad (comentarios sexistas en el trabajo; conversación acerca de la prostitución).

Técnica expositiva de género y tipos de violencia (ver **Centro temático 2**) (**Ver Género y violencia y Tipos de violencia en Anexo presentaciones**): **20 minutos.**

MATERIAL 2H

Os proponemos la lectura de dos textos y sus respectivos guiones de análisis. Uno es sobre feminidad y otro sobre masculinidad.

Se puede dividir el grupo en dos grupos o en cuatro grupos pequeños y trabajar cada grupo o dos grupos un texto diferente y luego puesta en común.

Aconsejamos estos tiempos:

Lectura individual: **10 minutos.**

Guion de análisis en grupo pequeño: **30 minutos.**

Lectura de ambos textos en voz alta en grupo grande: **10 minutos.**

Puesta en común en grupo grande: **40 minutos.**

Dos características identitarias sobresalen en las mujeres contemporáneas: la diversidad y la transición.

La diversidad entre las mujeres y la diversidad de cada una consigo misma. Diversidad, también, frente a las representaciones simbólicas y normativas del ser mujer, y entre los mandatos trazados y la experiencia vivida. Las mujeres estamos en transición y, frente a la amalgama entre lo que se conserva y lo cambiante, inventamos maneras inéditas de ser mujer, porque el mundo del fin del milenio está efervescente.

... La diversidad de las mujeres contemporáneas se debe a las particularidades nacionales, étnicas, raciales, de clase, de edad, de salud, religiosas, políticas, ideológicas, lingüísticas y culturales. Y cada una de esas condiciones e identidades históricas define modos de vida, existencias y maneras de ser mujer. Esas dimensiones de la diversidad social, económica, cultural y política configuran un mosaico plural entre las contemporáneas.

... Los estereotipos tradicionales marcados por la condición patriarcal de la mujer definen a las mujeres como seres-para-los-otros, estructuradas por la sexualidad, el trabajo y la subjetividad enajenadas, para dar vida, sentido y cuidado a otros. La dependencia vital marca la subjetividad y define el carácter corporativo de las mujeres.

Ontológicamente esta configuración sustenta la incompletud y la ilimitación de las mujeres como seres cuyo sentido de la vida y cuyos límites personales están más allá, están en los otros. La opresión de género está presente en las relaciones sociales que colocan a las mujeres bajo dominio (expropiación, dependencia, subordinación, control, tutelaje, discriminación y variadas formas de explotación sexual, económica, moral) y se desprende del contenido concreto de esta modalidad de género.

Sin embargo, ninguna mujer vive en correspondencia con los estereotipos tradicionales. La modernidad ha significado cambios profundos en la femi-

nidad y en la vida cotidiana tradicional de las mujeres (deculturación), independientemente de que eso las beneficie o las perjudique. Asimismo la modernidad ha irrumpido en sus vidas, más allá de su voluntad y su conciencia e incluso contra su voluntad.

...En los deberes y las prohibiciones tradicionales se han asimilado o superpuesto contenidos modernos de ser mujer que innovan la condición de género con aspectos que en el orden patriarcal tradicional son atribuidos solo a los hombres. Por ello, definidas desde lo simbólico tradicional, hay contemporáneas que se sienten sintetizar, conservar y superar lo femenino y lo masculino: sienten ser una amalgama andrógina.

... Las innovaciones reformulan aspectos de la condición tradicional de la mujer como la sexualidad, la maternidad, el erotismo, el trabajo y la economía, las relaciones con los hombres y en las instituciones tradicionales, la ocupación de espacios y la participación social y política (enculturación). Hoy, las contemporáneas somos a la vez tradicionales y modernas; vivimos en cautiverio emancipadas; pensamos de manera binaria formal, religiosa y mágicamente, a la vez que desarrollamos pensamiento complejo, dialéctico y laico. La poligamia se abre paso en la sexualidad y la conyugalidad de más y más mujeres con mentalidad de monógamas; ya no todas las jovencitas son vírgenes sino de manera efímera, pero siguen entregando su cuerpo y su sexualidad, solo que de manera emancipada, al hombre de su vida, por lo menos de ese momento.

En este sentido, el-cuerpo-para-otros sigue hegemonizando la identidad de las mujeres, la innovación ideológica patriarcal hace aparecer la opción cuerpo-para-el-placer como más avanzado, moderno, emancipado, que el cuerpo-procreador. En cualquier caso, la enajenación sexual, corporal, es la más adaptativa y sobrevive a otros ámbitos de la mujer resignificados con mayor claridad.

Por otra parte, tenemos no solo dobles y triples jornadas, trabajo visible e invisible, sino que trabajamos extra para ganar unos centavos más. Regalamos nuestro tiempo como voluntarias de todas las causas y, con orgullo, muchas se dan el lujo de reivindicarse antifeministas. Las niñas que nacen hoy serán educadas como mujeres domésticas y públicas, madresposasciudadanas, mientras las adultas definen su vida en torno a maternidades de entrega, conyugalidades asimétricas, cargas familiares y comunitarias, y luchan cada día por sus independencia, su desarrollo, su soledad, su tiempo y su autonomía.

Los hombres siguen siendo el centro de la sociedad, del Estado y de la cultura, así como de las vidas de las mujeres. El cambio consiste en que para más mujeres, ya no es un solo hombre para toda la vida.

... Las contemporáneas sintetizan cada día una doble vida y no solo una doble jornada: dobles espacios, dobles tiempos identificados, actividades simultáneas, normas y códigos de comportamiento diferentes, simultáneos y contradictorios -tradicionales y modernas- y actividades que exigen distintas habilidades especializadas. Estas mujeres integran la categoría social que más trabaja y dispone o se apropia de menor riqueza social, accede a menos servicios y tiene disminuidas sus oportunidades y sus

derechos en condiciones de enorme riesgo vital.

En síntesis la doble vida de las contemporáneas abarca actividades, normas, ética, lenguajes simbólico, imaginario, corporal, y lenguas e idiomas distintos. Cada mujer debe desarrollar habilidades para pasar de unas dimensiones vitales a otras sin equivocarse. Aprender a estar subordinada y con poderes reducidos en un ámbito y, el mismo día, transitar a otro espacio, ocupar posiciones de mando, cumplir con responsabilidades, tomar decisiones y además ser exitosa. La doble vida implica, también, marcas de ruptura identitaria y exige la capacidad de reaccionar ante identidades asignadas diversas y contradictorias, cargada de expectativas que se entrecruzan y chocan. Crisis y conflictos de identidad desgarradores expresan esta escisión: sin embargo las mujeres los interpretan desde otras visiones como errores, incapacidad, fallas. Se sienten fallidas cuando incumplen por falta de tiempo, por saturación, por tensión vital y son descalificadas como inadecuadas. Como locas.

La condición de las contemporáneas puede apreciarse con la sobremodernidad, la categoría de Marc Augé. En efecto, millones de mujeres somos sobremodernas, vivimos acelerando el tiempo al máximo, llenas de actividades simultáneas. Muchas contemporáneas experimentan una nueva forma de enajenación cuando sienten no tener tiempo propio durante períodos largos, y así lo expresan. Esta aceleración y sobre carga produce grandes y pequeños problemas de salud, desarmonías corporales y subjetivas y modos de vida vertiginosos.

La doble vida es parte del sincretismo y la sobremodernidad. En efecto, cada mujer vive variadas formas de escisión, como si tuviese una doble vida. Hace años, Agnes Sélzer denominó a esa experiencia subjetiva esquizofrenia vital. Para evitar un lenguaje psiquiatrizante yo prefiero llamarla escisión vital. Las contradicciones pueden ser dolorosas pero a la vez impulsar a realizar ajustes y cambios para resolver los conflictos de escisión y, al lograrlo, llevan a experimentar mejoramiento o fortalecimiento de la autoestima.

Tomado de:

LAGARDE DE LOS RÍOS, Marcela:
Claves feministas para la autoestima de las mujeres.
Madrid, Horas y horas, 2001.

La maternidad sigue apareciendo como eje de la identidad femenina de estas mujeres [académicas] desde la visión de sacrificio, entrega incondicional, autoanulación, lo cual perpetúa la sinonimia (buena mujer-buena madre). Continúan siendo líderes de la vida doméstica y figuras centrales de esta dinámica ejerciendo fuertes funciones de equilibrio familiar.

Se evidencia que la maternidad es un elemento constitutivo de la identidad femenina de estas mujeres [académicas], aunque el deseo y la práctica de liderar una familia se articulan con el desempeño y realización profesional.

Tomado de:

FERNÁNDEZ RIUS, Lourdes:
"Roles de género -Mujeres académicas- ¿conflictos?"

Lee los textos sobre feminidad y masculinidad de forma individual. Cada grupo trabajará solo sobre un texto.

Señala los mandatos de género femenino

¿Cómo crees que influyen en el mantenimiento de las situaciones de violencia de pareja?



... La masculinidad tradicional se encuentra muy asociada a la fortaleza tanto física como espiritual, al buen desempeño, excelencia, la rudeza corporal y gestual, la violencia, la agresividad y homofobia, la eficacia, competencia, así como al ejercicio del poder, la dirección y definición de reglas, la prepotencia, valentía e invulnerabilidad. La independencia, seguridad y decisión indican fortaleza espiritual, unida a la racionalidad y autocontrol. El hombre no debe doblegarse ante el dolor, ni pedir ayuda aunque ello le conduzca a la soledad. Por eso se le prescribe, por lo general, alejarse de la ternura, de los compromisos afectivos muy profundos, de la expresión de los sentimientos.

En el hombre la sexualidad está muy vinculada a su carrera por la excelencia, por ello trata de estar siempre listo sexualmente, "siempre erecto", tener buen desempeño y rendimiento, variadas relaciones, ser activo en el coito y responsable del orgasmo femenino. Requiere a su vez de la constante admiración femenina como nutrimento de su autoestima, esforzándose más por la demostración de su masculinidad que por su propio crecimiento.

... La vida pública (...) es asociada a la productividad de riquezas, de ganancias, a lo racional, lo creativo, lo verdadero, exacto. Se trata aquí del trabajo "socialmente útil", de la participación en instituciones u organizaciones sociales. Esto se ha asociado al poder económico, a la excelencia, la capacidad y el buen desempeño, a la competitividad que genera el mercado de trabajo donde se demanda razón, precisión, creatividad, triunfo.

Este ámbito ha sido protagonizado por los hombres, quienes también por "naturaleza" son más racionales, creativos, fuertes, seguros y competitivos para afrontar las vicisitudes que entraña el trabajo fuera del hogar.

Tomado de:

FERNÁNDEZ RIUS, Lourdes:

"Roles de género -Mujeres académicas- ¿conflictos?"

1.- Sentimos una esquizofrenia interior entre lo que nos han hecho ser y lo que intuimos que llevamos dentro. Somos educados con una caja de Pandora donde metemos todo lo incompatible con el ser superman, lo incompatible con ser fuertes, exitosos, machotes, etc.

Esta caja de Pandora contiene nuestras inseguridades, miedos, llantos, debilidades, etc. Y nunca se abre. Nos han educado para que se mantenga bien cerrada. Cuando nuestras parejas (heteros) nos piden que la abramos no sabemos cómo hacerlo y tendemos a : salir corriendo, bien rompiendo la relación o yéndome con otra mujer. Diciendo: es que yo soy así.

2.- De los cuatro sentimientos principales: ALEGRÍA, IRA TRISTEZA Y MIEDO, a los hombres se nos prepara desde niños, para expresar la alegría y la ira y reprimir el sentimiento de tristeza y miedo. Van pasando los años y los hombres solo hemos aprendido a expresar alegría e ira, de manera que cualquier sentimiento como la tristeza o el miedo, no sabemos expresarlo y lo sacamos a través del cabreo, mosqueándonos o chillando u ocultándonos... pero no demostrando que estamos tristes o tenemos miedo o inseguridad, no porque no queramos, sino porque no sabemos hacerlo.

3.- A los hombres nos cuesta mucho mantener relaciones íntimas de amistad con otros hombres y tendemos a tenerlas con las mujeres. Cuando vemos el grado de intimidad que consiguen las mujeres entre amigas, nos planteamos por qué nos cuesta tanto alcanzar esto entre nosotros. Establecemos amistades masculinas donde compartimos aficiones, pero poco compartimos los sentimientos más profundos. La llave para sacar éstos la tiene nuestras amigas.

4.- La autoestima masculina es falsa. Se basa en lo de afuera, depende del exterior y siempre está en la cuerda floja. No tenemos autonomía afectiva, todos dependemos afectivamente de una mujer: tu madre, tu amiga, tu compañera, etc.

5.- Nos creemos el centro del universo y no poseemos visión periférica. Las mujeres han sido educadas para ver desde la segunda fila y poder atender mejor las necesidades de los demás.

6.- Los hombres mantenemos con nuestros padres (hombres) una relación ficticia. En apariencia hay mucha unión padre-hijo, pero al igual que pasa con la amistad, se limita a compartir aficiones, cuestiones económicas y abrazos con fuertes palmadas en la espalda cuando te ves. Y nada más.

7.- Muchos de nosotros centramos la calidad sexual en la capacidad hidráulica del pene. Nos han enseñando que nuestro instinto sexual es irrefrenable, que nuestra polla es incontrolable, como un ser independiente. Esto es debido a nuestro analfabetismo afectivo-erótico. Cuanto más analfabeto sentimental eres, más dependiente eres de tu deseo y de tu sexualidad falocéntrica. Llenamos el espacio vacío de los sentimientos con la sexualidad coital.

8.- No tenemos libertad para expresar nuestra sensibilidad y ternura.

Tomado de:

Materiales encuentro sobre Feminismo y masculinidad.
Granada, 12 de enero de 2005.

Género y violencia

Lee los textos sobre feminidad y masculinidad de forma individual. Cada grupo trabajará solo sobre un texto.

Señala los mandatos de género masculino

¿Cómo crees que influyen en la producción de las situaciones de violencia de pareja?

MATERIAL 2I

EL CICLO DE LA VIOLENCIA

Vais a ver el apartado "El ciclo de la violencia" del capítulo 4: el peso de la socialización de género del vídeo: *Fragmentos: Mujeres, salud y violencia*.

Identifica las fases del ciclo de la violencia.

¿Qué sentimientos crees que han tenido las mujeres que relatan este ciclo?

Señala lo que más te ha llamado la atención de este fragmento del vídeo.

MATERIAL 2J

EL CICLO DE LA VIOLENCIA

Os aconsejamos ver la película de Itziar Bollaín *Te doy mis ojos*.

En ella se relata una situación de violencia de pareja. Y quedan reflejadas las fases del ciclo de la violencia.

Identifica las fases del ciclo de la violencia.

¿Qué sentimientos crees que han tenido las mujeres que relatan este ciclo?

Señala lo que más te ha llamado la atención de este fragmento del vídeo.

Actividad 3: Explicaciones diversas sobre el por qué de la VPM. El hombre que agrede

Nos aproximaremos a los diferentes modelos explicativos de la VPM. Según desde qué modelo se entienda se hará un abordaje sanitario diferente y el rol del/la profesional será también distinto. Identificaremos estos diferentes paradigmas.

Trabajaremos las estrategias del hombre que agrede y propuestas de cómo reconocerlas y trabajarlas en las consultas de AP:

MATERIAL 3A

Distintos modelos explicativos de la VPM: dinámica de pecera.

¿En qué consiste esta dinámica?

Es una dinámica de trabajo grupal en grupo pequeño que permite que a su vez todo el grupo participe.

En este caso la utilizamos para trabajar los modelos explicativos de la violencia:

Se divide el grupo grande en cuatro grupos y a cada grupo se le pide que defiendan (en dinámica de pecera ver apartado antes de empezar, trabajar desde la pedagogía activa página 29) 4 o 5 explicaciones del fenómeno de la violencia.

Aunque no sea su postura personal deben prepararse los argumentos y aprender a dialogar desde la clave del respeto y la escucha. Se reúnen primero para preparar sus argumentos unos **15 minutos** con algún texto propio/elaborado *ad hoc* (podemos hacer un resumen del apartado B.1). Eligen una persona portavoz y ella es la que debate en pecera. La duración del debate es de unos **20 minutos**, menos si vemos que se bloquea y no se desbloquea a pesar de que los y las portavoces pidan ayuda a su grupo o que se repiten los argumentos o hasta **30 minutos** si vemos que el diálogo está siendo enriquecedor.

Posteriormente en grupo grande se analiza en primer lugar cómo se ha sentido las personas portavoces debatiendo, si han sentido apoyo o no de su grupo, dónde se han bloqueado y por qué. Luego se pide la participación del resto del grupo y se les pide su opinión sobre los argumentos que han salido, cómo poder rebatirlos, los bloqueos, las formas de comunicación.

Por último se le pide a la persona observadora que complete lo analizado por el grupo y que resuma y recoja los emergentes grupales más importantes. (total puesta en común: **45 minutos**)

La coordinadora de la dinámica hace un resumen de la perspectiva de género y por qué es tan importante comprender el fenómeno de la violencia desde esta perspectiva. Se puede utilizar una presentación o una charla. Conviene detectar los obstáculos del propio grupo para poder seguirlos trabajando en la sesión posterior. (**10 minutos**)

Esta dinámica sirve para entrenar los posibles obstáculos que se pueden encontrar los/as discentes en su paso a docentes cuando formen en los EAP sobre las diferentes explicaciones a la VPM que dan los y las profesionales sanitarios.

La dinámica dura **100 minutos** con el análisis incluido de cómo superar los obstáculos, el rol de ayuda del docente, la comprensión del fenómeno de la violencia desde la perspectiva de género...)

MATERIAL 3B

Distintos modelos explicativos de la VPM.

Vídeo *Fragmentos: mujeres, salud y violencia.*

Aconsejamos ver el capítulo IV del vídeo: “el peso de la socialización de género y los temas: el amor, ceder terreno, el ciclo de la violencia, la culpa y el falso control”.

Proponemos ver el capítulo y en grupo pequeño analizar con un guion:

¿Qué os ha parecido lo más novedoso y qué os ha llamado más la atención del vídeo?

¿Ayuda el vídeo a entender mejor el fenómeno de la violencia? ¿Por qué?

Proponemos terminar con una presentación donde se recojan la definición de VPM, el ciclo de la violencia y los tipos de maltrato (**Ver *Ciclo de la violencia en Anexo presentaciones***).

Total: **45 minutos**.

Si tenemos tiempo podemos ver el capítulo II del vídeo: “El daño de la violencia”. En este capítulo se ven los diferentes tipos de violencia contados por las propias mujeres

MATERIAL 3C

Charla con persona experta.

En Madrid hemos contado en los cursos con la participación de Luis Bonino. Se puede proponer una charla de **una hora** con diálogo posterior de **30 minutos**.

Con esta opción ya se terminaría la sesión.

MATERIAL 3D

Vídeo *Amores que matan* (versión reducida 10 minutos)

En *Amores que matan* el maltratador está internado (o sea alejado de su víctima) en un Centro de Reeducción de Agresores.

La película deja bien claro que tal centro es pura ficción (a diferencia de la existencia de mujeres maltratadas y asesinadas, que es pura realidad) y sirve como marco para analizar cómo son los hombres que ejercen violencia.

Guion de análisis: se entrega y lee previamente a la proyección.

Grupos de 3 personas.

A cada grupo se le pide que conteste una pregunta.

Tienen un tiempo para el trabajo en grupo pequeño.

Cada grupo contesta la pregunta correspondiente del guion de análisis y es completada por el resto.

Vídeo: **15 minutos.**

Trabajo en GP: **15 minutos.**

Puesta en común: **15 minutos.**

(Ver Estrategias hombres que agreden en Anexo presentaciones).

15 minutos.

AMORES QUE MATAN
Un cortometraje de Iciar Bollaín
Producciones La Iguana s.l.

En *Amores que matan* el maltratador está internado (o sea alejado de su víctima) en un Centro de Reeducción de Agresores. La película deja bien claro que tal centro es pura ficción (a diferencia de la existencia de mujeres maltratadas y asesinadas, que es pura realidad) y sirve como marco para analizar cómo son los hombres que ejercen violencia.

GUIÓN DE ANÁLISIS

- ⇒ Describir las situaciones de forma objetiva (no emitir juicios de valor)
- ⇒ Si puede, copiar literalmente algunas de las frases que dicen.
- ⇒ Se puede utilizar como apoyo para el análisis el anexo V, punto 2 de la *Guía de actuación*: "Tipo, intensidad y duración de la violencia".

¿Qué actitudes se pueden observar en el personaje central interpretado por Luis Tosar?

¿Cómo justifica su estancia en el centro y sus actitudes en relación a su pareja?

Describe la vida de este hombre (lo que se muestra de él).

¿Qué otras actitudes y estrategias se observan en el resto de hombres que están en el centro? ¿Cómo se justifican?

Estallido agudo de violencia: analiza ambas escenas en las que se produce.

¿Cómo describe la mujer la relación (de maltrato) que ha vivido con su pareja?

En boca de otros personajes del corto, hay alusiones a cómo se sienten y viven las mujeres con una pareja que las maltrata. ¿Cuáles?

Comenta cómo dice la gente "de la calle" que ve la situación del maltrato de pareja.

MATERIAL 3E

Os proponemos ver un fragmento del video del Instituto de la mujer: *Mujeres de hoy.2005*, en el que participa Miguel Lorente (capítulo IV minuto 12,06) y hacer un pequeño diálogo posterior sobre el video, acabando con la presentación de las estrategias del hombre que maltrata y su manejo en consulta (**Ver *Estrategias hombres que agreden en Anexo presentaciones***).

Vídeo: **5 minutos.**

Diálogo: **20 minutos.**

Presentación: **15 minutos.**

**VIOLENCIA DE PAREJA
HACIA LAS MUJERES
Y SALUD**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CENTRÁNDONOS EN EL TEMA

A) Epidemiología de la violencia de pareja hacia las mujeres.

1. Magnitud.
2. Impacto en salud.
3. Aproximación a los costes sanitarios.

B) La mujer que sufre violencia: repercusiones en la salud mental y estrategias que utiliza para afrontar la violencia.

1. Síndrome de estrés postraumático.

C) Las repercusiones de la violencia en la salud de las hijas e hijos: el efecto de ser testigo.

D) Rol del Sistema Sanitario en el abordaje de la VPM.

DISEÑANDO EL PROGRAMA

**Centrándonos
en el
tema**

Epidemiología de la violencia de pareja hacia las mujeres

"La salud pública se ocupa de las comunidades y las poblaciones como un todo, y se centra en las que corren mayor riesgo de sufrir enfermedades o lesiones. La estrategia formulada desde este ámbito se basa en pruebas científicas, lo que significa que las políticas y las actividades deben estar respaldadas por investigaciones fidedignas. Es, además, multidisciplinaria. Las actuaciones emprendidas en el ámbito de la salud pública exigen una definición clara de la violencia y un marco para comprender sus múltiples formas y contextos. Para comprender el problema de la violencia es esencial disponer de datos fiables. También son importantes para sensibilizar a la población; sin ellos, poca presión puede ejercerse para que las personas reconozcan el problema o reaccionen ante él."¹

1.- Tomado del *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.

En el año 1993 la ONU define la violencia contra las mujeres como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. La violencia contra las mujeres se da en todos los países, culturas y clases sociales, y puede ocurrir en la familia, la comunidad o bien puede ser tolerada y perpetrada por el Estado.

De todas las formas de violencia contra las mujeres existentes, la que es ejercida por el compañero o excompañero sentimental es una de las formas más comunes, y la que mayores y más graves consecuencias tiene para la mujer en nuestro medio.

Como ya se ha comentado, la Organización Mundial de la Salud (OMS), acordó que la violencia es una prioridad en salud pública en todo el mundo e instó a los Estados miembros a evaluar la dimensión del problema en su territorio. También ha declarado que la prevención de la violencia es una prioridad que exige un conocimiento exhaustivo de su magnitud. Así, la disponibilidad de datos fiables sobre la violencia es necesaria para fundamentar las políticas sanitarias en este sentido. Dichos datos deberán servir para planificar y vigilar, pero también para sensibilizar a la población.



1. Magnitud

Según la definición de la OMS, la violencia de pareja supone cualquier comportamiento dentro de una relación de pareja que suponga un daño físico, psicológico o sexual para cualquiera de los miembros de la pareja. Esta definición incluye también ciertos comportamientos controladores como pueden ser el aislamiento de una persona de su familia y amigos, vigilar los movimientos de la pareja y restringir el acceso de la pareja a la información y a la asistencia.

Sin embargo a pesar de esta definición tan exhaustiva, cuantificar la violencia plantea muchas dificultades.

La violencia es un fenómeno sumamente complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, y que hunde sus raíces en la interacción de muchos factores sociales, culturales, económicos, políticos, relacionales e individuales; atraviesa la sociedad actual y es empleada comúnmente como método de resolución de conflictos, con el sufrimiento humano que supone y sus devastadoras consecuencias sobre la salud. La noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan.

En los distintos estudios de prevalencia desarrollados se encuentran cifras dentro de un amplio rango, dependiendo del criterio de caso empleado, la metodología y el tiempo de valoración de la existencia de maltrato (toda la vida o el último año).

Aunque se sabe que suelen coexistir diversos tipos de maltrato en la misma relación, los estudios de prevalencia de violencia doméstica son un campo reciente de investigación y en general, se centran en datos sobre la violencia física.

Otra cuestión a tener en cuenta cuando se realizan revisiones bibliográficas, es que el fenómeno de la violencia de pareja contra las mujeres está esencial y universalmente subestimado ya que por lo general, los datos disponibles hacen referencia a los casos más graves y manifiestos (como por ejemplo las estadísticas con el número de mujeres fallecidas anualmente por violencia de género).

Las cifras de prevalencia obtenidas en población general muestran un amplio rango: en encuestas realizadas en 48 países de todo el mundo, entre el 10% y el 69% de las mujeres, mencionaron haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas².

En el estudio multipaíses de la OMS de 2005 sobre violencia doméstica y salud de las mujeres, se emplean la misma metodología y los mismos cuestionarios traducidos en 10 países diferentes, se encuentra una prevalencia a lo largo de la vida de violencia física y/o sexual entre 15 y 71%³.

En España, un estudio en el ámbito de la atención primaria en una muestra de 1.402 mujeres, muestra una prevalencia de maltrato (emocional, físico o sexual) alguna vez en la vida del 32% y en la actualidad de 17,8%, siendo la violencia emocional la más prevalente.

Estas amplias variaciones pueden ser debidas a verdaderas diferencias en la ocurrencia del fenómeno en los distintos ámbitos de investigación, pero también a diferencias en la metodología utilizada, suele suceder que estos estudios aunque están bien diseñados, no pueden compararse directamente. Los cálculos publicados del maltrato son sumamente sensibles a las definiciones particulares usadas de violencia y maltrato, la manera en la cual se formulan las preguntas, el grado de privacidad de las entrevistas, la disposición de las entrevistadas a hablar abiertamente sobre sus experiencias con la violencia, y la naturaleza de la población examinada. Por ejemplo, no todos los estudios separan las diferentes clases de violencia, de manera que no siempre es posible distinguir entre actos de violencia física, sexual o psíquica. Algunos estudios examinan solo los actos de violencia en los 12 meses precedentes, mientras que otros miden las experiencias a lo largo de toda la vida.

Los criterios de selección de participantes pueden afectar considerablemente a los cálculos de la prevalencia del maltrato en una población. En muchos estudios sobre violencia en la pareja se incluye a todas las mujeres dentro de un determinado intervalo de edad, mientras que en otros se entrevista solo a las mujeres que están o han estado casadas. Tanto la edad como el estado civil se asocian con el riesgo de una mujer de sufrir maltrato a manos de su pareja, la prevalencia en este estrato de población seleccionada será mayor que si preguntamos a mujeres de población general.

2.- Cfr. Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. World Health Organization. Geneva: 2002.

3.- García-Moreno C, Jansen H, Ellsberg L, Heise L, Watts C. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. World Health Organization. Geneva: 2005.

Así que las diferencias entre los países -especialmente las muy pequeñas- bien podrían reflejar limitaciones metodológicas y no diferencias reales de las tasas de prevalencia debido a variabilidad geográfica y cultural.

Otra cuestión metodológica verdaderamente importante en estas investigaciones, es la utilización de cuestionarios validados que permitan las comparaciones entre diferentes estudios. Las investigaciones realizadas con cuestionarios estandarizados, cuyas preguntas hacen referencia al último año de la vida de la mujer, muestran cifras de prevalencia menores y más consistentes: entre un 6% y un 12%.

En el estudio ENVEFF⁴, realizado en Francia mediante encuesta telefónica de base poblacional en mujeres de 20 a 59 años, se encontró que un 9% había sufrido violencia doméstica en el último año. El mismo cuestionario traducido y ampliado ha sido utilizado para una investigación en nuestra comunidad autónoma, que se verá más adelante.

En España, el Instituto de la Mujer ha realizado tres estudios transversales sobre violencia hacia las mujeres, en los años 1999, 2002 y 2006. La metodología empleada para medir el fenómeno siempre ha sido la misma para que los resultados resulten comparables en el tiempo. Las encuestadas fueron mujeres residentes en España de 18 o más años y las preguntas hacían referencia a los últimos 12 meses.

Recomendamos revisar el documento *III Macroencuesta sobre la Violencia contra las Mujeres. Informe de resultados*⁵ con el fin de comprender la globalidad de los datos, revisar los resultados específicos según distintas variables como edad de la mujer, situación de discapacidad, nivel de estudios, Comunidad Autónoma de residencia, etc..., y los aspectos más técnicos de la metodología de la investigación. Los resultados principales obtenidos se resumen en el siguiente cuadro.

	Violencia contra las mujeres en el ámbito familiar	Maltrato procedente de pareja o expareja	Violencia autodeclarada en el ámbito familiar	Maltrato procedente de pareja o expareja
1999	12,4%	74,2%	4,2%	52%
2002	11,1%	78,6%	4%	57,7%
2006	9,6%	74,6%	3,6%	57,3%

Como puede observarse en la primera columna, se investiga sobre la violencia familiar, preguntando a las mujeres sobre comportamientos violentos y de maltrato realizados hacia ellas por algún miembro de su familia (incluida la pareja aunque no sea conviviente), las que cumplen los requisitos técnicos son consideradas víctimas de violencia familiar. En la segunda columna está el porcentaje de estas mujeres, cuyo maltrato procede de su pareja o expareja, ya que se pregunta específicamente por la persona responsable de dichos actos violentos.

4.- ENVEFF significa "L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France". Referencia bibliográfica: Jaspar M, et col. *L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)*. Service de droit des femmes. Paris 2006.

5.- *III Macroencuesta sobre la Violencia contra las Mujeres. Informe de resultados*. Instituto de la mujer, abril 2006.

En este estudio el "criterio técnico de maltrato" es aquel en el que la mujer encuestada, contesta afirmativamente que alguna persona de su hogar (o su novio / pareja) es causante, "frecuentemente" o "a veces", de al menos una de siguientes situaciones:

- ⇒ En ciertas ocasiones le produce miedo.
- ⇒ Le impide ver a la familia o tener relaciones con amigos, vecinos.
- ⇒ Le quita el dinero que usted gana o no le da lo suficiente que necesita para mantenerse.
- ⇒ Le insulta o amenaza.
- ⇒ Decide las cosas que usted puede o no hacer.
- ⇒ Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que usted no tiene ganas.
- ⇒ No tiene en cuenta las necesidades de usted (le deja el peor sitio de la casa, lo peor de la comida...).
- ⇒ Cuando se enfada llega a empujar o golpear.
- ⇒ Le dice que a dónde hacer nada por sí sola.
- ⇒ Le dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe.
- ⇒ Ironiza o no valora sus creencias (ir a la Iglesia, votar a algún partido, pertenecer a alguna organización).
- ⇒ No valora el trabajo que realiza.
- ⇒ Delante de sus hijos dice cosas para no dejarle a usted en buen lugar.

Estas frases reflejan situaciones de violencia psicológica, física, sexual económica, estructural y espiritual.

También se investiga la autopercepción de estar siendo maltrada por algún miembro de su familia en los últimos 12 meses, es decir, aquellas mujeres que ellas mismas se consideran maltratadas. De nuevo, es la pareja la persona que más frecuentemente causa esta violencia.

Un 66.7% de las mujeres que cumplen criterios técnicos de maltrato y el 63.8% de las que se consideran maltratadas, refieren que se encuentran en dicha situación desde hace más de 5 años.

La estimación para la Comunidad de Madrid de mujeres que sufrían malos tratos de su pareja era de 12,7% en el año 1999; 13,4 en el 2002 y, posteriormente 9'4% en el 2006.

Si el 9.6% de todas las mujeres residentes en España de 18 y más años son consideradas "técnicamente" maltratadas, esto representa un total aproximado de 1.786.978 mujeres. En cerca de tres cuartas partes, estos actos de violencia doméstica son causadas por su pareja.

En el año 2008 se publicó el trabajo *Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la VPM en la Comunidad de Madrid*. Basada en una encuesta telefónica de base poblacional, se utilizó la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual para contactar con las 2.136 mujeres seleccionadas de edades entre 18 a 70 años. Previamente se construyó y validó un cuestionario que reunía preguntas del estudio francés ENVEFF y otras preguntas de la "Conflict Tactics Scale" (CTS-1). El cuestionario completo permite la detección de caso de violencia de pareja, así como explorar la presencia de violencia física, sexual y psicológica.

CUESTIONARIO COMPLETO⁶

Violencia psicológica

- 1.- ¿Le ha impedido hablar o ver a sus amigos o familiares?
- 2.- ¿Le impide hablar con otros hombres (es celoso)?
- 3.- ¿Ha criticado o desvalorizado lo que usted hace?
- 4.- ¿Ha hecho comentarios desagradables sobre su apariencia física?
- 5.- ¿Le ha impuesto un modo de vestirse, peinarse o comportarse en público?
- 6.- ¿No ha tenido en cuenta o ha despreciado sus opiniones?
- 7.- ¿Le dice lo que usted debe pensar?
- 8.- ¿Le ha exigido saber con quién y dónde ha estado usted?
- 9.- ¿Ha dejado de hablarle o se ha negado totalmente a discutir?
- 10.- ¿Le ha impedido tener acceso al dinero para las necesidades de la vida cotidiana?
- 11.- ¿Le ha amenazado con quitarle o llevarse a sus hijos?
- 12.- ¿Le ha amenazado con suicidarse?
- 13.- ¿Le ha insultado u ofendido?
- 14.- ¿Le ha echado de casa o le ha impedido entrar en ella?
- 15.- ¿Le ha amenazado con hacerle daño a usted o a sus familiares?

Violencia sexual

- 1.- ¿Ha utilizado la fuerza para tener relaciones sexuales con usted?

Violencia física

- 1.- ¿Le tiró algo (algún objeto)?
- 2.- ¿La empujó, agarró o la tiró?
- 3.- ¿Le dio una bofetada?
- 4.- ¿Le dio patadas, la mordió o le dio un puñetazo?
- 5.- ¿Le pegó o trató de pegarle con alguna cosa?
- 6.- ¿Le dio una paliza?
- 7.- ¿Le agarró del cuello?
- 8.- ¿Le amenazó con un cuchillo o pistola?
- 9.- ¿Usó un cuchillo o pistola?

Criterios de caso

Se consideraron casos las mujeres que sufrieron:

⇒ Cuatro o más ataques psicológicos "algunas veces", o uno o más de estos ataques "muchas veces" o "sistemáticamente".

⇒ Más de tres ataques psicológicos "algunas veces" durante un año.

⇒ Uno o más de estos ataques "muchas veces" o "sistemáticamente".

⇒ Insultos o injurias cuatro veces o más.

6.- LASHERAS, L. PIRES, M. ZORRILLA, B. SÁNCHEZ, L.M. SEOANE, L. y MORANT C: *Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid*. Monográfico. Consejería de Sanidad. Edición julio de 2008. Disponible en <http://www.madrid.org>

Los resultados mostraron que el 10,1% de las mujeres que respondieron a la encuesta habían sufrido algún tipo de violencia (psicológica, física o sexual) de su pareja o expareja, en el año anterior a la realización de la encuesta (esto supone que entre el 8,9% y el 12,5% en la población de mujeres de la Comunidad de Madrid habían sido maltratadas, al extrapolar los resultados de la muestra a la población general, expresado en forma de intervalo de confianza -IC-). Es un dato similar al del estudio francés (9,2%), del que se toman parte de las preguntas.

Del análisis de las diferentes formas de violencia sufrida se obtuvo la siguiente información desagregada:

⇒ Actitudes o conductas de abuso psicológico: 6,8% (IC 95%.: 5,7-7,9)

⇒ Violencia física y/o sexual: 3,2% (IC 95%.: 2,4-4,0)

Si a partir de los datos de la encuesta se extrapola a la población, se encuentra que aproximadamente 200.000 mujeres entre 18 y 70 años de la Comunidad de Madrid están sufriendo o han sufrido violencia en el último año; de ellas 50.000 sufren violencia física y 15.000 habrían sufrido lesiones en el último episodio de violencia. Sólo el 3% refiere sentirse maltratada por su pareja o expareja en el último año. El hecho de que la mayoría de estas mujeres no se consideren a sí mismas como maltratadas, dificulta la detección y el abordaje de esta situación.

Al analizar variables socioeconómicas relacionadas, destacan dos grupos de edad de mujeres más afectados por violencia de pareja, son los de mayores de 55 años y el de 18 a 24 años; las mujeres separadas o divorciadas, también las que conviven en pareja pero sin estar casadas; aquellas que están en paro; las que proceden de un país extranjero, residen en un área rural o aquellas que tienen más de tres hijos.

En la interpretación de estos datos las autoras refieren que pueden ser tanto factores que indiquen vulnerabilidad, como consecuencia de la violencia misma, o también una falta de oportunidad para abandonar la situación. Éste, así como la mayoría de investigaciones que se han citado anteriormente, es un estudio transversal que no estudia causalidad, sino que describe la situación actual, como hacer una fotografía de lo que está ocurriendo⁷.

Recomendamos la revisión de este documento para conocer pormenorizadamente los resultados y conclusiones que alcanza. Además, en el momento de terminar este material didáctico, sabemos que se está realizando una segunda encuesta con similar metodología por parte de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, animamos a su búsqueda y consulta cuando esté publicada.

Estos datos procedentes de nuestro entorno inmediato, pueden ser comparados con los de algunas de las enfermedades más frecuentes: y encontramos que la VPM tiene una prevalencia similar o superior a algunas de ellas. Por ejemplo, según el SIV-FRENT⁸ en el año 2005 la prevalencia acumulada de asma en la Comunidad de Madrid fue del 11'2%; también datos recientes (2007) indican que la prevalencia de diabe-

7.- Ídem.

8.- SIVFRENT-A: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles en adultos. Dato tomado de "Evolución de la prevalencia de asma en la Comunidad de Madrid en la población de 18 a 44 años, 1993-2005". Disponible en la sección de vigilancia del asma en el Portal Salud de la Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org>

tes en la población adulta (entre 35-74 años) en esta misma CCAA se sitúa en el 8,1%, siendo superior en hombres (10,2%) que en mujeres (6%)⁹.

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE VULNERABILIDAD

- ⇒ La intensidad de la violencia y el riesgo para la mujer aumentan cuando se inicia un proceso de separación de la pareja.
- ⇒ Consideramos que no existe un perfil determinado de mujer maltratada ni de hombre maltratador, lo que implica que cualquier mujer puede sufrir violencia y cualquier hombre puede ejercerla.
- ⇒ El hecho de haber sido testigo de violencia en la familia de origen aumenta el riesgo de que un hombre pueda tener una conducta abusiva con su pareja, y el consumo de alcohol actúa como desinhibidor en el abuso.
- ⇒ Algunas situaciones pueden incrementar la vulnerabilidad ante la VPM y es preciso tenerlas en cuenta. Entre estas se encuentran las migraciones (incluso dentro de un mismo país), la discapacidad o enfermedades limitantes en la mujer y el embarazo.



2. Impacto en salud de la VPM

En el inicio, la violencia suele manifestarse por actitudes de dominio que se identifican culturalmente como pruebas o actos de amor (ejemplos de ello serían la limitación de actividades de la mujer o el cambio en la forma de vestir por celos de la pareja), y que impiden la autonomía e independencia de la mujer. Paulatinamente los actos violentos se van incrementando en intensidad y frecuencia, observándose mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para las mujeres cuando la relación violenta tiene varios años de evolución. Se trata por lo tanto de un proceso prolongado en el tiempo y que repercute en toda la esfera biopsicosocial, y no de hechos puntuales.

9.- ZORRILLA TORRAS B, MARTÍNEZ CORTÉS M, GIL MONTALBÁN E, ET AL. *Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDIMERC*. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Madrid, 2008.

Violencia de pareja hacia las mujeres y salud

Se ha comprobado que, por regla general, a lo largo de la vida las víctimas de violencia de pareja padecen más problemas de salud, generan costos de atención sanitaria significativamente más elevados y acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios y hospitalarios de urgencia que las personas que no sufren maltrato¹⁰.

Algunos estudios muestran que un porcentaje importante de las mujeres que acuden a los servicios de atención primaria¹¹, salud mental y urgencias^{12, 13} están sometidas a violencia por su pareja.

Consecuencias en la salud de la violencia de pareja contra las mujeres

Psicológicas y de conducta	Sexuales	Reproductivas y ginecológicas	Físicas	Lesiones Físicas
Depresión, ansiedad	Anorgasmia	Embarazos no deseados	Dolores crónicos	Fracturas
Fobias, crisis pánico	Falta de autonomía sexual	Embarazos alto riesgo	Cansancio	Hematomas
Sentimientos de vergüenza y culpa	Dispareunia	Complicaciones del embarazo	Síndrome de colon irritable	Rotura de tímpano
Abuso de drogas, tabaco, alcohol		Enfermedades de Transmisión Sexual	Problemas gastrointestinales	Contusiones
Conductas sexuales no protegidas		Abortos en condiciones inseguras	Fibromialgia	
Trastorno de estrés post-traumático		Infecciones urinarias de repetición		
Trastornos de la alimentación		Dolores pélvicos crónicos		
Trastornos psicósomáticos				
Escaso cuidado personal				
Intentos de suicidio				

Fuente: Modificado de Organización Mundial de la Salud, 1999

10.- KRUG EG, DAHLBERG L, MERCY J, ZWI A, LOZANO R, EDITORS. *World report on violence and health*. World Health Organization. Geneva: 2002.

11.- ROMITO P, MOLZAN J, DE MARCHI M. *The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health*. *Soc Sci Med*. 2005; 60: 1717-1727.

12.- BROKAW J, FULLERTON-GLEASON L, OLSON L, CRANDALL C, McLAUGHIN S, SKLAR D. "Health status and IPV: A Cross-Sectional Study". *Ann Emerg Med*. 2002; 39(1): 31-38.

13.- KRAMER A, LORENZON D, MUELLER G. "Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics". *Womens Health Issues*. 2004; 14:19-29.

En la Tabla se muestran los diferentes tipos de efectos en la salud que se han encontrado asociados a la violencia de pareja contra las mujeres.

El efecto más grave de la violencia es la muerte. La mayoría de las mujeres que mueren por homicidio son víctimas de sus parejas actuales o previas, aumentando el riesgo de muerte con la separación. El suicidio es la segunda de las consecuencias mortales, teniendo las mujeres maltratadas un riesgo mayor de suicidio que las mujeres cuyas parejas no son violentas.

En el estudio multipaíses impulsado por la Organización Mundial de la Salud en 2005 se incluyen 24.097 mujeres entrevistadas de 10 países, y valora la prevalencia de violencia así como su asociación con factores de salud. Se encuentra una asociación significativa de la violencia tras ajustar por edad, nivel de estudios y estado civil:

- ⇒ con la percepción de la propia salud como mala o muy mala (OR 1,6; IC95% 1,5-1,8);
- ⇒ con la existencia de dificultades para la deambulación (OR 1,6; IC95% 1,5-1,8) y
- ⇒ con problemas para la realización de las actividades cotidianas (OR 1,6; IC95% 1,5-1,8);
- ⇒ el riesgo de suicidio para el global de países fue 3,8 veces mayor en mujeres con violencia (IC95% 3,3-4,5).

También se encontró asociación con la presencia de dolores, mareos, pérdida de memoria y molestias vaginales en las 4 semanas previas. Entre el 19% y el 55% de las mujeres habían presentado lesiones alguna vez como consecuencia del maltrato.

En la Macroencuesta del Instituto de la Mujer, se incluyeron preguntas sobre salud percibida, y síntomas experimentados en mayor medida, que se realizaron a todas las mujeres encuestadas. Las mujeres víctimas de malos tratos experimentan una serie de síntomas muy concretos, en mucha mayor proporción que en la población general femenina, destacándose aquellas que se perciben así mismas como maltratadas. El maltrato doméstico produce fundamentalmente: ganas de llorar, cambios de ánimo, ansiedad o angustia, inapetencia sexual, irritabilidad y tristeza por pensar que no se vale nada. También sufren, en mayor medida que la población general, síntomas de tipo fisiológico como fatiga permanente, insomnio, dolores de cabeza, dolores de espalda y articulaciones y gripe.

En el estudio de la Comunidad de Madrid, las mujeres que sufren violencia de pareja, también presentan en términos generales peor salud autopercebida, y mayor morbilidad crónica. Tienen más accidentes en el último año, más consultas por problemas del estado de ánimo y mayor déficit de descanso. (10,2%) que en mujeres (6%)⁹.



Tabla 7. Impacto en salud de la violencia de pareja hacia las mujeres: prevalencia de problemas crónicos de salud y percepción de salud (valores absolutos y relativos).

Indicadores de salud	Violencia de pareja en los últimos 12 meses		OR	ORa [^]
	No N=1918	Sí N=219		
Salud autopercibida regular/ mala	537 (28%)	100(46,3%)	2,22 (1,67-2,95) *	2,07 (1,50-2,86) *
Limitación actividad cotidiana	500 (26)	74 (34,3)	1,48 (1,10-2,00) *	1,48 (1,07-2,04) *
Limitación por enfermedad crónica	252 (13,1)	49 (22,7)	1,61(1,10-2,38) *	1,72 (1,13-2,60) *
Accidentes en último año	99 (5,2)	26 (12)	2,52 (1,59-3,97) *	2,22 (1,34-3,67) *
Consulta por problemas estado de ánimo	353 (18,4)	86 (39,8)	2,94 (2,18-3,95) *	3,13 (2,28-4,30) *
Falta de descanso	575 (29,9)	97 (44,3)	1,91 (1,44-2,55) *	1,94 (1,43-2,64) *
Enfermedades Crónicas				
Hipertensión Arterial	214 (11,1)	30 (13,9)	1,29 (0,85-1,94)	1,01(0,60-1,69)
Hipercolesterolemia	213 (11,1)	37 (17,1)	1,65 (1,13-2,43) *	1,4 (0,89-2,20)
Diabetes Mellitus	39 (2)	4 (1,9)	0,91 (0,32-2,57)	0,63 (0,19-2,13)
Asma/ Bronquitis crónica	90 (4,7)	12 (5,6)	1,2 (0,64-2,22)	1,11 (0,58-2,14)
Fibromialgia	24 (1,3)	8 (3,7)	3,04 (1,35-6,85) *	3,24 (1,37-7,66)
Artritis /prob. reumáticos	354 (18,4)	57 (26,4)	1,59 (1,15-2,19) *	1,51(0,99-2,31)
Enfermedades del corazón	38 (2)	3 (1,4)	0,7 (0,21-2,28)	0,49 (0,12-2,12)
Úlcera estómago	59 (3,1)	11 (5,1)	1,69 (0,87-3,27)	1,76 (0,89-3,48)
Alergia	312 (16,3)	47 (21,8)	1,43 (1,01-2,02) *	1,34 (0,92-1,95)
Depresión	180 (9,4)	54 (25)	3,22 (2,28-4,55) *	3,28 (2,21-4,88)

[^]ORa: OR ajustado por edad, nivel de estudios, ocupación de la entrevistada y tener personas mayores a su cargo.

* p < 0,05

Fuente: LASHERAS, L. PIRES, M. ZORRILLA, B. SÁNCHEZ, L.M. SEOANE, L. y MORANT C: *Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid*. Monográfico. Consejería de Sanidad. Edición julio de 2008. Disponible en <http://www.madrid.org>

3. Aproximación a los costes sanitarios

En España hasta ahora, son escasos los estudios que valoran los factores de salud asociados a la violencia y prácticamente inexistentes los que valoran el patrón de uso del sistema sanitario por parte de estas mujeres.

El estudio de la Comunidad de Madrid de aproximación a los costes sanitarios, editado en 2008, supone un avance importante en esta materia, no sólo por los resultados que ofrece, sino por utilizar instrumentos de medida estandarizados y validados, y ser la primera investigación de una serie temporal que permitirá estudiar la evolución en el tiempo del fenómeno.

Entre las mujeres que sufren violencia de pareja, frente a las que no, se han encontrado y tenido en cuenta las siguientes diferencias:

Violencia de pareja hacia las mujeres y salud

- ⇒ Mayor porcentaje de consultas con un profesional sanitario por problemas relacionados con el estado de ánimo o ansiedad.
- ⇒ Mayor porcentaje de mujeres que consultan más de 6 veces al semestre, en medicina general.
- ⇒ La media de veces que acuden a consulta en Medicina de Familia es algo mayor, aunque la diferencia no resulta estadísticamente significativa.
- ⇒ La media de visitas al especialista también es mayor en los casos de violencia, aunque por especialistas la diferencia sólo es estadísticamente significativa en traumatología.
- ⇒ También acuden en mayor porcentaje a las consultas de enfermería y el número medio de visitas es mayor.
- ⇒ Acuden más a urgencias y han estado ingresadas más veces que las mujeres que no sufren violencia de pareja.
- ⇒ En relación al consumo de fármacos, en global es más frecuente (más mujeres siguen algún tratamiento) y más intenso (consumen mayor número de fármacos). Se detecta diferencia en el consumo de psicofármacos, casi dos veces y media más, coherente con la elevada frecuencia de los problemas con el estado de ánimo como motivo de demanda sanitaria.

Finalmente se estima que en esta Comunidad Autónoma, se puede atribuir a la violencia de pareja hacia las mujeres un coste total de 27 millones de euros anuales, mínimo de 14 y máximo de 40. Y en esta estimación sólo se incluyen costes monetarios directos relacionados con la asistencia de este fenómeno.

La mujer que sufre violencia: repercusiones en la salud mental y estrategias que utiliza para afrontar la violencia.

Las consecuencias para la salud mental abarcan también un amplio rango de gravedad. En alguno de los trastornos se ha comprobado una relación dosis-respuesta: a mayor duración e intensidad, mayor gravedad de los síntomas.

Estudios realizados en Estados Unidos, indican que el riesgo de precisar tratamiento psiquiátrico es entre cuatro y cinco veces mayor entre las mujeres maltratadas, frente a las que no lo son. El suicidio es con frecuencia la única salida que ven a la situación de sufrimiento en la que se encuentran (la probabilidad de suicidio se estima en cinco veces más alta).

La encuesta del Instituto de la Mujer refleja una mayor presencia de síntomas de malestar psicológico y de mala salud física en las mujeres identificadas como maltratadas.

En otros estudios desarrollados en diversos ámbitos, aunque basados en muestras de conveniencia se muestran estos resultados:

⇒ En atención primaria, en un total de 425 mujeres, se encontró que las mujeres que sufrían violencia tenían mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas, pasar más de 7 días en cama y tener mayor morbilidad psíquica, así como una peor salud autopercebida¹⁴;

⇒ en mujeres que acudieron a centros de atención a la mujer de Canarias, se encontró que las mujeres maltratadas tenían más síntomas de depresión

14.- RAYA L, RUIZ I, PLAZAOLA J, BRUN S, RUEDA D, GARCÍA L et al. "La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica". *Aten Primaria*. 2004; 34 (3):117-27.

grave, ansiedad y somatizaciones; bajo apoyo social, mayor número de enfermedades, mayor consumo de tabaco y alcohol y mayor consumo de medicamentos¹⁵;

⇒ otro estudio llevado a cabo en el área de Sevilla, muestra una frecuencia mucho más elevada de maltrato entre las mujeres consultantes de los servicios de Salud Mental. Los cuadros psicopatológicos más frecuentes fueron los trastornos afectivos (depresión), somatoformes y de personalidad¹⁶.

Las mujeres desarrollan mecanismos de defensa, estrategias psicológicas para poder sobrevivir al maltrato, como simpatía con el agresor (lo defienden, protegen o justifican), minimizan las agresiones, ignorándolas o tratando de olvidarlas. Algunas mujeres adoptan una pasividad extrema, sin expresar protesta o resistencia con el objeto de evitar cualquier episodio que pueda desembocar en violencia, centrando su vida alrededor de las necesidades y demandas del maltratador. También motivan a sus hijas e hijos a obedecer a la pareja o ex pareja, con el fin de garantizar su seguridad.

Durante las sesiones docentes desarrolladas en los cursos de Formación de formadoras y formadores, hemos podido contar con Inmaculada Romero como docente, y destacamos las siguientes ideas sobre los efectos en la salud mental que nos ha proporcionado.

"Existen muchos tipos de violencia y los efectos tienen mucha variabilidad. Hay mujeres que salen relativamente indemnes y otras que acaban devastadas. La violencia, aunque no sea detectada por las mujeres, siempre deja secuelas. Incluso un no responder sistemáticamente a requerimientos emocionales, o un desprecio, provoca sentimientos de inadecuación, de no sentirse valiosa. De lo que no se detecta no nos podemos defender y se acaba atribuyendo a una misma: "yo soy así, yo soy débil de carácter..."¹⁷.

Cuando se reflexiona sobre lo que la violencia ataca, encontramos que afecta a:

- ⇒ la seguridad básica de que el mundo es un lugar seguro,
- ⇒ que el mundo tiene sentido,
- ⇒ que el ser humano es valioso y bueno.

Imaginemos además lo que supone que la violencia la ejerza alguien cercano, alguien que no puede ser identificado como un "enemigo".

En sus formas más graves el efecto que tiene la violencia, es arrasar la subjetividad, secuestro emocional o vaciamiento del "yo". Una mujer se queda deshabitada y se llena con la presencia del agresor, piensa, siente y opina como él.

15.- MATUD MP. *Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada*. *Psicothema*. 2004; 16 (3):397-401.

16.- RUIZ-PÉREZ I, BLANCO-PRÍETO P, VIVES-CASES C. "Violencia contra la mujer en la pareja: Determinantes y respuestas sociosanitarias." *Gac Sanit*. 2004;18 (Supl 2):4-12.

17.- ROMERO, Inmaculada: Conferencia en Jornada formativa Agencia Laín Entralgo. Diciembre 2007.

Si ha habido maltrato sexual grave y/o en traumatizaciones con abuso infantil se da más el arrasamiento de la subjetividad.

Los efectos sobre la subjetividad dependen de:

- ⇒ Tipo, duración y gravedad de la violencia
- ⇒ Personalidad previa
- ⇒ Apoyo familiar y social.

En cuanto a los factores que Judith Herman en su libro *Trauma y recuperación* resalta como importantes a la hora de resistir a la violencia son:

- ⇒ la alta sociabilidad
- ⇒ el estilo reflexivo
- ⇒ la fuerte percepción de su capacidad para controlar su destino (lo contrario a la impotencia)

Y una buena red social que apoye a la mujer víctima de violencia.

Estos factores tienen que ver con el término "resiliencia" que sería la capacidad de superar las adversidades y que éstas nos ayuden a crecer y que las crisis se transformen positivamente.



1. Síndrome de estrés postraumático¹⁸

Se denomina de esta manera, a la categoría diagnóstica que mejor describe los síntomas experimentados por la mayoría de las mujeres maltratadas, así como en la mayoría de personas que han sufrido un acontecimiento psicológicamente traumático.

El síndrome de estrés postraumático lo llegan a sufrir hasta el 50% de mujeres que han sufrido violencia tanto física como psicológica.

Descrito en el DSM-IV como un trastorno que aparece tras la experimentación de un acontecimiento traumático, donde la persona se ve envuelta en hechos que representan un peligro real para su vida o una amenaza para su integridad física, causando posteriormente síntomas de reexperimentación (pesadillas, flashbacks), de efecto restrictivo/ evitación (evitación de estímulos que se relacionan con el trauma, disminución marcada de interés en actividades significativas, sensación de desapego o enajenación frente a los demás, restricción de la vida afectiva), y síntomas persistentes de aumento de la activación (hipervigilancia, dificultad para mantener o conciliar el sueño, irritabilidad).

18.- VILLAVICENCIO P, SEBASTIÁN J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Instituto de la mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Serie Estudios nº 58.

Parece que la duración y la severidad de la exposición a la violencia están relacionadas con la aparición del trastorno de estrés postraumático. En general estos síntomas crean en las mujeres la duda de estar "volviéndose locas", razón por la que temen hablar de lo que les pasa.

Algunos puntos a tener en cuenta en este trastorno en las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas o exparejas, son:

- ⇒ Hay autoras que afirman que índices bajos de violencia pueden provocar altos niveles de malestar, especialmente si hay historia previa de maltrato y amenazas de agresión. Muchas mujeres manifiestan sentirse amenazadas, tanto en su integridad física como en la de sus hijos e hijas.
- ⇒ Es común que recuerden los incidentes de agresión hasta el punto de interferir en su funcionamiento diario. Esta reexperimentación puede crear sentimientos de terror y desesperación, que incluso lleven a cometer suicidio.
- ⇒ En algunos casos, debido al distanciamiento emocional, la mujer puede parecer un robot por su poca expresividad afectiva.

A MODO DE RESUMEN

Las manifestaciones de la violencia sobre la salud de las mujeres pueden adoptar muy diferentes formas de presentación, afectando tanto a la esfera física, como emocional y relacional:

- ⇒ La mayoría de los homicidios cuyas víctimas son mujeres han sido cometidos por una pareja actual o previa (en España esta proporción alcanza el 75%).
- ⇒ El riesgo de muerte de las mujeres expuestas a la violencia de sus parejas, se incrementa con la separación.
- ⇒ El riesgo de suicidio es 5 veces mayor en las mujeres maltratadas que en las que no lo son.
- ⇒ Existe mayor probabilidad de experimentar peor percepción de su salud.
- ⇒ La vulnerabilidad a los problemas de salud, tanto físicos como psíquicos es mayor: dolor crónico; problemas menstruales; enfermedades de transmisión sexual o infección de vías urinarias.
- ⇒ Pueden presentar una gran variedad de lesiones físicas: erosiones, contusiones, heridas superficiales en diversas localizaciones, roturas de tímpano, fracturas o traumatismos craneales graves que conducen hasta la discapacidad crónica o la muerte.
- ⇒ Las consecuencias para la salud mental de la violencia abarcan también un amplio rango de problemas de salud (trastornos por estrés, del estado de ánimo...) que suelen estar presentes, en mayor o menor grado, en todas las formas de violencia.

Por todo esto, las y los profesionales que atienden a las mujeres han de estar alertas, sospechar, identificar y relacionar signos y síntomas inespecíficos en las consultas de atención de los diferentes niveles y servicios asistenciales, más allá de las lesiones que se evidencian en los servicios de urgencias.

- ⇒ Pueden responder automáticamente a todo lo que se les sugiera, sobre todo si la persona que hace la sugerencia está en una posición de autoridad.
- ⇒ Presentan reacciones de alarma exagerada y reactividad fisiológica frente a la exposición a situaciones que simbolizan o recuerdan algún elemento del acontecimiento traumático.
- ⇒ El consumo de fármacos o drogas, puede enmascarar la aparición de estos síntomas.

Las repercusiones de la violencia en la salud de las hijas e hijos: el efecto de ser testigo¹⁹.

La exposición reiterada a un ambiente de abuso hacia la madre, constituye una forma grave de maltrato psicológico.

Estos menores, tienen más riesgo de sufrir gran variedad de problemas de conducta, emocionales: deterioro en la autoestima, competencia social y capacidad para solucionar problemas.

En ocasiones nos encontramos en las consultas con mujeres que aprovechan para hacer referencia a alguna preocupación respecto a síntomas y signos que presentan sus hijos/as. Si existe sospecha o confirmación de VPM se debería valorar con ella la posibilidad de informar a su pediatra sobre el proceso.

Tras una escucha atenta de esta sintomatología, será preciso tranquilizarla diciendo que su hijo/a va a recibir la ayuda que necesite. Es conveniente, entonces, que se investigue sobre la existencia de maltrato hacia ella.

Se debe considerar el daño que padecen estos niños y niñas, por vivir en un entorno con modelos tan inadecuados de identificación parental. Esto puede tener efecto en etapas posteriores de su vida aprendiendo e interiorizando conductas que les puedan convertir en futuros maltratadores o en víctimas.

19.- Tomado de la *Guía de apoyo de atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*.

Rol del Sistema Sanitario en el abordaje de la VPM.

Todos estos hallazgos expuestos anteriormente, sugieren que la violencia no es sólo un importante problema de salud por los impactos directos como lesiones y muerte, sino que también contribuye a la carga global de enfermedad a través de impactos indirectos en resultados de salud. Aunque es clara la relación directa entre violencia y lesiones físicas, la mejor manera de conceptualizar la violencia, es como factor de riesgo para la salud, ya que sus consecuencias implican una amplia gama de efectos sobre la misma. Se recomienda al sector salud el desarrollo de una respuesta comprensiva e integral hacia los diversos impactos de la violencia contra las mujeres asegurando medios para no culpabilizar ni estigmatizar a las mujeres que piden ayuda al sistema sanitario, dar la asistencia y atención apropiadas y asegurar la confidencialidad y la seguridad de la mujer.

El sector sanitario juega un papel clave en la prevención de la violencia hacia las mujeres, en poner medidas encaminadas a detectar de forma precoz los casos, así como en proveer los servicios adecuados a su tratamiento y la coordinación intersectorial precisa para la atención y derivación. Los servicios sanitarios suelen ser el primer punto de atención al que acuden las mujeres tras un episodio agudo de violencia. Además, éstas acuden habitualmente a los servicios sanitarios durante años, antes de que el problema se desvele, existiendo por lo tanto una ventana temporal amplia para la detección más o menos precoz y la intervención.

La consulta de Atención Primaria (AP) es un lugar ideal para la detección precoz e intervención con mujeres en situación de maltrato, ya que éstas acuden con frecuencia a los servicios sanitarios y los centros de salud son especialmente accesibles. Posibilitan una continuidad en la atención que favorece el establecimiento de relaciones de confianza y se puede facilitar la confidencia con quienes les atienden.

A pesar de la alta prevalencia de la VPM, se detecta poco, y cuando se hace, suele ser en fases tardías. Las mujeres víctimas de malos tratos acuden durante años a los centros de salud, antes de reconocer y consultar por violencia.

Lo habitual es que las mujeres consulten por las secuelas del maltrato, pero no por el maltrato mismo, que queda, en la mayoría de los casos, oculto para el Sistema Sanitario. Aunque las mujeres que son víctimas de relaciones violentas lleguen a una consulta y no hagan referencia a las violencias padecidas, la detección, la asistencia oportuna y apropiada es una responsabilidad profesional.

En este contexto es importante resaltar el proceso de acompañamiento que todo profesional sociosanitario debe incorporar en la atención a la mujer. Este acompañamiento consiste en el establecimiento de una relación de ayuda, el seguimiento y el respeto a las decisiones de la mujer.

Cuando se detecta o se interviene con la mujer que sufre VPM, se movilizan pensamientos y sentimientos complejos que se deben conocer y saber afrontar. De esta forma, es posible neutralizar los efectos subjetivos que genera la atención. Como miembros de la sociedad, el personal sanitario participa de los mismos mitos y prejuicios respecto al maltrato.

Los malos tratos son un problema complejo al que no se puede dar respuestas y soluciones simples. En ocasiones, las y los profesionales que reciben las demandas de atención de mujeres que sufren VPM, esperan que tomen decisiones rápidas y las mantengas, que terminen con la situación de violencia de forma inmediata. Esto suele ser una necesidad del profesional, de ver solucionada una situación tan grave. Pero no hay que olvidar que romper con las relaciones de maltrato, iniciar un nuevo proyecto de vida, a menudo sin recursos y con una salud precaria, exige un proceso personal y un tiempo.

El personal de salud puede utilizar en la relación con las mujeres que sufren violencia, la estrategia del NO decir o la del decir a medias, evitando nombrar, reconocer y, por tanto, dando lugar a la censura de distintas formas de hechos violentos. Se trata de la estrategia del Silencio.

Sin embargo, a partir de nombrarla, detectarla y reconocerla se podrían ejercer prácticas preventivas y asistenciales permanentes y eficaces.

Todo esto se desarrollará en siguientes centros temáticos.

Diseñando el programa

Introducción

Para este centro temático hacemos la propuesta de una sola sesión, ya que así es como hemos abordado esta parte en las diferentes ediciones del curso. Dependiendo del tiempo que se tenga, se puede profundizar más o menos en cada contenido y por tanto alargarla.

Hay que hacer la consideración de que estos contenidos no son estancos, y se entremezclan y en ocasiones se continúan con otros del resto de centros temáticos. Por ejemplo, el impacto en salud de la violencia de género y las repercusiones en la salud mental, se correlaciona directamente con los signos de sospecha, situaciones de vulnerabilidad y estrategias de detección (contenidos del centro temático 3).

Para el abordaje de las repercusiones en la salud mental, se puede invitar a participar a otras docentes con experiencia profesional directa en este tema. En nuestro caso, hemos contado con expertas en la materia, profesionales de la psicología que durante años han realizado acompañamiento y tratamiento individual y grupal con mujeres víctimas de violencia de pareja, para su recuperación. Su participación ha sido positivamente valorada por las personas discentes, y permite un grado de especialización muy interesante.

También en la primera edición, contamos con la representante de una asociación de mujeres víctimas de violencia doméstica, en un intento de acercar la vivencia en primera persona, desde las propias protagonistas.

Es probable que no se disponga de tiempo extenso para poder dar cabida a esta participación tan enriquecedora, o que sea complicado incorporar recursos docentes especiales y especializados; por ello el ejemplo de sesión que proponemos podrá ser desarrollado con independencia de que se incorporen dichos docentes más especializados en la materia.

1.-Objetivos y contenidos

Objetivos:

- ⇒ Conocer y analizar los datos epidemiológicos en torno a la violencia.
- ⇒ Comprender el impacto en las diferentes esferas de la salud y sus síntomas.
- ⇒ Profundizar en las repercusiones sobre la salud mental y estrategias que utilizan las mujeres para afrontar la violencia.
- ⇒ Familiarizarse con el concepto de síndrome de estrés postraumático y sus peculiaridades en relación a la violencia de pareja.
- ⇒ Introducir el tema de la repercusión de la violencia en la salud de las hijas e hijos, y el efecto de ser testigo.
- ⇒ Encuadrar el rol que deben asumir el sistema sanitario, incidiendo en el abordaje profesional de este tema.

Contenidos:

- ⇒ Epidemiología de la VPM. Magnitud e impacto en salud. Costes sanitarios.
- ⇒ Repercusiones en la salud mental y estrategias para afrontar la VPM. Síndrome de estrés postraumático.
- ⇒ Las repercusiones de la violencia en la salud de las hijas e hijos: el efecto de ser testigo.
- ⇒ El rol del sistema sanitario en el abordaje de la violencia de pareja.

Actitudes a trabajar con el grupo:

- ⇒ Mantener el clima adecuado iniciado en la primera sesión que permita que cada uno y una de las discentes puedan expresar las dudas, inquietudes, miedos ...en el ámbito de la formación y en el ámbito del abordaje práctico en las consultas de Atención Primaria (AP) de los casos de VPM.
- ⇒ Actitud abierta para comprender el fenómeno de la VPM.
- ⇒ Conocer los sentimientos y actitudes que generan en nosotras/os las mujeres que sufren violencia y desarrollar empatía hacia ellas.

Metodología participativa y desde el aprendizaje significativo de personas adultas.



2.-Ejemplo de sesión

Esta sesión de 4 horas se imparte al inicio del curso de formación de formadores/as, aunque al menos se habrán realizado una o dos sesiones anteriormente. Es por ello que el grupo de personas que participan, discentes y docentes, ya se han empezado a conocer y a tomar confianza.

CONTENIDOS	TÉCNICAS	GRUPO	TIEMPO
Repaso sesión + síntesis + resolución dudas	Pregunta al grupo, síntesis y dudas con su ayuda	GG	5' 9:00-9:05
Explicación sesión de hoy	Expositiva	GG	5' 9:05-9:10
Epidemiología de la violencia de pareja contra las mujeres. Magnitud.	Lección participada: Charla con apoyo de presentación con proyector. Ejercicio práctico. Puesta en común y análisis del trabajo.	GG GP GG	50' 9:10-10:00
Impacto sobre la salud de la VPM	Phillis 6/6	GP GG	15' 10:00-10:15
Descanso			15' 10:15-10:30
La mujer que sufre violencia: Repercusiones en la salud mental y estrategias para el afrontamiento de la violencia.	Lectura con discusión: A partir de material de apoyo. Puesta en común y análisis del trabajo. Síntesis y exposición apoyada en presentación con proyector.	GP GG GG	30' 15' 20' 10:30-12:20
Síndrome de estrés post-traumático. Las repercusiones de la violencia en la salud de las hijas e hijos: el efecto de ser testigo.	Lección participada: Charla con apoyo de presentación con proyector.	GG	15' 12:20-13:35
Rol del Sistema Sanitario en el abordaje de la VPM	Lección participada: Charla con apoyo de presentación con proyector.	GG	10' 13:35-13:45
Evaluación	Ronda grupal	GG	15' 13:45-14:00

Guión de la sesión:

⇒ Comenzamos con un repaso participativo de la sesión anterior: se pregunta al grupo qué recuerda de la sesión anterior y se hace una breve síntesis con su ayuda. También se aclaran dudas.

⇒ Se explican los temas a tratar en la sesión de hoy, reforzando positivamente la participación activa en los mismos.

⇒ Otra propuesta que podemos hacer a los discentes es la de practicar los roles de observación y de moderación del grupo, durante alguna de las técnicas grupales. Por ejemplo durante el Phillis 6/6, podemos pedir que dos personas voluntarias practiquen estos dos roles, en la puesta en común una persona será la observadora del grupo y otra hará la moderación. Al final de la actividad les pediremos que expliquen cómo ha sido la tarea realizada y cómo se han sentido.

⇒ **Epidemiología, Magnitud.** El primer bloque de contenidos se abordará con una lección participada, apoyándonos en el material audiovisual y favoreciendo la participación. Intentaremos aclarar conceptos de epidemiología, sobre la importancia de la definición de caso y las encuestas estandarizadas. Utilizar ejemplos que acerquen las cifras estimadas a realidades cercanas, es una técnica que ayuda a concretar; si por ejemplo decimos que según la encuesta realizada en la Comunidad de Madrid para el estudio de costes sanitarios, se estima que aproximadamente 200.000 mujeres entre 18 y 70 años de la Comunidad de Madrid están sufriendo o han sufrido violencia en el último año, podemos comparar la cifra con la el número de personas que viven de una ciudad entera como Granada (según el padrón municipal del Municipio de Granada del año 2010 la población total ascendía a 276.061 personas), o con la capacidad de un campo de fútbol (por ejemplo el Santiago Bernabéu con 76.634 espectadores, esta cifra estimada supone aproximadamente dos veces y media la capacidad de este recinto). Asimismo es importante hacer énfasis que al igual que hay un número de mujeres que están sufriendo maltrato, el mismo número de hombres la están ejerciendo.

Realizaremos un ejercicio de cálculo de población atendida en las consultas para diferentes patologías y violencia de pareja contra las mujeres. Se hacen grupos de 5 personas y se reparte la tarea. Para una persona de cada grupo hará de portavoz, y explicará los resultados y conclusiones a los que llegue el grupo. A continuación en grupo grande se resolverá el ejercicio y se reflexionará. Daremos 10 minutos para el trabajo en grupo pequeño y 5 para la puesta en común. **Ver material 1B** de este **Centro Temático**.

También puede realizarse "**Un ejercicio de cálculo**", recogida en el **Centro temático 3, material 1C**. Es un ejercicio más breve, pero que ayuda a reflexionar de la misma manera sobre nuestra capacidad de percepción y detección en consulta.

⇒ **Impacto en salud. Síndrome de estrés postraumático.** Hijos e hijas. Para comenzar el siguiente bloque, se realizará la técnica de Phillis 6/6 explicada en el material 2A. Es una dinámica ágil y podemos realizarla en unos 15 minutos (5' para la técnica y 10' para la puesta en común). El objetivo no es discutir, sino que todas las personas expresen su idea respecto a un tema. Nos sirve para

ver qué opinan y saben ellos y ellas del impacto en salud (generalmente la esfera sexual no sale). Es interesante apuntar en el papelógrafo o en una pizarra que no se vaya a borrar, todas las ideas que salen, para luego poder comparar con los contenidos que explique el docente en la lección participada.

Se aprovecha para hacer un descanso después de esta técnica y así reorganizar las ideas que han salido en el phillis 6/6 y que usaremos para la devolución final al grupo.

También podemos ver el segundo capítulo, "El daño de la violencia", del vídeo *Fragmentos. Mujeres, salud y violencia*. Después comentar en grupos pequeños lo que más nos haya llamado la atención del impacto en la salud de las mujeres que aparecen en el vídeo.

Antes de iniciar el descanso daremos las instrucciones para la siguiente actividad, de forma que a la vuelta la tarea esté encuadrada y cada grupo pueda reorganizar sus tiempos. Se mantendrán los grupos de cinco personas, y algún integrante diferente debe hacer de portavoz. El trabajo comienza de forma individual con la lectura del artículo propuesto (ver material 2B); después en el grupo pequeño se analizará, utilizando el guión y contestando sus preguntas. Se dará la consigna de que todas las ideas son válidas y de que no se trata de llegar al consenso como de poder expresar todos los discursos emergentes que se produzcan. Contarán con 30 minutos para la lectura y 15 para la discusión en grupo pequeño.

Como el artículo es algo extenso, podemos repartirlo el día anterior de forma que se puede "leer tranquilamente en casa", o al menos ir avanzando en su lectura.

Finalmente en el grupo grande se pone en común el análisis y se enriquece con una vuelta participación general final. Se limitará el tiempo a 15 minutos. Terminamos con la lección participada de este bloque completo, para ello contamos con el apoyo del power point de Magnitud e Impacto en Salud (**ver *Magnitud e impacto en salud de la VPM en Anexo presentaciones***) y el material de la guía de apoyo de AP.

⇒ Rol del sistema sanitario en el abordaje de la violencia. Este bloque en realidad es la introducción del apartado del centro temático 3 "Barreras para la intervención". Nos permite encuadrar y posicionarnos para la siguiente sesión.

⇒ Al final realizaremos una breve evaluación y despedida. Se pide una valoración de la sesión, aspectos a mejorar, cosas que quitarían, cosas que añadirían o prolongarían. Se agradece la asistencia y la atención.

Menú de actividades

Actividad 1: Epidemiología de la violencia de pareja hacia las mujeres

MATERIAL 1A

Técnica expositiva sobre los conceptos básicos de la epidemiología de la violencia de pareja, dificultades en su medición, desde los datos globales a los más locales

(Ver Epidemiología Violencia de pareja y Magnitud e impacto en salud de la VPM en Anexo presentaciones).

Se realiza una exposición sobre un tema planteando preguntas que permitan expresar conocimientos y experiencias previas, y completando la información obtenida. Se permite la discusión, aclaración de dudas durante el proceso.

MATERIAL 1B

"Epidemiología: un ejercicio práctico"

Trabajamos en un Equipo de Atención Primaria (EAP) que atiende a una Zona Básica de Salud.

El centro de salud atiende a 34.800 personas con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI):

⇒ 17.092 hombres.

⇒ 17.708 mujeres: de ellas, entre 18 y 70 años hay 12.642 mujeres (en ese rango de edad están el 71% de todas las mujeres atendidas).

La atención se divide en 18 cupos (un cupo incluye la atención de medicina y enfermería).

Con los cifras del ejercicio (ver anexo), haz el cálculo aproximado de los siguientes datos:

Número medio de mujeres entre 18 y 70 años que hay en cada cupo:

Calcula en cada cupo:

⇒ ¿Cuántas mujeres hay con Diabetes Mellitus tipo II?

⇒ ¿Cuántas mujeres hay con Insuficiencia Cardíaca?

⇒ ¿Cuántas mujeres hay con HTA?

⇒ ¿Cuántas mujeres hay con Hipercolesterolemia: Colesterol basal = 240 mg/dl?

⇒ ¿Cuántas mujeres hay fumadoras (que fumen diariamente)?

⇒ ¿Cuántas mujeres hay con hipotiroidismo?

⇒ ¿Cuántas mujeres hay que son víctimas de maltrato físico, en los últimos 12 meses?

⇒ ¿Cuántas mujeres hay que sufren violencia psicológica exclusivamente, en los últimos 12 meses?

Sabemos que el 77% de las mujeres que sufren Violencia de Pareja (VP) acuden, al menos una vez, a la consulta del profesional de medicina de AP, en los últimos 6 meses.

¿Cuántas mujeres, distintas, víctimas de VP acuden cada semana a la consulta de medicina?

Sabemos que el 24 % de las mujeres que sufren VP acuden, al menos una vez, a la consulta del profesional de enfermería de AP en los últimos 6 meses.

¿Cuántas mujeres, distintas, víctimas de VP acuden cada semana a la consulta de enfermería?

MATERIAL 1B (anexo)

COMPARA Y REFLEXIONA SOBRE LAS CIFRAS QUE HAS ENCONTRADO EN TU CONSULTA

Prevalencias con las que realizar los cálculos:

Prevalencia de Diabetes Mellitus II en la Comunidad de Madrid: (personas de 30 a 74 años)

⇒Mujeres: 6 %

⇒Hombres: 10 %

Prevalencia de Insuficiencia Cardíaca:

⇒1 % en la población general (8% en personas 65 a 74 años)

Prevalencia de HTA en la Comunidad de Madrid:

⇒Mujeres: 24 %

⇒Hombres: 35 %

Prevalencia de Hipercolesterolemia basal (Colesterol basal = 240 mg/dl) en la Comunidad de Madrid:

⇒Mujeres: 22 %

⇒Hombres: 24 %

Prevalencia de fumadoras/es diarios en la Comunidad de Madrid:

⇒Mujeres: 26 %

⇒Hombres: 31 %

Prevalencia de Hipotiroidismo en las mujeres: 2 %

Prevalencia de mujeres que sufren violencia física en los últimos 12 meses en la Comunidad de Madrid: 3,2%

Prevalencia de mujeres que sufren violencia psicológica en los últimos 12 meses en la Comunidad de Madrid: 6,8%

Ejercicio de Epidemiología Resuelto

Trabajamos en un Equipo de Atención Primaria (EAP) que atiende a una Zona Básica de Salud. El centro de salud atiende a 34.800 personas con Tarjeta Sanitaria Individual (TSI):

⇒ 17.092 hombres.

⇒ 17.708 mujeres: de ellas, entre 18 y 70 años hay 12.642 mujeres (en ese rango de edad están el 71% de todas las mujeres atendidas).

La atención se divide en 18 cupos (un cupo incluye la atención de medicina y enfermería).

Con los cifras del ejercicio haz el cálculo de los siguientes datos:

Número medio de mujeres entre 18 y 70 años que hay en cada cupo:
702 mujeres entre 18 y 70 años de edad en cada cupo

Calcula en cada cupo:

⇒ ¿Cuántas mujeres hay con Diabetes Mellitus tipo II? **42 mujeres**

⇒ ¿Cuántas mujeres hay con Insuficiencia Cardíaca? **7 mujeres**

⇒ ¿Cuántas mujeres hay con HTA? **168 mujeres**

⇒ ¿Cuántas mujeres hay con Hipercolesterolemia: Colesterol basal = 240 mg/dl? **154 mujeres**

⇒ ¿Cuántas mujeres hay fumadoras (que fumen diariamente)?
183 mujeres

⇒ ¿Cuántas mujeres hay con hipotiroidismo? **14 mujeres**

⇒ ¿Cuántas mujeres hay que son víctimas de maltrato físico, en los últimos 12 meses? **22 mujeres**

⇒ ¿Cuántas mujeres hay que sufren violencia psicológica exclusivamente, en los últimos 12 meses? **48 mujeres**

Sabemos que el 77% de las mujeres que sufren Violencia de Pareja (VP) acuden, al menos una vez, a la consulta del profesional de medicina de AP, en los últimos 6 meses.

¿Cuántas mujeres, distintas, víctimas de VP acuden cada semana a la consulta de medicina?

54 mujeres distintas en esos 6 meses. Esto es, dos a la semana (DISTINTAS)

Sabemos que el 24 % de las mujeres que sufren VP acuden, al menos una vez, a la consulta del profesional de enfermería de AP en los últimos 6 meses.

¿Cuántas mujeres, distintas, víctimas de VP acuden cada semana a la consulta de enfermería?

17 mujeres distintas en esos 6 meses. Esto es, dos cada tres semanas (DISTINTAS)

Estas dos últimas preguntas nos hablan de la capacidad que tenemos las y los profesionales para detectar en las consultas de Atención Primaria. Si tuviésemos una efectividad en la detección del 100% (aunque esto es difícil de conseguir) podríamos llegar a detectar, en los primeros seis meses, a dos mujeres a la semana (en consulta de medicina) o a dos mujeres cada tres semanas (en consulta de enfermería)²⁰.

20.- Autoría Ángel Abad: este ejercicio fue realizado para la tercera edición de Formación de formadoras y formadores en Violencia de pareja hacia las mujeres, en la Agencia Laín Entralgo en Mayo 2009.

Actividad 2: Impacto en salud. Repercusiones en la salud mental y estrategias para el afrontamiento de la violencia

MATERIAL 2A

Phillis 6/6:

Impacto y consecuencia sobre la salud de las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas

Esta técnica consiste en dividir al grupo en grupos pequeños de aprox. 6 personas. Durante 30 segundos/ 1 minuto cada persona podrá expresar ideas en relación a las consecuencias de la violencia de pareja sobre la salud (en todas sus esferas: psíquica, física, sexual y social), la persona que sigue tiene la clave de no repetir. Una persona de cada grupo controla el tiempo y otra recoge fielmente las ideas de cada integrante del grupo para ponerlas posteriormente en común. Se hace una puesta en común de los grupos pequeños y una síntesis final.

Procuraremos recoger y devolver al grupo las conclusiones.

MATERIAL 2B

Lectura del siguiente artículo:

Referencia bibliográfica:

LORENTE ACOSTA, Miguel: "Lo normal de lo anormal: raíces y frutos de la violencia contra las mujeres", en Fundación Seminario de Investigación para la Paz (ed.) *Pacificar violencias cotidianas*, Zaragoza, Departamento de Cultura, Gobierno de Aragón, 2003, pp.169-192.

Disponible en la web:

<http://www.educarenigualdad.org/document/entry/id/177>

Guion para el análisis del artículo

A lo largo de todo el texto se habla de las estrategias psicológicas que adoptan las mujeres que sufren violencia de pareja, para superar los episodios de agresión. ¿Cuáles has encontrado?

¿Qué sintomatología, tanto psíquica como física, aparece en ellas como manifestación de la conducta violenta de las que son víctimas?

Anota aquellas que se citan en el texto, pero también otras que tú conozcas.

¿Qué concepto e ideas se pueden recoger sobre el "síndrome de estrés post-traumático" en las mujeres que sufren violencia doméstica?

Por distintas partes del texto se habla sobre los efectos que la violencia ejercida sobre la madre tiene en hijos e hijas; ¿cuáles son?

Para terminar te proponemos reflexionar sobre estos conceptos, que aparecen en el artículo:

- ⇒ violencia extendida
- ⇒ violencia estructural
- ⇒ control social

DETECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

CENTRÁNDONOS EN EL TEMA

A) Obstáculos para la detección y el manejo de la VPM.

- 1.- En las instituciones.
- 2.- En los y las profesionales.
- 3.- En lo "personal".
- 4.- En las mujeres que sufren violencia.

B) Características de la entrevista.

- 1.- Actitudes a potenciar y a evitar en la entrevista.
- 2.- La entrevista motivacional.

C) Detección.

- 1.- ¿Cuándo detectar?
- 2.- Signos de sospecha.
- 3.- Situaciones vulnerables.
- 4.- Problemas de salud asociados a la VPM.
- 5.- Herramientas de cribado y diagnóstico.
- 6.- Frases introductorias, preguntas facilitadoras y preguntas puente.
- 7.- Valoración enfermera: Patrones Funcionales de Gordon.
- 8.- Valoración social.
- 9.- Genograma orientado al ámbito relacional.

D) Valoración.

- 1.- Valoración de riesgo vital.
- 2.- Tipo, intensidad y duración de la violencia.
- 3.- Ciclo de la violencia e identificación de crisis.
- 4.- Valoración de las esferas afectadas.
- 5.- Valoración de las fases de cambio del comportamiento de la mujer.

E) Intervención.

- 1.- Intervención según la fase de cambio del comportamiento de la mujer.
 - 1.2.- Fase precontemplativa.
 - 1.3.- Fase contemplativa.
 - 1.4.- Fase de preparación.
 - 1.5.- Fase de acción.
 - 1.6.- Fase de mantenimiento.
 - 1.7.- Fase de recaída.
- 2.- Intervención en estallido agudo de violencia.
- 3.- Intervención en caso de riesgo vital.
- 4.- Elaboración de un Plan de seguridad.
- 5.- Realización del parte de lesiones.
- 6.- Criterios de derivación.
- 7.- Recursos disponibles.
 - 7.1.- Servicios de atención telefónica.
 - 7.2.- Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género.
 - 7.3.- Red de Centros Residenciales para mujeres.
 - 7.4.- Otros servicios.

F) Aspectos jurídicos, éticos y legales.

DISEÑANDO EL PROGRAMA

INTRODUCCIÓN

El modelo de abordaje e intervención sobre la VPM desde los servicios sanitarios desde el que se trabaja en esta guía es el propuesto en la *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres* (Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería e Sanidad. CAM, 2008). Por ello, algunos de los contenidos de este centro temático se corresponden con el contenido de dicha guía.

Las intervenciones propuestas pueden ser iniciadas por el/la profesional en el que la mujer deposite su confianza inicialmente, ya sea de enfermería, medicina, trabajo social o fisioterapia.

**Centrándonos
en el
tema**

Obstáculos para la detección y el manejo adecuado de la VPM

Son numerosos los obstáculos que dificultan la detección y el manejo de las situaciones de VPM y aparecen en los diferentes agentes que intervienen en la interacción. Es necesario conocerlos y tenerlos en cuenta a la hora de implementar actividades formativas, desarrollando técnicas didácticas que ayuden a ponerlos de manifiesto, a tomar conciencia de los mismos y favorecer su afrontamiento. Con ello se facilitaría el desarrollo de actitudes favorables al adecuado manejo de las situaciones de VPM. A continuación se desglosan algunos de ellos:

1.-En las instituciones

⇒ Falta de experiencia institucional en este problema. En el año 1996 la OMS reconoce el problema de la VPM como un problema de Salud Pública e insta a los gobiernos a tomar medidas frente a la misma desde el ámbito sanitario. Por ello el inicio de estrategias desde el sector salud para abordar el problema es relativamente reciente, si comparamos con otras problemáticas de salud, y se ha partido de la carencia de modelos de referencia para implementarlas.

⇒ Orientación hacia lo "biológico". Desde las instituciones se refuerza una concepción de la salud centrada en lo biológico, relegando lo psicosocial a un segundo plano. Este modelo conceptual comprende desde el ámbito educativo (con escasez de contenidos y metodologías que favorezcan una comprensión y manejo integral de la salud tanto en la Universidad como en los programas for-

mativos de las especialidades) hasta el ámbito organizativo y asistencial (con la carencia de profesionales del ámbito psicosocial en el sector, la ausencia de tiempos y espacios en horario laboral para el desempeño de actividades con contenido psicosocial, la no valoración de las mismas en la evaluación del funcionamiento de los equipos asistenciales, etc). La concepción integral de la salud y el desarrollo de habilidades para un abordaje biopsicosocial son imprescindibles para poder manejar de forma adecuada situaciones de VPM.

⇒ Reproducción del modelo social, incorporando las desigualdades de género. Los puestos directivos siguen siendo ocupados mayoritariamente por hombres, y el propio funcionamiento de las instituciones suele ser patriarcal (estructura jerárquica, relaciones de poder hacia las personas subordinadas, valoración de criterios económicos por encima de otras consideraciones, incorporación de valores tradicionalmente masculinos en los criterios de gestión, etc).

⇒ Escasos recursos y falta de coordinación. Aunque a lo largo de los últimos años se han incrementado los recursos destinados al abordaje de este problema (económicos, protección, casas de acogida, asistencia legal...), aún son insuficientes. En el sector sanitario la saturación de los servicios asistenciales y el recorte de recursos dificultan el abordaje de problemas complejos como el de la VPM que requieren de tiempo. La subcontratación de servicios de atención especializados en VPM puede suponer una precarización de las condiciones laborales y una rotación excesiva de profesionales que dificultaría el desempeño óptimo de sus funciones. Asimismo existen problemas de coordinación entre los distintos servicios (sanitario, servicios sociales, justicia...) y en ocasiones falta información sobre recursos disponibles lo que dificulta el acceso a los mismos.

⇒ No reconocido en las prestaciones del sistema. La ausencia de un servicio específico en la cartera de servicios y la carencia de instrumentos de medida y de registro apropiados dificultan por una parte la implicación de los y las profesionales, y por otra la evaluación de las estrategias de detección y atención implantadas.



2.- En los y las profesionales

⇒ Sobrecarga laboral. La falta de recursos humanos se traduce en una falta de tiempo y un mayor estrés laboral que puede llevar a la desmotivación y el burn-out.

⇒ Miedo a lo judicial. La incertidumbre y el miedo ante posibles declaraciones judiciales actúan como barrera en el abordaje.

⇒ Falta de formación. La percepción de que faltan conocimientos y herramientas para la detección y el manejo de la VPM es una constante en profesionales sociosanitarios. Este déficit se traduce en actitudes de evitación ante posibles casos de VPM, infradiagnóstico y en ocasiones actuaciones incorrectas.

⇒ Inseguridad y miedo a "no saber qué hacer". La expectativa de una situación en la que sabiendo que se está ante una situación de violencia de pareja no se sepa qué hacer genera angustia e inseguridad en los y las profesionales, que puede llevar a conductas de evitación o de derivación inadecuadas, y en ocasiones, inconscientes.

⇒ No querer saber de algo que de ser sabido podría complicar en exceso la propia existencia. El/la profesional se encontraría directamente comprometido con un problema por el hecho de haberlo detectado. Y aunque lo que se pida desde fuera, desde las organizaciones comprometidas con el maltrato, es que derive la situación, no es tan simple. Detectar el maltrato no es lo mismo que detectar, por ejemplo, una tuberculosis, de la que sabemos claramente tratamiento y criterios de derivación. En el maltrato las cosas son muy diferentes. En algunos casos ni siquiera están claros la detección y el diagnóstico. Y además, mientras la mujer no sea consciente de ello ella misma se negará a ser derivada. ¿Qué hacer, por tanto, frente a un problema del cual el sanitario se ha de hacer inevitablemente cargo, puesto que no puede derivarlo y frente al cual no se siente especialmente competente? Lo normal sería, por tanto, intentar no descubrirlo (Ver documento: *La violencia de pareja hacia las mujeres y los servicios de salud*. Documento de Salud Pública nº 92. Instituto de salud Pública. CAM, 2004).

⇒ Contexto de las consultas. La falta de tiempo o las interrupciones en consulta dificultan una adecuada atención.

⇒ Dificultad para asumir que "son las mujeres las que deciden". La concepción de un modelo de atención tradicional basado en relaciones de poder donde la toma de decisiones depende del/la profesional y la paciente se encuentra en una situación de subordinación y de obediencia sigue vigente. El rol paternalista asociado a este modelo lleva a tomar decisiones sin contar con la persona atendida y a no respetar en ocasiones los tiempos y las decisiones de las mujeres. Por otra parte puede ocurrir que el/la profesional se apropie o responsabilice del problema lo que dificulta también el respeto a las decisiones de la mujer.

⇒ Creencias y expectativas respecto a la atención sanitaria. La expectativa de una consulta resolutoria, donde el/la paciente acude contando lo que le pasa de manera clara y concisa, y donde haya una fácil resolución que satisfaga tanto al/la paciente como al/la profesional lleva en ocasiones a orientar consultas tras las que subyace una situación de VPM de forma inapropiada. En ocasiones la violencia no es considerada como problema de salud y por lo tanto, el ámbito sanitario no es el apropiado para hacer nada en torno a ella.

⇒ Técnicas inapropiadas de comunicación. Pueden faltar habilidades de escucha empática, de comunicación, de técnicas para la entrevista, lo que dificulta la detección o el manejo.

⇒ Falta de reconocimiento institucional. El manejo de un problema complejo como la VPM requiere de tiempo, expone emocionalmente a la persona que lo atiende, genera incertidumbre y supone frecuentemente un reto para el/la profesional, que en ocasiones se siente poco apoyado en el proceso. Este esfuerzo no es valorado, reconocido ni compensado por la institución, que podría reforzar positivamente a los y las profesionales que se impliquen en su atención.

⇒Tendencia a intervenir solo en violencia física. Con frecuencia se diagnostican solo los casos de violencia más explícita (física) que asocien lesiones, habiendo una gran dificultad para detectar otros tipos de violencia. Es en estos casos en los que se tiende a intervenir.

⇒Tendencia a atribuir síntomas a la esfera biológica o a psicopatología. La preponderancia de un modelo de atención centrado en lo biológico y la presencia de sesgos de género dificultan la sospecha e investigación de posibles situaciones de violencia ante problemas de salud y síntomas físicos que se asocian en ocasiones a la VPM. Otro hecho habitual es diagnosticar a las mujeres afectadas de problemas psicopatológicos sin reunir en ocasiones los criterios diagnósticos y sin investigar posibles situaciones de VPM subyacentes.

⇒Miedo a ofender.



3.- En lo "personal":

⇒El propio posicionamiento frente a la violencia de pareja. Si no se reconoce el problema de la violencia de pareja como tal difícilmente se podrá detectar y abordar desde el ámbito profesional. Así, cuanto mayor sea el umbral para sospechar y detectar casos de violencia, es decir, cuanto más explícita se necesite que sea la violencia para ser considerada como tal, mayor será la dificultad de detectar y abordar el problema desde un rol de ayuda. Este posicionamiento está condicionado por actitudes y creencias que se encuentran en la sociedad y por lo tanto también en las personas que trabajan en el sector sanitario. En la tabla 1 se muestran diversas creencias y estereotipos cuya presencia supone una barrera para el adecuado manejo de la violencia de pareja.

⇒Dificultad para entender el problema y ponerse en su lugar. En ocasiones el/la profesional puede reexperimentar situaciones vividas a través del relato de la mujer identificándose con el agresor o con la víctima. El género influye en la comprensión del problema y la capacidad de empatía. Así, los varones se pueden poner "a la defensiva", y mostrar una especie de actitud de presunción de inocencia hacia el maltratador que se asocia a poner en duda el relato de la mujer. Las mujeres corren el riesgo de "sobreempatizar", pudiendo llegar a denunciar y a recomendar la separación sin una comprensión clara de la situación y vivencia de la mujer. Para saber más de cómo el género puede suponer un obstáculo para una adecuada atención es aconsejable leer la parte correspondiente del **Centro Temático 1**.

⇒Vivencias propias (en la familia, con amigos...) que condicionan la atención a situaciones de VPM. El/la profesional tienden a extrapolar lo que conocen o juzgan de posibles situaciones de violencia de pareja en su entorno a los casos de violencia que puedan darse en las consultas, cayendo en ocasiones en prejui-

1.- Páginas 73 a 76: "Influencia del género de los y las profesionales sanitarios en la comprensión y actuación profesional en la VPM".

CREENCIAS QUE OBSTACULIZAN UN ABORDAJE ADECUADO DE LA VPM	
EN TORNO A	CREENCIAS Y ESTEREOTIPOS
LA VIOLENCIA DE PAREJA	<ul style="list-style-type: none"> » Es un asunto privado de familia. » Si fuera tan grave, la mujer ya se habría ido de casa. » No es maltrato: <ul style="list-style-type: none"> » No tener en cuenta los gustos, opiniones y sentimientos de la pareja. » Encontrar defectos en la mayoría de las cosas que hace. » Calificarla con adjetivos o sobrenombres que la desagradan. » No tener en cuenta ni respetar sus deseos sexuales. » En las relaciones sexuales no siempre hay que respetar la negativa de la mujer, ya que muchas veces "se hace de rogar". » Es comprensible tirar o romper algún objeto en discusiones fuertes. » El problema se exagera: no hay tantas mujeres víctimas de violencia de género. » La violencia de pareja solo afecta a sectores social y culturalmente desfavorecidos (inmigrantes, clases sociales bajas). » La violencia es innata al ser humano y es ejercida y sufrida por todas las personas. » Los hombres son maltratados por las mujeres y no se habla de ello. » Es fácil identificar situaciones de violencia.
LAS MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA	<ul style="list-style-type: none"> » Son mujeres débiles, dependientes, inestables o desequilibradas. » Son mujeres con bajo nivel socioeconómico y con hijos. » La mujer es responsable de su situación: ella la ha provocado; la soporta porque es lo que le han enseñado; si no se separa es porque no quiere; si realmente quisiera podría prevenir nuevos episodios de violencia; si dejara a su marido o pareja se resolvería su problema; la mujer es masoquista y en el fondo le gusta. » Cuando las mujeres dicen NO quieren decir SÍ. » Cuando hay hijas o hijos de por medio es mejor aguantar por su bien.
LOS HOMBRES QUE EJERCEN VIOLENCIA	<ul style="list-style-type: none"> » Son personas descontroladas. » Los agresores son por lo general alcohólicos, drogadictos, con bajo nivel sociocultural o situaciones sociolaborales precarias. » El maltratador no es responsable de sus actos: es un enfermo mental; estaba bebido; "se salió de sí"; es víctima de la sociedad... » Este hombre no responde al perfil de maltratador: Un hombre así es incapaz de maltratar a su pareja.
LAS INTERVENCIONES	<ul style="list-style-type: none"> » Entre mis pacientes no hay casos de violencia de pareja. » El personal de salud no puede hacer nada para solucionar el problema. » La violencia no es un problema de salud: Es cosa de servicios sociales. » Si los hombres que maltratan fueran a la cárcel se resolvería el problema. » Con la nueva ley son frecuentes las denuncias falsas por lo que conviene desconfiar de lo que cuenta la mujer. » El problema de la violencia se puede abordar de forma objetiva, manteniendo la distancia.

Tabla1. Fuente: modificado de *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Comunidad de Madrid, 2008.

cios que no ayudan a abordar profesionalmente el problema de la violencia de pareja.

⇒ Contexto personal. Personas que se sienten inseguras y con miedo a no saber abordar los problemas en el terreno de lo personal probablemente tendrán más dificultades para tratar problemáticas como la violencia de pareja en el ámbito profesional. La situación personal influye también en la atención pudiendo obstaculizarla en situaciones de crisis, duelo, malestar, etc.

⇒ Miedo a darse cuenta de que uno/a mismo/a se encuentra en una relación de violencia. La prevalencia de violencia de pareja en profesiones sociosanitarias es similar a la de la población general, lo que supone que en torno a un diez por ciento de profesionales varones ejercen violencia hacia sus parejas y aproximadamente la misma proporción de mujeres sufre violencia de pareja.

⇒ Miedo a quedarnos con la angustia "sin hacer nada".

⇒ Miedo a represalias. Es frecuente en el ámbito de la atención primaria que el agresor sea paciente del profesional que atiende a la mujer, temiendo represalias por parte de éste si toma conciencia de la situación. Esto puede dificultar un adecuado seguimiento de la mujer en situación de violencia.

⇒ Miedo a que le pase algo a la mujer. La propia responsabilización como persona que conoce la situación de lo que le pueda pasar a la mujer en ocasiones puede estimular a actuar frente al problema, pero también puede llevar a la toma precipitada de decisiones y a la falta de respeto a la voluntad de la mujer.



4.- En las mujeres que sufren violencia:

Es habitual que las mujeres que sufren violencia de pareja no se reconozcan como víctimas. Diversos sentimientos, creencias y valores presentes en estas mujeres hacen que la detección y el manejo del problema sea dificultoso².

En ocasiones el control de la pareja lleva a que la mujer esté siempre acompañada por el agresor, lo que supone una dificultad añadida.

2.- Ver "Dificultades para salir de una situación de violencia" en [Centro Temático 1](#), páginas 84-85.

Características de la entrevista

1.- Actitudes a potenciar y evitar en la entrevista

Es fundamental cuidar ciertos aspectos de la entrevista ante posibles situaciones de VPM para facilitar un adecuado abordaje del problema y mejorar la efectividad de la intervención. A continuación se caracterizan algunos de ellos:

A potenciar:

- ⇒ Crear un clima de confianza.
- ⇒ Recibir a la paciente sola.
- ⇒ Preguntar de forma directa y clara.
- ⇒ Escuchar el relato de la paciente sin interrupciones ni juicios.
- ⇒ Creer a la mujer y hacérselo saber.
- ⇒ Ofrecerle mensajes positivos. Señalarle sus capacidades y logros.
- ⇒ Apoyar sus decisiones.

A evitar:

- ⇒ Actitudes de excesivo dramatismo con las que la mujer podría sentirse presionada para tomar una decisión.

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

- ⇒ Que la mujer relate reiteradamente a distintos profesionales el proceso de maltrato ya que supone la revictimización de la mujer.
- ⇒ Criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer.
- ⇒ Racionalizar, banalizar o justificar la violencia del agresor.
- ⇒ Infravalorar la sensación de peligro de la mujer.
- ⇒ Citar al agresor para contrastar la información que proporciona la mujer. Supone poner en duda el relato de la mujer y además puede ponerla en situación de riesgo.
- ⇒ Prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer (ansiolíticos, antidepresivos...) sin realizar un balance beneficio-riesgo previo.
- ⇒ Hacer terapia de pareja y derivar a mediación familiar está **CONTRAINDICADO**. No se trata de un conflicto en que las dos partes puedan negociar en igualdad de condiciones sino de una situación de dominio y anulación por parte del hombre hacia la mujer, de una situación de violencia en la que el agresor es responsable de la situación.
- ⇒ La derivación como primera intervención (salvo casos de peligro inminente). La mujer deposita su confianza en una persona a la que elige para entrar en confianza, por lo que la derivación inicial puede generar sentimientos de rechazo y desconfianza..



2.- La entrevista motivacional³

La entrevista motivacional se ha convertido en una intervención muy conocida y usada por profesionales sanitarios, especialmente para el tratamiento de hábitos no saludables y adicciones.

A diferencia de técnicas anteriores que usaban la confrontación, el modelo motivacional promueve una aproximación a un trabajo de colaboración con el/la paciente. La familiarización con esta herramienta por parte del personal de salud sugiere que la aplicación de algunos de sus elementos (con modificaciones) puede ser útil en el caso de la atención a mujeres que sufren VPM:

- ⇒ **Informar y clarificar sobre las características de la entrevista** que se va a realizar buscando, conjuntamente con la mujer, una definición de temas a tratar y objetivos a conseguir.
- ⇒ Mantener una **actitud empática** facilitando la expresión de emociones.

3.-Cfr. *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Comunidad de Madrid, 2008.

⇒ **Aclarar y ayudar a ordenar las ideas** para que la mujer pueda visibilizar la discrepancia entre la realidad que vive y los objetivos que quiere conseguir. Para ello es importante que pueda entender las consecuencias que el maltrato ha tenido en su vida.

⇒ **Evitar la confrontación directa y los juicios de valor** ante el relato de la mujer o los argumentos que ella plantea.

⇒ **Trabajar las resistencias:** Tradicionalmente se entiende como resistencia cualquier aspecto de la actividad del o la paciente que surge en un proceso terapéutico y que pensamos que obstruye su curso. En el caso de entrevistas con mujeres maltratadas, es habitual que surjan resistencias en los primeros momentos de la intervención y pueden relacionarse con miedo a su retraumatización, sentimientos de vergüenza y humillación, o a determinadas actitudes o acciones del o la profesional (por ejemplo, estilos confrontativos). En la intervención es importante identificar y utilizar la información que nos dan las resistencias para, de una forma conjunta con la mujer, usarlas como un elemento útil para el cambio.

Algunos signos de resistencias pueden ser: Interrumpir al o la profesional, poner a prueba sus conocimientos o desvalorizarlos, manifestar hostilidad en relación a sus comentarios, minimizar riesgos, negar conflictos, etc.

⇒ **Fomentar la autoeficacia.** Ayudarle a detectar y potenciar estrategias y recursos propios que le sirvan para la realización de sus objetivos. Por ejemplo: ayudarle a recordar otros momentos difíciles y los mecanismos que utilizó para afrontarlos; preguntar por elementos de resistencia a la adversidad; detectar áreas de fortaleza personal; ayudarle a exponer razones que le motivan para realizar un cambio; animar a definir y realizar pequeños cambios que ella plantee como deseables.

Algunas estrategias usadas en la entrevista motivacional son:

⇒ **Preguntas abiertas:** permiten no ser contestadas con preguntas cortas y pueden ser una vía de entrada para una comunicación más fluida. Por ejemplo: ¿Querría hablarme de lo que le preocupa?

⇒ **Escucha reflexiva:** En este tipo de intervención el/la profesional no se limita a escuchar, sino que a partir del relato que trae la mujer, y por medio de comentarios o clarificaciones, ayuda a que ella pueda interiorizar algunos elementos de su discurso que son especialmente significativos y que pueden ser útiles en el proceso terapéutico. Para facilitar la escucha reflexiva pueden usarse distintas herramientas: repetir frases o ideas verbalizadas por la mujer, señalar sentimientos asociados, etc. También es importante saber tolerar el silencio evitando la utilización de frases hechas.

⇒ **La recapitulación o resumen,** al finalizar la entrevista de los temas tratados durante la misma, es un elemento útil en la realización de entrevistas motivacionales. Puede enriquecerse con otro tipo de información como señalar las mejoras evidentes y/u observables, los comentarios positivos de la familia, etc.

Detección

1.- ¿Cuándo detectar?

Dada la alta prevalencia de la VPM se podría considerar implementar estrategias encaminadas a la detección sistemática de VPM en la población femenina, que estarían justificadas.

No obstante la mayoría de guías de actuación en nuestro ámbito recomiendan la detección en aquellos casos en que haya signos de sospecha, enfermedades o problemas de salud que se asocian con mayor frecuencia a VPM o situaciones de especial vulnerabilidad. La búsqueda de estos signos y situaciones ha de ser activa por parte del/la profesional.

La metodología propuesta a continuación para detectar puede ser aplicada en cualquiera de estos supuestos, tanto para la detección sistemática como para estrategias de detección selectiva.

El objetivo es detectar cada vez de forma más precoz las situaciones de violencia de pareja, de forma que se puedan evitar daños y facilitar la toma de medidas tempranas frente a la misma. Por lo general el diagnóstico de violencia se establece cuando la mujer consulta por ello de forma explícita (lo que suele ocurrir tras varios años de sufrir violencia) y no por la aplicación de estrategias de detección, hasta hace poco ausentes. Cuando la violencia es de larga evolución el daño, con frecuencia, no es reversible, y quedarán secuelas psicológicas y/o físicas de la misma que se podrían haber evitado con intervenciones precoces.

En ocasiones resulta difícil precisar el diagnóstico, siendo más difícil cuanto menos explícita sea la violencia y cuanto mayor sea el umbral de tolerancia a la misma del/la profesional, como se verá más adelante. Es habitual que el/la profesional se quede en la sospecha, llevando tiempo el establecer un diagnóstico. Aún así, la Atención Primaria tiene la ventaja de la continuidad de la asistencia, por lo que facilita un abordaje en el tiempo que permita, en muchos casos, establecer este diagnóstico con posterioridad si se mantiene la voluntad de detectar y abordar el problema. El objetivo de detectar precozmente va asociado necesariamente a una mayor dificultad diagnóstica para algunos casos, y por lo tanto a un aumento de las situaciones filia- das como de sospecha.

En la figura 1 se muestra la estrategia de detección propuesta. A continuación se desglosan los diferentes aspectos que nos permiten sospechar situaciones de violencia de pareja y por lo tanto iniciar las preguntas de detección. Posteriormente se explican algunas herramientas para la detección.



2.- Signos de sospecha

Aunque las mujeres pueden consultar directamente por una situación de VPM como motivo de consulta y reconociendo el problema, habitualmente acuden a los servicios sanitarios durante años antes de que el problema se desvele, existiendo por lo tanto una ventana temporal amplia para la detección más o menos precoz y la intervención. A esto se añade el hecho de que la institución sanitaria es la mejor valorada socialmente en cuanto a la confianza que puede tener en ella la mujer que denuncia malos tratos. Según el Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas, el 13,5% de los encuestados muestra "mucho confianza" y el 61% "bastante confianza" en ella", por encima de servicios sociales, policía, juzgados y el Estado⁴. Por ello es fundamental desarrollar estrategias que permitan sospechar y detectar las posibles situaciones de violencia antes de que las mujeres consulten por ello.

Existen determinadas actitudes, motivos de consulta o problemas de salud que se dan con más frecuencia en mujeres en situación de VPM, y que es necesario reconocer para iniciar la sospecha y aplicar herramientas de detección⁵:

Mujeres con o sin lesiones aparentes que presentan:

- ⇒ Consultas frecuentes y reiteradas; síntomas crónicos y vagos que no se corresponden con un diagnóstico de enfermedad orgánica.

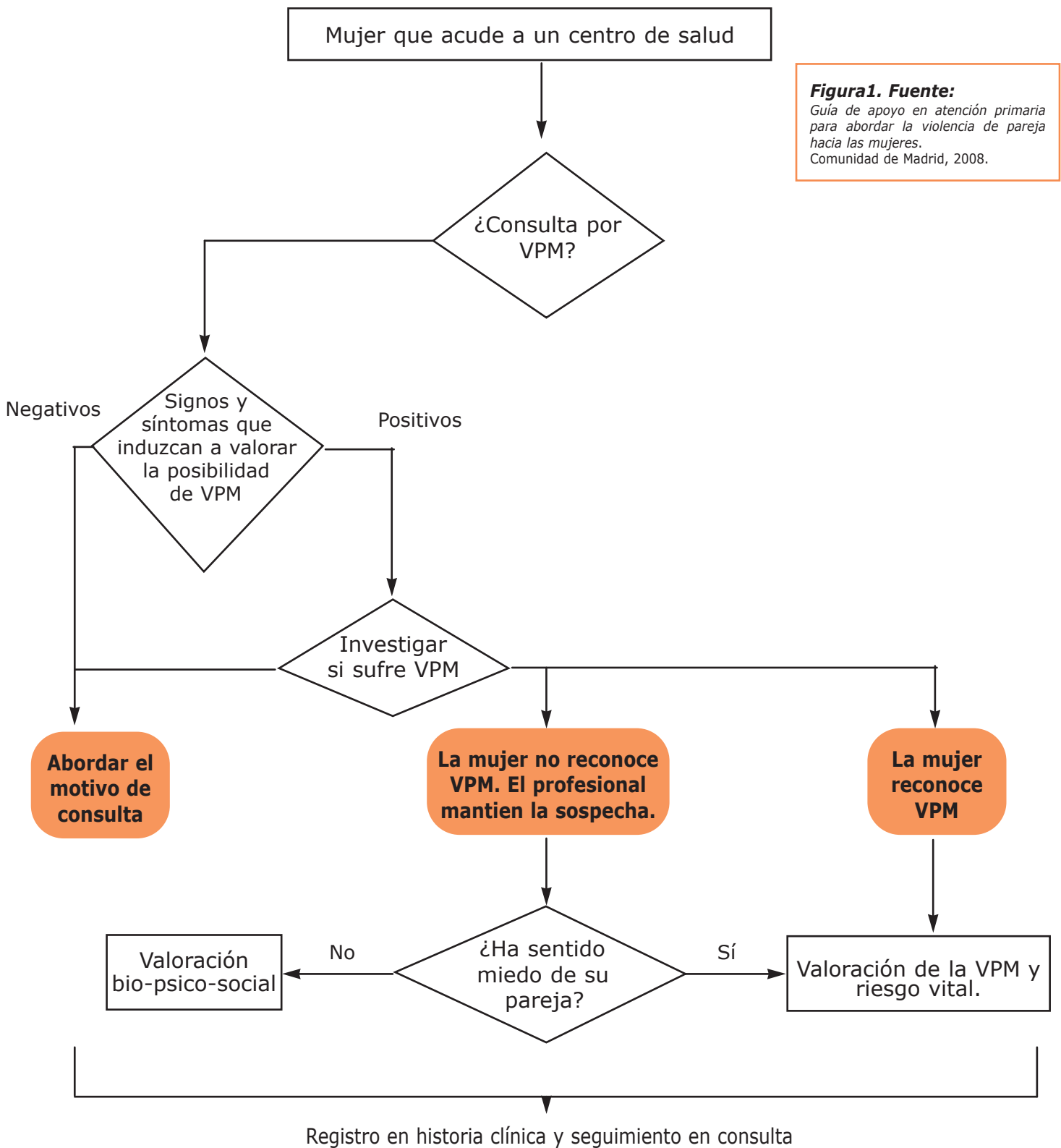
- ⇒ Retraso u "olvido" de las citas, salida precipitada de la consulta o actitud apresurada y atemorizada.

- ⇒ Agresividad sin causa aparente, actitud evasiva, mirada huidiza, confundidas y/o temerosas, contradicciones múltiples en el relato de los hechos.

4.-Cfr. CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas). *Barómetro de marzo. Estudio nº 2597*. Marzo 2005. [acceso el 2 de julio de 2006]. Disponible en: http://www.cis.es/pencms/ES/2_barometros/.

5.-Cfr. *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Comunidad de Madrid, 2008.

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN



DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

- ⇒ Ansiedad, actitud deprimida o triste, ingesta crónica de tranquilizantes o consumo excesivo de alcohol o drogas. Historia de depresión o intentos de suicidio. Trastornos del sueño.
- ⇒ Aspecto físico que sugiere envejecimiento prematuro.
- ⇒ Ropa inadecuada para la época del año con el objeto de ocultar lesiones.
- ⇒ Se desvalorizan a sí mismas, calificándose de torpes e incapaces.
- ⇒ Aislamiento social: no relaciones sociales ni se relacionan con su propia familia.
- ⇒ Definen a su pareja como colérico, agresivo o celoso.
- ⇒ Temen a su pareja, le miran antes de hablar.
- ⇒ Obesidad extrema, anorexia o bulimia.
- ⇒ Lapso de tiempo demasiado largo entre un accidente y la consulta u ocultan el origen de las lesiones.
- ⇒ Historia de alta accidentabilidad.
- ⇒ Huellas de golpes y/o hematomas en diferentes lugares del cuerpo, no compatibles con caídas o en distintos estadios evolutivos.

En la atención ginecológica, obstétrica y de planificación familiar:

- ⇒ Nerviosismo excesivo en la toma de flujo para citología. Dificultad o dolor ante el examen pélvico. Vaginismo que impide introducir el espéculo.
- ⇒ Lesiones en vulva sobre todo heridas, hematomas o desgarros perineales cuyas explicaciones son incoherentes.
- ⇒ Infecciones de transmisión sexual (ITS) no justificables con las prácticas sexuales referidas.
- ⇒ Mastalgia no justificada por mamas fibroquísticas.
- ⇒ Dificultad para negociar el tipo de anticonceptivo. Rechazo de métodos que requieren la cooperación de la pareja; uso incorrecto del anticonceptivo debido a que lo oculta a su pareja. Rechazo al método anticonceptivo alegando mala tolerancia.
- ⇒ Demanda repetida de métodos anticonceptivos de emergencia.
- ⇒ Dispareunia, deseo sexual inhibido.
- ⇒ Inicio tardío de las visitas de control prenatal.
- ⇒ Consulta frecuente por disminución de la percepción de movimientos del bebé.
- ⇒ Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.

- ⇒ Embarazo en la adolescencia.
- ⇒ Poco o ningún interés para asistir a las clases de educación maternal.
- ⇒ Antecedentes: abortos de repetición; bajo peso al nacer, sufrimiento fetal.
- ⇒ Desgarros y dehiscencia de la episiotomía. Mala o lenta recuperación post parto.
- ⇒ Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales.
- ⇒ Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural.
- ⇒ Depresión post parto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé.

En la actitud del hombre que maltrata:

- ⇒ No deja sola nunca a su mujer.
- ⇒ No le deja hablar/ le interrumpe cuando habla/ cuando se dirige una pregunta a la mujer contesta él.
- ⇒ Pone en evidencia a la mujer en la consulta criticando sus formas de hacer las cosas, su familia, amistades o trabajo.
- ⇒ Actitudes paternalistas: "saber y resaltar que se sabe lo que es mejor para ella".
- ⇒ Solicita o intenta acceder al historial clínico de ella.
- ⇒ Proyecta en su mujer los problemas que tiene.
- ⇒ Controla la documentación o el teléfono de ella.
- ⇒ Actitud demandante/ agresiva ante un problema de salud de ella.

En los niños y niñas:

- ⇒ Detención o retraso del crecimiento.
- ⇒ Enfermedades psicósomáticas de repetición.
- ⇒ Accidentes frecuentes.
- ⇒ Dificultades o retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo: psicomotricidad, inteligencia, lenguaje.
- ⇒ Trastornos del comportamiento: dificultades en el control de impulsos, alternancia entre agresividad-pasividad, inhibición.
- ⇒ Trastornos del sueño y de la alimentación.
- ⇒ Trastornos en el control de esfínteres.
- ⇒ Dificultades escolares: falta de concentración, bajo rendimiento, absentismo, dificultad de relación con compañeros.

⇒ Psicopatías y conductas delictivas.

⇒ Depresión e intentos de suicidio.



3.- Situaciones vulnerables

Algunas situaciones o contextos suponen una especial vulnerabilidad para sufrir una situación de VPM. Cuando se den es conveniente el empleo de herramientas de detección, ya que en estas situaciones la probabilidad de una situación de VPM es mayor:

⇒ **Embarazo.** La violencia de pareja durante el embarazo es significativa y frecuente. De hecho, en ocasiones, es el momento en el que aparecen formas de violencia más explícitas, como las agresiones físicas, y suele darse un incremento en el grado de la violencia. Tal y como señala Miguel Lorente⁶ la violencia durante el embarazo por una parte atenta especialmente contra la propia identidad de la mujer (cuando la identidad se construye culturalmente sobre el concepto de madre, esposa, mina la propia identidad y las referencias internas); por otra produce un daño mayor por recibir las agresiones en una situación en la que la mujer se siente más vulnerable y dependiente, y el agresor siente que va a tener menos consecuencias negativas al ejercer la violencia por ser más difícil que la mujer pueda denunciar o pueda dejarlo.

⇒ **Mujeres con discapacidad⁷.** Varias situaciones pueden explicar la mayor vulnerabilidad a la violencia en este caso: menor capacidad de defenderse físicamente; mayores dificultades para expresar los malos tratos debido a problemas de comunicación; dificultad de acceso a los puntos de información y asesoramiento; barreras arquitectónicas y de la comunicación; menor autoestima, menosprecio de la propia imagen como mujer; enfrentamiento entre los papeles tradicionales asignados como mujer y la negación de éstos mismos en la mujer con discapacidad; mayor dependencia de la asistencia y cuidados de otras personas; miedo a denunciar el abuso por la posibilidad de la pérdida de vínculos y provisión de cuidados; menor credibilidad a la hora de denunciar. Existe una discriminación por razón de la discapacidad y un acentuado prejuicio social hacia estas mujeres que explica una incidencia y prevalencia mayor de VPM cuando la mujer se encuentra en esta situación. Hay indicadores específicos que nos pueden ayudar a sospechar VPM en estos casos:

⇒ **Violencia Activa:** Estado de sedación, nerviosismo; disfunción motora ajena a la deficiencia; deterioro de la capacidad física residual; dificultad en la comunicación e interrelación; inseguridad, baja autoestima; miedo a rela-

6.- Lorente Acosta, Miguel: *La Construcción Social del Embarazo. Dependencia, vulnerabilidad y violencia*. Universidad de Granada.

7.- Cfr.: Iglesias Padrón, Marta; Gil Brocate, Gema *et Al.* Asociación Iniciativas y Estudios Sociales: *Violencia y mujer con discapacidad*.
<http://isonomia.uji.es/docs/spanish/investigacion/mujeres/violenciaymujerdiscap.pdf>

cionarse con ciertas personas; excesiva dependencia de terceros, escasas expectativas sobre sí misma y su proyección personal o profesional.

⇒ **Violencia Pasiva:** Abandono físico (desnutrición, frecuentes enfermedades ajenas a la discapacidad, vestuario inadecuado en relación al sexo, tiempo atmosférico y a la discapacidad de la persona, ropa sucia, largos periodos sin vigilancia, problemas físicos agravados por falta de tratamiento) y abandono emocional (ausencia de interacción, ausencia de motivación por su desarrollo personal, escasa o nula participación en actividades familiares o sociales).

⇒ **Mujeres inmigrantes.** Los factores que las pueden hacer más vulnerables son: barrera idiomática que dificulta la expresión de sus problemas, ausencia de las redes de apoyo familiar y social, situación de irregularidad administrativa, dependencia económica o situación laboral precaria, miedo a continuar asistiendo a las citas en el Centro de Salud, desconocimiento de los recursos.



4.- Problemas de salud asociados a la VPM

Son diversos los problemas de salud que pueden asociarse con mayor frecuencia a VPM y abarcan desde depresión, fibromialgia y accidentes, hasta la descompensación de enfermedades crónicas como la hipertensión o diabetes mellitus con dificultad para su control. Para conocer con más detalle qué problemas se asocian a la violencia de pareja es necesario leer algunos contenidos del **Centro Temático 2**. Estos diagnósticos, especialmente si aparecen varios y/o van acompañados de otros signos de sospecha o situaciones de vulnerabilidad, deben considerarse como indicación del empleo de herramientas de detección de VPM.



5.- Herramientas de cribado y diagnóstico

Existen cuestionarios estandarizados encaminados a la sospecha y al diagnóstico de situaciones de violencia de pareja. Hay disponible una versión adaptada al español del Index of Spouse Abuse y validada, así como una versión reducida. Son especialmente útiles en los casos en que el/la profesional tenga dificultades para preguntar o pocas habilidades para la entrevista⁸.



8.- ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE UN INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO Y OTRO DE CRIBADO PARA DETECTAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA DESDE EL ÁMBITO SANITARIO. Unidad de Apoyo a la Investigación de la Escuela Andaluza de Salud Pública para el Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.

6.- Frases introductorias, preguntas facilitadoras y preguntas puente

La experiencia a lo largo de distintos cursos de formación muestra que resulta complicado iniciar una entrevista clínica con el objetivo de detectar una posible situación de violencia o realizar preguntas para la detección sistemática de VPM. A menudo el/la profesional ante este objetivo presenta dificultades por una parte para iniciar la exploración de una posible situación de violencia, y por otra para centrar el tema una vez iniciada esta y hacerla de forma efectiva.

Es necesario cuidar el ambiente de la entrevista, la escucha activa y la empatía. Al contrario de lo que creen con frecuencia los/las profesionales es posible en muchos casos detectar o sospechar situaciones de VPM en un tiempo corto de entrevista acorde con el contexto de consultas breves. Se propone empezar con una frase introductoria que nos permita relacionar el motivo o contexto de consulta con la pregunta que vamos a iniciar, y posteriormente identificar posibles respuestas clave que podamos clarificar encadenando preguntas. Antes de lanzar la "pregunta tipo" se ha de indagar sobre la presencia de pareja o expareja en el momento actual (¿tiene/s o ha/s tenido pareja? ¿sales con alguien?), a no ser que conozcamos previamente el contexto relacional de la mujer. Así se evita caer en una situación incómoda dando por hecho la existencia de pareja cuando puede no haberla. Las preguntas propuestas para detectar son en su mayoría abiertas (no se pueden responder de forma dicotómica sí/no) y dirigidas a la exploración de las relaciones de pareja. No es conveniente preguntar literalmente por violencia de pareja (¿Es usted una mujer maltratada? ¿Sufre violencia por parte de su pareja?) ya que en numerosas ocasiones la mujer no se reconoce como mujer maltratada aunque esté en una situación de VPM y contestará con un "no".

CONTEXTO	FRASE INTRODUCTORIA	PREGUNTA TIPO
MUJER	Se ha visto que cuando hay problemas en las relaciones de pareja, pueden tener repercusiones en la salud de la mujer y por eso estamos empezando a hacer estas preguntas.	¿Tiene usted algún conflicto con su pareja? Si lo tiene, ¿cómo lo manejan?
MUJER CON PROBLEMAS DE SALUD ASOCIADOS A VPM	En ocasiones aparecen estos síntomas cuando tenemos algún problema en casa, en el trabajo...	¿Cómo van las cosas en casa?
MUJER EMBARAZADA	Durante el embarazo a veces se agudizan los problemas/ conflictos en la pareja.	¿Le gusta cómo la tratan en casa?
MUJER INMIGRANTE	Se ha visto que a veces al estar lejos de casa, pueden aumentar los problemas en la pareja.	¿Cómo van las cosas en casa?
MUJER CON DISCAPACIDAD	Se ha visto que cuando hay situaciones de discapacidad o dependencia, pueden aparecer conflictos/problemas con las personas que se convive y que la cuidan y que pueden producir alteraciones de salud, por lo que me gustaría saber:	¿Cómo es la relación con las personas con las que convive? ¿Tiene oportunidad para tomar decisiones sobre cuestiones cotidianas de su vida (qué comer, qué ponerse, tomar o no la medicación...)?
MUJER ADOLESCENTE	A tu edad es frecuente que se empiecen a tener relaciones con chicos, chicas... Y se ha visto que cuando hay problemas en las relaciones de pareja, pueden tener repercusiones en la salud y por eso estamos empezando a hacer estas preguntas a todas las adolescentes que vienen al centro.	¿Cómo es tu relación de pareja?
MUJER/ HOMBRE ADOLESCENTE	Se ha visto que cuando hay problemas en las relaciones de pareja, pueden tener repercusiones en la salud de los hijos/as y por eso estamos empezando a hacer estas preguntas a todos los adolescentes que vienen al centro.	¿Cómo van las cosas en casa? ¿Cómo se llevan tus padres?

Fuente: Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid, 2008.

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

Una vez lanzadas estas preguntas es conveniente seguir enlazando preguntas puente en función de la respuesta. Si el/la entrevistador/a espera una respuesta clara y unívoca infradiagnosticará las situaciones de VPM. Es importante prestar atención a la comunicación no verbal ya que cuando no es congruente con la verbal nos debe hacer sospechar y seguir explorando (por ejemplo, ante la pregunta ¿cómo van las cosas por casa? se responde con un "bueno, bien" en tono débil, mirando hacia abajo o negando con la cabeza al mismo tiempo). Determinadas respuestas han de enlazarse en una nueva pregunta puente que nos puede permitir sacar información relevante. Algunos ejemplos se muestran a continuación:

ANTE RESPUESTAS COMO...	PREGUNTAS COMO...
"Bien... pero es que mi marido tiene mucho carácter"	¿A qué se refiere con "mucho carácter"?
"Bueno, ya sabe, los problemas de familia"	¿Qué quiere decir con "problemas de familia"?
"Mmh, a veces mi marido se enfada, es normal"	¿Qué ocurre cuando su marido "se enfada"?
"Es que es un poco especial..."	¿A qué se refiere cuando dice que "es un poco especial"?
"Está muy estresado... a veces se enfada"	Dice que "a veces se enfada"... (silencio esperando respuesta) o ¿Qué ocurre cuando se enfada?

Si se intuye VPM, se puede realizar la siguiente pregunta clave: ¿Ha sentido alguna vez miedo de su pareja?. Se trata de una pregunta con alta capacidad para predecir una situación de malos tratos. Otra opción en función de las respuestas es realizar alguna pregunta encaminada a explorar distintos tipos de violencia tal y como se indica más adelante en el apartado de valoración.

Una vez concluido este proceso pueden presentarse varios escenarios:

1. Que se descarte una situación de VPM.
2. Que se confirme una situación de VPM:
 - A.- Porque la reconozca y relate como tal la mujer.
 - B.- Porque en su respuesta se identifiquen elementos que permitan llegar a un diagnóstico de VPM.
3. Que se sospeche una posible situación de VPM pero que falten datos para confirmarla.

En el caso de que se confirme se iniciará un proceso de intervención y acompañamiento intentando garantizar la continuidad de la atención.

En el caso de que haya sospecha pero no haya sido posible confirmar VPM se utili-

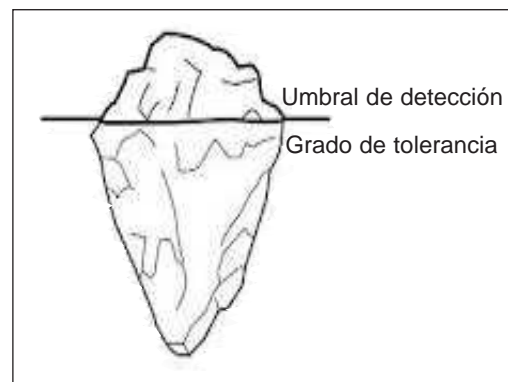
zarán otras herramientas encaminadas a detectar como una entrevista en profundidad programada con un tiempo mayor, la realización de un genograma orientado al ámbito relacional o bien una valoración social. En todo caso, dadas las características de la Atención Primaria, la continuidad de la atención permitirá en casos de sospecha estar alerta, seguir con estrategias activas de detección, facilitar información sobre la VPM y recursos, y dejar la puerta abierta a la mujer para atender una situación de violencia si se precisara. Se valorará también la necesidad de apoyo externo, ya sea a través de consejo por otro/a profesional de referencia o de derivación si se considera pertinente.

En nuestra experiencia formativa hemos detectado, a pesar del empleo apropiado de las técnicas anteriormente expuestas, que aún así existen dificultades para llegar a la conclusión de si las mujeres se encuentran o no ante una situación de VPM, es decir, en la consideración de criterios para el diagnóstico. Esto ocurre por el propio posicionamiento de género y frente a la violencia de pareja y no por la falta de habilidades de entrevista. El objetivo de detectar cada vez casos más precoces hace también que tengan que aumentar los casos de sospecha que generen dudas sobre su catalogación en función del propio posicionamiento.

Es, por lo tanto, muy importante conocer el propio posicionamiento frente al problema de la VPM del/la profesional ya que de éste va a depender el que detecte en mayor o menor medida. Por ejemplo, si el/la profesional considera que infravalorar en varias ocasiones en público a la mujer menospreciar de forma reiterada a sus familiares y amigos no supone violencia psicológica difícilmente va a detectar VPM ante estos hallazgos que considerará "normales". Sin embargo la misma persona posiblemente diagnostique un caso ante una agresión física con lesiones si considera que pegar a la mujer sí que es maltrato. Como muestra la imagen la VPM es como un iceberg donde la parte visible socialmente es solo la que emerge del agua, quedando sumergida la mayor parte, en cuya base se encontraría la desigualdad y a medida que subimos los micromachismos y la violencia menos explícita. El objetivo de mejorar la detección del problema pasa por lo tanto por mejorar el umbral de visibilidad y esto solo puede conseguirse disminuyendo el grado de tolerancia ante la VPM, lo que pasa por un trabajo de cuestionamiento del propio posicionamiento de género y de las propias actitudes ante la VPM⁹. Solo es posible el diagnóstico precoz y adecuado si se realiza este trabajo encaminado a hacer visible la violencia y a disminuir la tolerancia frente a la misma.

Algunos criterios que pueden ayudar a llegar a la conclusión de que existe una situación de VPM son:

1. Que se pongan de manifiesto situaciones indicadoras de alguno de los distintos tipos de maltrato¹⁰.
2. Reiteración: se trata de un proceso y no de un acto puntual.
3. Los malos tratos causan un daño en la mujer que sufre violencia.



9.- Ver **Centro temático 1.B.** "El enfoque de género para la comprensión del fenómeno de la violencia".

10.- Ver apartado "Tipos de violencia". **Centro Temático 1.**

7.- Valoración de enfermería por patrones funcionales¹¹

La valoración enfermera

¿Por qué se propone hacerla según el modelo de patrones funcionales?

La valoración, primer paso del método clínico enfermero, es el proceso de recogida de datos para determinar el estado de salud de la persona con una visión holística, y está dirigido a identificar las respuestas de las personas a los cambios en su estado de salud o en sus procesos vitales. El marco de valoración enfermera tiene que ser lo suficientemente amplio como para contener datos que guíen los cuidados enfermeros para la promoción, la prevención, y la recuperación de la salud. Por tanto, no sirven los modelos de recogida de datos basados exclusivamente en funcionamientos fisiológicos, sino que, en la valoración la enfermera, además de recoger datos de exploración física, el modelo que se utilice debe permitir recoger y examinar los datos buscando funcionamientos anormales de los patrones de afrontamiento y de los recursos de las personas para el afrontamiento, con una visión holística e integral del individuo.

Existen varios modelos de valoración enfermera que responden a esta visión; en Atención Primaria se utiliza el modelo de Patrones Funcionales de M. Gordon que está definido como instrumento de valoración en la historia clínica informatizada (OMI o AP-Madrid).

Un patrón funcional se define como una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, a la calidad de vida y al logro del potencial humano. El patrón funcional se construye con los comportamientos observables por la enfermera y con los que describe la persona, es por ello que se le da valor a las percepciones de la persona, a cómo se viven y se sienten todos los aspectos relacionados con la salud. El patrón de funcionamiento irá cambiando a lo largo del tiempo, como consecuencia de la interacción de la persona con el entorno.

Así la valoración integral de la persona está compuesta de la valoración de 11 patrones funcionales:

- 1.** Percepción-Manejo de salud. Describe el nivel de salud y bienestar percibido por la persona, cómo maneja su salud y utiliza los servicios sanitarios, las conductas saludables o de riesgo que adopta, si padece procesos de enfermedad y/o hospitalizaciones y las conductas de adhesión a los tratamientos y los cuidados de la enfermedad.
- 2.** Nutricional-Metabólico. Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas, junto con los factores que influyen en la ingesta. Incluye también la exploración de la piel, pelo y uñas y la descripción de las lesiones de piel y capacidad de cicatrización ligada a la nutrición.

11.- Autoras: Rosa M^a Baltuille Fernández y Carmen Solano Villarrubia SEMAP (Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención primaria).

- 3. Eliminación.** Describe los patrones de la función excretora (intestinal, vesical y cutánea). Incluye los hábitos y la regularidad percibida, el nivel de autocuidado en la higiene, el uso de rutinas o de cualquier ayuda empleada para el control de la excreción.
- 4. Actividad-Ejercicio.** Describe el patrón de ejercicio, actividad y ocio. Incluye actividades de la vida diaria, el nivel de autocuidado y la cantidad y calidad del ejercicio. La exploración recoge datos sobre el aparato circulatorio y músculo esquelético.
- 5. Sueño-Descanso.** Describe los patrones de descanso-relajación durante las 24 horas. Incluye la percepción de calidad y cantidad del descanso, la percepción del nivel de energía, las rutinas y ayudas para dormir.
- 6. Cognitivo-Perceptual.** Describe los patrones sensoriales, las ayudas y las prótesis utilizadas para sus alteraciones, la percepción del dolor y cómo se trata, el nivel educativo tomar decisiones y las habilidades cognitivas: memoria, lenguaje y la capacidad para tomar decisiones.
- 7. Autopercepción-Autoconcepto.** Describe el concepto de uno mismo y la autoestima. Incluye la identidad personal y la autocompetencia, la imagen corporal y la percepción social de uno.
- 8. Rol-Relaciones.** Describe los procesos de socialización. Incluye los roles familiares, laborales y sociales, las responsabilidades de los distintos roles y la satisfacción con el rol desempeñado.
- 9. Sexualidad-Reproducción.** Describe las conductas sexuales, de riesgo o de protección, los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y la reproducción. Incluye las etapas reproductoras de la mujer.
- 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés.** Describe los mecanismos de afrontamiento y adaptación al estrés. Incluye la naturaleza de los agentes estresantes, la capacidad percibida para controlar situaciones y resistir cambios, los sistemas de apoyo y las habilidades para manejar el estrés.
- 11. Valores-Creencias.** Describe los patrones de valores o creencias que guían las elecciones o decisiones de las personas. Incluye lo que es percibido como importante y significativo en la vida, la percepción de conflictos en los valores o creencias relacionados con la salud.

Valoración focalizada ante problemas de violencia sexista

La enfermera de atención primaria ocupa un lugar privilegiado para la detección de problemas de violencia sexista frente a las mujeres. Por su accesibilidad, por atender a las personas a lo largo de la vida, por atenderlas en su entorno más próximo y por la cantidad y variedad de contactos que constituyen múltiples oportunidades de sospechar la existencia de maltrato: atención ordinaria o urgente, realización de pruebas preventivas o diagnósticas, atención a otros miembros de la familia, atención en el domicilio etc...

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

Ante esta sospecha se puede realizar una valoración focalizada de algunos patrones funcionales pero siempre comenzando por el motivo inicial de consulta. Las preguntas que aparecen a continuación pretenden orientar y por ese motivo son más numerosas que seguramente las necesarias para tener indicios de maltrato, y en ocasiones saldrán más de la observación de la enfermera que del diálogo con la mujer.

VALORACIÓN ENFERMERA POR PATRONES FUNCIONALES. FOCALIZADA PARA DETECTAR MALTRATO SEXISTA		
PATRÓN	PREGUNTAMOS U OBSERVAMOS	QUÉ PODEMOS ENCONTRAR
1.- Percepción- Manejo de salud	<ul style="list-style-type: none"> ⇒¿Qué tal se encuentra? ⇒¿Cómo ha sido su salud en general? ⇒¿Ha tenido que faltar al trabajo durante el último año por problemas de salud? ⇒¿Ha tenido algún accidente o intervención quirúrgica? ⇒¿Padece alguna enfermedad? ⇒Observamos en la HC que acude a consulta a menudo con síntomas inespecíficos ⇒¿Tiene malestar, dolor o cansancio habitual? ⇒¿Le preocupa algún problema? ¿Fuma? Cuantificar ⇒¿Bebe bebidas con alcohol? Cuantificar ⇒Consumo de café, colas, bebidas estimulantes. Cuantificar ⇒Toma algún medicamento? Tipo, dosis y si hay automedicación 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒Mujeres que no perciben su salud como buena, que sienten cansancio crónico y con somatizaciones frecuentes. ⇒A veces son hiperfrecuentadoras- Con empeoramiento de su problemas de salud, con mal cumplimiento de los tratamientos y de los cuidados, si tienen alguna enfermedad. ⇒Con automedicación frecuente de analgésicos, relajantes musculares, hipnóticos. ⇒Abuso de laxantes y de estimulantes. ⇒Consumo excesivo de alcohol/tabaco/café/otras drogas. ⇒Abandono o seguimiento irregular de revisiones como las odontológicas o las ginecológicas. ⇒Falta de percepción de riesgos y de adopción de conductas de protección de su salud.
2.- Nutricional- Metabólico	<ul style="list-style-type: none"> ⇒¿Ha habido pérdida o ganado peso? · Apetito/Inapetencia ⇒¿Come por ansiedad, porque alguien la fuerce a comer, le impone el horario o hay mal ambiente familiar en las comidas? ⇒¿Hace comidas para agradar a otras personas, aunque sean perjudiciales para Ud.? 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒Trastornos de la conducta alimentaria. ⇒Inestabilidad del peso. ⇒Alimentación desequilibrada ⇒Come las sobras de la comida familiar " para no tirar la comida" ⇒Piel: lesiones de hematomas, arañazos, desgarros, localizados preferentemente encabeza, cuello, brazos tórax y abdomen en diferentes estadios evolutivos.
5.- Sueño/Descanso	<ul style="list-style-type: none"> ⇒Generalmente ¿se encuentra descansada y preparada para las actividades de la vida diaria después de dormir? ⇒¿Problemas para conciliar el sueño? ¿ayudas para dormir? ¿Pesadillas? ¿Despertar temprano? ¿Sueño fragmentado? ⇒¿Tiene periodos de descanso durante el día? 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒Dificultades para iniciar el sueño y mantenerlo ⇒Dificultades para relajarse- Persona hipervigilante pero ausente ⇒Sensación de falta de fuerzas al despertar, de hacer las cosas sin ganas, de levantarse por obligación. ⇒Hipersomnia.

Detección, valoración e intervención

	<p>⇒ En su casa ¿Hay espacio suficiente y tranquilidad para dormir?</p>	<p>⇒ Cambios en el ritmo sueño/vigilia</p> <p>⇒ Falta de respeto a su sueño o descanso: es despertada para ser interrogada por preguntas anodinas, para tener relaciones sexuales, los hijos llegan tarde y la despiertan sin respetar su tiempo de sueño, etc</p>
6.- Cognoscitivo-Perceptual	<p>⇒ Observamos el lenguaje hablado, vocabulario, discurso, nivel de comprensión del idioma y el contacto visual al hablar.</p>	<p>⇒ Tono de voz bajo, disculpas "por molestar", gestos faciales de tensión, mirada huidiza.</p> <p>⇒ Niega la gravedad de sus problemas. Justifica el comportamiento violento de su pareja.</p> <p>⇒ Cree todo lo que su pareja dice, especialmente después de una agresión durante la fase de luna de miel, cree las promesas de arrepentimiento que reiteradamente se incumplen.</p> <p>⇒ Quiere pensar que los malos tratos no volverán a producirse, pero sabe que sí.</p>
8.- Rol- Relaciones	<p>⇒ ¿Con quién vive? ¿Tiene pareja o ex pareja?</p> <p>⇒ ¿Cómo definiría la relación con su pareja? ¿Excelente, buena, regular, mala? ¿Le gustaría que fuera diferente? ¿En qué aspecto?</p> <p>⇒ ¿Ha habido algún problema que le haya resultado difícil de tratar con su pareja?</p> <p>⇒ ¿La familia o personas de la familia dependen de ud. para alguna cosa? ¿Cómo vive esta situación?</p> <p>⇒ ¿Tiene algún problema con sus hijos?</p> <p>⇒ ¿Pertenece a alguna asociación? ¿Tiene amigos o amigas próximas?</p> <p>⇒ ¿Se siente sola?</p> <p>⇒ ¿Y en su casa, hay algún problema que le preocupe?</p> <p>⇒ Cuando hay un conflicto en la pareja ¿Cómo lo resuelven?</p> <p>⇒ Si procede: ¿la ha amenazado su pareja, gritado o insultado en alguna ocasión?</p> <p>⇒ Si procede: ¿ha tenido alguna vez miedo de su pareja o ex pareja?</p> <p>⇒ Cuando tiene que tomar una decisión importante ¿Con quien la consulta?</p>	<p>⇒ Tiene pareja y vive con ella o tiene expectativas de vivir con ella, o ha abandonado la relación de pareja</p> <p>⇒ Mujeres que son cuidadoras principales de su familia, que asumen responsabilidades excesivas, de forma exclusiva, sin reciprocidad. Cuando enferman no tienen quien la cuide</p> <p>⇒ Locus de control interno.</p> <p>⇒ Dificultades para decir "no", a veces, sin poder de decisión</p> <p>⇒ Priorización de roles: los más importantes son los que están al servicio de los otros, nunca al servicio de ella misma</p> <p>⇒ Dependencia emocional derivada de la idea del amor romántico.- Dependencia económica, psicológica, instrumental (no se maneja para cuestiones bancarias, burocráticas, administrativas)</p> <p>⇒ Falta de acuerdo ante conflictos: el hombre se impone y ella cede y evita</p> <p>⇒ Abuso económico por parte de la pareja</p> <p>⇒ Escasas o nulas relaciones sociales gratificantes.</p> <p>⇒ Boicot de la pareja a sus relaciones externas con el fin de aislarla.</p>

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Si procede: ¿los ingresos son suficientes para cubrir las necesidades? ⇒ ¿Dispone libremente de su dinero, de su tiempo, de un lugar en la casa? ⇒ ¿Su pareja abre sus cartas o revisa sus cajones, sus cuentas o sus cosas personales? ⇒ ¿Le impide trabajar o estudiar fuera de casa o mejorar en su trabajo o en su formación? ⇒ ¿Cómo se reparten las tareas de la casa y el cuidado de los hijos? ⇒ En el trabajo ¿Cómo le van generalmente las cosas? ⇒ Ambiente laboral, horarios de trabajo, ocupación y satisfacción en el trabajo ⇒ ¿Los padres y hermanos viven? ⇒ ¿Padecen alguna enfermedad? En caso de haber fallecido: causa del fallecimiento. ⇒ ¿Se siente bien integrada en el barrio donde vive? ⇒ Observamos: genograma 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Las relaciones laborales se consideran de menor importancia: por tanto se limitan ascensos laborales, se reduce jornada laboral por motivos familiares o por mandato o deseo de la pareja. ⇒ Existen lagunas en las que no recuerda su historia personal. ⇒ Historia previa de maltrato en la familia de origen. ⇒ Falta de apoyo familiar, relaciones inestables o conflictivas con la familia.
9.- Sexualidad-Reproducción	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Preguntamos según la edad y situación vital: gestaciones, abortos, partos, hijos vivos, edad de menopausia. ⇒ ¿Tiene relaciones sexuales satisfactorias? ⇒ ¿Utiliza métodos anticonceptivos? ¿cuál? ⇒ ¿Conoce los métodos de protección ante infecciones de transmisión sexual como el sida o la hepatitis? ⇒ ¿Si tuviera que poner nota a su satisfacción al mantener relaciones sexuales? ¿Qué le pondría: malas, regulares, buenas, ⇒ ¿Ha tenido relaciones sexuales de forma obligada? ⇒ ¿Se siente cómoda hablando de aspectos sexuales con su pareja? 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Relaciones sexuales no satisfactorias-Relaciones forzadas por no saber decir que no o evitar el disgusto de la pareja ⇒ Relaciones sexuales de riesgo o falta de percepción de riesgo ⇒ Dificultad para expresar los gustos sexuales ⇒ Abuso sexual: o Relaciones sexuales no consentidas o Hª previa de abuso sexual en la niñez- Falta de deseo sexual o deseo sexual inhibido ⇒ Dispaurenia ⇒ Embarazos no deseados ⇒ Riesgo de aparición de maltrato por embarazo ⇒ Mutilación genital femenina
10.- Adaptación/Tolerancia al stress	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ ¿Ha habido algún cambio importante en su vida en los últimos años? ⇒ ¿Se siente a menudo muy ansiosa, desesperada, bloqueada por la ansiedad? ⇒ Cuando tiene una crisis o preocupación ¿Qué persona le resulta 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Incapacidad percibida para manejar las situaciones: síndrome de indefensión aprendida ⇒ Se aísla de las posibles ayudas por temor a que se conozca su historia ⇒ Utilización de medicación o alcohol para relajarse

Detección, valoración e intervención

	<p>de ayudar? ¿Está disponible cuando la necesita?</p> <p>⇒¿Se siente tensa de forma habitual?</p> <p>⇒Cuando se encuentra nerviosa ¿Qué hace para relajarse?</p>	<p>⇒Incapacidad para relajarse</p> <p>⇒Ideas obsesivas</p>
<p>11.- Valores y Creencias</p>	<p>⇒¿Qué es lo importante en la vida para Ud?·¿Tiene planes de futuro?</p> <p>⇒Generalmente ¿Consigue en la vida las cosas que quiere?</p> <p>⇒¿Practica alguna religión, filosofía o modo de vida?</p> <p>⇒¿Esto le ayuda cuando tiene dificultades?</p>	<p>Ideas irracionales que puede expresar verbalmente la mujer:</p> <p>⇒Amor o matrimonio "hasta que la muerte nos separe"</p> <p>⇒Amor y sufrimiento van unidos- La mujer debe mantener la familia unida.</p> <p>⇒Es mejor para los hijos que tengan a su padre cerca.- La familia siempre es feliz.</p> <p>⇒El maltrato es una cuestión privada.</p> <p>⇒Los hombres maltratadores son alcohólicos o enfermos.</p> <p>⇒Los hombres maltratadores son enfermos psiquiátricos.</p> <p>⇒El maltrato se debe a crisis económica.</p> <p>⇒La violencia es natural e instintiva</p> <p>⇒Todos los hombres son así- Las mujeres son vagas que se hacen mantener</p> <p>⇒"¿Donde voy yo?"</p> <p>⇒La relación sexual forzada no es una violación.</p> <p>⇒Ideas de amor romántico con entrega total, con asociación de felicidad a sufrimiento asociación de sacrificio y amor al otro.</p>

8.- Valoración social¹²

TRABAJO SOCIAL CON MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA DE PAREJA

I. FUNDAMENTACIÓN:

"El trabajo social en salud es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas situaciones"¹³

"Todas las mujeres - por el hecho de serlo- tienen riesgo de vivir situaciones de violencia de género, pero el afrontamiento de las mismas va a depender de la conjugación de factores psicosociales de riesgo y protección que cada mujer va a vivir de manera individual."¹⁴

"Desde esta perspectiva valorar e intervenir en las situaciones que generan mayor dependencia y vulnerabilidad en las mujeres....."¹⁵

Son tareas que los trabajadores sociales vienen realizando a lo largo de la historia de la profesión. El cambio social y legalmente producido en el estado español ha permitido que nuestro sistema sanitario público considere la violencia de género hacia las mujeres como un problema de salud Pública. En este contexto, el trabajador/a social en salud, en sí, es un recurso técnico que, ofrece un abordaje integral de esta y otras problemáticas. Las áreas de intervención (individual, familiar, grupal, comunitaria e institucional) vertebran rol y tarea profesional y son unas guías idóneas para el tratamiento de este grave problema de salud, que unido a la utilización de la perspectiva de género (modelo de desigualdad construido a lo largo de los años) nos permite situarnos en el plano real de la mujer para poder transformar su situación.

II. OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a que las mujeres que sufren violencia de pareja salgan de esa situación desvictimizándolas y rompiendo el aislamiento social para que mejoren su estado de salud.

12.- Autoras: Joaquina Martín, trabajadora social. Centro de Salud Imperial.
Soledad Sánchez Hernández. Centro de Salud Fátima.

Ver Trabajo social y VPM en Anexo presentaciones.

13.- ITUARTE TELLAECHÉ, Amaya: "Procedimiento y proceso en trabajo Social Clínico". En *Trabajo Social asistentes Sociales*. Consejo General de Colegios oficiales de Diplomados.1992.

14.- ARETIO, Antonia: *El Trabajo Social Sanitario: imprescindible para un abordaje eficaz de la violencia de género desde el sistema de salud*. 2009.

15.- Ídem.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.-Contribuir al análisis y toma de conciencia del problema.
- 2.-Fomentar la motivación de la mujer para que sea agente de su propio cambio.
- 3.-Potenciar el desarrollo de habilidades personales y sociales que le permitan afrontar su situación.
- 4.-Reforzar el proceso de toma de decisiones.
- 5.-Ofertar la red de recursos para VPM ayudándole a una adecuada utilización.
- 6.-Derivación. Red de recursos.

IV. CONTENIDOS:

- 1.-La violencia de pareja hacia las mujeres como problema de salud pública. Concepto de género y la influencia en la salud. Mitos y estereotipos sociales.
- 2.-Proceso de socialización: roles femenino y masculino.
- 3.-De la invisibilidad a la visibilidad: "Tengo un problema". Motivación y toma de conciencia.
- 4.-El entorno familiar y social. Aspectos que favorecen las relaciones de buen trato y los que no.
- 5.-El ciclo de la violencia. (Leonor Walker).
- 6.-El empoderamiento. Dependencia/autonomía. "yo puedo". "Me merezco unas relaciones de buen trato".
- 7.-Proyecto vital. Cuidarse y cuidar, poniendo límites a los cuidados.
- 8.-Conceptos sobre la teoría de procesos y cambio. La mujer decide.
- 9.-Derivación. Red de recursos de la CAM.

V. METODOLOGÍA:

PARA LA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL:

- 1.-Se utilizará la entrevista motivacional y de apoyo psicosocial (intentar ofrecer alternativas para aumentar la motivación).
- 2.-La observación.
- 3.-Espacio favorecedor.
- 4.-Periodicidad semanal y/ o quincenal.
- 5.-Duración: de 30 a 50 minutos máximo de las sesiones.
- 6.-Seguimiento.

A NIVEL GRUPAL:

- 1.-Será participativa, activa y vivencial.
- 2.-Desarrollo de las sesiones: estarán presentes coordinadora y observadora.
- 3.-Aportes teóricos por parte del/la coordinadora.
- 4.-El encuadre:
 - Grupo de 8 participantes mínimos.
 - Periodicidad semanal.
 - Duración de 90 minutos mínimo por sesión.
- 5.-Evaluación:
 - A nivel comunitario/institucional
 - Contacto y coordinaciones planificadas.

VI. ACTIVIDADES:

1.- DETECCIÓN/CAPTACIÓN:

Se realizará desde la consulta de trabajo social, por derivaciones de otras consultas o desde otras instituciones.

2.- VALORACIÓN/DIAGNÓSTICO:

La valoración se realizará de los factores psicosociales que inciden en la salud, analizaremos los aspectos que requieren especial atención, con ello programaremos de una manera más eficaz la intervención social. Se utilizará la interconsulta con los profesionales del equipo para una valoración integral.

Lo que se pretende al realizar el diagnóstico social es comprender en sí misma a la mujer y valorar su entorno sociofamiliar, contexto social, relaciones sociales, para poder planificar la intervención de la cual pueda ser objeto.

3.- INTERVENCIÓN :

Áreas de intervención:

INDIVIDUAL/FAMILIAR:

La relación socioterapéutica que establece el T. Social ayuda a que la mujer tome conciencia de su problema, y que tenga una actitud de colaboración. Esto supone un proceso a largo plazo, y una adaptación a las fases.

El proceso terapéutico se inicia cuando la mujer relata los malos tratos y solo el hecho de escuchar con respeto supone un acto terapéutico.

En la intervención individual reforzamos, apoyamos y movilizamos los recursos personales de la mujer para promover cambios en su situación. Teniendo en cuenta los factores de protección por posibles riesgos vitales.

GRUPAL:

Para la configuración del grupo se realiza previamente un diagnóstico individual de cada uno de los miembros. Una vez iniciado el proceso de tratamiento es necesario hacer el diagnóstico grupal del mismo.

La intervención grupal nos permite romper el aislamiento social y la desvictimación, a través de la adquisición de habilidades personales y sociales para que ellas puedan afrontar la situación de violencia a la que están sometidas.

COMUNITARIA/ INSTITUCIONAL:

Estableciendo vías de comunicación y coordinación entre los servicios comunitarios (instituciones, asociaciones, redes sociales, colegios...) y el centro de salud para desarrollar actividades conjuntas de promoción de relaciones de buen trato y prevención de violencia.

VII. EVALUACIÓN:

La evaluación se realiza de forma continua a lo largo de todo el proceso. Implica una comparación entre los objetivos marcados y los conseguidos después de una intervención.

⇒ Análisis de los objetivos propuestos.

- ⇒ Análisis de cada una de las fases del procedimiento.
- ⇒ Análisis del proceso, tanto de la mujer/mujeres, como del profesional.

VIII. BIBLIOGRAFÍA:

- ⇒ Actividades del trabajador Social en Atención Primaria. Trabajadores Sociales de Atención Primaria del Insalud de la Comunidad de Madrid. 2000.
- ⇒ MONDRAGÓN, Jajone; TRIGUEROS, Isabel: *Manual de prácticas de Trabajo Social en el campo de la Salud*. Siglo XXI, 1999.
- ⇒ GILBERTI, Eva; FERNÁNDEZ, Ana María. (compiladoras): *La Mujer y la violencia invisible*. Edit. Sudamericana. 1989.
- ⇒ HOWE, David: *La Teoría del vínculo afectivo para la práctica de trabajo Social*. Paidós. 1997.
- ⇒ GÓMEZ LAVÍN, Carmen y ZAPATA GARCÍA, Ricardo: *Psiquiatría, salud mental y Trabajo Social*. Eunate. 2000.
- ⇒ *Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2000. Madrid.
- ⇒ LIPPITT, Ronald; WATSON, Jeanne y Westley, Bruce: *La dinámica del cambio planificado*. Amorrortu. Buenos Aires. 1980.

IX. ANEXO: LA DERIVACIÓN:

LA DERIVACIÓN la puede realizar cualquier profesional que detecte un maltrato y puede ser intra o interprofesional dentro del equipo de salud o fuera con otras instituciones.

LA PROTOCOLIZACIÓN DE LA DERIVACIÓN: un protocolo como tal no existe, porque depende de quien realice la detección, valoración de la mujer y la situación del maltrato. El profesional que realice la detección debe valorar en qué momento, para qué, cómo y dónde derivar.

HAY QUE TENER EN CUENTA LOS SIGUIENTES ASPECTOS Y PROBLEMÁTICAS DETECTADAS EN EL CIRCUITO DE DERIVACIÓN:

LAS EXPECTATIVAS de los profesionales en cuanto a la resolución del caso. Pueden darse unas expectativas sobre ó infra dimensionadas.

FALTA DE FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN UNIDO A VOLUNTARISMOS. Puede alterar o favorecer la derivación de la mujer a otro/os profesional del equipo u de otras instituciones.

PRECIPITACIÓN en la derivación sin tener en cuenta las fases de cambio en las que se encuentra la mujer.

LA ATRIBUCIÓN, considerando que esta problemática le corresponde a otr@s profesionales.

QUEDARSE sin realizar la derivación haciendo una "apropiación" indebida del caso. Ya sea porque se tiene miedo a perder a la paciente, o porque se piense que los otros soportes de atención no van a darle respuesta al problema.

EN RELACIÓN A LA FORMA, el cómo se deriva a la mujer a otro profesional, habría que plantearse los siguientes interrogantes:

¿Hace un acompañamiento? ¿Le explica a la mujer el motivo y dónde le deriva?, ¿Habla con el profesional o equipos receptores? (COORDINACIÓN).

MODELO DE ATENCIÓN: no lo podemos centrar en "el profesional dice, el paciente hace", si esto no lo cambiamos resultará muy difícil la acción. Debemos dar a la mujer protagonismo, intentando establecer una relación de diálogo y apoyo emocional.



9.- Genograma orientado al ámbito relacional

Se trata de otra herramienta de uso habitual en atención familiar, y que cuando es orientada al ámbito relacional facilita la exploración y detección de posibles situaciones de violencia de pareja.

Es conveniente realizar una pequeña introducción antes de iniciar el genograma:

"Se ha comprobado que hay algunos problemas de salud que tienen que ver con la familia, ¿tiene algún problema si le hago alguna pregunta al respecto?".

En este caso orientaremos el genograma al ámbito relacional explorando la generación de los padres, la de los/as hijos/as (si los hubiere) y la relación con la pareja y expareja. Es preciso durante toda la entrevista prestar mucha atención a la comunicación no verbal, que nos puede dar información y ayudar a reorientar las preguntas.

1..... Dado que el hecho de que exista una relación de violencia entre padre y madre aumenta la vulnerabilidad de la hija para sufrir violencia en futuras relaciones puede ser un buen punto de inicio. Ej: ¿Sus padres viven?; si fallecieron, ¿por qué causa?; ¿Problemas de salud?; ¿Qué tal era/es la relación entre ellos?; ¿cómo resuelven/resolvían sus disputas?. Esta progresión de las preguntas permite un acercamiento progresivo hacia el ámbito más íntimo de las relaciones, que suele ser más difícil de explorar para el/la profesional. Puede ocurrir que al indagar sobre esto la mujer rompa a llorar o entre en confianza revelando su propia situación. Cuando se desvele algún problema en la relación con los padres también es preciso profundizar. Ej: por lo que comenta ha roto por completo la relación con su padre... (dar tiempo de silencio para que responda); por lo que dice ya no se lleva

muy bien con sus padres, ¿hay algún problema que me quiera comentar?...

2..... A continuación podríamos pasar a explorar la generación de los/las hijos. Se puede comenzar preguntando cuántos hijos/as tiene, qué edad tienen, si tienen algún problema de salud, para poco a poco de nuevo acercarnos al ámbito relacional: ¿Qué tal la relación con ellos/as?, ¿qué tal les va en el colegio?, ¿qué tal se llevan con su padre?... Si aparece algún conflicto aprovechar para profundizar y dirigir las preguntas hacia la existencia posible de violencia. Ej: parece que Luis no se lleva muy bien con su padre, ¿qué ocurre cuando se enfada? ¿cómo reacciona su padre?; Por lo que comentas a María este año no le está yendo muy bien con las notas, ¿hay algún problema en casa?...

3..... Por último pasaremos a explorar el ámbito de la relación de pareja. Suele resultar más cómodo empezar preguntando cosas menos íntimas del tipo: ¿tiene pareja? ¿cuántos años lleva de relación? ¿tiene él algún problema de salud?. Para pasar a profundizar después: ¿qué tal van las cosas con su pareja?; ¿tiene algún problema con su pareja?; ¿siente usted que le toma en cuenta?; ¿trabaja?, ¿y usted?; ¿está contenta con cómo le tratan en casa?... Con frecuencia las preguntas pueden ser ambiguas del tipo "Bueno, ya sabe, tiene mucho carácter", "Pues problemas, los normales de cada casa, digo yo"...Es útil retomar las palabras empleadas para aclarar a qué se refiere exactamente con este tipo de respuesta. Ej: Mucho carácter... ¿qué quiere decir exactamente?; ¿a qué se refiere cuando habla de los "problemas normales de cada casa"?

El genograma así orientado nos puede facilitar la confirmación de una relación de violencia o bien de algún otro problema psicosocial. Con frecuencia, los programas informáticos no permiten el adecuado registro de la exploración familiar y social, o si lo hacen es con muchas limitaciones, sin que se puedan incorporar datos de relaciones, y además suele resultar bastante compleja y tediosa su elaboración. Por ello, la mejor opción puede ser realizarlo a mano y con posterioridad registrar los datos relevantes en la historia clínica en formato electrónico.

Valoración¹⁶

La valoración permitirá decidir qué tipo de intervención es más apropiada para cada mujer en su contexto concreto. Puede contemplar varios aspectos, pero sin necesidad de reiterar preguntas que se hayan realizado con la exploración de los apartados precedentes. Puede realizarse a lo largo de varias consultas, priorizando primero aquellos aspectos más importantes por sus posibles implicaciones de cara a la intervención, como la valoración de riesgo vital. Los múltiples puntos a valorar no implican convertir la entrevista en un interrogatorio que dificultaría la relación de ayuda.

En la Figura se muestran los diferentes aspectos a valorar ante una situación de VPM.



16.- Los contenidos de este apartado han sido en su mayoría obtenidos y/o modificados de la *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Comunidad de Madrid, 2008.

1.- Valoración del riesgo vital

Una vez confirmada la situación de VPM, el primer paso es valorar el riesgo vital, teniendo en cuenta el tipo, la intensidad y la duración de la violencia.

En toda mujer se debe valorar la existencia de riesgo para su vida, la de sus hijas e hijos y la de familiares y personas cercanas. Si se detecta riesgo vital para la mujer y/o sus hijos e hijas, es necesario poner en marcha un plan de seguridad.

A continuación se muestran algunas señales de alerta ante las cuales tendremos que iniciar la intervención específica para casos de riesgo vital. Nunca se debe subestimar el riesgo. De todas ellas, es especialmente sensible la declaración de temor por su vida o agresiones graves por parte de la mujer.

- ⇒ Miedo a lesiones graves o muerte por parte de la mujer.
- ⇒ Ideación autolítica de la mujer.
- ⇒ Existencia de armas en casa o fácil acceso a ellas.
- ⇒ Consumo de drogas o alcohol por parte del agresor.
- ⇒ Aumento de la frecuencia e intensidad de episodios violentos.
- ⇒ Agresiones también fuera del ámbito privado.
- ⇒ Lesiones graves.
- ⇒ Amenazas o maltrato a parientes o amigos de la mujer.
- ⇒ Amenaza con suicidarse y/o matarla y/o matar a los/as hijos/as.
- ⇒ Proceso de separación.
- ⇒ La pareja conoce que la mujer ha recurrido a ayuda exterior para poner fin a la violencia.
- ⇒ Otros factores estresantes vitales del agresor.
- ⇒ Fracaso de los sistemas de apoyo familiar y social.
- ⇒ Conducta vigilante, celotipia extrema.

2.- Tipo, intensidad y duración de la violencia

Para la valoración de la VPM es preciso conocer los tipos de violencia, la intensidad, la frecuencia y la duración de los episodios agudos.

Podemos preguntar cada cuánto ocurren los episodios de mayor intensidad; si alguna vez ha denunciado esto y en qué momento lo ha hecho; desde cuándo se produce esta situación, etc.

Hay que tener una actitud cuidadosa en el momento de la exploración con el vocabulario empleado y con lo que le transmitimos a la mujer, ya que, como hemos visto previamente puede que ella no reconozca la situación como violenta ni la existencia de un problema. Por ello, conviene no hablar de "violencia" en este momento, sino explorar de forma más indirecta. Ej.: "Comenta que de vez en cuando se pone hecho una furia y rompe cosas que aprecias, ¿cuánto tiempo llevan ocurriendo este tipo de situaciones?; ¿cada cuánto tiempo se pone así?; ¿se arrepiente después?; ¿qué hace cuando se arrepiente?"

La valoración de los distintos tipos de violencia se solapa en ocasiones con las preguntas que se pueden realizar para detectar. A continuación se sugieren algunas preguntas útiles para explorar los distintos tipos de violencia:

⇒Violencia psicológica: ¿Le grita a menudo?, ¿le habla de manera autoritaria?, ¿le insulta/ amenaza/ chantajea/ ridiculiza/ menosprecia?, ¿Ignora su presencia?, ¿Le llama loca, estúpida, puta o inútil?, ¿le habla con un tono paternalista?, ¿le culpa de todo lo que sucede?, ¿le pone en evidencia en público con frecuencia?, ¿Le controla las llamadas/ cartas/ correo electrónico?, ¿le acusa de ser infiel sin motivo?, ¿le pone problemas para ver a su familia o amigos?, ¿habla mal sistemáticamente de ellos o les trata mal?

⇒Violencia física: ¿Alguna vez le ha golpeado/ le ha puesto la mano encima?, ¿Le ha dado alguna bofetada?, ¿alguna vez le ha empujado durante una discusión?, ¿le ha echado alguna vez de casa?

⇒Violencia sexual: ¿Le obliga a mantener relaciones sexuales contra su voluntad?, ¿alguna vez se ha sentido obligada a mantener una relación sexual sin que lo deseara? , ¿le fuerza a llevar a cabo prácticas sexuales que usted no desea?, ¿se siente libre para decidir el uso del preservativo u otros métodos anticonceptivos?, ¿se siente respetada por su pareja en las relaciones sexuales?, ¿Tiene en cuenta sus deseos?

⇒Violencia económica: ¿dispone de suficiente dinero?, ¿quién dispone del dinero de la pareja?, ¿quién es dueño de la casa?, ¿Le pide explicaciones continuamente acerca de sus gastos?, ¿Le acusa de no saber administrar el dinero?, ¿Puede usted tomar decisiones sobre el manejo del dinero?

⇒Violencia ambiental: Cuando se enfada ¿rompe o tira objetos? ¿Golpea las puertas o la pared?, ¿Desordena o ensucia a propósito?, ¿Esparce la basura?, ¿invade la casa con elementos desagradables o que la atemorizan (material pornográfico, armas)?, ¿alguna vez ha roto/estropeado intencionalmente algún objeto al que usted tenga especial aprecio?

3.- Ciclo de la violencia e identificación de crisis

Explorar si el caso concreto sigue el ciclo de la violencia. En los momentos de estallido agudo y distanciamiento es cuando con más frecuencia la mujer demanda ayuda y entra en crisis, siendo momentos favorables para el cambio. Cuando su pareja se muestra arrepentida después de un episodio agudo y le hace promesas de cambio (fase de reconciliación o luna de miel) es, por el contrario, más difícil el cambio.

La crisis es un estado temporal de desequilibrio que impide a la persona funcionar apropiadamente durante un período determinado. Representa la oportunidad para reflexionar, buscar nuevos significados a lo que sucede, y tomar decisiones que la conduzcan a un cambio positivo en su situación.

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

Las situaciones de crisis por las que atraviesan las mujeres maltratadas pueden estar precipitadas por diferentes eventos o circunstancias:

- ⇒ Eventos traumáticos: situaciones súbitas e inesperadas que por su naturaleza, provocan miedo intenso, paralización y estupor, y para las que el ser humano no cuenta con los recursos de afrontamiento, siendo por lo tanto sucesos devastadores. Ejemplo: la violación, la revelación de abuso sexual incestuoso por parte de la hija o hijo, episodios agudos de violencia.
- ⇒ Eventos de poca importancia que se presentan al final de una larga lista de acontecimientos estresantes. Ejemplo: recibir un informe de mala conducta de un hijo/a en la escuela.
- ⇒ Acontecimientos que exijan cambios en las expectativas personales y de futuro, o en el estilo de vida. Ejemplo: el comienzo de un nuevo trabajo; el embarazo.
- ⇒ Hechos que reactiven un problema inconcluso. Ejemplo: la revelación de que una persona cercana sufre abuso sexual, puede reactivar la propia experiencia.

Algunas manifestaciones que nos pueden hacer sospechar un momento de crisis son:

- ⇒ Incapacidad de enfrentar problemas y pensar con claridad posibles soluciones, impotencia.
- ⇒ Desorganización y desequilibrio: no puede dar respuesta a las tareas habituales.
- ⇒ Se muestra cansada y expresa que se siente agotada. Manifiesta que tiene problemas para dormir bien.
- ⇒ Síntomas de ansiedad, aprensión intensa o angustia.
- ⇒ Problemas físicos asociados a los estados de angustia como palpitaciones, náuseas, sensación de ahogo, diarrea, dolor de cabeza constante y sensación de debilidad.
- ⇒ Sentimientos de inadecuación, agobio y desamparo.
- ⇒ Dificultad para comprender el problema de la violencia ya que es totalmente disonante con sus expectativas, creencias y conocimientos; el maltrato cometido por la pareja representa una frustración de esas expectativas.

4.- Valoración de esferas afectadas

Tras la detección de una situación de VPM es necesaria una revisión desde una perspectiva integral (biopsicosocial) del historial clínico de la mujer que permita la identificación de problemas de salud influenciados o causados por la violencia, así como

evaluar el impacto en la salud de episodios agudos de violencia y del proceso. La valoración psicológica debe incluir la sintomatología y malestar inespecíficos. En la valoración social se explorarán los recursos y posibles redes o personas de apoyo. Ha de valorarse también la posible presencia de malos tratos a otros miembros de la familia, especialmente a los hijos e hijas, y si se detectan iniciar también la intervención adecuada.

5.- Valoración de las fases de cambio del comportamiento de la mujer

El modelo que a continuación se propone con mujeres que sufren violencia por parte de su pareja o expareja está basado en el modelo teórico de cambio de Prochaska y Di Clemente. Este modelo se dirige al análisis del comportamiento, facilitando su categorización en distintas fases que requieren en cada caso una línea de actuación y una elección de los recursos, técnicas e instrumentos.

Es fundamental identificar en qué fase del proceso de violencia se encuentra la mujer:

Fase precontemplativa

La mujer no reconoce la violencia como un problema.

Las características son las siguientes:

- ⇒ La mujer no tiene conciencia del problema:
 - ⇒ No reconoce la conducta del maltratador como abusiva.
 - ⇒ Puede ver su relación de pareja como normal.
 - ⇒ No tiene intención de hacer cambios en su relación.

- ⇒ Formas de reaccionar de la mujer:
 - ⇒ Negar la relación de maltrato.
 - ⇒ Defender al maltratador (ej.: "es un buen padre").
 - ⇒ Autoculpabilizarse (ej.: "si la cena hubiese estado a tiempo, no me hubiera pegado").
 - ⇒ Culpabilizar a los demás (ej.: "si mis amigas no vinieran tan frecuentemente, si los niños no hicieran tanto ruido...").
 - ⇒ Minimizar el problema (ej.: "esto ocurre en todas las parejas; no es para tanto...").
 - ⇒ Mostrar desesperanza (ej.: "no es necesario hablar de ello ya que no va a cambiar nada").

Fase contemplativa

Se puede identificar a través de las siguientes características:

- ⇒ Empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva y/o problemática.

- ⇒ Análisis de pros y contras respecto del posible cambio que aún no está dispuesta a realizar.

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

⇒ Pueden establecerse dos etapas:

1. Ocultación. No quiere o no puede revelar lo que le ocurre a otras personas.
2. Revelación. Se dispone a comunicar lo que le ocurre.

Fase de preparación

⇒ La mujer va realizando pequeños cambios, por ejemplo, puede empezar a desarrollar actividades de ocio, ampliar la red social, etc.

⇒ Pueden aparecer sentimientos de ambivalencia respecto de su relación y de la decisión de separarse de su pareja.

Fase de acción

⇒ Hace cambios manifiestos para mejorar su situación respecto de la violencia, por ejemplo, empezar a buscar trabajo (si no lo tenía anteriormente) para tener independencia económica, participar en algún grupo de apoyo o buscar algún abogado para el proceso de separación.

⇒ Los cambios que tienen lugar han podido ser iniciados y solaparse con la fase de preparación.

Fase de mantenimiento

⇒ Pueden reaparecer sentimientos de ambivalencia hacia su agresor y su situación anterior.

⇒ En esta fase la mujer mantiene los cambios que ha hecho.

Fase de recaída

⇒ La mujer vuelve a vivir una situación de VPM. Lo adecuado es realizar de nuevo la valoración en una o varias visitas concertadas.

Intervención¹⁷

A continuación se presentan las diferentes intervenciones según la situación en que se encuentre la mujer. Vienen desglosadas en distintos tipos de intervención para facilitar su lectura y comprensión. Sin embargo no se trata de intervenciones alternativas sino complementarias:

- ⇒ La intervención según fases de cambio facilita al profesional la adaptación al grado de reconocimiento del problema y pensamientos de cambio en el futuro.
- ⇒ La intervención en estallido agudo de violencia recoge las especificidades de la atención cuando se produce una agresión ya sea física, psicológica o sexual.
- ⇒ La intervención ante una situación de riesgo vital explica cómo actuar cuando está en riesgo la vida de la mujer o de su entorno cercano.

Estas intervenciones las realizará, en la medida de lo posible, quien esté llevando el proceso de la mujer más directamente.

Algunas cuestiones generales a tener en cuenta a la hora de intervenir son:

- ⇒ Es importante que la decisión de denunciar la tome la mujer con tranquilidad, sin presiones, y lo haga cuando lo considere oportuno y solo cuando esté protegida y a salvo.

17.- Los contenidos de los subapartados 1,2, 3 y 4 han sido en su mayoría obtenidos y/o modificados de la *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Comunidad de Madrid, 2008.

- ⇒ Es preciso tener presentes, en todo momento, los deseos de la mujer, y respetar la confidencialidad que permite mantener la necesaria relación de confianza.
- ⇒ La coordinación profesional es imprescindible para un afrontamiento efectivo de la VPM. Para evitar la revictimización de la mujer no se le debe pedir que repita su historia.

1.- Intervención según la fase de cambio

El modelo de fases de cambio es conocido como herramienta que permite clasificar a la mujer en diferentes fases y, por tanto, ofrecer la intervención adecuada en función de la situación en la que se encuentre. Se emplea este modelo por la familiaridad y su mayor aplicabilidad en el ámbito de la Atención Primaria. Para su aplicación se usan los principios de la entrevista motivacional, ya comentada previamente.

A continuación se exponen algunas consideraciones previas a este tipo de intervención:

- ⇒ El hombre que maltrata es el responsable de la violencia ejercida y de las consecuencias sobre el comportamiento y salud de la mujer. El utilizar un modelo de intervención que se emplea habitualmente en adicciones no supone en ningún caso responsabilizar a la mujer de la situación. Simplemente se emplea porque ayuda a estructurar la intervención de acompañamiento en función del momento en el que se encuentra la mujer, favoreciendo la adopción de cambios.
- ⇒ Las fases de cambio no necesariamente son equiparables con las fases del ciclo de la violencia. Por ejemplo, la fase de explosión y distanciamiento (fase del ciclo de la violencia) es el momento más propicio para replantearse la situación de violencia y tomar una decisión al respecto. Sin embargo la mujer puede encontrarse en "fase precontemplativa" (fase de cambio) cuando esto ocurra.
- ⇒ La VPM es un proceso dinámico y reversible, y nuestra actuación ha de adaptarse a las distintas fases, favoreciendo una toma progresiva de conciencia y facilitando la toma de decisiones autónomas y el empoderamiento de la mujer.
- ⇒ Es importante saber identificar las situaciones de crisis. Cuando la mujer entra en crisis es cuando el potencial para hacer cambios es máximo.
- ⇒ La actuación ante una situación de riesgo vital se recoge de forma separada, ya que deberá aplicarse siempre que exista riesgo para la vida de la mujer, independientemente de la fase de cambio en la que se encuentre y de si ha entrado o no en crisis.
- ⇒ Aunque se llegue a la fase de mantenimiento esto no supone que el problema se haya resuelto ya que una situación mantenida de violencia puede tener con-

secuencias a largo plazo sobre la salud e integridad física, psíquica y social de la mujer. Por ello es preciso continuar el acompañamiento y perseguir en todo momento el restablecimiento de su salud cuando esté afectada.

Las intervenciones a realizar en cada una de las fases de cambio en que se puede encontrar la mujer se desglosan en objetivos de la misma, características de la intervención y algunos aspectos a tener en cuenta.

1.1.- Fase precontemplativa

Objetivos:

- ⇒ Fomentar la duda de la mujer respecto a su situación.
- ⇒ Aumentar la percepción de riesgo al que está sometida por su situación de VPM.
- ⇒ Fomentar la creencia de que es capaz de cambiar la situación (autoeficacia).

Características de la intervención:

- ⇒ ENTREVISTA MUY BREVE, de aproximadamente 5 minutos. Esto se justifica en que es posible encontrar un alto nivel de resistencia o rechazo que no permitan una intervención larga y detallada.
- ⇒ Hacer una devolución a la mujer sobre su estado de salud relacionando el motivo de consulta con su situación de VPM. Ejemplo: Veo que está sufriendo por alguna situación que está influyendo en su insomnio. En otras mujeres con este problema he podido detectar que puede haber algún problema en casa.
- ⇒ Mantener una actitud empática.
- ⇒ Insistir en que la violencia nunca está justificada (ante excusas o minimizaciones de la violencia).
- ⇒ Fomentar la auto-eficacia. Ejemplo: Todas las personas podemos hacer cambios poco a poco. Por lo que me ha contado (por ejemplo si ha referido que tiene trabajo fuera de casa o cuida de sus hijas e hijos) en esta situación difícil usted está saliendo adelante...

Algunos aspectos a tener en cuenta:

- ⇒ La confidencialidad es imprescindible.
- ⇒ No se debe proponer la derivación (salvo grave peligro para la mujer) como primera medida de la actuación en respuesta a la confidencia de la mujer.
- ⇒ Evitar: ordenar, sermonear, desaprobar, interrogar, ironizar e interpretar.
- ⇒ Dejar la puerta abierta para retomar el tema en un futuro y proponer una nueva cita.
- ⇒ La elaboración de un plan de seguridad según las circunstancias (ejemplo: agresión física grave, riesgo de suicidio) puede servir como excusa para aumentar la toma de conciencia.

⇒Proporcionar información acerca del derecho al buen trato (vinculada a información general de salud).

1.2.- Fase contemplativa

Objetivos:

- ⇒Favorecer la inclinación de la balanza hacia el cambio de situación.
- ⇒Aumentar la toma de conciencia de la existencia real de un proceso de VPM.

Características de la intervención:

Los siguientes aspectos se abordarán en sucesivas citas concertadas de 15 a 30 minutos, utilizando la escucha reflexiva:

- ⇒Iniciar la entrevista recalcando nuestro respeto a las decisiones que tome a lo largo de su proceso.
- ⇒Visibilizar y nombrar lo que está ocurriendo en su relación de abuso, sin culparla, relacionándolo con los hallazgos de la valoración.
- ⇒Analizar con ella el ciclo de la violencia ayudando a identificar las fases del mismo y explicando su proceso. Se comprueba con ella que en su situación se reproduce el ciclo, contribuyendo por una parte a tomar conciencia del problema y por otra a darse cuenta de que lo que le pasa a ella le ha ocurrido a otras mujeres y que se puede salir de esa situación. Una opción es reflexionar sobre 3 episodios de violencia: el primero, el más grave y el último. Se le propone a la mujer que sitúe estos episodios en un gráfico y los valore de 0 (no tensión ni peligro) a 10 (máxima tensión y peligro). En este análisis se presta especial atención al reconocimiento de la tensión y la agresión y se señala la importancia de la fase de arrepentimiento como refuerzo positivo para continuar con la relación.
- ⇒Enfatizar la importancia del propio bienestar y el autocuidado, frente a mantener una relación nociva. Ejemplo: "Todo lo que me ha contado influye directamente en su salud y dificulta que se pueda cuidar".
- ⇒Demostrar la existencia real de una situación de VPM. Ejemplo: "El hecho de que se ponga en evidencia continuamente, como hemos estado hablando, se corresponde con violencia psicológica según los estudios existentes".
- ⇒Indagar acerca de los recursos personales y sociales de apoyo.
- ⇒Identificar razones para seguir o no en esa relación. Puede ser un trabajo que ella traiga por escrito en la siguiente cita concertada.
- ⇒Analizar los miedos a un posible cambio.
- ⇒Elaborar un plan de seguridad según las circunstancias (Ejemplo: agresión física grave).
- ⇒Apoyar y dar valor a su decisión.

⇒ Advertir sobre la importancia del riesgo que supone compartir esta información con su pareja.

Algunos aspectos a tener en cuenta:

⇒ Para la entrevista es preciso utilizar la información obtenida en la/s visitas de valoración de la situación de violencia.

⇒ Fijar los objetivos sabiendo qué se va a hacer en cada entrevista, respetando el proceso de cada mujer. NO precipitarse. Lo más probable es que sean necesarias varias entrevistas.

⇒ Enfatizar lo contraproducente de intentar convencer a su pareja o de negociar con ella, ya que no es útil y puede ser peligroso.

⇒ Es conveniente tener previsto un plan de seguridad por si surge una contingencia.

⇒ En esta fase la pregunta que se deben hacer los profesionales sanitarios NO es: ¿Por qué no le deja? SINO: ¿Por qué no puede dejarle? O ¿Por qué el hombre que la maltrata no le permite dejarle?

1.3.- Fase de preparación

Objetivos:

⇒ Apoyar y ayudar a la mujer a determinar el mejor plan a seguir para conseguir el cambio.

Características de la intervención:

Entrevista motivacional realizada en citas concertadas de 15 a 30 minutos utilizando la escucha reflexiva:

⇒ Escuchar los planes de la mujer y expresar la importancia de los esfuerzos que está realizando.

⇒ Analizar objetivamente con ella la situación actual y, si en el pasado intentó hacer cambios y qué ocurrió).

⇒ Valorar qué problemas anticipa para hacer un cambio en la actualidad.

⇒ Es relevante insistir en que esta fase y la siguiente (acción) son de un riesgo especial, ya que el maltratador, cuando observa que la situación empieza a escapar a su control, puede aumentar la intensidad y frecuencia de la VPM. Por lo tanto, es conveniente revisar el plan de seguridad con ella.

⇒ Es imprescindible en esta etapa valorar y consensuar con la mujer la derivación y/o coordinación con trabajo social o con recursos disponibles de la zona (municipales, regionales...).

⇒ Es imprescindible priorizar la seguridad y protección de la mujer.

Algunos aspectos a tener en cuenta:

La ambivalencia es un estado de conflicto en el que la persona tiene sentimientos contrarios de forma simultánea. En el caso de la mujer maltratada se puede dar la

ambivalencia "querer y no querer dejar a la pareja que la maltrata". Comprender que la ambivalencia es algo habitual, aceptable y comprensible en un proceso de cambio, facilitará que no se produzcan resistencias a la escucha por parte de la mujer.

Trabajar la ambivalencia supone:

- ⇒ Evitar "ponerse persuasivo". Ejemplo: "Creo que lo mejor que puedes hacer sería dejarle porque ya sabes lo que pasa con estas relaciones y si no le dejas todo va a ir a peor, piénselo".
- ⇒ Evitar explicar demasiado pronto los riesgos de la relación de maltrato. Ejemplo: "Si sigues en esta situación puedes llegar a ser una de las mujeres que salen en la televisión porque las han matado".
- ⇒ Manifestar a la mujer la conveniencia de tomar una decisión. Ejemplo: "Nos hemos visto varias veces ahora creo que es conveniente ir perfilando las decisiones que quieres tomar, el camino a seguir, cómo lo vas a hacer..."
- ⇒ Considerar que los valores y las expectativas sobre los cambios, pueden ser radicalmente diferentes para cada mujer. Es muy relevante comprender los valores, sentimientos y creencias de la mujer.
- ⇒ Considerar el contexto familiar, social, de la comunidad a la que pertenece la mujer ya que éste puede contribuir de forma positiva al cambio o interferir en él.

1.4.- Fase de acción

Objetivos:

- ⇒ Acompañar a la mujer para que no se sienta sola y reafirmar su proceso.
- ⇒ Garantizar y extremar la seguridad.

Características de la intervención:

- ⇒ Aprovechar la entrevista motivacional para generar afirmaciones automotivadoras que, partiendo del proceso de reflexión de la mujer, están relacionadas con:
 - ⇒ El reconocimiento del problema. Ejemplo: "Me está diciendo que la ansiedad que sufre puede tener que ver con los problemas en casa".
 - ⇒ Expresión de preocupación.
 - ⇒ Intención de cambiar.
 - ⇒ Optimismo sobre el cambio.
- ⇒ El balance de pros y contras de la decisión a tomar.
- ⇒ Para ayudar a la generación de estas afirmaciones, podemos:
 - ⇒ Preguntar por un episodio concreto para recoger información. Ejemplo: "¿Cómo fue el día que le insultó?"

- ⇒ Utilizar situaciones extremas . Ejemplos: "¿Cuáles son los peores miedos o consecuencias si no cambia la situación? O ¿Qué cosas peores podrían ocurrir si sigue la escalada de violencia?".
- ⇒ Mirar hacia atrás. Ejemplo: "Antes me decía que no salía apenas de casa"
- ⇒ Mirar hacia delante. Ejemplo: "Si toda la situación cambiara ¿cómo se sentiría?"
- ⇒ Replantear los objetivos. Ejemplo: "En las primeras entrevistas me decía que quería estar mejor, que no podía más y lo que quería hacer. Ahora ¿cómo lo ve?"
- ⇒ Utilización de la paradoja. Ejemplo: "Por lo que me dices sigue dejándote en ridículo ¿eso es bueno para ti?"
- ⇒ Seguir la coordinación con los otros recursos dentro y fuera del equipo.
- ⇒ Valorar la derivación, de acuerdo con la mujer, a Salud Mental para avanzar en su proceso de recuperación.
- ⇒ Establecer que la mujer nos llame periódicamente para valorar su seguridad.
- ⇒ Revisar el plan de seguridad con ella.

Algunos aspectos a tener en cuenta:

Es importante recordar a la mujer que existe un riesgo especial y preparar los recursos necesarios para salir de la situación en que se encuentra.

1.5.- Fase de mantenimiento

Objetivos:

- ⇒ Ayudar a identificar y utilizar estrategias para prevenir recaídas.
- ⇒ Mantener la vigilancia del riesgo.

Características de la intervención:

- ⇒ Animar a la mujer a participar en algún grupo de mujeres
- ⇒ Preparar con la mujer una posible derivación.
- ⇒ Analizar de nuevo con ella el ciclo de la violencia. Se incidirá en que la fase de "luna de miel" o reconciliación es un momento especialmente vulnerable para volver a la situación anterior.
- ⇒ Mantener la seguridad y protección de la mujer. No debemos olvidar repasar el plan de seguridad y el escenario de protección para ella y sus hijos e hijas.

Algunos aspectos a tener en cuenta:

- ⇒ Revalorizar todas las facetas de la vida saludable.
- ⇒ Los grupos de educación para la salud en los que participan mujeres (madu-

rez, etapas vitales, preparación al parto, cuidadoras, relajación, autoestima) son recursos a utilizar para evitar el aislamiento y favorecer el empoderamiento. Es importante que se incluya la perspectiva de género en dichos grupos.

1.6.- Fase de recaída

Objetivos:

⇒ Ayudar a la mujer a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezcan bloqueos o desmoralización por la recaída.

Características de la intervención:

⇒ Volver a mostrar nuestra empatía y cercanía.

⇒ Evitar caer en desánimo o en sentimientos de fracaso. Ejemplos: "Usted no es la única. Esto le ocurre a muchas mujeres". "Usted no tiene la culpa"

⇒ En la entrevista motivacional se trabajará con la mujer:

⇒ Su historia de maltrato y se hará una devolución. Ejemplo: "¿se acuerda cuando me decía que no le dejaba salir?"

⇒ El sentimiento de culpa que aparece en la mujer. Ejemplo: "¿Le culpa de todo lo que sucede?"

⇒ Recordar el ciclo de la violencia: "fase de luna de miel".

Algunos aspectos a tener en cuenta:

⇒ Revalorizar todas las facetas de la vida saludable.

⇒ Tener presente que el maltrato es un proceso en el que se produce desvalorización y baja autoestima de las mujeres que lo sufren.

⇒ Identificar nuestra frustración e incompreensión para evitar dirigir nuestra agresividad hacia ellas.

⇒ Las mujeres maltratadas hacen una media de 7 a 8 intentos antes de conseguir separarse completamente de sus parejas.

⇒ A pesar de que vuelva con la pareja y se reinstaure el maltrato, es posible que la crisis personal de la mujer y la intervención profesional, le hayan ayudado a progresar y no vuelva exactamente al punto de partida.

2.- Intervención en estallido agudo de violencia

Se trata de un momento explosivo más o menos duradero en el que tiene lugar una agresión ya sea psicológica, sexual, física, o una combinación de las anteriores. Tras este momento es cuando la mujer suele pedir ayuda y/o presentar una denuncia.

Cuando se da esta situación hay varias peculiaridades que debemos tener en cuenta:

⇒ La mujer suele encontrarse asustada, con ansiedad, y suele resultarle difícil relatar lo ocurrido.

⇒ Puede ser el primer momento en que se detecte un proceso de violencia no diagnosticado previamente. Es una oportunidad, por lo tanto, de identificación y orientación de nuevos casos.

⇒ Con frecuencia la mujer acude a consulta "sin cita" o a un servicio de urgencias. En estas situaciones, dada la alta demanda asistencial, tiende a descuidarse la escucha y a reducirse el tiempo de atención.

⇒ En ocasiones, la mujer que consulta no pertenece al cupo del profesional que le atiende, o incluso le corresponde otro centro de salud. En estos casos es preciso establecer, con el consentimiento de la mujer, mecanismos que garanticen la continuidad de la atención.

⇒ Puede existir un riesgo para la vida de la mujer y sus hijos e hijas.

⇒ Los episodios agudos de violencia pueden producir una crisis que favorezca el cambio, por lo que constituyen una oportunidad de incorporar a la mujer en un proceso de acompañamiento favorecedor del cambio más amplio.

A continuación se enumeran las distintas acciones a desarrollar en estos casos:

⇒ Preguntarse: ¿Reconoce la agresión como violencia? Nos permite distinguir si la mujer se encuentra en fase precontemplativa, adecuando nuestro lenguaje a dicha fase.

⇒ Valorar la seguridad. ¿Existe riesgo vital para la mujer o sus hijas e hijos?. En caso afirmativo se deberán poner en marcha las medidas pertinentes encaminadas a garantizar la seguridad .

⇒ Valorar y atender las lesiones físicas.

⇒ En caso de urgencia vital se actuará de acuerdo a los protocolos de urgencia establecidos. Se garantizará el traslado de la mujer hasta el hospital en condiciones seguras.

⇒ Debe valorarse la posibilidad de contactar con Trabajo Social del hospital de referencia para poner en conocimiento el caso; comunicar al Servicio de Urgencias la derivación, con el fin de optimizar la coordinación de recursos y la atención.

⇒ Se prestará la atención sanitaria pertinente para las distintas lesiones tras una valoración inicial de las mismas. Es importante explicar despacio y cuidadosamente las intervenciones que se van a realizar, tomando en

consideración el estado emocional de una mujer tras una agresión.

⇒ En caso de que las lesiones precisen un seguimiento o tratamiento posteriores es conveniente explicarlo pausadamente a la mujer, aclarando las posibles dudas y dándole las indicaciones escritas con claridad. Hay que tener en cuenta que tras una agresión la mujer puede sentirse aturdida, lo que dificulta la asimilación de la información.

⇒ En caso de agresión sexual con violación o tentativa, no realizar exploración ginecológica. Derivar al hospital de referencia para la atención y toma de muestras en presencia de un/una médico forense explicando a la mujer el proceso. Es preciso que la mujer no se lave ni cambie de ropa para realizar la toma de muestras, explicándole por qué se actúa así.

⇒ Valorar y atender el estado psicológico.

⇒ Se favorecerá el desahogo de la mujer y la expresión de sentimientos manteniendo una actitud empática y de escucha activa.

⇒ Se valorará la existencia de sintomatología ansiosa o depresiva, ideas de suicidio y estrés agudo postraumático.

⇒ Cuando sea preciso se derivará al servicio de salud mental de referencia.

⇒ Valoración breve de la red de apoyo social: Explorar la presencia de personas cercanas que puedan asistir, apoyar o acoger a la mujer en caso de necesidad.

⇒ Realización del parte de lesiones cuando sea preciso, utilizando a ser posible los modelos específicos para violencia de pareja y reflejando el estado psicológico en el momento de la atención. Es necesario informar a la mujer de la realización del mismo y las acciones que se pueden derivar y leerlo ante ella.

⇒ Informar sobre los recursos y derechos.

⇒ Registrar el proceso en la historia clínica.

⇒ Garantizar el seguimiento y la continuidad en la atención.

⇒ Indagar acerca de la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia.

⇒ Informar sobre la elaboración del Plan de Seguridad, si tuviera que abandonar la casa de forma urgente.

3.- Intervención ante una situación de riesgo vital

Esta actuación es pertinente cuando en la valoración detectamos la presencia de un riesgo alto de muerte o de lesiones graves para la mujer o para sus hijos/as o familiares. Debe primar garantizar la seguridad por encima de otras intervenciones. Ante una situación de estas características hay que tomar en cuenta varias medidas:

⇒Asistir los posibles daños y lesiones físicas y psíquicas, derivando a un centro hospitalario cuando el tratamiento de las mismas así lo requiera.

⇒Registrar minuciosamente en la historia.

⇒Informar a la mujer sobre la necesidad de preparar un Plan de Seguridad. Explorar asimismo su red de apoyo social, con el fin de determinar con qué personas podría contar (si las hubiere) en caso de salida del hogar y dónde podría alojarse.

⇒Evitar en todo momento que la mujer esté sola, garantizando el acompañamiento si fuera necesaria la derivación a otro centro sanitario. Avisar a los familiares y amistades por indicación de la mujer.

⇒Si existen lesiones físicas o psíquicas debe realizarse un parte de lesiones en consulta médica (ver el apartado correspondiente).

⇒Si la mujer desea volver a su domicilio a pesar del alto riesgo se le hará entender que su vida corre peligro y se le recordarán las medidas para aumentar su protección.

⇒Si la mujer quiere salir del domicilio como medida de seguridad se contactará con el 112 para proceder, si fuera preciso, a la gestión de un centro de emergencia.

4.- Elaboración de un Plan de seguridad

Se trata de prever posibles situaciones de riesgo para la mujer y sus hijos/as y planificar una serie de medidas encaminadas a aumentar la protección de la mujer. A continuación se muestra un ejemplo genérico de Plan de seguridad que habrá que adaptar en cada caso según las circunstancias específicas.

Si tuviera que abandonar la casa se le informará sobre los siguientes aspectos:

Tener preparado:

⇒Juego adicional de llaves de la casa y del coche. Listado de teléfonos de familiares, colegios, médicos y otros teléfonos importantes de lugares dónde poder alojarse.

⇒Documentos legales, como certificado de nacimiento, tarjeta sanitaria, carné de conducir, Documento Nacional de Identidad, pólizas de seguros, escrituras de bienes inmuebles, informes médicos, denuncias, fotos de lesiones...

⇒Bolso con ropa, medicamentos y algún objeto significativo para cada hijo o hija.

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

⇒ Una cuenta corriente o libreta de ahorro (que solo ella conozca) e ir ingresando lo que pueda. Hacer una provisión de dinero en metálico.

Tener precaución de:

- ⇒ Que el agresor no esté en el momento de abandonar el domicilio.
- ⇒ No dar información ni indicios de sus planes.
- ⇒ No tomar tranquilizantes ya que ha de estar alerta si decide irse.
- ⇒ Acudir a las personas y a los lugares con las que había contactado previamente.

Si permanece en el domicilio común preparar un escenario de protección para ella y sus hijos e hijas:

- ⇒ Retirar armas u otros objetos que puedan ser utilizados como tales.
- ⇒ Conocer los números de emergencias.
- ⇒ Concertar señal con vecinos y/o familiares en caso de peligro.
- ⇒ Enseñar a sus hijos e hijas a conseguir ayuda y protegerse.
- ⇒ Procurar no estar sola (si es posible) tanto en su domicilio como fuera de él.
- ⇒ Si ve próxima la agresión, no alejarse de la puerta de salida, hacer todo el ruido que pueda.
- ⇒ Si el ataque es inevitable, procurar ser el blanco más pequeño posible (protegerse con los brazos la cabeza y la cara).

5.- Elaboración del parte de lesiones e informe médico

El parte de lesiones solo puede ser cumplimentado por personal facultativo, a diferencia del resto de intervenciones que pueden ser realizadas por el/la profesional que inicie el abordaje en el equipo, y sirve para notificar al Juzgado de Guardia al que se remite las lesiones producidas como consecuencia de una agresión confirmada o sospechada.

Existe un modelo de parte de lesiones específico para situaciones de violencia de pareja hacia las mujeres, del que es conveniente disponer en el centro de salud y en los programas informáticos (ver material 3N). Si no estuviera disponible se cumplimentará un parte de lesiones genérico.

A continuación se exponen algunas normas para su realización:

⇒ Ha de ser rellenado con letra legible y clara y sin tachaduras (que podrían ser interpretadas como manipulación). En ocasiones, la ilegibilidad de las partes impide conocer la gravedad de la agresión, dificultando la posterior evaluación pericial por parte del médico forense, y en consecuencia también la valoración por parte del/la juez.

⇒ Se debe recoger de manera exhaustiva todo aquello que la mujer refiera en cuanto al modo de producción de las lesiones, identidad del autor de la agresión y cualquier otra circunstancia referida a lugar y modo en que se haya producido la agresión, incluida la negativa a denunciar si esta se produjera.

⇒ Se reseñarán pormenorizadamente las lesiones que presenta. Es necesario realizar una descripción detallada y objetiva de las mismas, que incluya tipo de lesión (hematoma, rotura de tímpano, erosión, etc.), características (superficie que ocupan, color, signos de inflamación presentes, longitud de la herida), localización. Por ejemplo sería incorrecto hacer constar "Contusiones múltiples en cara y brazo" o "cortes diversos". Lo adecuado sería, por ejemplo, "Presenta hematoma violáceo de 2cm de diámetro en región anterior de antebrazo derecho, herida incisocontusa de 3 cm en ceja derecha y erosión de 3 cm x 4 cm en pómulo derecho" y señalarlo en la figura correspondiente del parte específico. Se recomienda hacer fotografías (preferiblemente en color) de las zonas con lesión, previo consentimiento de la mujer.

⇒ Si no hay lesión visible pero sí dolor: describir dolor y maniobras que lo desencadenan (por ejemplo: dolor a la palpación de 3º-4º arco costal que aumenta con la inspiración y con la flexión lateral derecha de la columna).

⇒ Es importante examinar para buscar otras posibles lesiones, especialmente en regiones ocultas. Cuando exista la posibilidad de alguna lesión interna tras la valoración clínica (abdominal, torácica y/o cerebral), dicha información se recogerá como sospecha, pues solo tras la realización de pruebas diagnósticas, a nivel hospitalario, se podrá confirmar.

⇒ Dejar constancia del mecanismo de producción de las lesiones. (por ejemplo: La mujer refiere haber sido golpeada con un palo por su pareja).

⇒ Es necesario recoger siempre la posible sintomatología ansiosa y el estado emocional de la mujer al verla en consulta. (por ejemplo: Presenta llanto fácil, temblor de manos y dificultad para hablar, expresión de angustia en el rostro; Refiere miedo, tristeza, desesperación).

⇒ Revisar la historia y valorar la posible presencia de problemas de salud mental relacionados con la situación de violencia: ideación autolítica e intentos de suicidio, depresión mayor, trastorno de estrés postraumático. Valorar también la existencia de posibles agresiones previas y de problemas de salud agravados por la violencia.

⇒ Si existen dudas acerca de la presencia de patologías de salud mental secundarias a la violencia derivar a un/a especialista en Salud Mental para realizar el pertinente parte de lesiones psicológicas si procede.

⇒ El parte de lesiones consta de 3 copias: Una para el juzgado, que en caso de urgencia, se enviará por fax; otra copia quedará en el centro de salud archiva-

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

da bien en la historia clínica bien en un registro centralizado; una tercera se entregará a la mujer (siempre que no comprometa su seguridad por estar presente el agresor o por poder acceder a la misma. En este caso se le podría entregar a una persona de su confianza).

- ⇒ El informe médico debe leerse a la mujer antes de su redacción definitiva.
- ⇒ Siempre que se emita un parte de lesiones hay que valorar la seguridad de la mujer y la posible necesidad de medidas de protección.

En caso de que se trate de un parte de lesiones genérico hay que rellenar un apartado referente a la gravedad de las lesiones. Normalmente se distingue entre leve, menos grave y grave. Hay que tener en cuenta que aunque las lesiones en sí puedan no entrañar riesgo para la vida el proceso de violencia sí implica riesgo de secuelas graves para la salud de la mujer o incluso de muerte en algunos casos por lo que es conveniente indicar menos grave o grave y entre paréntesis (por las secuelas y curso de un proceso de violencia).

Es necesario informar siempre a la mujer de lo que va a ocurrir:

- ⇒ Una vez tiene lugar el registro de entrada del parte de lesiones en la correspondiente oficina judicial, la tramitación de la causa va a ser igual que si se hubiera presentado denuncia por la mujer o por personas cercanas a la misma.
- ⇒ Recibido el parte de lesiones, el/la Juez ordenará la incoación del procedimiento penal y acordará la práctica de diligencias de investigación y, en su caso, la adopción de medidas de protección de la víctima.
- ⇒ Es posible que sea llamada a declarar para que corrobore los hechos que figuran en el parte de lesiones y formular denuncia si lo desea.
- ⇒ Puede ocurrir que en 48 horas las fuerzas de seguridad acudan al domicilio y se lleven detenida a la pareja y que se realice en un máximo de 72 horas un juicio rápido.

Conviene señalar que el informe médico y la documentación clínica tienen también valor legal, por lo que es fundamental un adecuado registro del proceso y crear los episodios de forma segura en el programa informático que corresponda, asegurando la confidencialidad de los mismos y la imposibilidad de acceso a ellos por parte de la pareja o expareja.

Es éste un tema casi siempre controvertido en los cursos de formación, por sus implicaciones éticas y legales. Por una parte, como se ha dicho anteriormente, el ámbito judicial muchas veces asusta o genera incertidumbre en los y las profesionales. Por otra, aunque existe una obligación según la legislación vigente de denuncia, si la mujer no desea denunciar, este imperativo legal choca con el respeto a su autonomía. Además, en algunos casos, las acciones derivadas de la notificación podrían suponer un incremento del riesgo para la mujer y su entorno cercano, o bien la pérdida de confianza y de seguimiento cuando se realiza contra su voluntad. Como se ha señalado también previamente algunos/as profesionales tienden a no respetar las decisiones de la mujer, y ven en el parte de lesiones la excusa perfecta para sustentar sus actuaciones. Se ve permeada, una vez más, la decisión, por las actitudes y posicionamientos de género de quien la toma. En caso de riesgo vital estaría indicada la

realización del parte de lesiones aún si la mujer no desea denunciar.

En caso de que se decida hacer el parte de lesiones contra la voluntad de la mujer se le explicará el porqué de esa decisión, lo que implica la realización del mismo, y se intentará especialmente cuidar la relación para intentar no perder la confianza de la mujer y su seguimiento.



6.- Criterios de derivación

Cualquier profesional que detecte o sospeche VPM será responsable en principio del proceso de atención y seguimiento, y evitará la derivación como primera intervención salvo que las circunstancias la aconsejen (por ejemplo, cuando hay criterios de derivación urgente a salud mental, o cuando hay una situación de riesgo vital, o cuando la mujer es consciente del problema y ha iniciado ya acciones frente al mismo). Por lo general la mujer que entra en confianza espera que el/la profesional le escuche y se haga cargo de su desgracia. Pide empatía, y tras el desahogo, se siente vulnerable, ya que es un acto psíquicamente similar al desnudarse¹⁸. Generalmente no espera ni desea la derivación en este momento, por lo que hacerla puede, en ocasiones, dificultar el mantenimiento de la relación de confianza.

Cuando sea necesaria la derivación a otros profesionales se explicará a la mujer los motivos de la misma y las ventajas que tiene para ella y el cuidado de su salud, intentando garantizar la continuidad de cuidados. Es preciso respetar la voluntad y autonomía de la mujer.

Las derivaciones a especialistas, por lo general, han de ser realizadas por personal facultativo, por lo que es conveniente tener una adecuada coordinación entre los/as diferentes profesionales sociosanitarios del equipo, que evite consultas innecesarias a las mujeres. Es recomendable asimismo comunicar la situación y circunstancias de VPM a quienes vayan a continuar la atención a la que se deriva (con el consentimiento de la mujer).

Al cumplimentar los partes de interconsulta hay que tener cuidado con lo que se plasma en papel y cuidar la seguridad, contemplando el posible acceso del maltratador al mismo. Si fuera necesario se enviará por fax o por otros medios una interconsulta detallada, entregando o no a la mujer una copia con menos datos si se considera conveniente por sus circunstancias. Otra opción es que una persona de su confianza se quede con el impreso de la interconsulta.

Si la mujer tuviese hijas o hijos, se contactará con los/las profesionales de pediatría del equipo para que se realice la valoración infantil y se gestione la intervención, siempre coordinada, que proceda.

A continuación se exponen los criterios de derivación a Salud Mental extraídos de la *Guía de Actuación en Atención Primaria* de la Comunidad de Madrid:

18.- La violencia de pareja hacia las mujeres y los servicios de salud. Documento de Salud Pública nº 92. Instituto de salud Pública. CAM, 2004

Criterios de derivación urgente relacionados con situaciones de VPM:

- ⇒ Planificación autolítica.
- ⇒ Episodios de agitación psicomotriz.

Se procederá a la derivación de la mujer al servicio de urgencias de psiquiatría del hospital de referencia para su valoración.

Criterios de derivación preferente relacionados con situaciones de VPM:

- ⇒ Episodios depresivos graves (con ideación autolítica, alteración importante de ritmos biológicos, aislamiento marcado, abandono de autocuidados...). Se entiende por ideación autolítica cuando se expresan verbalmente deseos de acabar con la vida, pero no se ha establecido un plan para ello. Cuando existe planificación autolítica, al deseo de acabar con la vida se añade un modo específico para hacerlo ("tomar pastillas", "tirarse por la ventana").
- ⇒ Trastorno de estrés postraumático.
- ⇒ Descompensación de trastornos psicóticos crónicos .

Criterios de derivación por vía normal relacionados con situaciones de VPM:

- ⇒ Episodios depresivos leves o moderados en el tiempo.
- ⇒ Trastornos de ansiedad en los que existen limitaciones graves.
- ⇒ Asociación de abuso de sustancias.

7.- Recursos disponibles

Los recursos y servicios disponibles van cambiando a lo largo del tiempo tanto en número como en características y prestaciones. Por ello es importante mantener actualizada la lista de recursos tanto estatales como regionales y locales y que cada profesional conozca el funcionamiento de los recursos de la zona y las vías de acceso a los mismos.

7.1.- Servicios de atención telefónica:

- ⇒ **Centro de atención de llamadas de urgencia 112.** Acceso al servicio de emergencias. Es el medio a través del cual se activa la intervención de los servicios de seguridad y emergencia.
- ⇒ **Servicio telefónico 016.** Es un servicio de atención gratuita y profesional a mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas o exparejas que depende del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Funciona las 24 horas, los 365 días al año. Ofrece información de recursos de toda España, asesoría jurídica, derivación de llamadas de emergencia al 112, coordinación de servicios

similares de las Comunidades Autónomas, información a las mujeres víctimas de violencia de género y a su entorno sobre qué hacer en caso de maltrato, información sobre recursos y derechos de las víctimas en materia de empleo, servicios sociales, ayudas económicas, recursos de información, de asistencia y de acogida para víctimas de este tipo de violencia, atención en varios idiomas.

⇒ **900 116 016 para personas con discapacidad auditiva y/o del habla. Depende del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad** y ofrece comunicación en tiempo real a través de texto en un entorno seguro. Se puede acceder a través de los siguientes medios:

- ⇒ Teléfono de texto (DTS)
- ⇒ Teléfono móvil (precisa configuración previa con la aplicación TOBMOVILE)
- ⇒ PDA (precisa configuración previa con la aplicación TOBMOVILE)

La aplicación TOBMOVILE se facilita de forma gratuita en:

www.telesor.es

⇒ **Servicio telefónico 012- Mujer de la Comunidad de Madrid.** Se accede a través del 012, preguntando por el **Programa de Información a la Mujer**. Se trata de un dispositivo centralizado sobre los recursos disponibles en materia de violencia de género que dispone también de la información actualizada de la Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género (PMORVG) y proporciona a la mujer o profesional que lo requiera, la dirección, teléfono y horario de atención del Punto Municipal que le corresponda por domicilio. Su horario de atención es: de 8,00 a 22,00 horas de lunes a viernes, de 10,00 a 22,00 horas sábados, domingos y festivos. Se indicará a las mujeres que fuera de ese horario se ha de llamar al 112. La atención se ofrece también en inglés, francés y rumano.

⇒ **Servicio Telefónico de Atención y Protección para víctimas de la violencia de género (ATENPRO).** Es una modalidad de servicio que, con la tecnología adecuada, ofrece a las víctimas de violencia de género una atención inmediata, ante las eventualidades que les puedan sobrevenir, las 24 horas del día, los 365 días del año y sea cual sea el lugar en que se encuentren. El servicio se basa en la utilización de tecnologías de comunicación telefónica móvil y de telelocalización. Permite que las mujeres víctimas de violencia de género puedan entrar en contacto en cualquier momento con un Centro atendido por personal específicamente preparado para dar una respuesta adecuada a sus necesidades. Además, ante situaciones de emergencia, el personal del Centro está preparado para dar una respuesta adecuada a la crisis planteada, bien por sí mismos/as o movilizando otros recursos humanos y materiales.

Para la puesta marcha de este servicio el Ministerio de Igualdad, titular del servicio ATENPRO, ha firmado un Convenio de Colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias para la gestión del programa.

Para solicitar este servicio es necesario cumplir ciertos requisitos:

- ⇒ No convivir con la persona o personas que les han sometido a maltrato.
- ⇒ Que cuenten con orden de protección o medida de alejamiento vigente, siempre que la autoridad judicial que la emitió no considere contraproducente este servicio para la seguridad de la usuaria.
- ⇒ Participar en los programas de atención especializada para víctimas de la violencia de género existentes en su territorio autonómico.

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

⇒ Se puede obtener más información sobre este servicio a través de los Puntos Municipales, Servicios Sociales municipales y de los teléfonos 902 22 22 92 y 96 369 50 37.

7.2.- Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional contra la Violencia de Género

Son espacios de atención especializada en los que se ofrecen servicios orientados tanto a prevenir la Violencia de Género como a atender a mujeres víctimas de este tipo de Violencia.

En la actualidad son 51 Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género los que cubren el territorio de la Comunidad de Madrid.

Todos los municipios de más de 10.000 habitantes poseen su propio Punto, los de población inferior tienen un Punto en la sede de su Mancomunidad de Servicios Sociales y aquellos que no se encuentran en ninguno de los casos anteriores cuentan con dos Puntos, uno en Colmenar Viejo y otro en Villalbilla.

¿A quién va dirigida la atención?

⇒ A mujeres que sufren violencia de género.

⇒ A profesionales que necesiten apoyo y/o información sobre el desarrollo de actividades dirigidas a la prevención de la Violencia de Género.

¿Qué se hace para prevenir la violencia de género?

⇒ Detectar las necesidades de formación en los ámbitos escolar, social, institucional, etc.

⇒ Apoyar la creación y desarrollo de programas de formación según las necesidades detectadas.

⇒ Elaborar y difundir material divulgativo y especializado para profesionales.

⇒ Desarrollar actividades de sensibilización.

¿Cómo se atiende a las mujeres que sufren violencia de género?

Informando, orientando y derivando a los distintos servicios especializados. Prestando atención psicosocial individualizada a las mujeres y sus hijos e hijas.

La relación actualizada de los Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género puede obtenerse a través de la web de la Dirección General de al Mujer: www.recursosmujeres.org

7.3.- Red de Centros Residenciales para mujeres¹⁹

La Red de Centros para Mujeres de la CM tiene por objeto prestar a las víctimas de VG una asistencia multidisciplinar y de carácter integral.

19.- Modificados de la *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Comunidad de Madrid, 2008.

La protección de las mujeres víctimas y de sus hijos e hijas, constituye una acción prioritaria y urgente cuando se produce violencia, facilitándoles alojamiento seguro, así como otro tipo de recursos.

Proporcionan alojamiento temporal y manutención tanto a las mujeres como a sus hijos/as, a la vez que desarrollan programas de apoyo, asesoramiento especializado y ayuda en la búsqueda de alternativas estables.

Para acceder a los recursos residenciales es necesario tener una edad superior a 18 años y residir en la Comunidad de Madrid.

Centros de Emergencia

En una primera instancia, los centros de emergencia dan, a las mujeres y a sus hijas/os, acogida con carácter de urgencia y por un tiempo limitado. En coordinación con los Servicios Sociales de referencia, se valora el tipo de intervención social que se ha de llevar a cabo. El acceso se realiza a través de los Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género, Servicios Sociales, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y Dirección General de la Mujer.

Centros de Acogida

Constituyen un segundo nivel de intervención. Los centros de acogida sirven de alojamiento temporal mientras se lleva a cabo un plan de atención integral dirigido a facilitar la normalización de la vida de las mujeres que sufren violencia. Estos centros cuentan con equipos multidisciplinares que dan apoyo tanto a las mujeres como a sus hijos/as durante todo el tiempo de estancia. Tienen siempre cubierto el alojamiento, la manutención, la escolaridad y el material escolar. Se accede mediante derivación desde los Centros de Emergencias, Puntos Municipales del ORVG y Servicios Sociales.

Se realiza un seguimiento continuo del proceso de recuperación de cada una de las unidades familiares residentes en el centro. En ellas se evalúan los resultados, se fijan nuevos objetivos y se plantean estrategias de intervención.

Pisos Tutelados

Los Pisos Tutelados se utilizan como salida de los centros de acogida, en aquellos casos en los que, de acuerdo con la situación de las mujeres, se considera necesario apoyarlas como continuación del proceso ya iniciado. Su objetivo es conseguir la autonomía personal y familiar, sin que exista la necesidad de una protección tan amplia como la prestada en los centros de acogida. Hay 9 pisos con un promedio de 8 plazas, más 2 plazas para mujeres discapacitadas físicas y psíquicas.

7.4.- Otros servicios

Existen otros programas y servicios en la Comunidad de Madrid, que incluyen:

⇒ La atención psicosocial a mujeres víctimas de violencia de pareja y a sus hijos e hijas, a través del Programa ATIENDE (Unidad de Atención e Intervención del Daño Emocional) y del Programa MIRA (Se trata de un Programa de recuperación y atención psicológica integral). A ambos programas se accede desde http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1132043896238&idConsejeria=1109266187284&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228570&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1109265444699&pv=1132045593388&sm=1109170600517

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1132043896238&idConsejeria=1109266187284&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228570&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pid=1109265444699&pv=1132045593388&sm=1109170600517

http://www.madrid.org/cs/Satellite?idConsejeria=1109266187284&idListConsj=1109265444710&c=CM_InfPractica_FA&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109170600517&idOrganismo=1109266228570&pid=110926544699&language=es&cid=1132043896238

http://www.madrid.org/cs/Satellite?idConsejeria=1109266187284&idListConsj=1109265444710&c=CM_InfPractica_FA&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109170600517&idOrganismo=1109266228570&pid=110926544699&language=es&cid=1132041678297

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?idConsejeria=1109266187284&idListConsj=1109265444710&c=CM_InfPractica_FA&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109170600517&idOrganismo=1109266228570&pid=110926544699&language=es&cid=1132041678297" \l "perior](http://www.madrid.org/cs/Satellite?idConsejeria=1109266187284&idListConsj=1109265444710&c=CM_InfPractica_FA&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109170600517&idOrganismo=1109266228570&pid=110926544699&language=es&cid=1132041678297)

⇒ Servicios de Orientación Laboral, que proporcionan orientación en materia laboral a mujeres víctimas de la violencia de género o que se encuentren en situación o riesgo de exclusión social.

⇒ Servicio de Orientación y Asistencia Jurídica. Ofrece atención jurídica individualizada a las mujeres como una forma efectiva de conseguir la igualdad en el ejercicio de los derechos ciudadanos, eliminando las barreras que impiden la realización personal y profesional de aquéllas. También se ofrece un servicio de asistencia jurídica en el momento de la denuncia a aquellas mujeres que hayan sido víctimas de violencia por parte de su pareja o expareja. Se puede solicitar en las dependencias donde se vaya a realizar la denuncia y con carácter previo a la misma, totalmente gratuito y prestado por Letrados/as del Turno de Oficio con especialización en esta materia.

Estos recursos, entre otros, pueden consultarse en la Guía de Recursos para Mujeres de la CM, que supone una herramienta de apoyo al trabajo en el ámbito social, así como un acceso para el público en general a la información sobre recursos disponibles para mujeres ofertados por la Comunidad de Madrid, por los ayuntamientos y por asociaciones o fundaciones. Su acceso se realiza a través de la página web www.recursosmujeres.org

El carácter on line de esta guía facilita la búsqueda de recursos adaptada a las necesidades de la mujer. Describe también las características básicas de los recursos, en relación con los servicios ofertados y los principales colectivos de mujeres destinatarias.

Aspectos jurídicos, éticos y legales²⁰

1.- Aspectos Jurídicos

En los últimos años se han producido en el derecho español avances legislativos en materia de lucha contra la violencia de género (VG), así como en el desarrollo de políticas dirigidas a su prevención y atención a las víctimas, que en el ámbito estatal y de la Comunidad de Madrid (CM), pueden resumirse en:

⇒ La Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la VG tiene como objetivo fundamental reducir y erradicar la violencia que sufren las mujeres, fruto de las relaciones de poder, de dominio y de discriminación que han ejercido históricamente algunos hombres sobre éstas, especialmente en el ámbito de la pareja o ex pareja. Este es el ámbito de aplicación de la Ley, tal y como se establece en el artículo primero de la misma; ámbito que se amplía a los hijos e hijas, por ser también víctimas directas o indirectas del entorno familiar.

⇒ La Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la VG de la CM, recoge un conjunto de medidas de carácter integral para la erradicación de la VG y para la asistencia y protección de las víctimas, e incorpora, en su ámbito de aplicación, un concepto amplio de VG, en el que está incluida no solo la violencia que sufren las mujeres en el ámbito doméstico o afectivo, sino también la que padecen en los ámbitos laboral (acoso sexual) y social (agresiones y abusos sexuales, tráfico con fines de explotación sexual y mutilaciones genitales). En cuanto al con-

20.- Modificados de la *Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Comunidad de Madrid, 2008.

cepto de víctima, la Ley parte de un concepto amplio y protector, entendiendo por tal no solo a las mujeres, sino también a sus hijos e hijas, que en la gran mayoría de los casos son víctimas solo por el hecho de ser testigos de la violencia, y en otros casos son ellos también sujetos de amenazas o agresiones que tienen como fin coaccionar a sus madres. Así mismo, también se prevé que puedan tener la consideración de víctimas de la VG otras personas dependientes de una mujer cuando se les agrede para causar perjuicio a esta.

Con respecto a la prevención, las medidas recogidas se centran en el establecimiento de mecanismos para la detección de las situaciones de VG por parte de los profesionales de los servicios sociales, sanitarios y educativos, el reconocimiento de la educación en valores de igualdad como el principal instrumento de prevención de la Violencia, la formación especializada de los profesionales que, tanto desde el campo de la prevención como de la atención a las víctimas, están en contacto con el fenómeno de la VG y la coordinación entre las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad con el fin de hacer más efectiva la prevención de las situaciones de VG.

En cuanto a la asistencia integral a las víctimas esta tendrá un carácter integral y pretende llegar a todas las víctimas de la VG, no solo a las que hacen uso de los Centros de Acogida, sino también a las que permanecen en sus domicilios, haciendo extensiva esta atención a sus hijos e hijas y personas dependientes de la misma. Para conseguir la eficacia deseada se articulan dos instrumentos de coordinación: El Observatorio Regional de la VG, como órgano integrador de las políticas contra la VG en el ámbito de la Administración Autonómica, y la Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional de la VG, como elementos básicos para la atención cercana a las víctimas y la coordinación entre la Administración Autonómica y la Local.



2.- Aspectos Éticos y Legales

En la toma de decisiones ante una situación de maltrato las/os profesionales sanitarios tienen que tener presentes algunos deberes éticos y legales. A veces conjugar ambos puede resultar una tarea difícil. Una correcta valoración de cada mujer en situación de violencia nos ayudará a encontrar el equilibrio en cada caso.

A continuación se presenta un resumen de los 4 principios éticos básicos:

- 1.** Velar por la vida y el beneficio de la salud de las /os pacientes (principio de beneficencia): Todas las intervenciones deben ir encaminadas a mejorar la calidad de vida y la seguridad de la mujer en situación de violencia.
- 2.** Evitar perjuicios para la salud de las pacientes (principio de no maleficencia). Si se emite un parte de lesiones sin tener en cuenta la seguridad y la voluntad de la mujer puede agravarse la situación de violencia y contribuir, no voluntariamente, a empeorar la seguridad de la mujer.
- 3.** Respetar la autonomía de la paciente. En todo el proceso de acompañamiento, salvo en los casos de situación de riesgo vital debemos respetar las

decisiones que tome la mujer y favorecer el aumento progresivo de su autonomía²¹.

4. Respetar el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional. Es básico mantener la confidencialidad y la confianza que ha depositado en las/os profesionales la mujer en situación de VPM. En muchas ocasiones lo que la mujer relata es una experiencia dura, dolorosa y vergonzante. La confidencia que se produce en el ámbito de las consultas es un catalizador del proceso de toma de conciencia y recuperación de la mujer que sufre VPM.

En cuanto al deber legal de denuncia viene recogido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que en su artículo número 262 recoge que "Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante. Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el Artículo 259, que se impondrá disciplinariamente.

Si la omisión en dar parte fuere de un profesor de Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni superior a 250. Si el que hubiese incurrido en la omisión fuere empleado público, se pondrá además, en conocimiento de su superior inmediato para los efectos a que hubiere lugar en el orden administrativo. Lo dispuesto en este artículo se entiende cuando la omisión no produjere responsabilidad con arreglo a las leyes".

21.- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Diseñando el programa

Introducción

Para el trabajo de este Centro Temático el número de sesiones varía en función del tiempo del que se disponga para la formación. Es aconsejable que haya dos personas formadoras (que alternen las funciones de observación y dinamización) a lo largo de todo el curso, así como que éstas personas no cambien con el fin de poder dar continuidad al proceso educativo tomando en cuenta los aspectos que emergen en las sesiones (evaluación de proceso). Aunque es necesario tener un planning previo de sesiones con los objetivos, contenidos, tiempos y metodologías a emplear, es aconsejable también ser flexible e ir adaptando las sesiones a las necesidades del grupo.

Es conveniente utilizar las técnicas para el desarrollo de habilidades (rol-playing, simulaciones, etc) cuando ya hay establecida una relación de confianza, especialmente si los papeles a desempeñar se corresponden con el propio en la vida real o con uno similar. La persona que interpreta en estos casos se encuentra expuesta a la crítica, es más vulnerable y se puede sentir juzgada. Por ello hay que tener especial cuidado en la dinamización de este tipo de técnicas. En caso de que no se disponga de un tiempo suficiente durante el curso como para llegar a este nivel de confianza es más recomendable la realización de rol-playing en el que las personas que interpretan se pongan en un papel muy diferente al suyo en la vida real. Este tipo de dinámicas vienen explicadas en el apartado "Antes de empezar" de esta guía.

A continuación se exponen dos ejemplos de sesiones. Una de ellas corresponde a una sesión de 4 horas de la tercera edición del curso de formación de formadoras/as para el manejo de la VPM en la Comunidad de Madrid (2009), que constó de un total de 40 horas (ya se conoce al grupo y se ha hecho un seguimiento por las formadoras a lo largo de las distintas sesiones). La otra es una sesión aislada para el trabajo de casos de VPM con fines docentes en profesiones sanitarias, preparada para un curso

de formación de formadores/as en VPM (las docentes no conocen previamente al grupo salvo por la información que le han facilitado las personas que lo coordinan ni van a hacer un seguimiento posterior del mismo).



1.-Ejemplo de guion de la primera sesión

Esta sesión de 4 horas se imparte casi al final de un curso de formación de formadores/as en el que las docentes conocen y acompañan al grupo desde la primera sesión. Estos grupos por lo general constan de entre 20 y 25 profesionales sociosanitarios.

Objetivos:

- ⇒ Conocer la propuesta de intervención según las fases de cambio.
- ⇒ Desarrollar habilidades de entrevista clínica precisas para la intervención.
- ⇒ Conocer y emplear técnicas didácticas de desarrollo de habilidades.
- ⇒ Tomar conciencia de los efectos del afrontamiento de la VPM sobre las y los profesionales de la salud.
- ⇒ Proponer las claves para el autocuidado.
- ⇒ Conocer los obstáculos en el rol de formador/a y adquirir herramientas básicas para el manejo de las distorsiones cognitivas.

Contenidos:

- ⇒ Entrevista motivacional.
- ⇒ Intervención según fases de cambio.
- ⇒ Técnicas didácticas de desarrollo de habilidades (rol-playing).
- ⇒ Observación en el aula.
- ⇒ Autocuidado del/la profesional.

Metodología:

Participativa y desde el aprendizaje significativo de personas adultas.

Plan de la sesión

CONTENIDOS	TÉCNICAS	GRUPO	TIEMPO
Repaso sesión + síntesis + resolución dudas	Pregunta al grupo, síntesis y dudas con su ayuda	GG	5'
Explicación sesión de hoy y rol-playing	Expositiva	GG	5'
Intervención según fase de cambio Técnicas didácticas de desarrollo de habilidades Habilidades de entrevista	Preparación de roles por parejas Preparar la observación: Lluvia de ideas ¿Qué tenemos que observar? Organizando la observación	Subgrupo 1 Parejas Subgrupo 2 GG GP	15'
	Desarrollo de 3 rol-playing doble: Rol-playing mujer profesional Rol-playing docente-observación Análisis participativo	GG	1h30' (15') (15')
Descanso			20'
Habilidades de entrevista	Proyección vídeo <i>Habilidades del profesional</i> ¿Qué destacarías de la intervención? Reflexiona sobre ello. (Análisis de entrevista) Puesta en común	GG	5'
		GP	15'
		GG	10'
Intervención en consulta y habilidades de entrevista	Charla participada con apoyo en proyección de presentación	GG	30'
Autocuidado del/la profesional y del/la formador/a	Proyección capítulo 6 video <i>Fragmentos, mujer y violencia</i> y explicación ejercicio Rejilla "volver a pensar, volver a sentir" Phillips 6-6 Puesta en común	GG	10'
		TI	5'
		GP	5'
		GG	10'
Autocuidado del/la profesional y del/la formador/a	Exposición- síntesis final	GG	10'

Guión de la sesión:

⇒ Repaso participado de la sesión anterior. Se pregunta al grupo qué recuerda de la sesión anterior y se hace una breve síntesis con su ayuda. Aclaración de dudas. 5 min. Grupo grande.

⇒ Se explican los temas a tratar en la sesión de hoy y se recuerdan las particularidades de la realización de rol-playing, reforzando positivamente la participación en los mismos. 5 min. Grupo grande.

⇒ Roles de las fases precontemplativa, acción y recaída. 2 horas. Parejas-Grupo pequeño-Grupo grande.

Se piden 12 voluntarios/as y una de las docentes se va con ellos/as a otro espacio: Tres personas interpretarán roles de mujeres que sufren VPM y acuden en diferentes fases de cambio (precontemplativa, acción y recaída); otras tres roles de profesionales que atienden a dichas mujeres en consulta y que no se corresponden con su rol profesional actual (por ejemplo, quien sea trabajadora social en la vida real puede interpretar el papel de un médico varón); las seis personas voluntarias restantes prepararán la dinamización de los roles, que llevarán como docentes en un curso simulado para Equipos de Atención Primaria sobre VPM (una persona con la labor de observación y otra con la de gestión del rol). La preparación de los roles se realiza por parejas, con el apoyo de una docente para aclarar dudas y facilitar la mejor realización de los mismos, durante un tiempo de 15 minutos. Las parejas para la preparación están formadas por: mujer que acude a consulta en fase precontemplativa y profesional que la va a atender; mujer que acude a consulta en fase de acción y profesional que la va a atender; mujer que acude a consulta en fase de recaída y profesional que la va a atender; dinamizador/a y observador/a del rol de fase precontemplativa; dinamizador/a y observador/a del rol de fase de acción; dinamizador/a y observador/a del rol de fase de recaída. Para la preparación de los roles se dispone como documentación de apoyo del apartado referido a fases de cambio de la guía de apoyo para la actuación en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid²². La clave que se da a las personas que van a interpretar roles de mujeres y de profesionales es que su objetivo es mostrar al grupo cómo se hace una intervención adecuada en esa fase de cambio mediante una representación de unos 5 minutos de una parte de una consulta. La clave que se da a las personas que dinamizan y observan es que son docentes en un curso de formación sobre el manejo de la VPM en Atención Primaria, y que su objetivo es dinamizar y observar la realización de un rol de intervención según la fase de cambio en que se encuentre la mujer; la interpretación de los roles mujer-profesional no puede sobrepasar los 6 minutos, y para dinamizar posteriormente al grupo grande contarán con 10 minutos.

El resto del grupo trabajará con la otra formadora los elementos clave de la observación durante 15 minutos. Se empieza con una lluvia de ideas con la pregunta "¿Qué tenemos que observar en una sesión docente?". A continuación se forman grupos pequeños de 4-6 personas para discutir sobre la observación y decidir uno o varios aspectos en los que va a focalizar la atención cada persona que observa. Para ello se utilizará la guía de observación en el aula (Ver Actividad 3. Material 3U). Se les explica que se va a trabajar el tema de la inter-

22.- Ver Intervención según fases de cambio, **Centro Temático 3**.

vención en consulta, y que cuando entre el resto del grupo van a desempeñar el papel real que tienen de un grupo de profesionales de Atención Primaria que está formándose sobre el manejo de la VPM.

Se realizan las representaciones con el grupo grande. Para cada rol mujer-profesional se da un máximo de 8 minutos (si a los 6 minutos no ha cortado la persona con el rol docente se le avisa en voz baja de que tiene que terminar porque ya ha pasado el tiempo; si a los 8 minutos aún no ha cortado se interviene para parar el rol).

Tras la interpretación la persona con el rol docente lleva el análisis del rol-playing frente al resto del grupo. Se observa si sigue el guion siguiente: felicitar las interpretaciones, preguntar cómo se han sentido las personas que han representado, y tanto a ellas como al grupo grande en qué fase estaba la mujer, aspectos positivos y aspectos a mejorar de la intervención. Esta parte de la representación dura 10 minutos máximo.

Se para la representación, se aplaude la interpretación. Se pregunta a la persona que dinamiza y a la que observa cómo se han sentido. Se pide a la que ha hecho el rol de observación que comente qué ha observado y cómo ha intervenido. Al grupo grande que complete la observación. Hay que tener cuidado al hacerlo de que no se caiga en juicios de valor: la observación ha de ser descriptiva de lo que ha ocurrido (por ejemplo, una observación correcta sería "miraba hacia otro lado, tenía las piernas cruzadas y ha cortado en 3 ocasiones de forma brusca" y no "pasaba de todo y ha sido muy borde"). Se preguntan aspectos positivos y a mejorar del rol docente y de observación. El tiempo para esta parte es de 10-15 minutos. En total, el tiempo que lleva cada rol-playing desde que se inicia la representación hasta que termina es de 30 minutos.

Los dos roles restantes se hacen siguiendo el mismo esquema explicado previamente.

Descanso 20 minutos. Cuando se lleva un grupo a lo largo de un curso es buena idea compartir cosas para almorzar o merendar. Por una parte se facilita el cuidado del grupo y por otra se tarda menos en hacer los descansos, evitando retrasos.

⇒ Proyección del capítulo "habilidades del profesional" del video "Fragmentos, mujer y violencia". 5 minutos. Grupo grande.

Se explica que se va a trabajar en grupos y que el objetivo del trabajo es comentar y discutir las distintas intervenciones que se muestren. Cada grupo se centrará en una de las intervenciones, dispondrá de 15 minutos y elegirá a una persona portavoz para la puesta en común. Se forman 3 grupos y se asignan las intervenciones: el 1 clarificación/desculpabilización y tomar contacto con sus sentimientos; el 2 tomar conciencia y manejo de áreas de conflicto y el 3 validar la experiencia y clarificar. 15 minutos. Grupo pequeño.

Se hace la puesta en común de lo discutido. 10 minutos- Grupo grande.

⇒ Presentación con proyector sobre la intervención en consulta. Charla participada. 30 minutos. Grupo grande.

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

⇒Proyección del capítulo 6 de vídeo *Fragmentos, mujer y violencia* que muestra la situación emocional de algunas mujeres en situación de VPM. 5 minutos. Grupo grande.

¿Alguien quiere comentar cómo se siente después de ver este video?. Se aprovecha respuesta para validar sentimientos y hacer ver al grupo la necesidad de cuidarnos ante el trabajo con situaciones de violencia.

Rejilla ejercicio pensar/ sentir y volver a pensar / volver a sentir (Ver Actividad 5, Materiales 5A y 5B). Se explica inicialmente cómo hacer el ejercicio con un ejemplo de una situación concreta que no tenga que ver con violencia y se dan claves para la realización del mismo: descripción objetiva de lo ocurrido. Qué se me ha venido a la cabeza, qué he sentido y hacer el ejercicio de volver a pensar y volver a sentir. Se utilizará para la realización del ejercicio lo que nos ha generado la proyección del video. Explicación grupo grande. 5 minutos. Trabajo individual. 5 minutos.

Se forman grupos pequeños de 4-5 personas para compartir lo elaborado a través de un Phillips 6-6 (o 4-4, 5-5 en este caso) (técnica que ya conocen). Grupo pequeño, 5 minutos.

Se hace una puesta en común en grupo grande (10 minutos).

⇒Presentación con proyector de las propuestas de autocuidado e introducción de distorsiones cognitivas (**Ver Habilidades emocionales en Anexo presentaciones**). Exposición. Grupo grande. 10 minutos.



2.-Ejemplo de guion de la segunda sesión

Sesión de siete horas para el trabajo de casos de VPM con fines docentes en profesiones sanitarias, preparada para un curso de formación de formadores/as en VPM (las docentes no conocen previamente al grupo ni van a acompañarlo con posterioridad).

Objetivos:

- ⇒Aprender las claves necesarias para presentar y trabajar un caso clínico de violencia de pareja desde el enfoque integrado de género con fines docentes.
- ⇒Conocer diferentes técnicas didácticas para el trabajo de casos de VPM con fines docentes.

Contenidos:

- ⇒La importancia del lenguaje. Cómo utilizarlo al presentar un caso.

⇒Objetivos de la presentación de un caso.

⇒Técnicas docentes de trabajo con casos: Análisis de casos, pecera, audiovisuales, rol- playing y simulaciones de los casos.

Metodología:

Participativa y desde el aprendizaje significativo. Sesión llevada por dos personas que alternan el papel de dinamización-observación, aunque en alguna ocasión hace falta que intervengan ambas para alguna técnica (pecera y simulación-dramatización). Como no se conoce al grupo la sesión está diseñada para ir progresivamente aumentando la implicación del mismo en las tareas y técnicas. Por ello se empieza con un juego de confianza como es el "juego del lazarillo", se continúa con la elaboración de casos con guion de análisis en grupos, se sigue con la pecera (en la que hay exposición de las personas portavoces pero siempre con el apoyo y respaldo del grupo), para continuar con la realización de rol-playing apoyado con técnicas de psicodrama, y finalmente simulaciones, que son las requieren un grado mayor de confianza y suponen una situación de mayor vulnerabilidad para las personas voluntarias.

Plan de la sesión:

CONTENIDOS	TÉCNICAS	GRUPO	TIEMPO
Presentación y expectativas	Presentación de docentes. Ronda grupal: Presentación, "¿Qué experiencia tenéis y qué os gustaría aprender?" Propuesta de sesión, metodología y clarificación de expectativas y objetivos (apoyado en presentación con proyector)	GG	50' 9:00 a 9:40
El rol de formador/a	Juego del lazarillo Puesta en común "¿Cómo te has sentido?" Lluvia de ideas: "¿Qué relación puede tener esto con el papel de formadores-as?" Síntesis rol de formador/a.	Parejas GG	30' 9:40 a 10:20
Cómo realizar un caso para análisis. La importancia del lenguaje. Objetivos de la presentación de un caso.	Charla participada con apoyo en presentación con proyector. Ejemplificación de un caso. "El caso de María". Lluvia de ideas: "¿cuáles creéis que son los objetivos docentes?" Verificar redacción, lenguaje. Cosas a quitar/añadir.	GG	40' 10:20 a 11:00
Descanso			

Detección, valoración e intervención

Elaboración de un caso con guion para análisis.	A partir de material de apoyo redacción grupal de un caso y elaboración de guion de análisis. Puesta en común y análisis del trabajo. Síntesis y exposición apoyada en presentación con proyector.	GP GG GG	30' 11:30 a 12:00 25' 20' 12:00 a 12:45
Técnica de la pecera para trabajar casos (desarrollo de habilidades).	El caso de Soraya. Técnica de pecera para la detección de situaciones de VPM. Síntesis y aclaración de dudas.	GP-GG GG	45' 12:45 a 13:30
Comida			1h30' 13:30 a 15:00
Materiales audiovisuales para el trabajo de casos.	Proyección de videos "case-ros" (ficción) y videos para la formación con casos reales. Explicación de utilidad de materiales y debate grupal.	GG	30' 15:00 a 15:30
Rol-playing enriquecido con técnicas de psicodrama.	Dos personas voluntarias hacen un rol-playing (mujer en situación VPM- profesional) que va siendo enriquecido por una de las docentes con técnicas de psicodrama favoreciendo la participación e implicación de todo el grupo. Exposición apoyada en proyector y participada sobre rol-playing, simulaciones, psicodrama.	GG	30' 15:30 a 16:00 30' 16:00 a 16:30
Simulación- dramatización.	Cuatro personas voluntarias para doble rol-playing (mujer-profesional; docente-observación)		45' 16:30 a 17:15
Evaluación	Ronda grupal	GG	15' 17:15 a 17:30

Guion de la sesión:

⇒ Presentación y expectativas. Se inicia con la presentación de las docentes (y de sus roles, de dinamización y observación). Se hace una ronda grupal para conocer al grupo y recoger expectativas: Nombre, profesión y centro de trabajo, ¿qué experiencia tenéis y qué os gustaría aprender en esta sesión?. A este apartado se le dedican 50 minutos ya que por la experiencia de las docentes es excepcional que las sesiones empiecen puntuales por falta de asistencia, cuestión que hay que prever a la hora de planificar la sesión. Es importante tras la recogida de expectativas clarificar los objetivos de la sesión para reajustarlas. Con frecuencia surgen expectativas en torno a la detección o manejo de situaciones de violencia pero la sesión está dedicada a la elaboración de casos con fines docentes, lo que hay que aclarar. Se hace una breve exposición con apoyo sobre la metodología empleada en la sesión y los contenidos de la misma. 50 minutos. Grupo grande.

⇒ Juego del lazarillo. Este juego viene ya descrito en el **Centro Temático 1**. Por parejas una persona se tapa los ojos y hace de ciega y otra de lazarillo que le guía. Luego se intercambian los papeles. Tras el juego se pregunta en grupo grande: ¿Cómo os habéis sentido- cuando te llevaban- cuando llevabas a la otra persona?, para después hacer una lluvia de ideas con la siguiente pregunta: ¿Qué relación puede tener esto con el papel de formadores-as?. Se finaliza con una devolución con las similitudes con la formación. 30 minutos. Parejas-Grupo grande.

⇒ Se realiza una charla participada, apoyada en una presentación con proyector, sobre las claves necesarias para presentar y trabajar un caso clínico de violencia de pareja desde el enfoque integrado de género con fines docentes (**Ver Trabajo casos clínicos_género en Anexo presentaciones**), que incluye el tema del lenguaje, objetivos docentes, aspectos a tener en cuenta a la hora de redactar un caso, etc. Se proyecta un ejemplo de caso con guion de análisis para trabajar sobre él: "El caso de María" (Ver Actividad 4. Material 4H). En grupo grande se hace una lluvia de ideas: ¿Cuáles creéis que son los objetivos docentes de este caso?. ¿Añadiríais o quitaríais alguna cosa? ¿el qué?. Finalmente se hace una devolución al grupo con los objetivos que tenía el caso y cosas mejorables del mismo ligándolo con la exposición previa, y se explica que a la vuelta del descanso se va a trabajar en grupos para redactar casos con guiones de análisis. Otra opción si se ha ido bien de tiempo es hacer el trabajo sobre el caso en grupos pequeños (20 minutos), haciendo posteriormente una puesta en común en grupo grande (20 minutos). 40 minutos. Grupo grande/ 60 minutos. Grupo grande-grupo pequeño-grupo grande.

⇒ Descanso 30 minutos.

⇒ Se forman 4 grupos pequeños (por ejemplo numerándose de forma consecutiva de 1 al 4). A los grupos 1 y 2 se les da la tarea A, y a los grupos 3 y 4 la tarea B. La tarea A consiste en elaborar un caso para analizar con el objetivo de conseguir una valoración adecuada de un caso de VPM. La tarea B es elaborar un caso para análisis con el objetivo de mejorar la valoración del riesgo vital. A todos los grupos se les da documentación de apoyo para hacer la tarea (Ver Actividad 4. Materiales 4I y 4J). 30 minutos. Grupo pequeño.

Se realiza la puesta en común y análisis del trabajo, pidiendo que lean y proyecten con transparencias el caso elaborado con su guion de análisis. ¿Ha resul-

tado fácil/difícil? ¿Por qué? Tras la presentación de la tarea A se pregunta a las personas de los grupos 3 y 4 cuál era el objetivo docente de este caso, y se verifica si coincide o no con el real y en caso de que no sea así se analiza el porqué. Lo mismo se hace tras la presentación de la tarea B, pero preguntando en este caso a los grupos 1 y 2. Se analiza también el lenguaje, aspectos positivos del caso propuesto y aspectos a mejorar. Grupo grande. 35 minutos.

Finalmente se hace una breve síntesis y exposición apoyada en presentación con proyector. Grupo grande. 10 minutos.

⇒Dinámica de la pecera: "El caso de Soraya". Lo ideal es que una de las formadoras dinamice la técnica y la otra represente el rol de Soraya (Ver Actividad 3, Material 3G). El motivo de ello es que la docente puede variar o modular la respuesta en función del fin docente que conoce previamente (desarrollar habilidades de detección), dando más información cuando se pregunte de forma adecuada, o cerrándose ante preguntas inapropiadas o una comunicación no verbal poco favorable. La dinámica de la pecera se explica más extensamente en el apartado "Antes de empezar". Se usan los 4 grupos formados en el trabajo grupal previo, cada uno elige a una persona portavoz que se sitúa delante, estando el resto del grupo detrás para apoyar. La paciente, Soraya, se encuentra frente a las 4 personas portavoces. La dinamizadora explica la técnica: Se va a hacer una entrevista a Soraya. Se trata de una chica de 16 años que acude al médico por granitos en la vulva que le molestan mucho. El objetivo es explorar la existencia o no de una posible situación de VPM. La dinamizadora marcará quién pregunta en cada momento, cambiando la persona que entrevista cuando lo indique. Las personas que entrevistan pueden pedir tiempo muerto cuando no sepan qué hacer y consultar al grupo que está detrás, del que recibirán también sugerencias cuando la dinamizadora lo indique. Se trata de una dinámica rápida, muy participativa, y que ayuda a mantener la atención. La dinamizadora, en un momento dado, da la clave de que hay una urgencia y hay que terminar la entrevista, para pedir un cierre de la misma. Una vez hecho explora cómo se han sentido las personas portavoces, cómo se ha sentido Soraya. ¿Se trata de una situación de VPM? ¿Por qué? ¿Qué dificultades han encontrado? Se devuelven aspectos positivos y a mejorar de las intervenciones. Se explica la dinámica, cómo hacerla, sus ventajas y objetivos como síntesis final. 45 minutos. Grupo pequeño-grande.

⇒Pedir 4 personas voluntarias (para preparar un juego que se hará después de la comida). Se les explica a parte cuál va a ser su papel en la simulación que se hará al final y se sugiere que saquen un hueco para prepararlo antes de que termine el descanso.

⇒Comida. 1 hora 30 minutos.

⇒Se proyectan audiovisuales para el trabajo de casos de VPM: audiovisual con casos ficticios. Vídeo *Cuestión de rutina* http://www.youtube.com/watch?v=HPUT6U5_Vg4&feature=player_embedded&noredirect=1#! y *Cambiando de estrategia (pedir a la Agencia Laín Entralgo)*, y vídeo con casos reales (Capítulo seis del vídeo *Fragmentos, mujeres, salud y violencia*). Breve debate en grupo grande: ¿Creéis que son útiles estos materiales para trabajar casos de VPM? ¿Por qué?. Se recogen las ventajas del uso de audiovisuales y se anima a la propia elaboración casera de audiovisuales con fines docentes. 30 minutos. Grupo grande.

⇒ Rol-playing enriquecido con psicodrama. Se hace una presentación invitando a jugar y avisando de que aunque se pidan personas voluntarias va a intervenir todo el grupo. Se piden dos personas voluntarias que van a interpretar a una mujer que acude a consulta en situación de violencia y a un/a profesional que la atiende. Se da la clave de que se pongan en la piel de una persona totalmente distinta a la suya propia de cara a la representación, a ser posible de distinto sexo y edad, distinta profesión, distinto carácter y distinto posicionamiento frente a la violencia en caso del rol profesional. La dinamizadora da inicio al rol-playing presentando a las personas participantes al resto del grupo y pidiéndole a este que colabore cuando lo indique. Va cortando la representación pidiendo la participación con diferentes técnicas de psicodrama: soliloquio, yo auxiliar, etc. (Ver con más detalle la técnica en **Antes de empezar**). Finalmente se pide un cambio de situación en la representación que mejore la intervención teniendo en cuenta que no cambia ni el contexto ni el carácter del/la profesional que atiende. 30 minutos. Grupo grande.

⇒ Se realiza una exposición apoyada en proyector y participada sobre rol-playing, simulaciones, psicodrama. 30 minutos. Grupo grande.

⇒ Simulación-dramatización. Se anima a seguir jugando y a poner en práctica lo que se ha visto en la presentación. Las 4 personas voluntarias (1 observación, 1 dinamizadora, 1 paciente, 1 profesional) que se animaron antes de comer, ya tienen la tarea explicada. Se van 5 minutos con una de las formadoras para terminar de cerrar el rol-playing, mientras la otra docente explica al grupo grande lo que va a ocurrir en el aula. El objetivo docente es practicar la técnica del rol-playing y la dinamización de los mismos (y no mejorar la actuación frente a situaciones de VPM). Se dan documentación de apoyo para aclarar los papeles de la dinamizadora. También a la observadora se le tiene que explicar la tarea. Antes de empezar la representación se presenta el objetivo docente, la asignación de roles (dinamizadora-observadora, grupo con sus características...). La persona que hace el rol de dinamizadora tiene el apoyo de una de las docentes (que está situada detrás de ella a modo de "yo auxiliar"). Al final cierre grupal con recogida breve de sentimientos, explicación de metodología y aplicaciones. Grupo grande. 45 minutos.

⇒ Evaluación y despedida. Ronda de evaluación y cierre grupal. Se pide una valoración de la sesión, aspectos a mejorar, cosas que quitarían, cosas que añadirían o prolongarían. Se agradece la asistencia y la atención. Se facilita, si procede, un contacto clarificando el apoyo que se puede dar. Grupo grande. 15

Objetivos y contenidos

Objetivos:

- ⇒ Desarrollar la capacidad para detectar, valorar e intervenir de forma adecuada ante situaciones de violencia de pareja hacia las mujeres en servicios sanitarios, teniendo en cuenta la complejidad del problema, integrando la perspectiva de género y considerando la necesidad de autocuidado.
- ⇒ Ser capaces de formar a través de metodologías participativas y desde la perspectiva de género a otros/as profesionales en el manejo de la VPM en Atención Primaria.

Contenidos:

Conceptos a trabajar con el grupo:

- ⇒ La entrevista clínica empática y entrevista motivacional.
- ⇒ Signos de sospecha, situaciones de vulnerabilidad y estrategias de detección.
- ⇒ Elementos clave a valorar en un caso de violencia.
- ⇒ Intervención en episodio agudo de violencia y en riesgo vital.
- ⇒ Intervención según la fase de cambio en que se encuentre la mujer.
- ⇒ Criterios de derivación y acceso a los diferentes recursos.

DetECCIÓN, VALORACIÓN E INTERVENCIÓN

- ⇒ Técnicas didácticas para la profundización y el trabajo de habilidades: Análisis de textos y audiovisuales con guion, rol-playing, pecera, simulaciones.
- ⇒ La observación en el aula.
- ⇒ Diseño de sesiones formativas para un aprendizaje significativo.
- ⇒ El efecto de la violencia sobre los y las profesionales que trabajan con ella.

Actitudes a trabajar con el grupo:

- ⇒ Trabajar las creencias erróneas y las barreras de los profesionales sanitarios en torno a la VPM, potenciando actitudes favorables al adecuado manejo del problema desde Atención Primaria.
- ⇒ Disminuir el grado de tolerancia a la violencia de pareja hacia las mujeres y aumentar la visibilidad de la misma.
- ⇒ Reflexionar sobre el propio posicionamiento de género y frente a la VPM, tomando conciencia del mismo y de su influencia en la actuación y en la formación.
- ⇒ Reflexionar en torno a las obligaciones éticas y legales en la atención de casos de maltrato, y sobre el respeto a la autonomía de la mujer y aspectos de la seguridad.
- ⇒ Desarrollar actitudes favorables a la regulación de conflictos en el aula y a facilitar el aprendizaje.

Procedimientos a trabajar con el grupo:

- ⇒ Habilidades básicas dirigidas a la detección de la VPM en la consulta de AP: identificación y reconocimiento de situaciones de VPM.
- ⇒ Habilidades de escucha activa y entrevista motivacional en el caso de la VPM.
- ⇒ Valoración de situaciones de VPM.
- ⇒ Intervención ante diferentes situaciones de VPM: según fase de cambio, agresión, riesgo vital, con la pareja.
- ⇒ Elaboración del parte de lesiones.
- ⇒ Elaboración del Plan de Seguridad.
- ⇒ Practicar herramientas para fomentar la adquisición de habilidades: el rol-playing, la pecera, simulaciones, etc.
- ⇒ Obtención de materiales didácticos de acuerdo a objetivos docentes.
- ⇒ Diseñar una sesión formativa.
- ⇒ Manejo de emociones desagradables, herramientas de autocuidado.

Menú de actividades

Actividad 1: Barreras para la intervención.

Objetivo: Trabajar las creencias y las barreras de los profesionales sanitarios en torno a la VPM, potenciando actitudes favorables al adecuado manejo y facilitando un cuestionamiento del propio posicionamiento frente a la violencia.

Actividad 2: Características de la entrevista.

Objetivo: Desarrollar actitudes favorables en la entrevista con mujeres en situación de maltrato y buscar alternativas ante dificultades en la entrevista aplicando las bases de la entrevista motivacional.

Actividad 3: Detección, valoración e intervención.

Objetivo: Conocer las bases de la detección, valoración e intervención en situaciones de VPM y desarrollar habilidades para su adecuado manejo, tomando en cuenta la complejidad del problema, el propio posicionamiento y las implicaciones éticas y legales.

Actividad 4: Aprendiendo a enseñar.

Objetivo: Trabajar contenidos y objetivos en torno a la VPM con fines didácticos, poniendo en práctica lo aprendido y afrontando situaciones ante las que se encuentra la persona que forma (elaboración de materiales, diseño de sesiones, práctica de técnicas didácticas).

Actividad 5: Autocuidado del/la profesional.

Objetivo: Reflexionar sobre los efectos de la violencia sobre los y las profesionales que trabajan con ella y desarrollar herramientas para el autocuidado

RECUERDA:

Para facilitar el aprendizaje de los temas a trabajar es útil secuenciar las dinámicas en las siguientes fases:

- 1. Investigando su realidad. Actividades dirigidas a que el grupo aumente la consciencia de su realidad.**
- 2. Profundizando en el tema. Actividades dirigidas a que el grupo reelabore su realidad.**
- 3. Abordando la situación. Actividades dirigidas a que el grupo valore y decida la acción sobre su realidad, el cambio, si lo considera necesario.**

Actividad 1: Barreras para la intervención

Se trata de trabajar las creencias y las barreras de los profesionales sanitarios en torno a la VPM, potenciando actitudes favorables al adecuado manejo del problema desde Atención Primaria y facilitando un cuestionamiento del propio posicionamiento frente a la violencia.

Barreras para la detección e intervención. Se trabaja de forma individual o en grupos pequeños sobre el Material 1A, que es una rejilla para investigar la percepción sobre las barreras que hay en el grupo. Se hace una puesta en común, una síntesis final y se invita a reflexionar sobre lo que podemos hacer para superar estas barreras.

¿Y tú qué opinas?. Se elaboran diferentes tarjetas con cartulinas (Material 1B), en cuyas caras aparecen distintas afirmaciones que se corresponden con creencias extendidas socialmente en torno a la violencia de pareja que constituyen barreras para su adecuado manejo. Se forman parejas y a cada una se le da una tarjeta. Se indica que durante 5 minutos discutan sobre el contenido de la frase y si lo comparten o no, intentando ponerse de acuerdo y llegar a una postura común. Posteriormente leen la argumentación que viene en el revés, discuten brevemente sobre ella, y si quieren pueden optar por cambiar su postura. Se hace una puesta en común en grupo grande: un miembro de la pareja lee la frase y explica si estaban de acuerdo o no, el argumento que se aporta y si han cambiado de postura tras su lectura.

Un ejercicio de cálculo. Se pregunta primero en grupo grande ¿Hay casos de violencia de pareja en la población a la que atendéis? ¿Cuántos casos más o menos habéis tenido cada uno/a el último año?. A continuación se facilita el Material 1C y mediante trabajo individual se pide que hagan el ejercicio de cálculo. En la mayoría de los casos habrá una diferencia muy importante entre el número estimado de mujeres que sufren violencia (y hombres que la ejercen) en la población asistida, y el número percibido y detectado por las y los profesionales. Se devuelve esta realidad al grupo, y se pide en grupos pequeños reflexionar sobre qué factores hacen que sea difícil detectar o que se tenga la falsa percepción de que no hay casos de violencia en la población a la que atendemos. ¿Qué se puede hacer para superar estas dificultades?

Barómetro de creencias. Se pone en pie todo el grupo y se explica la dinámica. Se van a decir diferentes frases con las que se puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Las frases se obtienen de la tabla de creencias del **Centro Temático 3**. Se indica que las personas que estén de acuerdo se pongan en el extremo de una línea imaginaria trazada en el suelo, y las que estén en desacuerdo en el otro extremo. No se permiten posturas intermedias, planteando que es necesario optar. Una vez posicionadas las personas se preguntará a una de cada extremo qué argumentos tiene para estar en ese lado. Si alguna persona ubicada en el lado opuesto resulta convencida puede cambiar de lugar o avanzar en la línea hacia la otra postura. Finalmente se hace una aclaración grupal por la persona dinamizadora de por qué es una afirmación cierta o falsa y por qué esa creencia puede suponer una barrera a la hora de manejar casos de violencia de pareja.

Esta dinámica también permite a los/as formadores/as hacerse una idea sobre el posicionamiento frente a la VPM y las creencias y valores de las personas en formación.

MATERIAL 1A

BARRERAS PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN

Parece que la VPM se detecta poco en Atención Primaria y cuando se hace es por lo general en fases tardías. ¿Crees que esta afirmación es cierta? ¿Qué barreras puede haber para la detección e intervención con mujeres maltratadas en Atención Primaria?

⇒ En lo personal (como "persona" que atiende la consulta)

⇒ En lo profesional

⇒ En lo institucional

⇒ En la sociedad

¿Qué dificultades crees que tiene la mujer que sufre violencia en torno a este problema?

MATERIAL 1B

¿Y TÚ QUÉ OPINAS?

CARA:

La violencia de pareja solo afecta a sectores social y culturalmente desfavorecidos, marginales y con bajo nivel económico: pobres, inmigrantes, analfabetos, clases bajas, drogadictos, alcohólicos, etc.

REVÉS:

Esta creencia ampliamente extendida ignora que, en realidad, los malos tratos de pareja se producen en todos los medios sociales, económicos y culturales. En los sectores económicos más desfavorecidos el problema se visibiliza de forma mucho más evidente. En los niveles socioeconómicos más poderosos, las víctimas no se atreven a denunciar y utilizan mucho menos los recursos sociosanitarios existentes debido a la posición que ostentan y a la presión social a la que se ven sometidas. De esta forma se perpetúa la idea, socialmente admitida de que solamente las familias desestructuradas con graves problemas económicos se ven afectadas por el fenómeno de los malos tratos.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CONSIDERADA
COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.
DOCUMENTO TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA Nº 86, CM.

CARA:

Este hombre no responde al perfil del maltratador: Un hombre así, es incapaz de maltratar a su pareja.

REVÉS:

En algunos casos las y los profesionales conocen o han conocido al agresor y piensan que es incapaz de realizar un acto de estas características. Creen que son imaginaciones o fabulaciones de la mujer en un intento de llamar la atención.

Nunca hay que dejarse guiar por las apariencias, hay que profundizar en cada uno de los casos. La apariencia externa a primera vista "impecable" de muchos maltratadores y el estado ansioso y/o depresivo de las víctimas no prueban nada. No existen perfiles "tipo" de maltratadores ni de víctimas.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CONSIDERADA
COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.
DOCUMENTO TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA Nº 86, CM.

CARA:

Los hombres son más violentos y/o agresivos que las mujeres.

REVÉS:

Se pretende presentar al varón como "naturalmente" violento, justificando el hecho de que es mucho más difícil para el hombre que para la mujer poder controlar sus impulsos agresivos.

Sin embargo, el varón es agresor y violento por razones culturales, no por motivos naturales. Además su actitud violenta es selectiva, siempre dirigida hacia la persona sobre la que puede ejercer control y dominación y no sobre aquellos/as sobre los/las que no tiene poder, por ejemplo un jefe o una jefa. Es decir, la pretendida falta natural de "control masculino" siempre se produce dentro del mismo contexto, el de su pareja, siendo el agresor perfectamente capaz de controlarse en otras situaciones.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CONSIDERADA
COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.
DOCUMENTO TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA N^º 86, CM.

CARA:

La mujer es responsable de la situación en la que se encuentra: Ella se lo ha buscado y le ha provocado, o bien ella lo soporta porque es lo que le han enseñado, forma parte de su educación.

REVÉS:

Estas ideas se repiten constantemente en la conciencia popular y alimentan el prejuicio de que la mujer maltratada tiene también buena culpa de ello.

A los hombres les interesa perpetuar el mito de la provocación para atenuar la responsabilidad y para justificar su conducta ante sí mismos y ante la sociedad.

Los hombres no maltratan a las mujeres porque éstas les provoquen o porque se lo merezcan. Ellos maltratan cuando quieren, en cualquier momento y sin ninguna razón. A los hombres se les educa y se les obliga a ser dominantes y controladores y esto tiene como consecuencia lógica los malos tratos a mujeres. (Mullender 2000).

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CONSIDERADA
COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.
DOCUMENTO TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA N^º 86, CM.

CARA:

El problema se está exagerando: no hay tantas mujeres víctimas de violencia de pareja. Si fuera tan grave la mujer ya se habría ido de casa.

REVÉS:

Se podría pensar que los casos realmente serios e inquietantes son aquellos que son notoriamente violentos con resultado de muerte o de lesiones graves o muy graves. Por el contrario, parecería que las situaciones cotidianas de indefensión y sometimiento, (emocional, psíquico, sexual, económico...) en que viven millones de mujeres no son dignas de mención y no merecen mayor atención, porque si no las mujeres víctimas serían las primeras en denunciarlo.

Sin embargo, la escalada lenta y progresiva de la violencia impide que la víctima distinga lo que es normal de lo que no (Salber&Taliaferro, 2000). La mujer víctima de violencia tiene terror a su agresor y las represalias que este podría utilizar si ella decidiera abandonar el hogar (tanto contra ella como contra sus hijas e hijos). Además, la víctima está fuertemente inmovilizada por el trauma físico y psíquico, por el sentimiento de culpa, por no saber a dónde acudir a pedir ayuda, por su situación de dependencia económica, y por su "deber de responsabilidad" frente a sus hijos e hijas, ("mantener la familia pase lo que pase" y "aguantar lo que haga falta" es un mandato de género para las mujeres).

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CONSIDERADA
COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.
DOCUMENTO TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA N° 86, CM.

CARA:

La violencia de pareja es un asunto privado de familia: los trapos sucios se lavan en casa.

REVÉS:

Esta forma de afrontar los hechos ha provocado que durante años el problema de los malos tratos de pareja fuera ignorado, minimizado e incluso "disculpado".

La violencia de género no solo se produce dentro de la familia sino en muchos otros medios y situaciones, lejos de ser un problema estrictamente privado, es un problema muy grave de índole social que afecta a millones de mujeres en el mundo entero. La violencia de pareja es una forma muy severa de violencia contra las mujeres, contra sus derechos humanos más fundamentales y un ataque directo a su integridad y su dignidad.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CONSIDERADA
COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.
DOCUMENTO TÉCNICO DE SALUD PÚBLICA N° 86, CM.

CARA:

El problema de la violencia contra las mujeres es un tema que se puede abordar "objetivamente", como algo alejado y ajeno a la persona que habla de él.

REVÉS:

La violencia es un problema del orden de lo subjetivo, lo cercano y lo no ajeno. Ella siempre nos toca de un modo u otro, como sujetos u objetos, violentos o violentados. No es ajena a quien la ejerce, se experimenta subjetivamente y se vive desde la propia historia. Habitualmente varones y mujeres se colocan respecto a ella en posiciones valorativas disímiles, lo que condiciona su ubicación frente al problema. De todo esto, por supuesto no escapan quienes se culpan profesionalmente del problema. La violencia actúa siempre como material tóxico que lo impregna todo (de aquí la necesidad de abordar también, con los/as profesionales de este campo lo que el trabajo produce y los efectos de ser testigo).

OBSTÁCULOS A LA COMPRENSIÓN Y A LAS INTERVENCIONES SOBRE LA VIOLENCIA (MASCULINA) CONTRA LAS MUJERES EN LA PAREJA, Luis Bonino, 2003.

CARA:

La violencia es fácilmente reconocible, y siempre inaceptable como tal.

REVÉS:

La violencia no es fácilmente reconocible debido a un conjunto de operaciones simbólicas cuyo objetivo es precisamente minimizarla, negarla, ocultarla y justificarla para que pueda ser realizada y admitida. Estas operaciones son: la naturalización, la invisibilización, la legitimación, la insensibilización y la banalización. Son procesos activos de desconocimiento usados por las personas y la sociedad. Existen también operaciones psicológicas que permiten hacer aceptables los comportamientos violentos... Estos procesos y operaciones hacen más difícil reconocer la violencia, sus causas y agentes, avalan la transgresión de las reglas de convivencia pacífica, desmienten la experiencia de la mujeres, eximen de responsabilidad a quien la ejerce y descontextualizan el problema... Para desarrollar intervenciones contra la violencia todo esto tiene que ser detectado y desarmado, y ello requiere un juicio crítico sobre muchos e importantes mecanismos sociales y personales.

OBSTÁCULOS A LA COMPRENSIÓN Y A LAS INTERVENCIONES SOBRE LA VIOLENCIA (MASCULINA) CONTRA LAS MUJERES EN LA PAREJA, Luis Bonino, 2003.

CARA:

Se visibiliza socialmente a la víctima/ mujer/ niña y se invisibiliza al victimario, con la consiguiente definición del problema como de mujeres o de pareja o familiar.

REVÉS:

La violencia contra las mujeres en la pareja es un problema de producción fundamentalmente masculina, donde no hay problemas de pareja, sino una pareja con el problema de uno, que la otra afronta como puede, y que por tanto, no puede ser resuelto con estrategias familiares que diluyen las responsabilidades.

Nombrar a los varones- según muestran las estadísticas-, como los principales autores de esta violencia supone responsabilizarlos y también hacerlos sujetos posibles de prevención, rehabilitación, pero también de compromiso en la colaboración activa en la lucha contra la violencia. Hablar no solo de asesinadas sino también de asesinos, de denunciados más que de denuncias, de maltratadores más que de mujeres maltratadas, de expulsados del hogar por peligrosos mas que de beneficiarias de una orden de protección contribuye a esta visibilización.

OBSTÁCULOS A LA COMPRENSIÓN Y A LAS INTERVENCIONES SOBRE LA VIOLENCIA (MASCULINA) CONTRA LAS MUJERES EN LA PAREJA, Luis Bonino, 2003.

CARA:

La mujer, al menos en parte, es responsable también de la violencia, ya que en ocasiones la provoca con su actuación, o rechaza separarse prolongando la situación. Si realmente quisiera podría prevenir nuevos episodios de violencia.

REVÉS:

Es necesario revisar críticamente las afirmaciones y explicaciones más frecuentes del discurso social acerca de las causas femeninas de violencia. La mayoría son mitos que responsabilizan a la mujer de su sufrimiento y construyen una segunda victimización. Los más frecuentes: las "provocaciones femeninas" de la violencia, el masoquismo o la conveniencia de la mujer, la incapacidad de decir no, la madre como socializadora exclusiva de los varones en el uso de la violencia. El único responsable de la violencia es quien la ejerce. En tanto la violencia responde a causas sociales se hace también indispensable responsabilizar a las estructuras e instituciones sociales que cuando no promueven la violencia, la ocultan o la omiten por acción u omisión.

OBSTÁCULOS A LA COMPRENSIÓN Y A LAS INTERVENCIONES SOBRE LA VIOLENCIA (MASCULINA) CONTRA LAS MUJERES EN LA PAREJA, Luis Bonino, 2003.

MATERIAL 1C

UN EJERCICIO DE CÁLCULO

¿CUÁNTAS MUJERES EN UNA SITUACIÓN DE VPM PUEDEN IR A TU CONSULTA?...

Según un estudio poblacional de la Comunidad de Madrid 10,12% de mujeres adultas han sufrido violencia por parte de su pareja o expareja en el último año, ¿aproximadamente cuántas mujeres de tu cupo o población asignada habrían sufrido VPM en el último año?

¿Y CUÁNTAS PODRÍAS VER HOY?...

Varios estudios apuntan a que aproximadamente un 20% de las mujeres que acuden a centros de Atención Primaria habrían sufrido VPM en el último año, ¿cuántas mujeres habría con una situación de VPM en la consulta que pasas hoy?

Actividad 2: Características de la entrevista

Las características de la entrevista se trata de forma integrada en los siguientes apartados (detección, valoración, e intervención). Con esta actividad se pretende reflexionar sobre las características que debe tener la entrevista en situaciones de malos tratos, potenciar actitudes favorables en la entrevista e iniciar un proceso de reflexión ante dificultades que pueden presentarse durante la entrevista. Se introducen asimismo los principios de la entrevista motivacional como herramienta a emplear ante situaciones de VPM.

Características de la entrevista. Se proyectan dos diapositivas sobre características de los malos tratos (**Ver Características malos tratos en Anexo presentaciones**). Y a continuación se hace bien una lluvia de ideas, bien un Phillips 6-6 con la siguiente pregunta: "Teniendo en cuenta las características de los malos tratos: ¿Qué características debe reunir la entrevista clínica ante estas situaciones?". Se recogen las respuestas y se termina proyectando las características de la entrevista en situaciones de VPM (**Ver Detección y valoración en Anexo presentaciones**).

¿Una situación difícil? Se forman 3 grupos pequeños, asignando a cada uno que se fije más en una de las tres partes del vídeo que se va a proyectar a continuación: Grupo 1- Cuestión de rutina; Grupo 2- Intentándolo otra vez; Grupo 3- ¿Una situación difícil?. Se proyecta el material audiovisual que consta de tres fragmentos breves ficcionados de entrevista en consulta ante situaciones de VPM (ver: http://www.youtube.com/watch?v=HPut6U5_Vg4&feature=player_embedded&noredirect=1#!). Se entrega el Material 2A para el trabajo en los grupos pequeños, pidiendo a cada grupo que se centre más en el fragmento observado. Posteriormente se hace una puesta en común, debate y reflexión grupal sobre las actitudes a evitar y a potenciar en consulta.

Trabajar las resistencias. Mediante esta dinámica se reflexiona sobre las actitudes del/la profesional frente a las conductas de resistencia de la mujer, buscando respuestas positivas para su manejo. Se trabaja el Material 2B en grupos pequeños, respondiendo a las situaciones planteadas. Posteriormente se hace una puesta en común, debate grupal sobre las resistencias, para terminar con una técnica expositiva sobre la metodología de la entrevista motivacional (**Ver Detección y valoración en Anexo presentaciones**). Las respuestas adecuadas a las situaciones planteadas se encuentran en la página 66 de la *Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la VPM* de la CM.

Buscando alternativas. Se trata de hacer un trabajo colectivo de búsqueda de alternativas ante dificultades que pueden presentarse en la entrevista con mujeres en situación de VPM. Se forman 5 grupos pequeños y a cada uno se le da una tarjeta con una situación difícil (Material 2C): Grupo 1- Preguntas/respuesta; Grupo 2- Controntación/Negación; Grupo 3- Estigmatizar y etiquetar; Grupo 4- Énfasis prematuro; Grupo 5- Culpabilización. La tarea de cada grupo es buscar una actuación alternativa para superar la dificultad propuesta. Posteriormente se hace una puesta en común donde el/la portavoz del grupo explica cuál es la dificultad que le ha tocado a su grupo y cómo han decidido afrontarla. Se hace una síntesis final y aclaración basándose en la tabla que aparece en la página 67 de la *Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la VPM* de la CM (**Ver Detección y valoración en Anexo presentaciones**).

Habilidades del/la profesional. Proyección del capítulo "habilidades del profesional" del video "Fragmentos, mujer y violencia". Se explica que se va a trabajar en 3 grupos y cada grupo va a comentar y discutir una de las intervenciones que se muestren: clarificación/desculpabilización y tomar contacto con sus sentimientos; tomar conciencia y manejo de áreas de conflicto; validar la experiencia y clarificar. Se hace la puesta en común de lo discutido.

MATERIAL 2A

	Actitudes a evitar	Actitudes a potenciar	Qué más habrías hecho...
1.-CUESTIÓN DE RUTINA			
2.-INTENTÁNDOLO OTRA VEZ			
3.-¿UNA SITUACIÓN DIFÍCIL?			

MATERIAL 2B

TRABAJAR LAS RESISTENCIAS

Tradicionalmente se entiende como resistencia cualquier aspecto de la actividad del o la paciente que surge en un proceso terapéutico y que pensamos que obstruye su curso. En el caso de entrevistas con mujeres maltratadas, es habitual que surjan resistencias en los primeros momentos de la intervención y pueden relacionarse con miedo a su retraumatización, sentimientos de vergüenza y humillación, o con determinadas actitudes o acciones del o la profesional (por ejemplo, estilos confrontativos). En la intervención es importante identificar y utilizar la información que nos dan las resistencias para, de una forma conjunta con la mujer, usarlas como un elemento útil para el cambio.

¿Cuál crees que debería ser la actitud del/la profesional frente a las siguientes conductas de resistencia de la mujer?

⇒Pone a prueba los conocimientos y habilidades profesionales, reta, desvaloriza y expresa hostilidad.

⇒Interrumpe de manera defensiva: discute y corta el diálogo.

⇒Niega: no reconoce la existencia del problema, se excusa, minimiza el riesgo y manifiesta reticencias ante las propuestas de cambios.

⇒Muestra señales de ignorar al profesional: desvía la dirección de la conversación, mostrando falta de atención y de respuesta.

MATERIAL 2C

BUSCANDO ALTERNATIVAS

A continuación se expone una situación de dificultad que puede presentarse en la entrevista con mujeres maltratadas. Busca una actuación alternativa para superar la dificultad propuesta:

TARJETA 1. PREGUNTAS-RESPUESTA

En una entrevista que transcurre como un interrogatorio (preguntas-respuesta), la mujer asume un rol pasivo. Esta forma de entrevista inhibe las posibilidades para que la mujer analice su situación y elabore un discurso propio que fomente la motivación.

TARJETA 2. CONFRONTACIÓN-NEGACIÓN

Suele ser la situación más frecuente. Si se detecta o se sospecha maltrato y desde el principio se habla en términos de "gravedad" la mujer posiblemente se sitúe a modo de contrapeso y por la ambivalencia, en el extremo opuesto ("esto que me pasa a mí no es tan grave").

TARJETA 3. ESTIGMATIZAR Y ETIQUETAR

Abordar la situación de la mujer desde el principio con una visión estereotipada en la que todo se atribuye directamente al maltrato sin dar oportunidades para el cambio.

TARJETA 4. ÉNFASIS PREMATURO

Suele ocurrir cuando la intervención se centra sobre lo que el/la profesional considera como problema, en lugar de abordar la situación desde el punto de vista de la mujer.

TARJETA 5. CULPABILIZACIÓN

Es frecuente que la mujer en situación de maltrato, tienda a culparse o a disculparse o a atribuir sus responsabilidades a otras personas.

Actividad 3: Detección, valoración e intervención

En esta actividad se va a trabajar la detección, valoración e intervención ante casos de VPM a través de distintas técnicas didácticas. Aunque en situaciones reales en ocasiones se solapa la detección con aspectos de la valoración e intervención, se distinguen estas tres fases con fines didácticos, para permitir estructurar y secuenciar la forma de actuar más fácilmente. En la presentación de las dinámicas de esta actividad se sigue también esta secuencia, con el fin de facilitar el aprendizaje.

RECUERDA:

Es conveniente usar las técnicas didácticas de dramatización para el desarrollo de habilidades (rol-playing, simulaciones, etc) cuando ya hay establecida una relación de confianza en el grupo.

Nombrar y describir. Se trata de hacer un ejercicio encaminado a averiguar qué conoce el grupo en relación a los signos de sospecha de maltrato y a las situaciones de mayor vulnerabilidad para sufrirlo. Para ello se dispone de varias rejillas (Material 3A, 3B, 3C, 3D, 3E y 3F) que se pueden trabajar por parejas o en grupo pequeño. Después se realiza una puesta en común, se completan los aspectos que falten y se aclaran posibles errores a través de una presentación con proyector (**Ver Detección y valoración en Anexo presentaciones**).

¿Qué preguntas harías para detectar un caso de violencia? Se hace una lluvia de ideas con esta pregunta en grupo grande, recogiendo las sugerencias y haciendo una presentación participada sobre detección después (**Ver Detección y valoración en Anexo presentaciones**).

¿Cómo y qué preguntamos? Uno/a de los/as formadores/as, relacionando con lo trabajado previamente, resalta la importancia de detectar, pero... ¿cómo lo hacemos? ¿cómo y qué preguntamos?. Expone la siguiente situación al grupo grande: Vamos a suponer que "yo soy Matilde, 50 años, mujer que acude a consulta porque le duele la espalda", y en la que queréis explorar una posible situación de VPM. ¿Qué me preguntáis?. La paciente ficticia va paseando por la sala haciendo sugerencias y exagerando respuestas con el fin de favorecer la expresión de preguntas más favorables a la detección. A continuación y tras poner la presentación sobre detección (**Ver Detección y valoración en Anexo presentaciones**) el ejercicio se puede repetir haciendo el papel de varias mujeres (algunas en situación de violencia explícita, otras violencia psicológica sutil y otras sin violencia) para introducir el debate sobre el umbral de visibilidad y el umbral de tolerancia. Se preguntaría al grupo después de cada caso: ¿Está María-Luisa-Josefa, X... en una situación de violencia? ¿Por qué?.

Pecera (explicación de la dinámica en **Antes de empezar**, página 28): **El caso de Soraya**. Se forman 4 grupos pequeños y cada uno elige a una persona portavoz que se sitúa delante, estando el resto del grupo detrás para apoyar. La paciente, Soraya (que puede ser una persona voluntaria o un/a formador/a), se encuentra frente a las 4 personas portavoces. Se entrega al voluntario/a el rol a interpretar para que lo lea (Ver Material 1G). Mientras la dinamizadora explica la técnica: Se va a hacer una entrevista a Soraya. Se trata de una chica de 16 años que acude al médico por granitos en la vulva que le

molestan mucho (el rol está sacado de un caso real de VPM). El objetivo es explorar la existencia o no de una posible situación de VPM. La dinamizadora marcará quién pregunta en cada momento, cambiando la persona que entrevista cuando lo indique. Las personas que entrevistan pueden pedir tiempo muerto cuando no sepan qué hacer y consultar al grupo que está detrás, del que recibirán también sugerencias cuando la dinamizadora lo indique. Se trata de una dinámica rápida, muy participativa, y que ayuda a mantener la atención. La dinamizadora, en un momento dado, da la clave de que hay una urgencia y hay que terminar la entrevista, para pedir un cierre de la misma. Una vez hecho explora cómo se han sentido las personas portavoces, cómo se ha sentido Soraya. ¿Se trata de una situación de VPM? ¿Por qué? ¿Qué dificultades han encontrado? Se devuelven aspectos positivos y a mejorar de las intervenciones. Se explica la detección (**Ver Detección y valoración en Anexo presentaciones**) y la dinámica, cómo hacerla, sus ventajas y objetivos como síntesis final.

Rol-playing de detección sistemática: Mujer hipertensa. Se piden dos personas voluntarias. Una hará de profesional sanitario y otra de mujer que acude a consulta (y que no tiene una situación de VPM). Se les entregan los papeles a representar (Material 3H) para que los lean de forma individual, cuidando que no los compartan y aclarándoles una de las docentes las dudas que puedan tener sobre los mismos antes de la representación. Se presenta el juego de rol pidiendo a los/as voluntarios/as en primera persona que nos digan cómo se llaman y qué van a hacer ("Me llamo Josefa, tengo 50 años. Soy una mujer hipertensa y voy a la consulta de enfermería a control". "Me llamo Javier, tengo 32 años. Soy enfermero de atención primaria. Me he propuesto preguntar a todas las mujeres para intentar detectar casos de violencia. Tengo citada a Josefa para un control de tensión"). Se dan 10 minutos para la entrevista. Luego se analiza el rol siguiendo el siguiente guion: 1. Felicitar la interpretación; 2. Preguntar cómo se han sentido los/las actores/actrices; 3. ¿Se trata de un caso de VPM? Primero se pregunta al que ha hecho el rol de profesional, luego al grupo y luego a la paciente. ¿Por qué?; 3. Aspectos positivos de la actuación; 4. Aspectos a mejorar. Se señalan y refuerzan positivamente las intervenciones correctas y se añaden sugerencias que no hayan surgido del análisis grupal, haciendo una devolución y breve síntesis. El Material 3G (Caso de Soraya) también puede usarse en un juego de roles de detección y valoración (mujer que sí está en una situación de VPM). En este caso la persona con rol de profesional haría el rol de médica/o.

Rol-playing de detección ante signos de sospecha: El caso de Juana. Se piden dos personas voluntarias. Una hará de profesional sanitario (médica de familia) y otra de mujer que acude a consulta (y que sí tiene una situación de VPM aunque no es muy consciente y no está dispuesta a contarlo. El caso está sacado de una situación real). Se les entregan los papeles a representar (Material 3I) para que los lean de forma individual, cuidando que no los compartan, y aclarándoles una de las docentes las dudas que puedan tener sobre los mismos antes de la representación. Se presenta el juego de rol igual que en la dinámica anterior. En este caso por la actitud de Juana tendría que existir sospecha de VPM, y Natalia, la profesional, debería intentar indagar una posible situación de violencia, aunque la exploración en una primera consulta va a ser negativa. Se analiza el rol-playing siguiendo el mismo guion que en la dinámica anterior. Se explica que han pasado 5 días y Juana vuelve a consulta. A Juana se le cuenta una nueva situación a interpretar: "Vas a ir diciendo que te sigue doliendo mucho y pidiendo de nuevo una radiografía. Si la actitud de la médica es de buen trato y escucha, a la mínima vas a entrar en confianza, diciendo que aunque el otro día dijiste que no, en realidad lo que ha pasado es que tu marido te golpeó". Se para aquí el rol-playing y se hace un breve análisis, incidiendo en la importancia de preguntar, con uno de valoración basado en el mismo caso.

Rol-playing de detección: Una situación difícil. En este juego de rol se trata de presentar una situación difícil al/la profesional: La mujer a la que quiere entrevistar para valo-

rar una posible situación de VPM viene acompañada por su marido. El objetivo es trabajar qué estrategias se pueden desarrollar ante esta situación. La docente puede cortar en un momento dado la representación y elaborar con el grupo nuevas propuestas de recon-

RECUERDA:

Lo ideal es trabajar los rol-playing una vez explicado el contenido mediante técnica expositiva más o menos participada (Ver *DetECCIÓN y VALORACIÓN en Anexo presentaciones*), para poner en práctica los contenidos vistos.

ducción de la situación, utilizando técnicas de psicodrama. Una vez se haya conseguido una entrevista a solas se puede desarrollar el rol-playing como los otros explicados previamente de detección.

¿Qué aspectos hay que valorar ante una situación de VPM? En grupo grande se realiza una lluvia de ideas con esta pregunta, recogiendo las ideas que surjan y organizándolas en un papelógrafo, para después hacer una exposición enlazando con lo surgido en la lluvia de ideas, e incidiendo en los aspectos que no hayan salido del grupo. Otra opción es hacer una charla participada sobre el tema de la valoración partiendo de esta pregunta (Ver el apartado de valoración en *DetECCIÓN y VALORACIÓN en Anexo presentaciones*).

Rol-playing de detección y valoración: Mujer "hiperfrecuentadora". Se trabaja con la misma metodología que en los rol-playing presentados previamente para la detección. Los papeles para profesional sociosanitario y mujer que acude a consulta se encuentran descritos en el Material 3J. Se puede, asimismo, enriquecer los roles si se considera de ayuda para los fines docentes (Ver *Role Playing_docencia en Anexo presentaciones*).

Análisis de un caso: Episodio agudo de violencia. Se trabaja en grupos pequeños el caso del Material 3M, basado en un caso real, con un guion de análisis. Después se realiza una puesta en común y discusión en grupo grande. El caso se da inicialmente con solo la primera pregunta, y posteriormente se añade la segunda, para no condicionar respuestas. Sirve para reflexionar sobre prejuicios en la asistencia, y trabajar la valoración e intervención en caso de episodio agudo de violencia, que se repasa tras terminar la dinámica (Ver *Intervención en consulta en Anexo presentaciones*).

Análisis de un caso: Riesgo vital alto. Se trabaja en 3 grupos pequeños el caso del Material 3N con un guion de análisis, que se corresponde con un caso de alto riesgo vital. A cada grupo se le asigna una de las 3 preguntas para analizar (solo si les da tiempo trabajarán el resto). Se hace una puesta en común en grupo grande, aclarando dudas y terminando con una exposición sobre la intervención en caso de riesgo vital alto y realización de parte de lesiones (Ver *Intervención en consulta en Anexo presentaciones*). Para la realización del parte de lesiones se utiliza el Material 3Ñ. Se puede aprovechar el caso para discutir sobre los aspectos éticos y legales en torno a la realización del parte de lesiones.

Análisis de un caso: Doctora, necesito la baja. Se trabaja en grupos pequeños el Material 3P. (Una opción es dar distintos materiales a los distintos grupos para analizar varios casos en una sola dinámica). Se hace puesta en común en grupo grande, aclarando dudas y haciendo una breve síntesis final. Este caso sirve para trabajar detección, valoración e intervención.

Análisis de un caso: Consulta joven. Se trabaja con la misma metodología que en los casos para analizar presentados previamente (discusión en grupos pequeños+puesta en común) el Material 3Q. Este caso en concreto está dirigido a reflexionar sobre las posibles intervenciones con adolescentes en torno a la VPM. Es útil, por lo tanto, para ir más allá de la intervención en consulta, y comenzar a trabajar estrategias de prevención y promoción de la salud.

Análisis de un audiovisual: Situaciones simuladas de consulta. Se proyecta el vídeo que consta de los fragmentos: 1. Cuestión de rutina; 2. Intentándolo otra vez ; 3. ¿Una situación difícil? (**Ver Intervención en consulta en Anexo presentaciones**). Después en grupo pequeño hacer un análisis con las siguientes preguntas: ¿Te parece real este caso?, ¿Te parece adecuada la actuación de la profesional? ¿Por qué?; ¿Qué cosas cambiarías y qué cosas faltarían por hacer?. Cada grupo se centra en uno de los fragmentos. Se hace una puesta en común y se discuten aspectos de la intervención.

Rol-playing de valoración-intervención: El caso de Juana (continuación). Se retoma el "Caso de Juana" ya trabajado para la detección cambiando las personas voluntarias para la interpretación. Se dan nuevos datos para el juego de rol (Ver Material 3K). Se procede como en los rol-playing anteriores de detección y valoración para la presentación y análisis. En este caso el objetivo docente es aprender a hacer una valoración breve y adecuar la intervención a lo que el/la profesional encuentre al valorar: Se trata de una situación crónica de malos tratos, con algún dato de riesgo vital (fácil acceso a armas y antecedentes de agresiones serias previas) pero que no es nuevo (existe desde hace años), en el que la mujer no quiere denunciar. Es un caso especialmente apropiado para debatir las implicaciones éticas y legales de la asistencia. También lo es para reflexionar sobre el tema de los efectos y la actuación con los y las menores testigos y víctimas de VPM.

Simulación de actuación según fase de cambio. Se trata de realizar dramatizaciones para practicar la intervención según la fase de cambio en la que se encuentre la mujer. Para ello se piden 6 personas voluntarias: 3 harán el rol de profesional y 3 el de mujeres que acuden a consulta (Ver Material 3R, 3S y 3T). La interpretación de los roles se prepara por parejas (profesional y mujer atendida para cada fase de cambio: Precontemplativa, acción y recaída). El objetivo es mostrar al resto del grupo una intervención adecuada al momento en el que se encuentra la mujer. Para ello pueden apoyarse a la hora de preparar el rol en la tabla de actuación según fase de cambio de la Guía de actuación en Atención Primaria (Fase precontemplativa ⇨Página 31; Fase de acción ⇨Página 35; Fase de recaída ⇨Página 37) y elaborar un breve guion. También contarán con el consejo y acompañamiento de una de las personas formadoras. Mientras se preparan los roles con el resto del grupo se trabaja la observación. Se hace una lluvia de ideas con la pregunta: ¿Qué tenemos que observar en una sesión docente?, para trabajar posteriormente en grupos pequeños sobre un guion de observación en el aula (Ver Material 3U) y distribuirse algún aspecto concreto que observar durante la realización de los rol-playing. En el análisis de la simulación se sigue el siguiente guion: 1. Felicitar interpretación; 2. Preguntar cómo se han sentido; 3. Preguntar al grupo en qué fase de cambio se encuentra la mujer y posteriormente preguntar a los/as actores/actrices para ver si se corresponde o no; 4. Aspectos positivos de la intervención; 5. Aspectos a mejorar.

Posteriormente se pide al grupo que cuente qué ha observado. Se cierra con una exposición sobre la intervención según fases de cambio (**Ver Intervención en consulta en Anexo presentaciones**).

RECUERDA:

Un buen recurso didáctico es la grabación de las dramatizaciones con cámara de vídeo: Permite volver atrás y recoger textualmente lo ocurrido, incidiendo sobre aquellos aspectos de mayor interés.

MATERIAL 3A

NOMBRAR Y DESCRIBIR

Signos, actitudes y comportamientos que alertan sobre una posible situación de VPM en una mujer que tenga o haya tenido pareja en los siguientes casos:

⇒ Mujer sin lesiones físicas aparentes.

⇒ Signos y síntomas relacionados con la Salud Mental

MATERIAL 3B

NOMBRAR Y DESCRIBIR

Signos, actitudes y comportamientos que alertan sobre una posible situación de VPM en una mujer que tenga o haya tenido pareja en los siguientes casos:

⇒ Exploración ginecológica y/o obstétrica.

⇒ Atención al embarazo, parto y puerperio.

MATERIAL 3C

NOMBRAR Y DESCRIBIR

Signos, actitudes y comportamientos que alertan sobre una posible situación de VPM en una mujer que tenga o haya tenido pareja en los siguientes casos:

⇒Mujer inmigrante

⇒Mujer con discapacidad.

MATERIAL 3D

NOMBRAR Y DESCRIBIR

Signos, actitudes y comportamientos que alertan sobre una posible situación de VPM en una mujer que tenga o haya tenido pareja en el siguiente caso:

⇒ Mujer con lesiones físicas aparentes.

MATERIAL 3E

NOMBRAR Y DESCRIBIR

Signos, actitudes y comportamientos que alertan sobre una posible situación de VPM en una mujer que tenga o haya tenido pareja en una consulta de pediatría:

⇒ En los/as niños/as que acuden a la consulta.

⇒ En la madre como acompañante del menor.

MATERIAL 3F

NOMBRAR Y DESCRIBIR

Signos, actitudes y comportamientos que alertan sobre una posible situación de VPM en una mujer que tenga o haya tenido pareja en los siguientes casos:

⇒ Actitudes en consulta del hombre agresor.

⇒ Actitudes en consulta de la mujer que sufre violencia.

MATERIAL 3G

EL CASO DE SORAYA

Te llamas Soraya y tienes 16 años. Has pedido cita porque te han salido unos granitos en la zona de la vulva. Te encuentras algo nerviosa y eres una persona muy tímida que mira fijamente a los ojos del/la médico/a... pero no dices casi nada. Tu novio, cuatro años mayor que tú, muy guapo, y del que estás muy enamorada, es una persona celosa, está muy pendiente de ti, no le gusta que hables por el móvil. Tampoco que lleves minifaldas o ropa ajustada "para que otros se fijen en ti". Crees que puede mantener relaciones con otras chicas. A menudo te pide que no te pongas el preservativo "porque si no no siente nada". Desde hace días tienes muchas molestias en las relaciones sexuales, pero no te atreves a decirle nada a tu novio para que no se enfade. En ocasiones grita si hablas con algún amigo y ayer cuando al fin le dijiste que estabas molesta y no te apetecía te empujó, te llamo "puta", "zorra" y te increpó que con quién habías estado

MATERIAL 3H

DETECCIÓN SISTEMÁTICA: MUJER HIPERTENSA

ROL: PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Javier, 32 años. Eres enfermero de un Equipo de Atención Primaria (EAP). Recientemente y tras haber recibido una sesión sobre la magnitud y el impacto en salud de la violencia de pareja hacia las mujeres, se ha decidido en el EAP comenzar a preguntar sistemáticamente a cerca de la relación de pareja y la posible existencia de violencia a todas las mujeres de 14 o más años que acudan al Centro de Salud.

Estás en consulta. Tu objetivo es indagar la posible presencia de violencia en la pareja a las siguientes mujeres que entren en consulta. A continuación tienes citada a Josefa, una mujer de 55 años para seguimiento de una HTA.

Dispones de 10 minutos por consulta (en total).

ROL: MUJER HIPERTENSA CITADA PARA CONTROL

Te llamas Josefa y tienes 55 años. Hoy tienes cita con la enfermera para el control de la tensión. Últimamente la tienes más alta y está costando controlarla. La verdad es que con el trajín que tienes no te extraña... Todo el día de arriba para abajo: que si al trabajo, que ir a recoger a los nietos, que si la comida, que si la casa. Además desde hace 6 meses está tu madre en casa porque ha empezado con una demencia y ya no se maneja bien. Menos mal que tu marido te está apoyando, te escucha y está empezando a hacer lo que nunca había hecho, a ayudar en la casa. Y eso que llega tarde de trabajar.

MATERIAL 3I

DETECCIÓN ANTE SIGNOS DE SOSPECHA: EL CASO DE JUANA

ROL: NATALIA- MÉDICA DE FAMILIA

Te llamas Natalia, eres médica de familia. Tienes 32 años. Estás haciendo una sustitución de verano de un mes en un consultorio rural. No hay historias clínicas ni ordenador. Estás sensibilizada con el tema de la violencia de pareja hacia las mujeres e intentas explorar posibles situaciones de VPM cuando observas signos de sospecha. A continuación tienes citada a Juana, de 41 años, en consulta a demanda. No la conoces previamente ni dispones de información sobre ella. Atenderás su motivo de consulta y solo si observas algún signo de sospecha intentarás investigar una posible situación de VPM. En principio te negarás a hacer pruebas complementarias como radiografías si no están indicadas.

ROL: JUANA: MUJER QUE ACUDE A CONSULTA

Te llamas Juana, tienes 41 años y 2 hijos de 7 y 9 años. Ama de casa. Acudes a consulta porque te duele mucho la espalda en el lado izquierdo (región del hombro y del músculo trapecio) y estás muy preocupada. Discutiste con tu marido ayer. Él, que se enfada con frecuencia, te pegó un golpe y te empujó con fuerza contra el suelo tras amenazarte con un cuchillo de cocina, cayendo sobre el hombro izquierdo. Tienes mucho miedo y crees que te ha podido romper algo porque te duele mucho la espalda, que tienes muy cargada y contracturada en el lado izquierdo. Nunca has hablado de este tema con nadie. No te han preguntado, y además te da vergüenza. Encima, te daría miedo hablarlo porque si tu marido se entera... Vas a la consulta de tu médico con el que no tienes mucha confianza, y está una médica que no conoces. Te encuentras muy angustiada y muestras un aspecto triste y demacrado. Le dices que no sabes qué te pasa pero te duele mucho la espalda. Si te explora el brazo y la cabeza lo mueves sin problema, pero te duele visiblemente cuando te tocan el trapecio, que está muy duro y tenso. Vas con la idea de que te hagan una radiografía pero no está en tus planes contar qué ha pasado (y no lo vas a contar). Si te pregunta que cómo te lo has hecho dirás que no sabes, que no te has golpeado, que te has levantado así. Si la médica te pregunta por la relación de pareja dirás que bien con él aunque expresando con la cara y los gestos lo contrario. Miras hacia abajo cuando te habla.

MATERIAL 3J

DETECCIÓN Y VALORACIÓN: MUJER "HIPERFRECUENTADORA"

ROL DE PROFESIONAL SOCIOSANITARIO

Elige un nombre, un sexo y una profesión sociosanitaria distinta a la tuya. Actúa con un carácter y una forma de intervenir diferente a la que tengas habitualmente. Elige cómo te sientes el día de hoy y qué te ha pasado. Vas a atender a una mujer de 47 años, etiquetada de "hiperfrecuentadora", valorada por cansancio, poliartralgias, cefalea e insomnio en sus últimas consultas. En ocasiones viene mal citada o de urgencia. Sabemos de ella que ha tenido 4 hijos y trabajó de profesora. Desde hace 1 año no trabaja fuera de casa y han aumentado sus consultas por distintos motivos. Has concertado una cita para profundizar en lo psico-social (incluido una posible relación de violencia de pareja).

ROL DE MUJER QUE ACUDE A CONSULTA

Eres una mujer de 47 años con 4 hijos. Durante toda tu vida de casada has sufrido continuos insultos e intimidaciones por parte de tu marido, e incluso a menudo te has sentido forzada a mantener relaciones sexuales que no deseabas. Tienes que pedir permiso para todo a tu marido, y aunque has trabajado en la enseñanza, hace un año le ascendieron en la empresa y ahora te prohíbe trabajar. No has hablado nunca de este tema por tus hijos y porque te da vergüenza, pero tu marido está cada vez más tenso y ya no sabes qué hacer para no provocarle. Además ya no puedes más con los dolores de cabeza, espalda y piernas; te has tomado ya 3 tipos de antiinflamatorios y empiezas a ver que no hay salida. Crees que es la situación habitual del desgaste de cualquier relación de pareja después de tantos años.

MATERIAL 3K

VALORACIÓN: EL CASO DE JUANA (CONTINUACIÓN)

ROL: NATALIA- MÉDICA DE FAMILIA.

Te llamas Natalia, eres médica de familia. Tienes 32 años. Estás haciendo una sustitución de verano de un mes en un consultorio rural. No hay historias clínicas ni ordenador. Esta semana has visto a Juana, de 41 años, en consulta a demanda, por una contractura muscular en la espalda. La encontraste angustiada, cabizbaja, triste, por lo que decidiste explorar una posible situación de VPM, siendo negativa la respuesta en un inicio. Hoy ha vuelto a consulta y ha entrado en confidencia, relatando que lo que pasó realmente es que su marido le golpeó. Tu objetivo ahora es hacer una valoración e intervención inicial, intentando garantizar la continuidad de la asistencia.

ROL: JUANA: MUJER QUE ACUDE A CONSULTA.

Te llamas Juana, tienes 41 años y 2 hijos de 7 y 9 años. Ama de casa. Acudes a consulta porque no te ha mejorado el dolor de la región del hombro izquierdo y del músculo trapecio, y estás muy preocupada. Discutiste con tu marido hace unos días. Él, que se enfada con frecuencia, te pegó un golpe y te empujó con fuerza contra el suelo tras amenazarte con un cuchillo de cocina, cayendo sobre el hombro izquierdo. El desencadenante fue que le reprochaste que estaba poniendo una peli porno a tu hija de 7 años. Tienes miedo. Crees que si no le hubieras dicho nada no te habría agredido, y que ha sido por tu culpa. Nunca has hablado de este tema con nadie. No te han preguntado, y además te da vergüenza. Te da miedo hablarlo porque si tu marido se entera... A pesar de todo le has contado lo ocurrido a la médica nueva porque te ha dado confianza. No tienes amigas ni apoyo social cercano. Tu marido es guardia de seguridad y tiene acceso a armas de fuego. Aunque tú, en realidad, hasta que te han preguntado, veías la situación como "normal", las agresiones empezaron hace más de 10 años. Desde siempre que recuerdes te ha llamado "puta", "gorda"... Te pone en evidencia en público, te prohíbe que veas a tu familia, no te da dinero para las compras, rompe las cosas que aprecias... Con frecuencia te ves forzada a mantener relaciones sexuales que no deseas. En alguna ocasión te ha amenazado con la pistola y con matarte (aunque hace tiempo de eso). Ahora no percibes que haya un riesgo mayor que anteriormente para tu vida o la de tus hijos. Es más, NO crees que en este momento tu vida corra peligro. Después de las agresiones tu marido se muestra arrepentido, te pide perdón y te hace regalos. Tú, a pesar de todo, le quieres y no te gustaría denunciarle (es tu marido y además, te da miedo hacerlo). Te opones a que se haga un parte de lesiones y a denunciar. Sin embargo, estás dispuesta a volver a la consulta para hacer un seguimiento.

MATERIAL 3L

UNA SITUACIÓN DIFÍCIL

ROL PROFESIONAL SANITARIO/A

Hoy has citado a María, de 50 años, paciente que acude con frecuencia a la consulta, porque crees que estaría indicado explorar si hay violencia en su relación de pareja, o alguna otra disfunción que justifique sus síntomas. Presenta poliartralgias, astenia, cefaleas tensionales, colon irritable, insomnio y síntomas compatibles con ansiedad (taquicardias, parestesias, sensación de disnea y opresión...). Deseas hacer la entrevista a solas, dado que con frecuencia acude con su marido, que se muestra controlador en la consulta. Tu objetivo en esta entrevista es valorar la posible existencia de malos tratos, y si los hay explorar en qué ámbitos está afectando la violencia e iniciar el abordaje.

ROL MUJER QUE ACUDE A CONSULTA

Te llamas María y tienes 50 años. Tienes dos hijos de 25 y 29 años que ya se han independizado. Trabajas de ama de casa y en la limpieza de un domicilio tres días a la semana. Te encuentras desde hace mucho tiempo cansada, te duele todo, la cabeza, las piernas..., te notas con frecuencia que el corazón se te dispara y te dan hormigueos en las manos y crees que te vas a ahogar y te va a suceder algo malo. Esto te pasa más durante el fin de semana, que es cuando estás más con tu marido. Cada vez que suena el teléfono él te increpa diciendo que con quién hablas, que seguro que hay otro. Tampoco te deja salir sola ni disponer de tu dinero. En la sala de espera del médico se ha sentado un hombre a tu lado y te ha hecho levantarte para que no hables con él. A veces bebe más de la cuenta, se enfada y rompe cosas en casa, especialmente las que tú más aprecias, o incluso te empuja y te fuerza a mantener una relación sexual. Se ríe de lo que haces y te dice reiteradamente que no sirves para nada. Te sientes triste, sin esperanza, y culpable por todo lo que pasa. Nunca has hablado de esto porque nadie te ha preguntado y te da vergüenza contarlo. Al fin y al cabo, también le quieres y no te gustaría traicionarle. Hoy te ha citado el médico porque "quiere valorar más despacio todos tus síntomas". Te hubiera gustado venir sola pero tu marido se ha empeñado en acudir.

ROL MARIDO ACOMPAÑANTE

Te llamas Fernando y tienes 55 años y dos hijos de 25 y 29 años que ya se han independizado. Trabajas en hostelería. Hoy acudes con tu mujer, María, porque le ha dado cita el médico en el centro de salud. No te gusta dejarle sola, porque piensas que tal vez pueda conocer a otro, o que a lo mejor se dedica a contar chismes y mentiras. Crees que la mujer está para cuidar la casa, y cuando consideras que no cumple con su función le gritas, insultas y pegas algún empujón. Cada vez que suena el teléfono le preguntas con quién habla. En la sala de espera del médico se ha sentado un hombre a su lado y le has hecho levantarse para que no hable con él. A veces bebes más de la cuenta, te enfadas y rompes cosas en casa, especialmente las que ella más aprecia, o incluso le empujas y le fuerzas a mantener una relación sexual. Te ríes de lo que hace y le dices reiteradamente que no sirve para nada. También controlas todo el dinero que hay en casa, ya que si se lo dejaras se lo gastaría en tonterías. Por el contrario, fuera de casa, te muestras siempre encantador, eres bueno en tu trabajo y tus compañeros y vecinos te aprecian mucho.

MATERIAL 3M

EPISODIO AGUDO DE VIOLENCIA

Cristina acude al servicio de urgencias de AP gritando "estoy loca y soy tonta" con una intoxicación etílica importante. Le acompaña su novio. Él te dice de forma muy seria: "solo venimos a que la pinchen un relajante, está un poco desequilibrada y esto ya le ha pasado otras veces cuando bebe". Nos cuenta que es que "no se hace con ella"... Estos episodios le pasan frecuentemente. Cristina sigue gritando y casi se cae cuando entra con su novio a que la valoremos. Cree que todo lo que la pasa es culpa suya por beber, ya que no está acostumbrada ...

⇒¿Cómo actuarías en este caso?

Al hablar a solas con ella descubres que se trata de una situación de violencia en la pareja y que esa noche ha sufrido una agresión. Está muy nerviosa. Cree que es culpa suya por "emborracharse".

⇒¿Cómo actuarías ahora? ¿Qué cosas tendrías que valorar y hacer?

MATERIAL 3N

INTERVENCIÓN CON RIESGO VITAL ALTO

Acude de urgencias Carolina, una mujer de 27 años visiblemente ansiosa, llorando, que refiere haber sido golpeada por su expareja esta mañana. Presenta contusiones en ambos brazos y piernas, así como en el costado, una herida incisocontusa de 7 cm en el cuero cabelludo, otra herida incisa en el labio de 1,5 cm. Dice que ha entrado en casa y le ha golpeado con una lámpara y le ha amenazado con sacar el hacha que hay en el trastero. Recientemente la mujer ha iniciado el proceso de separación. También le ha amenazado con quitarse la vida si no vuelve, y ha asegurado que "esto solo es un aviso". Carolina tiene mucho miedo de volver a casa y angustiada afirma que él le va a matar. Su hijo Carlos, de 6 años, está ahora en el colegio.

¿Cómo actuarías en este caso?

Completa el parte de lesiones.

Desarrolla un escenario de protección y el plan de seguridad.

MATERIAL 3º

PARTE DE LESIONES

Oficio-informe

SERÁ REALIZADO POR EL/LA PROFESIONAL DE MEDICINA

1. PARTE JUDICIAL DE LESIONES

D.....Médico Colegiado
en..... con el nº..... con
ejercicio profesional en (centro y lugar de trabajo)
.....
.....

PARTICIPA A V.I.: que en el día de hoy, a las horas, he aten-
dido en (Consultorio, Centro de Salud, Hospital, denominación del Centro y
lugar de trabajo, localidad, calle)
.....
.....
.....
a D. de
..... años, con domicilio en (calle y número).....
.....
.....

Código Postal y Localidad
Provincia.....Teléfono..... le
REMITE el informe médico por presuntos malos tratos, que se acompaña

Fecha y Firma:

ILMO. SR. JUEZ DE

2. INFORME MÉDICO POR MALOS TRATOS.

·DATOS DE FILIACIÓN DE LA VICTIMA:

·NOMBRE Y APELLIDOS:

·SEXO: MUJER HOMBRE

·FECHA DE NACIMIENTO: _____/_____/_____

·ESTADO CIVIL:

·DIRECCIÓN:

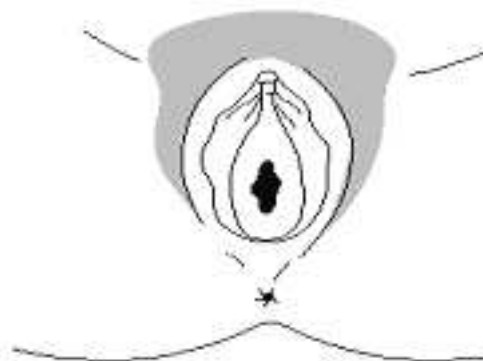
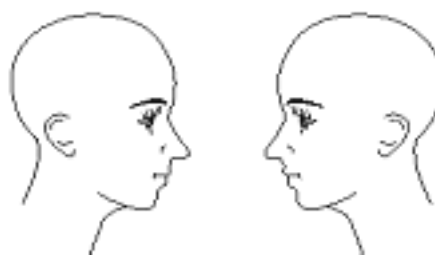
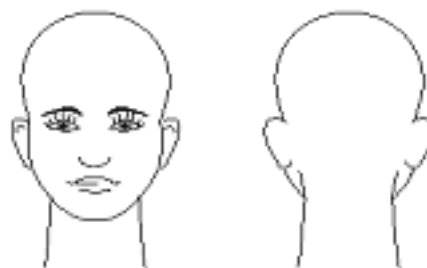
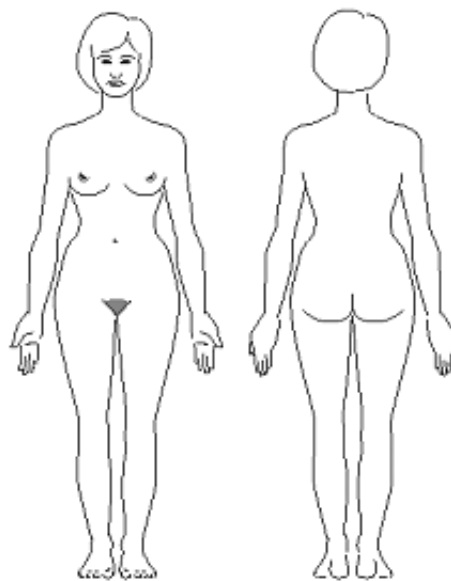
·TELÉFONO DE CONTACTO:

·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)

·ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS: (En relación con las lesiones)

Detección, valoración e intervención

•EXPLORACIÓN FÍSICA: (Descripción de las lesiones, sin olvidar dónde está la lesión y en qué estado se observa)



• ESTADO EMOCIONAL ACTUAL:

Detección, valoración e intervención

·EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: (Si las hubiera)

·DIAGNÓSTICO:

·TRATAMIENTO:

·PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES:

Fecha y Firma:

MATERIAL 3P

ANÁLISIS DE CASO: DOCTORA, NECESITO LA BAJA

Mujer de 52 años, ecuatoriana, que acude a consulta con su hija de 15 años. Trabaja en limpieza. Acude por dolor lumbar, cansancio y porque siente que "no puedo seguir tirando", por lo que solicita una baja laboral. La exploración física es normal. La profesional detecta ánimo bajo y tristeza y decide abordar el área psicosocial y comenta "La veo tristona..." (la hija no dice nada pero mira a la madre), y le pregunta "¿tiene algún problema?". Ella responde que "los de siempre". La médica insiste: ¿algo especial últimamente?. Ella mira al suelo y no dice nada. Continúa la entrevista: ¿tiene pareja? ¿cómo van las cosas entre ustedes?. Ella, cabizbaja dice que su pareja se ha marchado con otra persona al extranjero, y que su hija y ella solo tienen su sueldo y tienen problemas económicos. Además, ahora él quiere volver a arreglar papeles y le exige que pague el billete de vuelta con amenazas de que van a tener problemas si no lo hace. La médica le pregunta ante la sospecha de una relación de maltrato si alguna vez le ha pegado. Ella lo niega, pero sí comenta que le insulta, le amenaza, dispone de su dinero y que nunca le ha tenido en cuenta.

¿Te parece un caso de maltrato? ¿Por qué?

¿Qué cosas crees que faltan por hacer y preguntar?

Ella decide romper definitivamente la relación y no enviarle el dinero. En la entrevista la paciente ha sido amenazada en otras ocasiones con un cuchillo y al preguntarle si tiene miedo de que cuando él regrese pueda hacerle algo responde que sí.

¿Cómo actuarías en este caso?

MATERIAL 3Q

ANÁLISIS DE UN CASO: CONSULTA JOVEN

Estás participando en la consulta joven que se ha puesto en marcha en el instituto de tu zona básica de salud. Acude Ana, una chica de 15 años, a la que vemos triste. Indagamos acerca de si tiene algún problema con sus amigos o con sus padres y refiere que solo está un poco disgustada porque su novio se pegó ayer con otro de la clase porque decía que "ella habla mucho con él" y que "ha visto cómo le mira". A su novio no le gusta que lleve faldas cortas y dice que sus amigas no lo son de verdad. Restas importancia a este tema y le explicas que todas estas cosas son normales en los chavales, y continúas con el resto de la consulta joven.

¿Cómo te parece la actuación del profesional?

¿Cómo actuarías en este caso?

¿Se te ocurre algún otro tipo de intervención con adolescentes? ¿Cuál?

MATERIAL 3R

INTERVENCIÓN EN FASE PRECONTEMPLATIVA

ROL: MUJER CITADA EN CONSULTA

Te llamas María y tienes 50 años. Tienes dos hijos de 25 y 29 años que ya se han independizado. Trabajas de ama de casa y en la limpieza de un domicilio tres días a la semana. Te encuentras desde hace mucho tiempo cansada, te duele todo, la cabeza, las piernas..., te notas con frecuencia que el corazón se te dispara y te dan hormigueos en las manos y crees que te vas a ahogar y te va a suceder algo malo. Esto te pasa más durante el fin de semana, que es cuando estás más con tu marido. Cada vez que suena el teléfono él te increpa diciendo que con quién hablas, que seguro que hay otro. Tampoco te deja salir sola ni disponer de tu dinero. A veces bebe más de la cuenta, se enfada y rompe cosas en casa, especialmente las que tú más aprecias, o incluso te empuja y te fuerza a mantener una relación sexual que no deseas. Se ríe de lo que haces y te dice reiteradamente que no sirves para nada. Te sientes triste, sin esperanza, y culpable por todo lo que pasa. Nunca has hablado de esto porque nadie te ha preguntado y te da vergüenza contarlo. Al fin y al cabo, también le quieres y no te gustaría traicionarle. Hoy te ha citado el médico porque "quiere valorar más despacio todos tus síntomas". No sabes bien lo que te pasa aunque sabes que te genera malestar la situación.

ROL: MÉDICO/A DE FAMILIA

Hoy has citado a María, de 50 años, paciente que acude con frecuencia a la consulta, porque crees que estaría indicado explorar si hay violencia en su relación de pareja, o algún otro problema psicosocial que justifique sus síntomas. Presenta poliartralgias, astenia, cefaleas tensionales, colon irritable, insomnio y síntomas compatibles con ansiedad (taquicardias, parestesias, sensación de disnea y opresión...) Deseas hacer la entrevista a solas, dado que con frecuencia acude con su marido, que se muestra controlador en la consulta. Tu objetivo en esta entrevista es valorar la posible existencia de malos tratos, y si los hay explorar los distintos ámbitos que están siendo afectados por la violencia e iniciar el abordaje.

Dispones para ello de una cita concertada de 15 minutos.

MATERIAL 3S

FASE DE ACCIÓN

ROL DE LA MUJER QUE ACUDE A CONSULTA

Te llamas Aurora. Es ya la cuarta visita con tu enfermera. Ella ya te ayudó a poner en relación tus dolores de cabeza, de espalda y el insomnio con la situación de tu casa y de tu pareja. Te encuentras en una situación de violencia psicológica intensa por parte de tu pareja de la que eres consciente y estás más o menos decidida a hacer cambios. Te has apuntado a un curso de pintura que te apetecía hacer en un centro de personas adultas y empiezas de nuevo a salir con tus amigas. La enfermera te ha citado para ver cómo vas.

ROL DEL/ LA PROFESIONAL

Has detectado hace ya dos meses una situación de violencia psicológica intensa e inicio de física (un empujón). Te citas a Aurora para ver cómo va.

MATERIAL 3T

FASE DE RECAÍDA

ROL DE LA MUJER QUE ACUDE A CONSULTA

Te llamas Esperanza y te separaste de tu marido hace un año porque estuviste sometida a una relación de maltrato físico y psicológico. Acudes derivada por tu médica a la enfermera para realizar un test de embarazo. Has vuelto con tu marido porque lo quieres intentar de nuevo y te has quedado embarazada. No tienes muy claro si el embarazo lo deseas o te ha venido de forma un poco inesperada. Dejaste de trabajar hace unos meses por deseo de tu marido.

ROL DEL /LA PROFESIONAL

Eres la enfermera y te ha derivado la consulta de medicina a Esperanza para un test de embarazo. La conoces desde hace años y hace casi 1 año que no la ves. Te alegras de verla y crees que sigue separada. Valoras en la consulta en que fase está y haces la intervención.

MATERIAL 3U

GUÍA DE OBSERVACIÓN EN EL AULA

GUIA DE OBSERVACIÓN DEL/LA EDUCADOR/A

PRESENTACIÓN Y GESTIÓN DEL TIEMPO

PRESENTACIÓN Y GESTIÓN DE LA TAREA Y MATERIALES

CONTENIDOS, ¿SE ENTIENDEN?

¿QUÉ DINÁMICAS/ TÉCNICAS EDUCATIVAS SE EMPLEAN?

¿QUÉ CLIMA PROPICIA (defensivo o tolerante)?

COMUNICACIÓN: ¿Qué estilo de comunicación usa, hay congruencia entre comunicación verbal y no verbal, etc.?

GUIA DE OBSERVACIÓN DE PARTICIPANTES

¿PARTICIPAN? ¿CUÁNTO Y QUIÉNES?

¿LAS INTERVENCIONES ESTÁN CENTRADAS EN EL TEMA?

¿ESTÁN ABURRIDOS/AS?

¿QUÉ CLIMA FAVORECEN (defensivo o tolerante)?

COMUNICACIÓN: ¿Qué estilo de comunicación usa, hay congruencia entre comunicación verbal y no verbal, etc.?

OTROS ASPECTOS A OBSERVAR

ENTORNO Y RECURSOS: disposición del aula, preparación de audiovisuales, papelógrafo, ruidos, comodidad, etc.

¿QUÉ CONFLICTOS HAN APARECIDO? ¿CÓMO SE HAN MANEJADO?

Actividad 4: Aprendiendo a enseñar

En esta actividad se trabajan contenidos y objetivos en torno a la VPM con fines didácticos, poniendo en práctica lo aprendido y afrontando situaciones ante las que se encuentra la persona que forma (elaboración de materiales, diseño de sesiones, práctica de técnicas didácticas). A lo largo del curso y las sesiones es conveniente integrar la metodología didáctica y la observación con los contenidos y objetivos relacionados con género y VPM, aunque aquí aparezcan como dinámicas separadas.

Formando en VPM a los Equipos de Atención Primaria. Mediante esta dinámica se trata de reproducir una situación ficticia de formación sobre VPM en Atención Primaria. Para ello se forman 6 grupos pequeños: Dos de ellos se encargarán de preparar y llevar a cabo algunas técnicas didácticas y exposiciones; Otro grupo organizará la observación utilizando el Material 3U; Los grupos restantes se distribuirán papeles para interpretar como discentes en la simulación de sesiones. La tarea de cada grupo viene relatada en los Materiales 4A, 4B, 4C, 4D, 4E y 4F. Si hay que prescindir de algún grupo por un número bajo de asistencia se quita el número 5. Las técnicas didácticas que se van a ensayar son una lluvia de ideas, la explicación y puesta en común de una rejilla, y una técnica expositiva. La dinamizadora controlará los tiempos, podrá apoyar si lo considera preciso, y tras el rol-playing se seguirá el siguiente guion de análisis: 1. Felicitar interpretaciones; 2. Preguntar cómo se han sentido; 3. Preguntar al grupo que ha observado que relate lo que ha visto; 3. Aspectos positivos; 4. Aspectos a mejorar.

Diseñando una sesión. Se trata de diseñar una sesión de 4 horas para la formación de profesionales de Atención Primaria en el manejo de la VPM o sobre algún tema relacionado. Se recuerda antes la metodología didáctica propuesta (participativa, persigue aprendizajes significativos) y la importancia de una secuenciación adecuada de actividades (1. partir de investigar la propia realidad- técnicas de investigación en el aula; 2. Profundizando en el tema- Técnicas de análisis- expositivas; 3. Desarrollo de habilidades y procedimientos) que tenga en cuenta los distintos aspectos del aprendizaje (cognitivo, emocional, habilidades). Se cuenta como documentación de apoyo con la documentación relacionada con pedagogía activa del apartado **Antes de empezar**. Se trabaja en grupos pequeños y se aclara que el objetivo es esbozar la programación y no elaborar los materiales didácticos de forma detallada (aunque si tienen tiempo pueden hacer alguno). Como guion para guiarse en la elaboración se entrega el Material 4G. Se hace después una puesta en común, analizando dificultades y aspectos a contemplar y a mejorar en los diseños propuestos.

Analizando un caso con guion de análisis: El caso de María. Se proyecta y se lee el Caso de María y su guion de análisis. Después se analiza este recurso didáctico mediante las siguientes preguntas: ¿Cuál es la estructura del caso? ¿Cuáles creéis que son los objetivos docentes de este caso?. ¿Añadiríais o quitaríais alguna cosa? ¿por qué?. El análisis puede hacerse mediante lluvia de ideas en grupo grande o a través de discusión en grupos pequeños. En este último caso se trabajaría sobre un guion de análisis (Material 4H) y se haría una puesta en común. Los objetivos docentes en este caso eran: investigar el umbral de tolerancia y visibilidad de la violencia en el grupo (qué cosas de las que se mencionan considera el grupo violencia y cuáles no), detectar una "fase precontemplativa" y explorar la actuación en esta fase. En aspectos a quitar/añadir es importante, si no sale en el análisis, resaltar como aspecto a cuidar del lenguaje la palabra "hiperfrecuentadora" que tiene un valor descalificador hacia las mujeres, y que condiciona la percepción de la persona que lee. Se termina resumiendo los elementos que tiene que reunir un caso con guion de análisis.

Elaborando un caso con guion de análisis. Se forman 4 grupos pequeños. A los grupos 1 y 2 se les da la tarea A, y a los grupos 3 y 4 la tarea B. La tarea A consiste en elaborar un caso para analizar con el objetivo de conseguir una valoración adecuada de un caso de VPM (Material 4I). La tarea B es elaborar un caso para análisis con el objetivo de mejorar la valoración del riesgo vital (Material 4J). A todos los grupos se les da documentación de apoyo para hacer la tarea. Es necesario haber analizado previamente un caso con guion de análisis con el grupo, y que hayan podido ver ejemplos ya hechos, ya que si no es difícil obtener buenos resultados en la tarea.

Se realiza la puesta en común y análisis del trabajo, pidiendo que lean y proyecten con transparencias el caso elaborado con su guion de análisis. ¿Ha resultado fácil/difícil? ¿Por qué? Tras la presentación de la tarea A se pregunta a las personas de los grupos 3 y 4 cuál era el objetivo docente de este caso, y se verifica si coincide o no con el real y en caso de que no sea así se analiza el porqué. Lo mismo se hace tras la presentación de la tarea B, pero preguntando en este caso a los grupos 1 y 2. Se analiza también el lenguaje, aspectos positivos del caso propuesto y aspectos a mejorar. Finalmente se hace una breve síntesis y exposición apoyada en presentación con proyector.

Doble rol-playing. Se trata de hacer un rol-playing dentro de un rol-playing. Se utiliza para practicar la dinamización de simulaciones y dramatizaciones. En este caso hay dos personas voluntarias que hacen el rol de formadora-observadora, y otras dos que harían el rol de profesional-paciente. Para los roles de profesional y paciente se pueden emplear los materiales de rol-playing descritos en la Actividad 3. A las personas que preparan la dinamización-observación es conveniente acompañarlas y darles apoyo durante la representación (se puede hacer mediante técnicas de psicodrama como el "yo auxiliar", colocándose una formadora detrás que le puede decir cuando lo considere consejos al oído). La persona que hace el rol de dinamizadora llevará el análisis del rol-playing siguiendo el guion habitual (ver actividad 3). Posteriormente se hace un análisis similar de los papeles de dinamización-observación.

Practicando la observación. El papel de la persona que observa es fundamental ya que permite hacer una evaluación de proceso, tomar conciencia de la situación del grupo, de las resistencias, etc. Y sobre todo emprender acciones de mejora de la actividad formativa. Se aprende observando y dejándose observar. Por eso es importante ir asignando a una persona en cada sesión la tarea de observación, y luego analizarla con ella y con el grupo. Es conveniente también hacer partícipe al grupo de las propias observaciones del equipo docente y de cómo se va reconduciendo la actividad formativa en función de lo que emerge del grupo y de las observaciones, haciendo ver también los errores que cometen las formadoras. Esto es importante porque facilita la tarea de formación, al darse cuenta el grupo de que todo el mundo se equivoca, y que además, se puede rectificar.

MATERIAL 4A

GRUPO 1: DINAMIZADOR

La tarea del grupo es preparar esta lluvia de ideas y esta pequeña presentación con proyector (técnica expositiva). Recuerda que anteriormente se ha trabajado en la sesión el encuadre del curso de formación en el equipo de atención primaria y las expectativas de las personas participantes. También es tarea del grupo preparar posibles respuestas a preguntas o comentarios que pueden surgir en torno al tema de la violencia de género.

Concepto de VPM, magnitud e impacto en salud.

Lluvia de ideas: "¿Qué es para vosotros/as la violencia de género?" o "Se oye mucho hablar de violencia de género, ¿qué creéis vosotros/as que es?" (10 minutos)

Presentación con proyector: (5 minutos)

Aclaración: el tema de género se trata muy superficialmente, solo una definición y parcial. Se profundizará en una próxima sesión.

DEFINICION VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres la define 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 las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada".

DEFINICIÓN DE GÉNERO

Conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencia a hombres y mujeres a través de un *proceso de construcción social*.

ÁMBITOS EN LOS QUE SE DA LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

- En la familia.
 - ✗ Por la pareja.
 - ✗ Abusos sexuales.
 - ✗ Maltrato infantil.
 - ✗ Violencia relacionada con la dote.
 - ✗ Ablación genital.
- En la comunidad.
 - ✗ Violación y abusos sexuales.
 - ✗ Acoso en el trabajo.
 - ✗ Trata de mujeres.
 - ✗ Prostitución forzada.
- Por el Estado.

Reconocimiento de la VPM como un "problema de Salud Pública" (OMS)
En el año 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordó que la violencia es una prioridad en salud pública en todo el mundo y solicitó evaluaran la dimensión del problema en sus respectivos territorios.
Se han realizado dos informes (2002 y 2005) que cifran la violencia contra las mujeres a nivel mundial en torno al 20%.

MATERIAL 4B

GRUPO 2: DINAMIZADOR

La tarea del grupo es explicar y recoger los resultados de esta rejilla (Y decidir cómo va a trabajarse: ¿trabajo individual/ parejas/ grupo pequeño/ grupo grande?) . Por lo tanto alguien del grupo debe moderar la puesta en común del grupo grande.

También es tarea del grupo preparar posibles respuestas a preguntas o comentarios que pueden surgir en torno al tema de las barreras de las /os profesionales en el manejo en AP de la violencia.



Parece que la VPM se detecta poco en Atención Primaria y cuando se hace es por lo general en fases tardías. ¿Crees que esta afirmación es cierta? ¿Qué barreras puede haber para la detección e intervención con mujeres maltratadas en Atención Primaria?

- ⇒ En lo personal (como "persona" que atiende la consulta)
- ⇒ En lo profesional
- ⇒ En lo institucional
- ⇒ En la sociedad

¿Qué dificultades crees que tiene la mujer que sufre violencia en torno a este problema?



Para los dos apartados del material 4B **ver Barreras_intervención en Anexo presentaciones.**

MATERIAL 4C

GRUPO 3: OBSERVACIÓN

La tarea del grupo va a ser la observación del desarrollo de la sesión en el Equipo de Atención Primaria con el guion de análisis que se ha repartido en otra sesión (Material 3U).

También se trata de observar los posibles roles o papeles que juegan algunas personas en la simulación y exponerlos brevemente en la puesta en común de la observación.

En la puesta en común la clave de exposición es: Aspectos positivos de las distintas intervenciones y aspectos a mejorar.

Conviene dejar claro qué observa cada persona del grupo y consensuar en 5 minutos qué habilidades debe adquirir y/o potenciar la persona que observa.

MATERIAL 4D

GRUPO 4: INTERPRETACIÓN DE ROLES

La tarea del grupo es dotar de contenido, repartir y desarrollar los papeles que se entregan a continuación, para la simulación de una sesión formativa en un Equipo de Atención Primaria.

PAPEL 1

En la primera lluvia de ideas "¿Qué es para vosotros/as la violencia de género?" tu postura, en resumen, es la siguiente:

"El problema de la violencia contra las mujeres es una moda potenciada por los medios de comunicación y no un problema sanitario. Además los hombres también sufren maltrato".

PAPEL 2

En la primera lluvia de ideas "¿Qué es para vosotros/as la violencia de género?" tu postura, en resumen, es la siguiente:

"La violencia de pareja es un asunto privado, de la familia y son las dos personas las que lo tiene que tratar de resolver. Como profesionales debemos respetar la vida privada y la intimidad".

PAPEL 3

En la primera lluvia de ideas "¿Qué es para vosotros/as la violencia de género?" tu postura, en resumen, es la siguiente:

"La violencia de pareja solo afecta a sectores sociales y culturalmente desfavorecidos, marginales y con bajo nivel económico: pobres, inmigrantes, analfabetos, clases bajas, drogadictos... Además la víctima es una mujer débil, dependiente, inestable o desequilibrada, con bajo nivel cultural, social, económico y educacional y con hijos a su cargo".

PAPEL 4

En la primera lluvia de ideas "¿Qué es para vosotros/as la violencia de género?" tu postura, en resumen, es la siguiente:

"La violencia es una cuestión de desigualdades entre hombres y mujeres y es una injusticia. Es un problema de salud frecuente y que no sabemos qué hacer con él en las consultas, no sabemos cómo aconsejar a la mujer ni conocemos los recursos."

PAPEL 5

En la primera lluvia de ideas "¿Qué es para vosotros/as la violencia de género?" tu postura, en resumen, es la siguiente:

"La violencia es un problema de desavenencias de la pareja. Aún así si la mujer quisiera se iría, hay que apoyarlas porque son mujeres que han sufrido mucho y tienen la autoestima baja. Creo que no entiendo cómo no se separan."

MATERIAL 4E

GRUPO 5: INTERPRETACIÓN DE ROLES

La tarea del grupo es dotar de contenido, repartir y desarrollar los papeles que se entregan a continuación, para la simulación de una sesión formativa en un Equipo de Atención Primaria.

PAPEL 1

En la primera lluvia de ideas "¿Qué es para vosotros/as la violencia de género?" tu postura, en resumen, es la siguiente:

"El problema de la violencia es que los que la ejercen son personas descontroladas. Además el maltratador no es responsable de sus actos por ser un "enfermo mental". Yo creo también que tienen un bajo nivel sociocultural, o que se encuentran con situaciones sociolaborales precarias".

PAPEL 2

En la primera lluvia de ideas "¿Qué es para vosotros/as la violencia de género?" tu postura, en resumen, es la siguiente:

"Se te ve despistada, te cuesta centrarte, no participas mucho, se te caen las cosas al suelo..."

PAPEL 3

En la rejilla: Parece que la VPM se detecta poco en Atención Primaria y cuando se hace es por lo general en fases tardías. ¿Crees que esta afirmación es cierta? ¿Qué barreras puede haber para la detección e intervención con mujeres maltratadas en Atención Primaria?

Tu papel es reiterar la falta de tiempo, la sobrecarga de las consultas, la falta de apoyo de la gerencia en lo profesional y en lo institucional como lo más importante.

PAPEL 4

En la rejilla: Parece que la VPM se detecta poco en Atención Primaria y cuando se hace es por lo general en fases tardías. ¿Crees que esta afirmación es cierta? ¿Qué barreras puede haber para la detección e intervención con mujeres maltratadas en Atención Primaria?

Tu papel es argumentar que es necesaria la formación y que hay que aprender a derivar a los recursos adecuados, porque desde Atención Primaria a parte de detectar poco más se puede hacer.

PAPEL 5

En la rejilla: Parece que la VPM se detecta poco en Atención Primaria y cuando se hace es por lo general en fases tardías. ¿Crees que esta afirmación es cierta? ¿Qué barreras puede haber para la detección e intervención con mujeres maltratadas en Atención Primaria?

Tu papel es hablar de la importancia de ser sensibles para poder detectar y que si no pensamos en el problema nunca lo veremos y que es frecuente pero que no lo vemos por nosotras mismas que no pensamos en él.

MATERIAL 4F

GRUPO 6: INTERPRETACIÓN DE ROLES

La tarea del grupo es dotar de contenido, repartir y desarrollar los papeles que se entregan a continuación, para la simulación de una sesión formativa en un Equipo de Atención Primaria.

PAPEL 1

En la rejilla : Parece que la VPM se detecta poco en Atención Primaria y cuando se hace es por lo general en fases tardías. ¿Crees que esta afirmación es cierta? ¿Qué barreras puede haber para la detección e intervención con mujeres maltratadas en Atención Primaria?

Tu barrera es que no consigues entender qué pasa en esa relación, debe haber algo patológico en él o en ella. Y no entiendo por qué la mujer no coge sus cosas y se va y rehace su vida, más cuando tiene hijos e hijos que lo están sufriendo.

PAPEL 2

En la rejilla : Parece que la VPM se detecta poco en Atención Primaria y cuando se hace es por lo general en fases tardías. ¿Crees que esta afirmación es cierta? ¿Qué barreras puede haber para la detección e intervención con mujeres maltratadas en Atención Primaria?

Tu barrera es: el miedo a "meter la pata" y dejar las cosas peor que están. Mejor no meterse mucho y mantenerse con distancia terapéutica y abordar las cosas objetivamente. Y además la incertidumbre de no saber si la mujer dice la verdad, porque ¿y si miente? Porque muchas veces conoces a la pareja y "no te cuadra" que pueda ser un hombre que maltrate.

PAPEL 3

En la rejilla : Parece que la VPM se detecta poco en Atención Primaria y cuando se hace es por lo general en fases tardías. ¿Crees que esta afirmación es cierta? ¿Qué barreras puede haber para la detección e intervención con mujeres maltratadas en Atención Primaria?

Tu argumentación es: las barreras no son solo del sistema sanitario, son de la sociedad, de los jueces, de la policía. Ahora con la nueva ley y si van a la cárcel se va a resolver el problema y van a disminuir los casos. Como mucho nos tocará hacer las valoraciones de urgencia.

PAPEL 4

En la rejilla : Parece que la VPM se detecta poco en Atención Primaria y cuando se hace es por lo general en fases tardías. ¿Crees que esta afirmación es cierta? ¿Qué barreras puede haber para la detección e intervención con mujeres maltratadas en Atención Primaria?

Las barreras las ponen las mujeres que están anuladas. Lo que hay que hacer es tener buenos servicios de salud mental que las ayuden a tratar su problema y derivarlas cuando las detectemos.

PAPEL 5

En la rejilla estás muy atenta , tomas notas pero no participas, asientes con la cabeza a las ideas con las que estás de acuerdo y niegas cuando no estás de acuerdo.

MATERIAL 4G

DISEÑANDO UNA SESIÓN

Sois un equipo de formadoras/es sobre el manejo de la VPM en atención primaria. Vais a diseñar una sesión formativa de 4 horas sobre el tema. Para ello disponeis de una documentación de apoyo. En el diseño de la sesión es conveniente contemplar:

- ⇒ Distribución de tareas: Dinamización- Observación.
- ⇒ Fijar objetivos y contenidos.
- ⇒ Hacer un planning de la sesión que incluya: Contenido, distribución de tiempos, técnicas didácticas, distribución en grupos (trabajo individual-pareja-grupo pequeño-grupo grande).
- ⇒ Valorar la necesidad de: Presentación, recogida de expectativas, descanso, evaluación...
- ⇒ Secuenciación de actividades coherente con la metodología propuesta (Que parta de la investigación de la realidad de los/as discentes, para luego profundizar en el tema y desarrollar herramientas, procedimientos o habilidades).
- ⇒ ¿Cuánto tiempo va a emplearse en técnicas expositivas? ¿Cuál es la proporción de técnicas más participativas?
- ⇒ Recursos que se van a necesitar (espacio, papelógrafo, proyector, ordenador...)
- ⇒ Previsión de posibles dificultades.

MATERIAL 4H

ANALIZANDO UN CASO CON GUIÓN DE ANÁLISIS

Lee y observa el siguiente caso con guion de análisis y responde a las siguientes preguntas:

Acude a consulta María, hiperfrecuentadora de 50 años. Refiere que desde hace mucho tiempo se encuentra cansada, le duele todo, la cabeza, las piernas..., se nota con frecuencia que el corazón se le dispara, le dan hormigueos en las manos y cree que se va a ahogar y le va a suceder algo malo. Esto le pasa más durante el fin de semana, que es cuando está más con su marido. Al indagar sobre la relación de pareja cuenta que cada vez que suena el teléfono él le increpa diciendo que con quién habla, que seguro que hay otro. Tampoco le deja salir sola ni disponer de su dinero. A veces él bebe más de la cuenta, se enfada y rompe cosas en casa. En alguna ocasión se ha sentido forzada a mantener una relación sexual que no deseaba. Él se ríe de lo que ella hace y le dice reiteradamente que no sirve para nada. María se siente triste, sin esperanza, y culpable por todo lo que pasa. Nunca había hablado de esto porque nadie le había preguntado y le da vergüenza contarlo. Al fin y al cabo, en las parejas estas cosas son normales. Además, ella también le quiere y no le gustaría traicionarle.

¿Se trata de un caso de violencia de pareja? ¿Por qué?

¿Qué opina María de lo que sucede en su relación de pareja?

¿Cuál crees que sería la actuación profesional más adecuada en este contexto?

¿Cómo está estructurado el caso con guion?

¿Cuáles crees que son los objetivos docentes?

¿Quitarías o añadirías algo? ¿El qué? ¿Por qué?

MATERIAL 4I

TRABAJANDO UN CASO PARA ANALIZAR: VALORACIÓN

Contexto: Sois formadores/as sobre el manejo de la violencia hacia las mujeres en Atención Primaria.

Durante unos días estáis formando a un grupo y habéis observado con una lluvia de ideas sobre los elementos a valorar en un caso que no aparecen todos los aspectos que se proponen en la guía de actuación de tu región.

Objetivo docente: Que las personas en formación aprendan a hacer una valoración completa en consulta de un caso de violencia de pareja hacia las mujeres.

Tarea: Inventad o recordad un caso que os ayude a vuestro objetivo, y usadlo para REDACTAR UN CASO SEGUIDO DE guion DE ANÁLISIS (preguntas que sirvan para trabajar vuestro objetivo docente).

Este guion y esta documentación de apoyo os puede ayudar.

Elementos de un caso

- ⇒Nombre o iniciales.
- ⇒Escenario o contexto en el que se desarrolla.
- ⇒Descripción con elementos clave (o ausencia de uno importante si es el objetivo).
- ⇒Exploración biopsicosocial.
- ⇒Guion de análisis.
- ⇒Bibliografía (si procede)

MATERIAL 4J

TRABAJANDO UN CASO PARA ANALIZAR: RIESGO VITAL

Contexto: Sois formadores/as sobre el manejo de la violencia hacia las mujeres en Atención Primaria. Lleváis unos días formando a un grupo y habéis observado dificultades para valorar el riesgo vital.

Objetivo docente: Que las personas en formación aprendan a hacer una valoración adecuada del riesgo vital.

Tarea: Inventad o recordad un caso que os ayude a vuestro objetivo, y usadlo para REDACTAR UN CASO SEGUIDO DE guion DE ANÁLISIS (preguntas que sirvan para trabajar vuestro objetivo docente).

Este guion y esta documentación de apoyo os puede ayudar.

Elementos de un caso

- ⇒Nombre o iniciales.
- ⇒Escenario o contexto en el que se desarrolla.
- ⇒Descripción con elementos clave (o ausencia de uno importante si es el objetivo).
- ⇒Exploración biopsicosocial.
- ⇒Guion de análisis.
- ⇒Bibliografía (si procede)

¿Existe riesgo vital?



- ✓ La mujer declara temer por su vida.
- ✓ **Miedo** a lesiones graves o muerte por parte de la mujer.
- ✓ Ideación autolítica de la mujer.
- ✓ Existencia de armas en casa/ fácil acceso a ellas.
- ✓ Consumo de drogas o alcohol por parte del agresor.
- ✓ Aumento de la frecuencia e intensidad de episodios violentos. También fuera de casa.
- ✓ Lesiones graves.
- ✓ Maltrato a otros miembros de la familia.
- ✓ Amenazas de suicidio/ homicidio del agresor.
- ✓ Proceso de separación.
- ✓ Otros factores estresantes vitales del agresor.
- ✓ Fracaso de los sistemas de apoyo familiar y social.
- ✓ Conducta vigilante, celotipia extrema.



**AUTOCUIDADO
DE LOS Y LAS PROFESIONALES**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN

CENTRÁNDONOS EN EL TEMA

A.- Autocuidados en la formación

1.-AUTOCUIDADOS GENERALES EN LA FORMACIÓN

- 1.1.-Habilidades emocionales y formación: cómo funcionan las emociones y cómo manejarlas.
- 1.2.-Tres métodos simples para inhibir el estrés.
- 1.3.-Habilidades de comunicación: comunicación verbal y no verbal y estilos de comunicación.
- 1.4.-Cinco ideas clave sobre la comunicación.
- 1.5.-La labor de observación como elemento de autocuidado.

2.-AUTOCUIDADOS ESPECÍFICOS EN LA FORMACIÓN EN VPM

- 2.1 Efectos específicos sobre las personas formadoras
- 2.2 Rol de ayuda entre profesionales sanitarios

B.- Autocuidados en la atención de la VPM

- 1.- Autocuidados en relación: consecuencias de los autocuidados emocionales en relación. Los efectos de ser testigos.
- 2.- Consecuencias en la salud de los y las profesionales que trabajan en VPM. Testimonios de profesionales en AP
- 3.- Estrategias de autocuidado individual. Autocuidados desde el género.
- 4.- Responsabilidades de los autocuidados de las redes de apoyo profesional y en los equipos e instituciones.
- 5.- A modo de conclusión.
- 6.- Bibliografía.

DISEÑANDO EL PROGRAMA

INTRODUCCIÓN

En este centro apuntamos los puntos básicos del autocuidado de los y las profesionales que hagan formación en VPM y de las personas que atiendan a mujeres en sus consultas de AP.

**Centrándonos
en el
tema**

Autocuidados en la formación.

1.- Autocuidados generales en la formación

1.1.-Habilidades emocionales y formación: cómo funcionan las emociones y cómo manejarlas.¹

En este apartado de este centro temático y en el 1.3 se resumen las ideas básicas de este libro y se aportan ejemplos concretos de la formación en VPM.

¿Cómo funcionan las emociones?

La capacidad humana para sentir determinadas emociones forma parte del equipaje biológico necesario para la supervivencia de la especie. Las emociones humanas tienen como principal objetivo señalar qué hechos son verdaderamente importantes para la vida ya sea por su peligrosidad o por su potencial placentero.

Además las emociones tienen otra función relevante: empujar a la acción. De hecho son, seguramente, la fuente de información más importante a la hora de tomar decisiones.

Sin embargo, no siempre cumplen estas dos funciones. En ocasiones se produce una disfuncionalidad cuando, o bien son muy intensas (desorganizan la capacidad para la acción), o son crónicas (sobre todo en el caso de las emociones desagradables como

1.- Se aconseja la lectura del libro *Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación* de José Luis Bimbela Pedrola y Bibiana Navarro Matillas. Serie Monografías de la Escuela Andaluza de Salud Pública nº 45. Nos parecen de especial interés los capítulos 1, 2 y 3.

la frustración o la impotencia), ya que en este caso las emociones solo sirven para disminuir la confianza de la persona en su capacidad para afrontar las situaciones que le generan malestar.

Los tres niveles de la respuesta humana: cognitivo, fisiológico y motor.

Las emociones que siente cada persona ante una situación específica vienen moduladas por los tres niveles de la respuesta humana:

Nivel cognitivo	Nivel fisiológico	Nivel motor
Se refiere a la forma de entender y valorar la situación, lo que se piensa o se cree acerca de ella. Con este proceso de pensar se hace la valoración de a qué se cree que es debida la aparición de la situación, qué consecuencias puede tener, si se cree que se es capaz de afrontarla o si se piensa que es algo agradable, pernicioso o neutro.	Se refiere a la respuesta automática del organismo ante esa situación (pueden ser palpitaciones, nerviosismo, tensión muscular, respiración agitada...)	Hace referencia a la decisión de cómo se va a actuar ante esta situación.

Estos pensamientos son producto de la historia de aprendizaje de cada persona y suelen ser relativamente automáticos e inconscientes.

Estos tres tipos de respuesta ocurren simultáneamente y son interdependientes. En función del tipo de valoración que se haga de esa situación habrá mayor o menor activación fisiológica.

Un ejemplo en el tema de la formación en VPM:

Nivel cognitivo	Nivel fisiológico	Nivel motor
No voy a ser capaz de transmitir todos los datos epidemiológicos sobre la VPM, pensarán que no sé suficiente.	Palpitaciones, sudoración, boca seca y tensión en los hombros y cuello.	Temblor al manejar el ratón del ordenador, voz quebrada, no defender tu opinión ante los demás...

¿Cómo se pueden manejar las emociones?

Para poder influir sobre las emociones se debe incidir en cada uno de los tres niveles. En el nivel cognitivo se puede influir analizando, primero, si existen distorsiones en la forma en que se valora la situación. En el nivel fisiológico se puede influir utilizando técnicas de relajación y respiración y en el nivel motor se pueden seguir determinados pasos para decidir cómo actuar.

Distorsiones cognitivas

	Definición	Consecuencias	Ejemplos	Pensamientos no distorsionados
Filtro mental	Consiste en percibir solo lo negativo.	Aumenta la negatividad de la situación. Disminuye la percepción de control y la autoestima. Favorece estilos de comunicación centrados en la crítica.	No conseguí dar bien la sesión, me faltaron 3 minutos para acabar lo que me había propuesto	Para todo lo que tenía que dar en esta sesión solo he acabado 3 minutos tarde. Me programaré la siguiente mejor.
Etiquetación	Consiste en convertir nuestro comportamiento o el de los demás en un rasgo de personalidad y juzgarlo negativamente	Genera rechazo hacia la persona etiquetada. Dificulta la comprensión del comportamiento que origina la etiqueta.	No se callan nunca al empezar la sesión, son unos desconocidos.	La verdad es que al inicio de la sesión siempre hablan mucho ¿será que están cansados/as? Voy a proponerles hacer unos estiramientos antes de empezar.
Sobregeneralización	Usar palabras como "siempre-todo-nunca-jamás-imposible".	Aumenta la negatividad. Disminuye la sensación de poder afrontar y controlar estas situaciones.	Nunca me sale nada bien.	A veces me equivoco pero normalmente las sesiones salen bien y la gente parece contenta.
Adjetivos desmedidos	Dramatizar las situaciones utilizando adjetivos como "horroroso", "insostenible", "insufrible".	Dramatiza la gravedad de la situación. Produce sentimientos de incapacidad.	Esto es insostenible ¡y sigue diciendo que la culpa es de las mujeres maltratadas!	No me gusta nada que digan que es culpa de la mujer maltratada. Me hace sentir algo violenta.

Autocuidados de los y las profesionales

<p>Pensamientos anticipatorios improductivos</p>	<p>Prever de antemano que van a ocurrir eventos o situaciones negativas, con el uso de expresiones del tipo: "Seguro que..." o "y si..."</p>	<p>Aumenta la sensación de temor y ansiedad. Bloquea la capacidad para buscar soluciones.</p>	<p>Seguro que vuelven a irse antes de acabar a pesar de lo que dijimos el otro día.</p>	<p>Voy a volver a decir sutilmente que es importante para todas y todos que- darse hasta el final a ver qué pasa. Si no, les preguntaré por qué se van antes y veré si se puede solucionar.</p>
<p>Lectura mental</p>	<p>Cuando se tiene la certeza de que se sabe lo que otras personas están pensando sin tener pruebas de ello.</p>	<p>Actuar sobre la base de que un diagnóstico que no es cierto. Detrás de esta distorsión suele haber una creencia errónea: imaginar que la gente siente y reacciona igual que uno mismo/a.</p>	<p>Me están mintiendo. No aprovechan la sesión porque no tienen ninguna gana de leer los artículos que les recomendé.</p>	<p>Creo que me está mintiendo, es la tercera vez que hace esta pregunta sobre prevalencia, yo creo que no se ha leído los artículos que recomendé. Le preguntaré qué le pasa.</p>
<p>Falacia de control por exceso</p>	<p>Consiste en pensar que se tiene todo el control y por tanto toda la responsabilidad.</p>	<p>Genera sentimientos de culpabilidad. Dificulta la delegación de responsabilidades.</p>	<p>No consigo que empaticen con las mujeres que sufren violencia.</p>	<p>Esta tarea no es fácil, creo que debo darles un poco más de tiempo. Me siento responsable de ello pero no depende solo de mí.</p>
<p>Falacia de control por exceso</p>	<p>Consiste en pensar que se tiene todo el control y por tanto toda la responsabilidad.</p>	<p>Genera sentimientos de culpabilidad. Dificulta la delegación de responsabilidades.</p>	<p>No consigo que empaticen con las mujeres que sufren violencia.</p>	<p>Esta tarea no es fácil, creo que debo darles un poco más de tiempo. Me siento responsable de ello pero no depende solo de mí.</p>

Enunciación "debería"	Consiste en convertir los deseos en principios u obligaciones morales que tenemos que cumplir.	Obstaculiza la puesta en marcha de actuaciones concretas. Genera culpabilidad.	Debería ser capaz de motivar a los y las discentes.	Me gustaría ser capaz de motivar más a los y las discentes.
------------------------------	--	--	---	---

Volver a pensar, volver a sentir.

Es una técnica dirigida a modificar los pensamientos distorsionados. Consta de seis pasos:

Paso 1: Describir la situación que genera malestar.
Intentar hacerlo de la forma más objetiva posible.

Paso 2: Identificar las emociones y sentimientos.
Es fundamental intentar identificar y escribir el tipo de emociones que se presentan con la situación descrita. Estamos poco acostumbrados/as a expresar y estar en contacto con nuestras emociones y es clave en este paso poder ponerles nombre.

Paso 3: Identificar los pensamientos.
Una forma de facilitar este paso es tratar de responder a las siguientes preguntas ¿por qué me siento ansiosa/o?, ¿qué pienso? ¿qué se me pasa por la mente?

Paso 4: Detectar las posibles distorsiones.
En este paso podemos hacer un repaso a las posibles formas distorsionadas de ver las situaciones que se han identificado en el punto anterior.

Paso 5: Volver a pensar.
El objetivo de este paso es reestructurar los pensamientos distorsionados, cuestionando su validez o la probabilidad de que ocurran tratando de cambiarlos por otros más adaptados a la situación. Es muy importante que en esta nueva valoración los nuevos pensamientos resulten creíbles.

Paso 6: Volver a sentir.
En este paso la persona se plantea ¿cómo me siento ante esta situación con estos nuevos pensamientos no distorsionados? Generalmente, ante nuevos pensamientos no distorsionados aparecen emociones como estas: tranquilidad, alivio, satisfacción, seguridad, confianza...

En el apartado **Diseñando el programa** se pondrán ejemplos concretos sobre cómo trabajar el "volver a pensar, volver a sentir".

Para intervenir sobre el nivel fisiológico hay una serie de técnicas sencillas que se comentan en el apartado **1.2.**

Se repasan las propuestas del libro cuidando al formador a modo de pinceladas para tenerlas en cuenta y poder ir las desarrollando.

Podemos aprender a controlar la activación general del nivel fisiológico (ya comentado en los tres niveles de la respuesta humana) de tres formas sencillas:

a) Ejercicios de respiración.

Cuando las personas se alteran empiezan a respirar más deprisa y de modo superficial, lo que puede provocar mareos, sensación de tensión, dolor de cabeza...

Para disminuir la activación podemos respirar al revés: profundamente y de la forma más lenta y pausada posible.

Se puede aprender a respirar utilizando el diafragma (respiración diafragmática) y/o con ejercicios de respiración alterna.

b) Ejercicios de relajación.

El cuerpo nos avisa de cómo hemos vivido nuestras emociones aunque no sea conscientemente.

Podemos hacer ejercicios de relajación muscular breve o de relajación mental con visualización.

c) Ejercicios de distensión.

La distensión continua tiene como objetivo conseguir que el nivel de tensión muscular sea lo menor posible, mediante técnicas de identificación de la zona más tensa y la asociación de actividades cotidianas con la "orden" de soltar esa tensión.

1.2. Tres métodos simples para inhibir el estrés.

Se aconseja la lectura de los artículos de Malen Cilerol: "El estrés mata: tres métodos simples para inhibirlo"² y "¿Estás cansada?: aprende de la liebre"³. No son específicos para la formación en VPM, pero resultan de utilidad para afrontar el cansancio o el estrés al que nos puede llevar el compatibilizar nuestro trabajo diario con la formación y en general con el ritmo de vida acelerado.

En muchas ocasiones el enfrentarse a la tarea de dinamizar un grupo, con todo lo que esto conlleva, puede generarnos tensión o ansiedad o lo que comúnmente llamamos estrés.

Las hormonas y neurotransmisores que se segregan en una situación de estrés tensan los músculos, dificultando todo tipo de circulación, estimulan el córtex cerebral y el corazón, actúan sobre la función hormonal y condicionan la recarga de nutrientes.

En definitiva, nos ponen en una situación que si se cronifica puede llegar a impedir el normal desarrollo de nuestras vidas.

Se proponen tres métodos sencillos y resumidos para afrontar el estrés citados en el artículo de Malen.

2.- En http://www.matriz.net/mys/mys-1314/articulos/art_1314_03.html

3.- En http://www.matriz.net/mys/mys-08/articulos/art_08_03.html

1.- La salivación

De las dos funciones en balanza del sistema neurovegetativo (autónomo) es la simpaticotonía la que predomina durante el estrés. Es la función que prepara a nuestro organismo para la defensa o la huida.

La salivación es una función del parasimpático (encargado de la asimilación de nutrientes, del funcionamiento hormonal y de la relajación mental), la otra polaridad de la balanza.

Para activar la salivación podemos seguir varios pasos:

Primero visualiza, siente o imagina la presencia de las glándulas salivares.

Luego intenta relajar esa zona como si quisieras crear un espacio o las puedes visualizar como si fueran esponjosas, que se dilatan y ablandan. Relaja la lengua dejándola ocupar mucho espacio en la boca.

Después intenta sentir o imaginar saliva fluida en la boca, sentirla tapizando el interior de las mejillas, envolviendo las encías, envolviendo la lengua.

Si has logrado llenar tu boca de saliva fluida habrás conseguido invertir la función del sistema neurovegetativo.

El estrés provoca otro tipo de saliva pegajosa y seca. La salivación no debe forzarse ya que podemos provocar una saliva "simpática".

2.- Canalización energética al hara.

El hara es considerado por algunas disciplinas de meditación y de yoga como un punto energético situado a unos tres dedos por debajo del ombligo. Corresponde anatómicamente con la zona de la pelvis, con el útero en las mujeres y la próstata en los hombres.

Para aprender a "respirar" con el hara:

Busca una posición en la que puedas estar relajada, sentada o acostada.

En espiración intenta llevar la conciencia a la percepción de la pelvis: nalgas, caderas, genitales y ano.

Intenta ahora visualizar en el interior de la pelvis y de izquierda a derecha de una cadera a otra algo parecido a un muelle o un acordeón.

Respira imaginando, al revés de lo que espontáneamente sucedería, que ese muelle o acordeón se abre o expande en la espiración (cuando sale el aire) y se recoge de nuevo hacia el centro en la inspiración (entrada de aire).

Si el estrés es tan intenso que no permite ninguna concentración puede ser útil simplemente imaginarlo.

3.- Apertura del punto vago.

El punto vago se encuentra en la fosa supraesternal (el hueco que podemos tocar al acabar el esternón y empezar el cuello).

En esta zona están muchos músculos, vasos y nervios importantes.

Uno de los efectos logrados al soltar la tensión en esa zona es la relajación de

un músculo profundo llamado constrictor faríngeo y la liberación de la presión sobre los troncos de dos nervios muy importantes a la hora de disminuir el estrés: el nervio vago que inerva las vísceras y el nervio frénico que inerva el diafragma. Al soltarlo liberamos la respiración y cambiamos la polaridad del neurovegetativo sobre las vísceras.

Para intentar conseguirlo:

Busca el hueco supraesternal y coloca en él la yema de un dedo.

En la espiración procura empujar suavemente la yema del dedo con los músculos del interior de la fosa supraesternal. Este pequeño movimiento debe ser muy local y hacerse con la menor fuerza posible, más bien con la concentración y la conciencia.

Procura que no se tensen ni los músculos de la cara, ni de la nuca o los hombros.

Cuando ya lo hayas logrado puedes ejercitarlo sentada o acostada y sentir su efecto en la espalda, la respiración y las vísceras.

Para estos tres ejercicios Malen Cilerol nos recuerda que:

El concepto básico es abrir, dejar fluir y permitir que el proceso se haga. No tanto esforzarse y hacer sino estar concentradas en la atención y la intención.⁴

También se aconseja leer el capítulo siete del libro *Cuidando al formador*⁵. En este capítulo se explica cómo cuidar la voz, se proponen ejercicios para cuidar la postura y se ilustran ejercicios de Hatha Yoga.

1.3. Habilidades de comunicación: comunicación verbal y no verbal y estilos de comunicación.

Comunicación viene de "communicare" que viene a significar participar en común, poner en relación, compartir, comulgar..

La idea de que comunicar es transmitir algo de un emisor a un receptor pasivo hace mucho tiempo que está obsoleta. Comunicar es un proceso complejo en el que intervienen multitud de factores.

Algunos de los principios básicos de la comunicación son:

- ⇒ No se puede no comunicar, toda conducta es comunicación.
- ⇒ En toda comunicación hay un aspecto de contenido y otro de relación, así pues toda comunicación es emoción. El componente afectivo de toda comunicación califica y condiciona siempre el mensaje.
- ⇒ En la comunicación hay dos aspectos básicos: la comunicación verbal (digital) y la no verbal (analógica).
- ⇒ Según diversos estudios el impacto comunicacional de un mensaje es el siguiente: verbal 7%, no verbal 93%.
- ⇒ Cuando lo verbal y lo no verbal dicen lo mismo el mensaje llega claro y nítido.
- ⇒ Cuando lo verbal y lo no verbal no dicen lo mismo la comunicación chirría y lo que más llega es el aspecto no verbal (el cómo se dijo)

4.- En http://www.matriz.net/mys/mys-1314/articulos/art_1314_03.html

5.- BIMBELA PREDROLA, José Luis y NAVARRO MATILLAS, Bibiana: *Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 2005.

Cuando hablamos de comunicación no verbal se está hablando de:

- ⇒ La mirada
- ⇒ La expresión de la cara
- ⇒ Los movimientos de la cabeza
- ⇒ La postura del cuerpo
- ⇒ Los gestos de las manos
- ⇒ La proximidad física
- ⇒ El volumen de la voz
- ⇒ El tono de la voz
- ⇒ La velocidad del mensaje
- ⇒ La duración del mensaje

En el libro ya citado, *Cuidando al formador*, se nos dan unas claves interesantes de comunicación con una serie de verbos clave.

- ⇒ **Clarificar objetivos:** ¿qué quiero conseguir con esta comunicación?
- ⇒ **Acoger:** son muy importantes los aspectos no verbales, por ello es relevante el establecer inmediatamente contacto (visual, a veces físico...) y acompañarlo con expresiones verbales y gestos que expresen apoyo y calidez, utilizando un tono de voz pausado y franco. Nos puede ayudar a que la acogida sea cálida el llamar a la persona por su nombre.
- ⇒ **Preguntar:** nos permite obtener información clave, potencia que la otra persona piense y reflexione, transmite interés por nuestra parte y facilita la participación.
- ⇒ **Escuchar activamente:** pedir alguna aclaración sobre lo dicho "¿a qué te refieres con...?", parafrasear (significa expresar con tus propias palabras lo leído o visto de un tema, en un artículo...), mirar, asentir con la cabeza...
- ⇒ **Empatizar activamente:** entendemos empatía como el ponerse en el lugar del otro. Esto a veces es sencillo, otras no tanto. Es importante, por tanto, establecer con la otra persona una comunicación basada en la confianza y el respeto mutuo. Si no comprendemos las razones de alguien, preguntar sin apriorismos nos puede ayudar a empatizar.
- ⇒ **Reforzar:** buscamos que lo que ha sido positivo se repita y que los aspectos a mejorar se mejoren sin desmotivar. Si empezamos por los aspectos a mejorar (o directamente utilizamos el término "lo has hecho mal") la persona se desmotiva de tal modo que el posterior reconocimiento no tiene el efecto deseado.
- ⇒ **Sintetizar:** a lo largo del proceso de comunicación es importante ir dando puntos de anclaje, pequeños resúmenes o ideas fundamentales que permitan seguir el hilo conductor y asimilar los mensajes. En la medida de lo posible va a ser más interesante que sean los y las propias discentes los que resuman o sinteticen.
- ⇒ **Retroalimentar:** cuando hacemos una pregunta para saber si las personas a las que formamos han "entendido" lo que se ha explicado, podemos tender a pensar que si se ha entendido algo distinto a lo que los y las formadores hemos

Autocuidados de los y las profesionales

dicho es por responsabilidad de la otra persona. El responsable de la comunicación es el emisor y por tanto este hecho nos obligaría a plantearnos cambios. Las expresiones "me he explicado" o "me habéis entendido" depositan la responsabilidad bien en quien forma, bien en quien es formado/a. Señalar también que la retroalimentación también puede ser con lenguaje no verbal.

Estilos de comunicación.

Básicamente podemos hablar de tres estilos: el estilo inhibido o pasivo, el asertivo y el agresivo.

Inhibido o pasivo

En el estilo pasivo no se ejercen los derechos propios, no se expresa y no se opina. No se ponen límites a los derechos y sentimientos de los demás. La persona se expresa de forma indirecta y dubitativa.

Agresivo

Se ejercen los derechos propios y no se respetan los derechos ni sentimientos ajenos. La persona se expresa de forma impositiva y utiliza la coacción en diferentes formas (mirada amenazante, dar pena, acusar...)

Asertivo

Se ejercen los derechos propios y se respetan los sentimientos y derechos ajenos. La persona se expresa de forma directa y honesta.

Algunos de los derechos asertivos son: tengo derecho a tener mis propias opiniones y defenderlas; tengo derecho a hacer una crítica y a expresar lo que creo que es injusto; algunas veces tengo derecho a ser la primera; tengo derecho a equivocarme; tengo derecho a cambiar de opinión; tengo derecho a intentar cambiar lo que no me agrada; tengo derecho a pedir ayuda; tengo derecho a pedir una aclaración; tengo derecho a tener mis propios sentimientos y aceptarlos como válidos.

Ventajas e inconvenientes de cada estilo de comunicación:

Estilo	Ventaja	Inconveniente
Pasivo	Se evitan conflictos interpersonales. Raramente se percibe un rechazo directo de los demás	Se consiguen las cosas a base de relaciones tensas. Es posible que las demás personas sientan miedo y se alejen. Afecta a la autoestima. Los cambios conseguidos en el entorno no se mantienen en el tiempo.
Agresivo	Consigue los objetivos a corto plazo.	Se consiguen las cosas a base de relaciones tensas. Es posible que las demás personas sientan miedo y se alejen. Afecta a la autoestima. Los cambios conseguidos en el entorno no se mantienen en el tiempo.
Asertivo	Es más probable que se consigan los objetivos de forma duradera. Se mantienen relaciones interpersonales más sinceras y gratificantes.	Se enfrenta a los conflictos interpersonales y esto es complicado de entrada. A veces las personas se enfadan por muy respetuosamente que se digan las cosas.

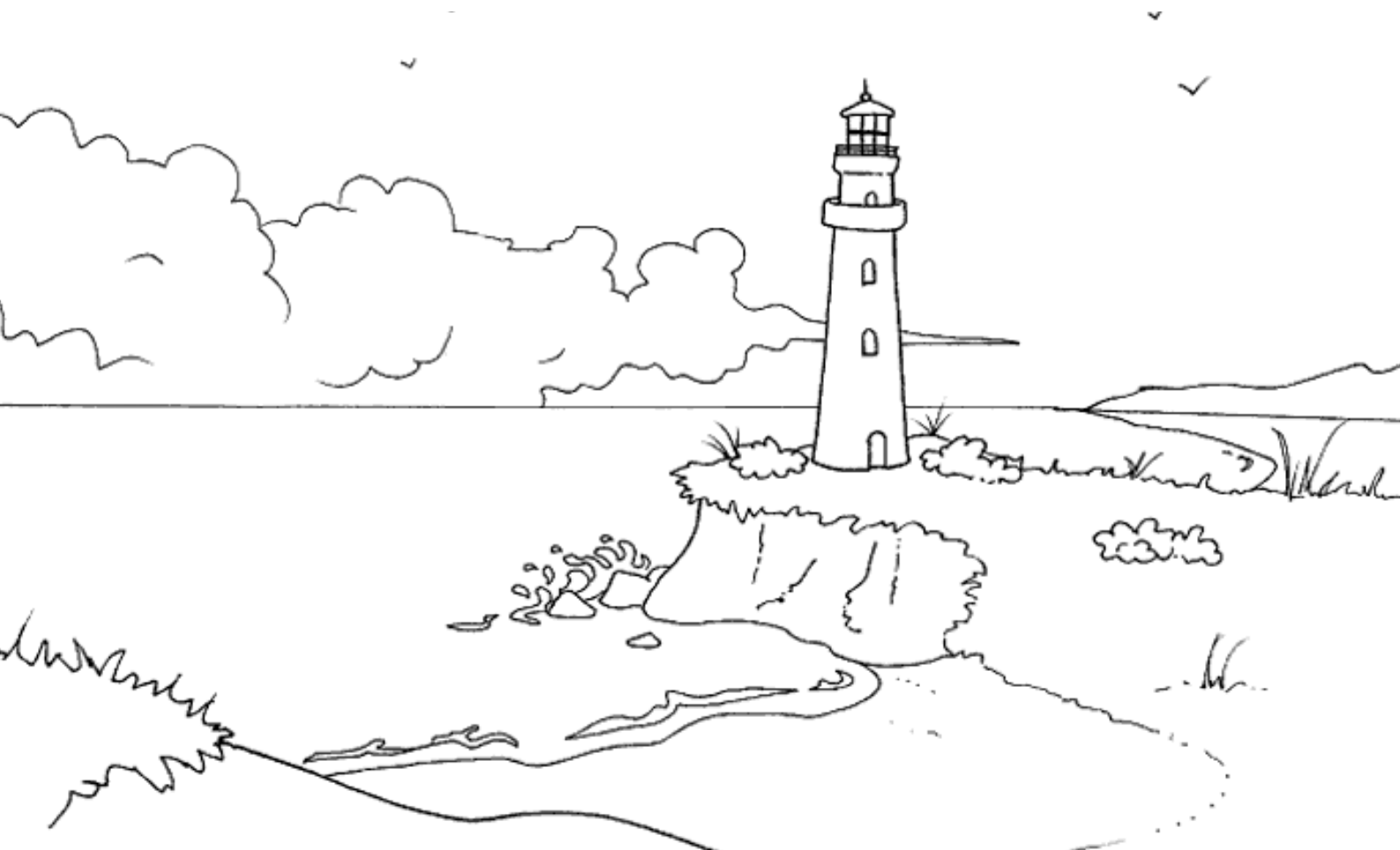
1.4.- Cinco ideas clave sobre la comunicación.

Se aconseja la lectura del libro *La isla de los 5 faros. Un recorrido por las claves de la comunicación*, de Ferrán Ramón Cortés⁶.

El autor descubre cinco claves de comunicación gracias a su viaje a Menorca y la observación de cinco faros. Se resumen las ideas más importantes que pueden ser de mucha utilidad a la hora de comunicar en la formación de VPM.

⇒ Un único y gran mensaje completamente relevante no se puede emitir sin un hilo conductor. Tenemos ganas de contar muchas cosas en cada sesión formativa, o charla. Cuando asistimos como oyentes o discentes a una sesión o seminario nos acercamos muchas veces con el anhelo de sacar alguna cosa en claro, algo valioso... una gran idea. Algo importante que no supiéramos antes. Antes de cada comunicación tenemos que pensar exactamente lo que queremos decir. Cuando queremos decir muchas cosas corremos el riesgo de que ninguna llegue con claridad. Eso no significa que nos limitemos a exponer una única idea, significa que el resto de explicaciones tienen que estar a su servicio.

6.- RAMÓN-CORTÉS, Ferrán: *La isla de los 5 faros. Un recorrido por las claves de la comunicación*. RBA Nueva Empresa, Barcelona, 2005.



⇒ Para comunicar tenemos que conseguir contar las cosas de forma que brillen más, que destaquen y sobresalgan del resto de mensajes que recibimos constantemente. Aprovechemos en nuestra comunicación el poder sugestivo y la magia de las historias. Las historias se fijan en la mente lo cual rara vez consigue la mera información. En el caso de la VPM hemos utilizado durante toda la formación el maravilloso poder de comunicación que tienen las historias de vida que nos cuentan las propias mujeres que sufren el maltrato. Los vídeos de las mujeres que generosamente nos han donado sus historias consiguen transmitir con mucha más intensidad e impacto lo que supone la VPM en la vida de las mujeres que la padecen. Solo con las cifras puras y duras no conseguiremos llegar al corazón de los y las profesionales sanitarias, ponernos en la piel de las mujeres y sentir por unos instantes en nuestro interior la injusticia terrible de esta situación.

⇒ El lenguaje de los faros es muy particular. Es extraordinariamente fácil y con sentido. Un lenguaje que comparten todos sus interlocutores y que conecta fácilmente con ellos. El lenguaje que utilizamos dice mucho de nosotros /as mismas. Podemos resultar soberbios, pedantes, inalcanzables, o cercanos y cálidos. Podemos ganarnos la complicidad de la gente escogiendo un lenguaje que conecte con ellos/as. El lenguaje sofisticado o ambiguo o con demasiadas palabras es como la niebla en el mar: desorienta y confunde. Debemos escoger el lenguaje pensando en quien nos está escuchando.

⇒ El mensaje que es válido es el que se recibe no el que se emite. Lo importante es cómo llega el mensaje a los demás y que significado pueden extraer.

El tono de voz es fundamental en la comunicación. Un tono de voz determina un sentido u otro a nuestras palabras. Necesitamos que alguien nos escuche y nos diga qué transmite nuestra voz. Para conocer la forma en la que llega nuestro lenguaje necesitamos observar las reacciones de la gente. Para captar la reacción de las demás personas basta con estar atento a sus gestos, expresiones y observar sus ojos. Los sentimientos determinan el tono de nuestra voz. Las mismas palabras con un sentimiento distinto suenan de forma diferente. Si tenemos una fuerte carga emocional dentro, inevitablemente lo transmitiremos en nuestra comunicación. Es importante conocer cuáles son nuestros sentimientos ya que lo que sentimos no se puede esconder. En el tema de la VPM es muy importante el conocer qué se nos remueve dentro antes de empezar a comunicar.

⇒ Comunicar no es arrastrar no es empujar: es invitar. Comunicar e invitar exige una seguridad personal y una dosis de generosidad que debemos entrenar. Nos esforzamos en convencer a las personas subiendo el volumen de voz, dejando de escuchar, sin parar de hablar o rechazando cualquier opinión que cuestione la nuestra. Tenemos que comunicarnos de tú a tú, con respeto mutuo. Con aceptación de las discrepancias y ofreciendo siempre la libertad de compartir o no lo que estamos comunicando.

Y para terminar una cita del libro *La isla de los 5 faros*:

Olvidamos las cosas que solo entendemos. Recordamos siempre las cosas que, además de entender, sentimos.

1.5.- La labor de observación como elemento de autocuidado.

En la pedagogía del aprendizaje significativo se recoge la figura de la persona observadora como elemento fundamental para una buena dinamización de las sesiones y como una forma de trabajar que permite introducir mejoras.

Se aconseja, como ya recordamos en el apartado **Antes de empezar** y en el **Centro temático 3**, que en cada sesión siempre estén dos personas a cargo: la que dinamiza la sesión y la observadora. Por lo tanto es imprescindible en los tiempos de preparación de las sesiones dejar el espacio adecuado para comunicar los resultados de la observación.

La observación es una oportunidad para el cuidado y el autocuidado.

A su vez la labor de observación implica la posibilidad de poder repartir la responsabilidad de la escucha y la acogida grupal e individual entre la persona que dinamiza la sesión y la persona que observa.

Esta descarga disminuye el estrés propio del desarrollo de la sesión con metodología participativa ya que una sola persona no puede estar atenta a las necesidades grupales e individuales, a los emergentes grupales, al lenguaje no verbal de las personas que componen el grupo, a medir los tiempos, a gestionar los audiovisuales o las técnicas y a su propio lenguaje no verbal.

La comunicación de los resultados de la observación de la persona observadora a la docente o al grupo debe hacerse siguiendo los principios del estilo asertivo de comu-

nicación. De poco o nada nos serviría que la propuesta de mejora que se puede hacer con la observación se hiciera con falta de respeto y de cariño.

Todas las personas somos más o menos sensibles a los halagos y a las críticas. Para que ambos sean eficaces se aconsejan algunos trucos tomados de la experiencia y del libro *Cuidando al formador*, capítulo 3.

Hacer y recibir halagos

Para hacerlos recuerda: sinceridad, concreción, justa medida, ir al grano, en primera persona y sin coletillas finales que quieran puntualizar.

Para recibirlos recuerda: acéptalo de una manera honesta y abierta, agrádeclo, devuélvelo si "te lo pide el cuerpo" y procura no negarlo o dar excusas ante el halago.

Hacer y recibir críticas

Para hacerlas recuerda: elige el momento adecuado, critica la sesión (contenido, metodología, etc...) no a la persona, procura no andarte por las ramas, evita generalizaciones, no culpabilices, procura ponerte en el lugar de la otra persona, recurre a los mensajes yo frente a los mensajes tú y realiza peticiones razonables y ajustadas a la realidad.

Para recibir las: practica la escucha activa, solicita aclaraciones si no has entendido bien, no las recibas como si fuera un imperioso mandato de cambio, pregúntate por qué y quién hace la crítica, si la aceptas hazlo asertivamente, y si no niégala asertivamente.

En el apartado Diseñando el programa se sugieren algunos guiones de observación.



2.- Autocuidados específicos en la formación en VPM

2.1 Efectos específicos sobre las personas formadoras.

Aunque es muy difícil separar qué efectos se deben al hecho de formar con esta pedagogía y los de enfrentarse a la propia VPM, sabemos por nuestra experiencia en los cursos impartidos que el hecho de formar, y más en el tema de la VPM, tiene algunas consecuencias sobre nuestra salud.

Formar en condiciones ideales (con tiempo suficiente y con personas adecuadas y elegidas que favorezcan un buen ambiente grupal) no siempre es posible en estrategias regionales que implican a grandes equipos de formación.

El desarrollo de la pedagogía del aprendizaje significativo supone una exposición a las personas y sus vivencias, sentimientos, críticas, etc. que no se dan en pedagogías menos horizontales en las que los docentes pueden ejercer el poder de una manera desigual.

Este exponerse conlleva un estrés añadido. Además el hecho de escuchar y sostener las emociones que suscita la VPM en las y los discentes supone, como en otras escuchas que realizamos en el ejercicio de nuestra profesión, una posible traumatización vicaria por la escucha.

La propia metodología exige un esfuerzo de revisión del guion de la propia sesión durante el desarrollo de la misma en aras de una mejor adaptación a las necesidades grupales. Esfuerzo intelectual y emocional que nos ha llevado en más de una ocasión a desarrollar síntomas físicos como dolor de cabeza, sensación de embotamiento e, incluso, contracturas musculares en la espalda.

El enfoque de género y las posibles resistencias que genera en los grupos y personas que se forman es un elemento que también genera malestar cuando el grupo no reflexiona en torno al hecho de la influencia de la propia construcción sociocultural de género, la formación y la práctica clínica y se muestra muy reticente.

Otro elemento independiente de la propia metodología que provoca reacciones a las personas que hemos coordinado los grupos de formación de formadores es que la prevalencia del 10% de VPM también se cumple en las mujeres discentes.

Para las coordinadoras el tener en los grupos estas mujeres que han sufrido violencia de pareja o que incluso toman conciencia de este hecho durante la realización de los cursos de formación, añade un elemento más de preocupación. En varias ocasiones, las profesionales nos han desvelado al acabar una sesión que eso que habíamos tratado lo habían vivido ellas.

No sabemos si entre los varones sanitarios que se han formado también se cumple la prevalencia de 10% de hombres que maltratan.

Nuestra experiencia es que en ocasiones contadas nos hemos encontrado con profesionales varones que desarrollaban estrategias similares a las que utiliza el hombre maltratador.

2.2 Rol de ayuda entre profesionales sanitarios.

Se ha desarrollado cómo trabajar algunas de las consecuencias sobre la salud de la formación. Recordemos que el estrés y los síntomas más fisiológicos los podemos manejar con técnicas sencillas recogidas en el apartado anterior.

Una buena preparación de la sesión y una predisposición para ejercer un rol de ayuda y de apoyo como docentes nos ayudarán en el desarrollo de esta pedagogía.

Y la pareja dinamizadora-observadora es un elemento de apoyo imprescindible.

Como elementos de futuro para la reflexión y la puesta en práctica consideramos fundamental la importancia de desarrollar redes de apoyo mutuo desde la horizontalidad entre los y las profesionales sanitarios que se dedican a la formación.

Autocuidados de los y las profesionales

Redes que cumplirán diferentes objetivos:

- ⇒ el apoyo emocional de todas las personas que hacen formación
- ⇒ el compartir los recursos más técnicos (audiovisuales, presentaciones, dinámicas...)
- ⇒ la presión institucional en el caso de que sea necesaria si las condiciones de formación son inadecuadas o precarias.
- ⇒ la autoformación desde el apoyo mutuo con la puesta al día de los últimos artículos, cursos... referidos a la VPM.
- ⇒ la evaluación continuada desde lo más cualitativo, lo vivencial y lo experimental.

Autocuidados en la atención de la VPM.⁷

1.- Autocuidados en Relación: consecuencias de los autocuidados emocionales en relación. Los efectos de ser testigos.

En este capítulo se analiza el efecto que puede producir, en los profesionales de Atención Primaria, el estudio de la temática de la violencia y el hecho de "ser testigos" de los relatos de maltrato de las mujeres, que acuden a las consultas en los centros de salud.

Nuestro objetivo, es ofrecer estrategias de autocuidados al profesional, con el propósito de que pueda garantizar en los "encuentros" una atención continuada de calidad, para ayudar a la mujer a iniciar un camino en la toma de decisiones y en su empoderamiento. Las estrategias de autocuidados profesionales que se describen se insertan en el proceso de la relación, es decir, se parte de un análisis con enfoque relacional de influencia mutua. La influencia en la relación se produce entre los saberes, las emociones y las posiciones subjetivas de quien necesita ayuda y el que la ofrece.

7.- Capítulo elaborado por Henar Sastre Domingo, enfermera de Atención Primaria.
Ver Autocuidados profesional en Anexo presentaciones.

1.1.- Del compromiso personal a la intervención profesional

Defiendo la idea de que para poder transformar la violencia que sufren las mujeres, es decir, el maltrato real y simbólico, debemos estar dispuest@s a asumir el compromiso siguiente: no puede haber neutralidad ante el sufrimiento de las víctimas - la mujer sus hijos e hijas.

Del mismo modo, para ayudar a la mujer, los profesionales tenemos que estar convencidos y dispuestos a realizar un "trabajo" hacia un cambio personal. Dicho cambio implica dirigir una "mirada interna" para cuestionarnos nuestra construcción subjetiva, los modelos relacionales asimétricos, cargados de mitos y estereotipos, nuestros prejuicios, también confrontarnos con los mandatos de género; todo ello aprehendido e interiorizado progresivamente en el proceso de socialización.

Solo desde este lugar podremos ofrecer a las mujeres cuidados y atención de acompañamiento en las relaciones de ayuda afectiva y efectiva.

Para ello es imprescindible que los profesionales desarrollemos dos ejercicios de voluntad consciente.

El **primer ejercicio** es un compromiso por la formación. Los profesionales sanitarios no hemos tenido formación teórica ni conocimientos técnicos en violencia durante nuestras carreras. De ahí que sea imprescindible estudiar los datos epidemiológicos que aportan las investigaciones de las ciencias psicosociales y saber el impacto que sobre la salud de las mujeres ocasiona la violencia. Conocer la legislación y el alcance legal en las decisiones profesionales y como estas repercute en la mujer y sus hijos e hijas.

Este puzzle formativo tiene una pieza imprescindible que son los estudios de género, pues contribuyen, entre otras aportaciones, a entender las relaciones de desigualdad y dominación que envuelven y fundamentan la violencia sobre las mujeres. Por último y como no podría ser de otra forma, se deberá incluir la escucha de la biografía de maltrato contada por las mujeres, con palabras y también a través del cuerpo.

Sabemos que cuando no hay palabras y la mente sufre, el cuerpo pide ayuda a través de los síntomas.

El conocimiento que aporta la formación evita el "Síndrome de la desatención ciega" por el que solo vemos lo que miramos y solo miramos lo que tenemos en la mente, de tal forma que sin formación es difícil llegar a relacionar los malestares y las quejas psíquicas de las mujeres con el maltrato al que están sometidas y que en muchos casos lo tienen normalizado.

Todos estos saberes profesionales deben ser compartidos con otros profesionales implicados en las diferentes instituciones, para lograr un lenguaje común y así abordar la violencia, en su complejidad tal como nos sugiere Susana Velásquez (2004):

Desde una perspectiva interdisciplinaria e interinstitucional, que no constituya una amenaza a la identidad profesional. Por el contrario, esta perspectiva organiza los recursos disponibles para la ampliación de los conocimientos y de las técnicas para trabajar en violencia.

El **segundo ejercicio de** voluntad consciente se relaciona con un trabajo de autocuidados entendidos desde una responsabilidad ética que nos obliga a ser sujetos de nuestras propias acciones o, lo que es lo mismo, de nuestro trabajo de empoderamiento considerado desde un triple desarrollo personal, profesional y colectivo.

1.2.- Algunas preguntas para interpelarse desde lo individual

Antes de iniciar los cursos de violencia en los centros de salud de la comunidad de Madrid, preguntamos a los profesionales sobre lo que piensa de la violencia de pareja, que sentimientos, emociones les plantea la escucha del relato de violencia de las mujeres y cuantas mujeres tienen en las consultas en esta situación. Estas son algunas de sus respuestas:

- ⇒ "Me da miedo preguntar"... "Me produce mucha tristeza, frustración."
- ⇒ "Me da lastima de la mujer y de los hijos".
- ⇒ "Confusión, considero que es un tema privado".
- ⇒ "Duda"... "Está de moda"... "Siempre ha existido".
- ⇒ "No conozco a ninguna mujer en violencia"... "Conozco a bastantes mujeres"
- ⇒ "Me despierta mi propia violencia"... "Me pregunto ¿por qué no se van?"
- ¿"Por qué pasa esto"?... ¿Por qué aguantan?... "No lo entiendo"...
- ⇒ "Me choca la violencia en las mujeres jóvenes"... "Me siendo incapaz de ayudar"... "¿Por qué sale este tema ahora?"
- ⇒ "Le dices a la mujer que decida y no te hace caso"...
- ⇒ "No comprendo cómo después de estar en el hospital destrozada, le perdona"...
- ⇒ "La violencia pasa por la perdida de poder del hombre"... "Es por el patriarcado".

Los sentimientos de impotencia, rabia, tristeza, y la empatía con la víctima son los más verbalizados por los profesionales de los equipos. Ante estos interrogantes es obligado plantearse las siguientes cuestiones:

- ⇒ ¿De qué manera impacta en mi cuerpo y psiquismo la escucha de la confianza?
- ⇒ ¿Me doy cuenta de lo que estoy sintiendo?
- ⇒ ¿Cuál es mi nivel de reactivación emocional?
- ⇒ ¿Duermo bien? ¿Estoy irritable? ¿Somatizo?

Considero fundamental "darse cuenta", es decir, tomar conciencia del malestar que nos puede producir la consulta con la mujer que sufre maltrato.

Si no nos interpelamos, es muy posible que el trabajo con violencia nos afecte la salud, pues está demostrado que los pensamientos emocionales intensos producen cambios corporales que determinan el comportamiento.

1.3.- Cuidarnos para: Acompañar, Escuchar, Comprender, Aceptar y Ayudar

Durante la entrevista, con la escucha es necesario tener en cuenta la posición subjetiva de la mujer y estar atentos/as a la comunicación no verbal, como los gestos, postura, silencio, llanto, o lo que calla. En definitiva hacer una escucha de lo implícito.

Debemos dar la posibilidad de que exprese a su ritmo y manera el relato. La finalidad no es solo recoger información y valorar el riesgo, sino que al escuchar se ofrece un espacio para la reflexión de las emociones, sentimientos de confusión, tan presentes en las relaciones de violencia. Comprender y aceptar su mundo emocional para que la mujer pueda aliviarse de ansiedad y culpa. Todo ello nos puede confrontar con nuestras propias ansiedades y confusión y desde la propia vulnerabilidad no es adecuada la ayuda. De ahí que sea tan necesario aprender a trabajarse el "vacío intrapsíquicos" el que se produce durante la escucha y "darse cuenta" del auto diálogo interno para analizar los mecanismos de identificación y así poder entonarse emocionalmente.

El entonamiento para Hugo Bleichmar (1997) va mas allá de las palabras pues lo que "entona" es el estado emocional del que ayuda. De ahí que para poder realizar un cuidado en relación sea conveniente hacerse algunas preguntas:

- ⇒ ¿Cuál es nuestra posición en la relación?
- ⇒ ¿Cómo nos situamos en la escucha relacional?

Si la posición es desde la "sobre implicación empática" corremos el riesgo de ofrecer una ayuda que no puede cumplirse y vernos envueltas en situaciones de difícil manejo.

Si es desde la "evitación", el aislamiento emocional nos lleva a actitudes de indiferencia y es muy probable que la intervención se realice con respuestas rígidas y estereotipadas fruto de nuestra propia ansiedad.

Queda claro pues, que una ansiedad adaptativa nos mantiene el interés y nos ayuda en la relación, pero si la ansiedad es excesiva puede afectar la tarea y hacerla imposible. Si no somos capaces de graduar la distancia optima en la relación, la tarea se afectará.

En este sentido, comparto la idea de Susana Velazquez (2004) que plantea la entrevista dentro de un marco de relación de "Identificación empática transitoria" sugiere que "Ponerse en el lugar del otro nos da la posibilidad de comprender lo que siente, pero debe hacerse conservando la capacidad de pensar, discernir, predecir y utilizar las herramientas teórico-técnicas que se dispone"

La identificación empática es la base de la intervención pero hay que saberse situar en la distancia operativa que nos preserva de la sobre implicación.

La cercanía en la relación así como la distancia se construyen, desde las diferentes vivencias, preguntando, escuchando, aceptando los propios límites y los límites que tiene la relación para que el la necesitado de ayuda se sienta protagonista y aceptado en su mundo emocional.

1.4.- Las consecuencias para los autocuidados emocionales en relación

El estudio de la violencia se considera un marco conceptual "caliente" por la complejidad simbólica de la violencia y porque lleva implícito el conflicto relacional, es decir, estamos tratando la posición de las relaciones íntimas, el poder y la sexualidad. Los conflictos son inherentes a las relaciones. Es fundamental asumir que no es posible la relación sin él. Conocer cuál es nuestro mundo relacional para poder decidir si

vivimos el conflicto como una oportunidad para el crecimiento personal así como conocer el propio límite de aceptación de la violencia. Para ello es preciso cuestionar y reflexionar sobre:

⇒ Nuestro umbral de tolerancia a la violencia. Sin duda irá cambiando a medida que nos formamos. Desde la no tolerancia a la violencia física, actualmente rechazada por un gran consenso social, hasta replantear el modelo relacional de la mística de la feminidad, o lo que es lo mismo cuestionar las relaciones asimétricas.

⇒ Revisar los propios mecanismos de defensa, y saber valorar cuándo cumplen una función adaptativa o nos pueden enfermar.

⇒ Revisar los mandatos de género supone por una parte, des-responsabilizarnos del bienestar y malestar de los vínculos y por otra, ayudar en nuestras consultas a que las mujeres se cuestionen la hiper-responsabilidad de todo el cuidado de todas las personas. Es decir, el cuidado que las pone en riesgo y las produce el síndrome de malestar. Henar Sastre (2007)

⇒ Deconstruir la mística del amor romántico y analizar cómo las mujeres jóvenes asumen relaciones de maltrato y dependencia emocional, por estar sujetas a modelos de dependencia.

En este sentido, nos recuerda Emilce Dio Bleichmar (1985) al hablar del gran asunto de la vida de las mujeres: "ser queridas y querer". Este ideal femenino es lo que constituye el psiquismo en las mujeres. La autora denuncia que:

"la idealización del amor es un recurso ideológico del sistema de representación imaginario que el psiquismo utiliza como estrategia y mecanismo de defensa para enmascarar sentimientos de: desamparo, dependencia y humillación. La mistificación del amor romántico prevalente en el imaginario social moderno legitima la dependencia emocional en las mujeres."

1.5.- Los efectos de "ser testigo" en los/as profesionales

El significado del término testigo se refiere a presenciar un hecho, pero también se considera que la escucha de un relato tiene valor de testimonio de la existencia de ese hecho.

Es excepcional que los profesionales presenciemos el acto violento. Sin embargo forma parte de nuestro trabajo escuchar el sufrimiento y valorar los daños físicos y psicológicos de la violencia. Cuando una mujer nos elige como confidentes, nos hace testigos de su impotencia, confusión, rabia y en ocasiones de su negación.

Por estas razones, se hace necesario ser conscientes de que la exposición a la contaminación temática de la violencia puede producirse y llegarnos no solo del relato de la mujer sino desde diferentes lugares y situaciones; por ejemplo, de la escucha de los expertos durante las actividades formativas, durante la asistencia a las mujeres en los juicios. También de la lectura y estudio de material con temática sobre violencia, de los medios de comunicación con noticias cargadas de estereotipos de género, así como de las películas donde la violencia real y simbólica es una constante.

Pero, sobre todo, ser testigo de los relatos de abusos que nos cuentan las mujeres en la escucha profesional. Asimismo de la confianza de relaciones violentas en las que se encuentran amigas o familiares que al considerar nuestra experiencia en temas de violencia, nos hacen depositarias de sus situaciones de maltrato.

"Ser testigo" de las biografías de maltrato nos conmueve, y ello es así porque nos toca directamente. Aceptamos que la violencia de género existe porque hay desigualdad y poder en la que todos y todas estamos en mayor o menor medida.

En este sentido, comparto el análisis de Susana Velazquez (2003) cuando plantea que "escuchar prestando atención la confianza de la mujer, su significado, desde su herida puede ponerse en contacto con las propias violencias temidas, imaginadas, ejercidas, padecidas". Con la escucha se produce una cascada de sentimientos y emociones relacionales. Por tanto, la comprensión emocional consiste en comprender a la mujer y también comprendernos a nosotras mismas.

Los estudios con neuroimagen han demostrado que el hecho de "ser testigo" de la escucha de un relato violento puede producir una visualización cuyo impacto tiene repercusiones físicas, emocionales y conductuales. En esta misma línea señala Sara Velasco (2009) como "Las palabras generan en quien las escucha o lee representaciones mentales y representaciones sociales".

Se pueden producir entre otros los siguientes efectos del hecho de "Ser testigo":

1.- Efecto de bloqueo. Al escuchar un relato inesperado o grave podemos quedar paralizados y sentir confusión. Analizar el mecanismo de identificación evita dar una respuesta inadecuada y proyectar algo de lo nuestro durante la relación de ayuda.

2.- Efecto salvador. Es el intento de rescatar a la mujer y erigirnos en liberadores sin tener en cuenta la fase por la que está transitando, cuales son sus motivaciones y los deseos de la mujer

3.- Efecto Temor del agresor. En ocasión el riesgo a ser agredid@s por el agresor es real. Cada día son mas frecuentes las amenazas de los agresores a l@s profesionales; pero también el miedo puede estar despertado por la ansiedad que produce la intensidad emocional del relato de la mujer. Hay que tener en cuenta, que en muchos ocasiones el hombre maltratador viene a la consulta como paciente. Esta situación está suponiendo un reto profesional pues nos plantea nuevas controversias.

4.- Efecto Rechazo. Lo que se valora como doloroso para el propio psiquismo se puede eludir. De ahí la necesidad de reevaluar los propios sentimientos, pensamientos y nuestra conducta en la relación con la mujer. Es necesario que aprendamos a tolerar la ansiedad ante una recaída. También cuando la mujer no cumpla las expectativas del profesional y pensemos que no avanza en su proceso.

5.- Efecto Respuesta Silenciadora. Si el relato que escuchamos nos resulta abrumador podemos, sin darnos cuenta, cambiar la dirección del relato hacia una temática menos estresante para el profesional.

6.- Efecto de la sobre implicación. Se puede afirmar que existe una feminización en la atención de los servicios e instituciones dedicados a la violencia.

También es cierto que mayoritariamente son las mujeres las que muestran un mayor compromiso en la ayuda.

Muchas mujeres que participan en el ámbito de la violencia han tenido una biografía con experiencias de violencia. Si a estos factores añadimos la socialización en el cuidado de las mujeres como "seres para otros" dentro del mandato de la feminidad, nos podemos plantear la siguiente pregunta: ¿Todos estos condicionantes nos hacen más proclives al desgaste profesional que a los hombres?

Para los hombres el trabajo en violencia se puede presentar como una labor nada sencilla, pues se enfrentan a la deconstrucción de los estereotipos y mandatos de la masculinidad. De un lado, también ellos han podido ser víctimas, por lo general de la violencia de otros hombres y esta experiencia les puede confrontar con su identidad. Por otro lado, deben cuestionarse el mecanismo de identificación como varones al reconocer que los actos violentos que ejercen los varones les plantean elegir una posición desde el silencio cómplice, la empatía, la negación o el rechazo.

Aunque no tenemos datos sobre la implicación de los hombres sanitarios en la atención a la violencia de género, sí podemos afirmar que su compromiso en relación a las mujeres es notablemente menor.



2.- Consecuencias en la salud de los y las profesionales que trabajan en violencia de género. Testimonios de profesionales de AP

Sabemos que la atención en violencia se considera un material tóxico (en ocasiones altamente tóxico), por tanto, la exposición sin protección pone a los profesionales en riesgo de enfermar.

Las investigaciones y la propia experiencia cotidiana nos confrontan con esta realidad, pues las personas no contamos con la suficiente capacidad biológica, psicológica y espiritual para afrontar la violencia interpersonal sin consecuencias.

Los efectos que pueden sufrir l@s profesionales por estar expuestos a la temática de violencia se han descrito como "Traumatización Vicaria" "Desgaste por Empatía" "Síndrome de Burnout" Todos estos términos se emplean para definir el "Estrés post-traumático Secundario" que sufren las personas que se responsabilizan de la ayuda. Por un lado, como profesionales de la salud estamos permanentemente expuestos a presenciar o escuchar acontecimientos que nos pueden provocar estrés postraumático secundario. Este estrés nos cuestiona la propia competencia profesional, al no poder dar salida a las situaciones complejas como la muerte, la enfermedad invalidante, las crisis vitales en definitiva todo lo humano que comparta sufrimiento, y puede desde la frustración, afectarnos física y psicológicamente.

Por otro lado, el propio estrés nos hace más vulnerables y sufrir los siguientes efectos:

1.- Traumatización vicaria. Aparece durante la relación y es lo que le ocurre al terapeuta durante la escucha. Según Pearlman (1990) "El profesional reproduce y vive los síntomas y el sufrimiento de la víctima y puede reaccionar airadamente ante la temática de la violencia".

Lenore Walker (1993) nos alerta de los efectos de traumatización vicaria que pueden aparecer en los profesionales que trabajan en violencia

- ⇒ Mayor empatía e identificación con el agresor
- ⇒ Angustia porque la mujer no toma las mejores decisiones
- ⇒ Rechazo forzar a la mujer a tomar decisiones sin preparación
- ⇒ Sobre preocupación por la seguridad de la mujer
- ⇒ Persuadir a la mujer de que lo que pienso es lo mejor
- ⇒ Disociarse cuando se escucha a la mujer
- ⇒ Derivaciones precipitadas
- ⇒ Tristeza por no ser buena terapeuta
- ⇒ Omnipotente pretensión salvadora hacia la mujer
- ⇒ No querer ir al trabajo

2.- Desgaste por empatía. Sabemos que una condición fundamental para una eficaz intervención consiste en que el profesional desarrolle respuestas empáticas durante la ayuda. Sin embargo son numerosas las investigaciones que nos advierten del daño que pueden experimentar l@s profesionales debido a una "sobre implicación empática" y las actitudes que se derivan de este desgaste.

Charles Figley (1995) describe dicho concepto como un sentimiento de profunda pena que experimenta el/la profesional y se acompaña: por un fuerte deseo de aliviar el dolor y resolver sus causas.

Surge de forma súbita y se caracteriza por tres grupos de síntomas:

- ⇒ "Reexperimentación": cuando se reactiva durante la escucha algún hecho traumático del profesional que no ha sido elaborado
- ⇒ "Conductas Evitativas" por asociar estímulos al trauma. Puede conducir al aislamiento y bloqueo psíquico
- ⇒ "Hiperactivación" es un estado de alerta, sobresalto y vigilancia permanente en el que ayuda

Judith Herman (1992) nos advierte de cómo "la exposición repetida al sufrimiento de la gente y a historias conflictivas impacta en la confianza en la humanidad que tienen los cuidadores y produce una intensa sensación de vulnerabilidad".

3.- Síndrome de *burnout*. Fue descrito por el psicoanalista H. Freudenberger (1974) al observar sus propios cambios y los de sus colegas. Se refiere a un proceso de pérdida de motivación e interés por los pacientes que se acompaña de fatiga, frustración, agotamiento físico, emocional, mental y que aparece ante la implicación emocional prolongada.

Síntomas:

- ⇒ Físicos: fatiga, insomnio, cefaleas, gastrointestinales etc.
- ⇒ Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza etc.
- ⇒ Conductuales: agresividad, cinismo, estar a la defensiva, abuso de sustancias.
- ⇒ Laborales. Incomunicación, aislamiento, falta de concentración etc.

El agotamiento profesional es lo más determinante en el *burnout*. Se considera que este síndrome es un proceso que se desarrolla cuando interactúan un entorno laboral muy estresante y unas características personales de sobre implicación del profesional. En este sentido, es un mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés, que no se da en todos los profesionales.

Edelvich y Brodsky (1980) consideran al *burnout* "un proceso de desilusión progresiva en el que la pérdida del idealismo del trabajo va acompañada por una disminución de la energía y de los objetivos como consecuencia de las condiciones laborales".

Los estudios sobre el síndrome de *burnout* coinciden en la idea de que todos los afectados son trabajadores que se responsabilizan del cuidado y atención de las personas. Conocer las fases por las que se puede pasar nos ayuda a prevenirlas.

En este sentido, Wilson (1997) analiza las cinco etapas por las que puede atravesar el profesional:

- 1ª. Gasto de gran energía física y emocional
- 2ª. Fatiga
- 3ª. Enfermedad física. Caída de sistema inmunológico
- 4ª. Síntomas emocionales frustración, aislamiento, pérdida de entusiasmo, aparición de pesimismo. Cuando la distancia emocional corre peligro se pueden desarrollar respuestas de negación
- 5ª.- Pérdida de funcionamiento, que puede derivar en abandono de la tarea o en búsqueda de ayuda

El autor nos advierte de que tanto el apoyo que se reciba como los autocuidados pueden prevenir o detener estas etapas.

Cabe pensar que es determinante para la prevención conocer los límites personales es decir, el nivel de tolerancia y la propia vulnerabilidad para preservarse y no sufrir las consecuencias del síndrome.

Testimonios de profesionales de Atención Primaria

Agradecemos los testimonios de los escritos por los compañer@s. Describen algunos de los efectos de "ser testigo".

Testimonio de médico de familia:

En mis 26 años de vida profesional he sentido muchas emociones positivas en la consulta, a las que resulta muy fácil adaptarse y aceptar. También he sentido muchas emociones negativas sobre todo de irritabilidad, enfado, vergüenza e impotencia...

Reconozco que tuve mucha suerte, de Residente, me tocó por azar en 1987 asistir a un curso de "entrevista clínica". Aprendí algunas cosas, me di cuenta que necesitaba ser flexible y tener una actitud abierta para intentar superar problemas que nunca dejan de aparecer... Este aprendizaje me ha permitido enfrentarme a mis sentimientos sin dejarme arrastrar por ellos... Reconozco que sin estas enseñanzas, hubiera reprimido muchos sentimientos y hoy sería otra persona más fría

Ante una mujer maltratada, nerviosa, aturdida... con múltiples hematomas siento mucho dolor en mi interior, me paraliza... tengo que reaccionar... veo un ser herido y con una impotencia absoluta, como si me pasara a mí o a mi familia... se me agolpa un precipitado deseo de compensarla, de protegerla totalmente en el primer segundo...

Testimonio de médica de familia:

La Sra X está frente a mí en la consulta. Sé lo que me va a contar... ya me lo ha contado otras veces. Sé también que voy con retraso y casi puedo oír el murmullo creciente en la sala de espera... hago un esfuerzo por no pensar en ello... la Sra X llora (y no puedo por menos que recordar el chiste de algún compañero del Centro: "a la Seguridad Social se viene llorando"), la psicóloga de ayuntamiento con cuyo equipo ha estado trabajando no quiere verla ya más en su consulta: ha recriminado a la paciente "que no pone absolutamente nada de su parte"... me invade la desolación porque yo también lo he pensado alguna vez y ahora mismo solo desearía también "tirar la toalla". Pero me sobrepongo... pienso que todos estamos en el mismo camino, solo que lo recorreremos con diferentes velocidades... y sigo la consulta con la Sra X.

Testimonio de enfermera comunitaria:

Cuando una mujer me cuenta por lo que está pasando y me dice que no quiere separarse, me pregunto que ha hecho la educación con esa mujer para que no sea capaz de decidir... y no puedo evitar generalizar y pensar que hay muchas mujeres así... Ante ella me parece estar en una noria emocional. Intento parar, para no quedarme bloqueada, o que mi rabia e impotencia no se junte con su falta de decisión...

También pienso, como podría entrar en su cabeza y sobre todo en su corazón para persuadirla para que decida en su propio bien. He aprendido en el curso de violencia que hay muchas mujeres en el cupo que no lo cuentan... tengo dificultades para preguntar... Pienso como sus enfermedades y múltiples quejas, pueden estar relacionadas con el maltrato, entonces la impotencia es muy grande...

Testimonio de enfermera comunitaria:

Me avisa mi compañera médica a su consulta. Explora a una mujer agredida por su marido y rellena el parte de lesiones. Acude con familiares y la derivamos al hospital. Es una mujer del cupo y también su marido e hijos.

Cuando se va, necesitaríamos un rato para poder compartir nuestros sentimientos de impotencia, rabia, miedo, inseguridad. Nos planteamos si podríamos haber hecho algo para evitarlo, detectado algún indicio, pero esto no suele

suceder así... Hay que continuar con la consulta la sala de espera continua llenándose... Si no conseguimos hablarlo nos iremos a casa cada una con su carga emocional.

Una vez en casa a los sentimientos experimentados se añaden la rabia e impotencia porque pasen estas cosas.. parece que nada cambia... Las leyes, la formación, el trabajo de las mujeres (la mujer es independiente económicamente) no impiden que algunos hombres no encuentren otra manera para continuar ejerciendo su poder mas que agrediendo a sus mujeres.

Una vez metabolizados todos estos sentimientos piensas en tener los ojos más abiertos, en escuchar más, y en como vas a trabajar con tu paciente agredida cuando vuelva a la consulta .Posiblemente

vuelva a ver al marido agresor, y casi seguro a los hijos. Intento preparar todo, pero casi todo vuelve a sorprenderte. Otra vez inseguridad y miedo. No se si es posible hacerlo de otra manera, pero creo que el tema no puede resultar indiferente a ningún profesional. Todos podemos hacer algo.

"Del cuidado de sí" a los autocuidados profesionales

En la actualidad podríamos identificarnos y asumir los principios que postuló la cultura griega sobre el cuidado, pues fue capaz de integrar los cuidados físicos y emocionales (como cultivo del espíritu) bajo la idea "el cuidado de sí". Los griegos proponían bajo este concepto cuidados relacionados con el ejercicio físico, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura y una profunda reflexión acerca de los valores conocidos. Se recomendaba, por tanto, el autocontrol como forma de autocuidado.

Sin embargo, con el pensamiento judeocristiano: "vencer al mundo, al demonio y a la carne," se estigmatizó el cuidado corporal.

Es en el siglo XX con el movimiento feminista cuando se lleva a cabo un debate político sobre el autocuidado. Las mujeres por todo el mundo se organizan en grupos de autoayuda y autodeterminación, para combatir la autoridad médica y del sistema sanitario, defendiendo hacerse protagonistas de sus autocuidados.

Se puede afirmar que la investigación sobre el autocuidado es un debate epistemológico en las ciencias sociales y de la enfermería.

En este sentido es Dorothea Orem (1930) la enfermera que desarrolla un modelo de autocuidados para la atención y la práctica de los cuidados enfermeros.

Para Orem el autocuidado tiene un alto contenido ético y lo plantea como un conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los efectos internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que la persona realiza por sí misma, y se aprende a lo largo de toda la vida a través de la comunicación y las relaciones interpersonales. Son, por tanto, acciones intencionadas, cuya meta es proporcionar bienestar.

Los modelos de psicología positiva postulan que se pueden aprender capacidades positivas como son: la auto eficacia, autoestima y resiliencia, para el autocuidado.

Los compromisos de los autocuidados en l@s profesionales

Para que se garanticen los autocuidados de l@s profesionales deben estar implicados, coordinarse y adquirir un compromiso en la atención los siguientes niveles:

- ⇒ Responsabilidad individual, en el que la implicación es personal.
- ⇒ Responsabilidad de redes de apoyo.
- ⇒ Responsabilidad de los equipos: de trabajo, de formación de formadores etc.
- ⇒ Responsabilidad institucional.



3.- Estrategias de autocuidado individual. Autocuidado desde el género.

El trabajo del autocuidado individual es un compromiso personal. Hay que tener en cuenta que una de las diferencias entre la posición del niño y la del adulto la marca la responsabilidad del cuidado. El adulto se debe hacer cargo de sí, de lo que le hace a su cuerpo y a su mente y por tanto, debe asumir las consecuencias que para el bienestar personal tienen las actitudes que le llevan hacia un "trato bueno" ó un "mal trato" de sí.

Cuidarse es un deber ético que requiere una tarea constante y permanente de atención de darse una variada y equilibrada proporción de "nutrientes" para mantener la salud, fortalecer el bienestar, potenciar el equilibrio emocional que nos da la autoconfianza y así prevenir el desgaste profesional y los efectos de ser testigo. Para prevenir los efectos de ser testigo, Bleger (1977) recomienda:

- ⇒ Tomar conciencia de la situación emocional ó que nos expone este trabajo.
- ⇒ Reconocer, discutir en equipo los obstáculos y limitaciones.
- ⇒ Hacernos responsables solo de lo que nos concierne
- ⇒ Detenernos a examinar los propios sentimientos. En el desgaste profesional se puede dejar de sentir. Las técnicas corporales ayudan a conectar con el sentir, pero sin la percepción de la amenaza.
- ⇒ Compartir las experiencias con el equipo y crear contextos de seguridad psicológica.
- ⇒ Esclarecer los problemas e intentar modificarlos.

3.1.- Propuestas para el autocuidado individual

Evitar contaminar a las redes de apoyo personal

Aunque compartir intereses, valores, con las redes personales sea un deseo legítimo, hay que aceptar que no siempre es posible. En este sentido recomiendo un saludable autocuidado que consiste en hacer un pacto con uno/a mism@ para no llevar a las relaciones de amigos, pareja, hijos, la temática de la violencia, y evitar sobrecargar a quien no tiene formación y por tanto funciona desde los prejuicios.

Es necesario evitar el riesgo que supone una confrontación defensiva, para que no se produzca un distanciamiento o la pérdida de las redes de apoyo.

Espacio libre de contaminación

El discurso de la temática de violencia requiere para ser bien oído y comprendido, un espacio adecuado como un aula y un tiempo reposado, que implique la escucha comprensiva de los prejuicios y estereotipos de la otra persona.

Regalarse espacio para la distracción

Darse autocuidados con actividades recreativas que no contengan temas relacionados con la violencia. Para ello es importante nutrirse con intereses variados, artísticos, lúdicos, de contacto con la naturaleza. Todo ello para poder descontaminarse y recuperar la energía.

No postergarse

Procurarse un tiempo para sí, con todas las prácticas saludables que nos proporcionen placer e intimidad. "Me concedo lo que quiero y necesito" Aprender a delegar para salir de la posición de "imprescindibles".

Preservarse de la hiper-responsabilidad

Sabemos que en la temática de la violencia intervienen numerosas instituciones y diferentes profesionales. Un adecuado autocuidado es aceptar que en los manejos inadecuados institucionales, se producen a veces graves daños, pero no tiene sentido la autoinculpación. "Saber" poner en cada institución su parte de responsabilidad ayuda en esta aceptación.

Saber pedir ayuda. Dejarse ayudar

Revisar el "aguantar" como formato de la feminidad pues nos pone en riesgo. El hecho de pedir ayuda nos posiciona en una toma de conciencia de malestar como requisito previo para aceptar la ayuda. Saber que la ayuda siempre está donde se encuentra, con frecuencia en las redes de apoyo personal y social también en los grupos profesionales y cuando se considere necesario pedir ayuda técnica.

Aprender a querer saber delegar, delegar y delegar

... y confiar y aceptar que los demás lo harán a su ritmo y manera.

Desarrollar rituales de descompresión

Aprender a vaciarse, desechando el material tóxico para autoprotegerse. Visualizar el "vómito emocional" de la escucha y saber depositarlo en un "lugar adecuado" para poder estar disponibles. Esta disponibilidad nos permite seguir ayudando el alivio del que nos pide ayuda.

Si no aprendemos a vaciarnos y carecemos de espacios para elaborar la angustia propia, es muy posible que a la queja (de falta de tiempo real) añadamos nuestra propia angustia y percibamos la realidad distorsionada. Desde la distorsión, la queja se hace total y es muy probable que se invalide la tarea y nos alejemos del compromiso con la violencia.

Incorporar cuidados de equilibrio mente- cuerpo

Es altamente recomendable aprender técnicas de relajación en todas sus variantes. Yoga, Visualización, Meditación Tai Chi etc. Si se incorporan al cuidado cotidiano como un alimento diario podremos evitar carencias de "nutrición emocional" que nos ponen en riesgo.

3.2.- Los autocuidados desde el género

Implican cuidarse desde el ser mujer, con plena autonomía y confianza para poder actuar con asertividad, como sujeto de derecho y sin sentimiento de culpa.

No postergarse en las necesidades psicofísicas supone con frecuencia para las mujeres llegar a confrontaciones personales, relacionales y sociales muy complejas. Puede ser duro tener que elaborar las pérdidas de los deseos, las ilusiones construidas desde los ideales de la feminidad. "De lo que podía haber sido pero no es" Hay que saber que este es un proceso de duelo necesario para el empoderamiento.

En este sentido, Sara Velasco (2009) ha investigado los procesos biopsicosociales protectores de la salud de las mujeres y es determinante para el bienestar actuar desde ellos pues se puede afirmar que operan como potentes autocuidados.

La investigadora incluye como procesos protectores para la salud de las mujeres los siguientes:

- ⇒ "El cuidado del cuerpo" desarrollar la capacidad para "dar" al cuerpo lo que necesita en cada momento de la vida.
- ⇒ "Escuchar el significado subjetivo de lo que expresan los síntomas y malestares"

En el área social defiende "no ser víctimas pasivas de las circunstancias externas", "socializarse y actuar sobre la sociedad" "empoderamiento individual y colectivo para intervenir en los cambios".

Como vías de realización plantea: "el trabajo", "la creación", "el estudio", "tener hijos" y "amar".

Dentro de los procesos protectores de la posición subjetiva defiende: "la capacidad de elegir" "independencia" y "autonomía", "el desarrollo de proyectos propios", "la posición activa", "ser sujeto de los propios actos", "librarse de las exigencias, ideales", "no ser objeto de lo social", "preguntarse por el significado de los actos y los síntomas".

Desarrollar el empoderamiento (*empowerment*) como autocuidado. Clara Murguialday (2003) define el termino como "una estrategia que favorece que las mujeres incrementen su poder, que ganen influencia y que participen en el cambio social". Es un proceso, un trabajarse desde lo interno y lo externo, que nos permite tener lo que las mujeres no poseen. Tiene una dimensión individual y otra colectiva.

El empoderamiento colectivo requiere de una metodología que potencie el cambio sobre las condiciones de desigualdad que afectan la salud y el bienestar de las mujeres.

El empoderarse individual requiere desarrollar una mirada crítica de nuestros valores, creencias, mandatos, es decir, de la cultura que nos ha construido y como recomienda Audre Lorde (2010) la mujer para empoderarse: "Tendrá que prestar atención a su voz interior en lugar de a las voces exteriores, estridentes, persuasivas, amenazadoras, que le presionan para que sea lo que el mundo quiere que sea".

Hay que saber que nadie puede dar poder a otra persona, pues es un atributo huma-

no intrínseco a la persona. Es el miedo y la desconfianza quienes lo ocultan. Se pueden abrir caminos para que cada mujer lleve a cabo su propio proceso. Cuando ayudamos a promover la confianza en el otro nos empoderamos y ello nos conduce a poder desarrollar capacidades de resiliencia como son la autoconfianza y la autoestima; en definitiva de autonomía personal, pues el empoderamiento enseña a ser para sí misma.

Promover la Sororidad. Marcela Lagarde (2009) nos habla de un sentido de pertenencia, de reconocerse desde el ser mujer, darse apoyo, procurarse bienestar, reafirmarse desde la autoestima, la educación, y la información de los derechos.

Asumir los riesgos, la adversidad y la incertidumbre del vivir, pues todo ello nos hace adultos.

Decidir ser libre es reconocerse en la "carencia" y saber vivir en ella. Reconocer que, a lo largo de una vida podemos tener "casi todo" pero no junto y al mismo tiempo. Por ejemplo: es imposible decidir el compromiso de "estar en relación" y pretender "el estar sola".

Ejercitar la autoconfianza para equilibrar los miedos y transformarlos en un miedo funcional, el que es necesario pues nos preserva de los peligros.

Ejercitar el buen trato en las relaciones, que muchas veces significa poner palabras a lo que nos pasa, expresarlo de manera creativa para no herirnos y no herir a las demás personas.

Desarrollar una personalidad resistente. Hay que ser conscientes de que el trabajo en violencia es apostar por un cambio de modelo relacional que defiende los derechos humanos. Sin duda este compromiso puede ser un gran motivador profesional que ayude a un rearme psicológico y nos permita enfrentarnos a esta delicada tarea que sabemos nos puede poner en peligro.

Necesitamos desarrollar estrategias de afrontamiento externas e internas que nos hagan resistentes.

En este sentido, es oportuna la aportación sobre el concepto de "personalidad resistente" de Kobasa y Madi (1982) Los autores estudian las estrategias que protegen a las personas y cómo los resistentes viven las situaciones estresantes como oportunidades. La *hardiness* o Resistencia al estrés engloba tres conceptos:

⇒ El Compromiso, que supone una inclinación para implicarse en la tarea del trabajo, las relaciones humanas, y en las instituciones. Es una solidaridad empática con los que sufren. Sin este requisito no es posible una ayuda eficaz en violencia.

⇒ El Control entendido como una conciencia personal de que podemos contribuir al cambio de los acontecimientos. Es la confianza de poder desarrollar estrategias para afrontar los cambios.

⇒ El Reto es aceptar que el cambio es una característica de la vida. Las dificultades serían oportunidades para aprender y comprender nuevas posibilidades de acción, e incentivos de crecimiento personal y profesional. Se requiere de una flexibilidad cognitiva y de la tolerancia a la incertidumbre.

Autocuidados de los y las profesionales

El desarrollo de estas herramientas las considero imprescindibles para el autocuidado, dado que la tarea con el trabajo en violencia es con frecuencia violentamente cuestionado, lo mismo que se invisibilizan las consecuencias para la salud de las mujeres que la sufren.

Numerosos estudios apuntan a una menor reactivación fisiológica al estrés en los sujetos más resistentes. ¿Se puede desarrollar una personalidad resistente?, Kobasa (1982) estructura un programa basado en tres técnicas:

- ⇒ "Reconstrucción situacional" Consiste en comparar situaciones valoradas como positivas con negativas y asociar nuestros juicios a las situaciones positivas. Una equilibrada reconstrucción situacional nos sirve para la
- ⇒ "Focalización" Orientar la atención a los mensajes internos emocionales que nos den sensación de control.
- ⇒ "Autorrecompensas" Saberse dar lo que necesitamos.

La propuesta de Kobasa sobre la personalidad resistente podrían sernos de gran utilidad para promover: grupos de profesionales resistentes.

Sabemos de las múltiples dificultades que envuelven al fenómeno de la violencia, entre ellas la invisibilidad de la gravedad por parte de la sociedad. En este sentido, un estudio reciente sobre la percepción que tienen los ciudadan@s sobre esta cuestión revela que tan solo un 1,5% de la ciudadanía lo estima como un problema muy grave.

Se da la paradoja de que en los cinco últimos años en España han sido asesinadas 345 mujeres por sus parejas o ex parejas y 30 personas asesinadas por terrorismo. Sin embargo la percepción sobre la gravedad del terrorismo sigue siendo muy alta. Miguel Lorente (2011)

En los análisis y reflexiones sobre la violencia entre los profesionales sanitarios, es habitual que se polarice el debate entre posiciones extremas. Por una parte, se defienden los grandes logros y de otra, se cuestionan los grandes fracasos, estos se suelen imputarse a las dificultades de la puesta en práctica y las consecuencias de las medidas legislativas.

Estas incertidumbres nos incitan a promover grupos de profesionales resistentes para favorecer el autocuidado grupal para las "autorrecompensas" y también canalizar la energía grupal hacia un "compromiso" en la tarea de la violencia, en el marco de una proporcionada "reconstrucción situacional" para que el grupo desarrolle deliberaciones ajustadas capaces de defender los derechos de las mujeres en la igualdad y la erradicación de la violencia. En definitiva todo ello es apostar por la salud de las mujeres.



4.- Responsabilidad de las autocuidados de las redes de apoyo profesional y en los equipos e instituciones.

Se sabe que las redes que se tejen alrededor de las actividades de formación como son los cursos, talleres, congresos etc. actúan como factores protectores en los profesionales, pues se fomenta la identidad y pertenencia al grupo de referencia, al compartir los mismos intereses. Estos encuentros profesionales no solo sirven de soporte técnico, sino que promueven el apoyo emocional, pues se da la posibilidad de poder verbalizar las situaciones conflictivas y de impotencia que se viven con las mujeres.

El entendimiento interprofesional aporta diferentes valoraciones que enriquecen la tarea, evitan el aislamiento y contribuyen también al alivio de la sobrecarga psicológica

Una red profesional bien coordinada sirve sobre todo de apoyo instrumental para que la tarea sea efectiva mediante el trabajo de equipo. Está demostrado que la ayuda que requieren las mujeres víctimas de violencia de género, precisa de diferentes saberes profesionales. Por tanto, la intervención necesariamente debe ser planificada y coordinada entre las instituciones y los equipos.

Los profesionales del equipo de Atención Primaria pueden, en muchas ocasiones, detectar la situación de violencia por primera vez, y después de un trabajo en relación gracias al cual la mujer ya se siente preparada, el profesional puede realizar la derivación.

Derivar no debe hacer sentir a la mujer que se va a la deriva, desconectándose del profesional. En este sentido, estoy muy de acuerdo con Ana. M. Arón (2004) que aconseja que se realice una "derivación vincular- vinculante"; que permita mantener un vínculo mediante la información entre los profesionales. De este modo, se puede conocer la situación y las decisiones que lleva a cabo la mujer y se evita el desgaste profesional que comporta la incertidumbre de saber que la mujer puede estar en riesgo

Es oportuno tener en cuenta que cuando las situaciones que viven las personas son muy complejas, cuantas más ayudas se reciben mejor se puede hacer el camino.

4.1.- Responsabilidad de los autocuidados en los equipos e instituciones

Los equipos de trabajo, como sistemas dinámicos, producen y reproducen dinámicas de buen trato o mal trato. Pueden ocasionar sufrimiento, a través de conflictos de lealtades, exclusiones, chivos expiatorios y también en los silencios y aislamientos.

Es responsabilidad del nivel directivo e institucional invertir en los equipos para maximizar el bienestar, y también manifestar a los profesionales un explícito reconocimiento de la compleja tarea de la violencia. El nivel institucional debe desarrollar una serie de estrategias con la finalidad de:

Autocuidados de los y las profesionales

- ⇒ Favorecer un adecuado balance entre trabajo y vida privada. Poder desarrollar el compromiso sin ocupar el tiempo personal.
- ⇒ Organizar espacios para la supervisión de los casos más complejos mediante sesiones y talleres. Generar espacios de buen trato que garanticen la formación continúa.

Es importante que los equipos de formación de formadores reciban una formación permanente por parte de todos los agentes implicados en la violencia, reconocidos como autoridades teóricas y con experiencia práctica.

Los profesionales que asumen el compromiso del trabajo en violencia deben pedir a las instituciones un marco teórico unificado y compartido, para reducir el conflicto que produce la ambigüedad.

Debe también exigir a las instituciones el compromiso de defender a los profesionales de las ofensas y agresiones de los maltratadores.

4.2.- La formación como potente factor de protección de autocuidados

Tanto los autocuidados personales, como los de las redes y de equipos se benefician de las estrategias de formación. Es seguro que la formación actúa como un potente factor de protección de los riesgos del trabajo con violencia.

La información, el conocimiento no solo nos posibilita intervenciones efectivas y eficaces sino que nos da seguridad.

La experiencia práctica, el estar capacitad@s, evita el desgaste profesional y la sensación de incompetencia.

Es prioritario apoyarse en modelos teóricos con resultados recientes, analizar desde un pensamiento crítico los modelos que produce iatrogenia y que mistifican el amor y los abusos en las relaciones.

Hay que asumir también el conflicto que lleva implícito la formación de género pues moviliza los valores, creencias y posición subjetiva.

En este sentido, hago mía la acertada reflexión de Emilce Dio y Bleichmar (1996):

Cuando nos incluimos en un proceso de aprendizaje relacionado con el género, puede hacerse intolerable la contradicción entre lo que estás estudiando y cómo estás viviendo. Descubres que gran parte de lo que sientes, piensas y haces no responde en la mayoría de los casos a tus deseos sino, a lo que se espera de ti. Al entrar en este proceso te vas dando cuenta de que las relaciones con los otros y contigo misma se han construidos desde un modelo establecido que ahora deja de tener sentido.

Estoy convencida de que un gran potencial de salud y de autocuidado es el conocimiento, ya que constituye una vía de realización psíquica. Aprender para poder comprender al otro y así poder comprendernos.

La formación de género nos reafirma mentalmente, nos da la posibilidad de ver lo que miramos desde fuera, tomar la distancia que nos permite la deconstrucción de los mandatos de género en la que todos y todas estamos socializados.

Por tanto, la formación en género, junto con la formación en "autocuidados emocionales en relación", debería ser obligatoria e ineludible en los profesionales de ayuda, para evitar el desgaste profesional y lograr que nuestra tarea sea una experiencia gratificante y favorezca el desarrollo personal y profesional.

5.- A modo de conclusión

Regalo las sabias reflexiones de Laura Latorre (2007) tomadas de su trabajo *El arte de relacionarse contigo*, pues comparto con ella que no hay buen cuidado a las personas si no hay buen auto cuidado personal y al mismo tiempo confirmamos que cuidar las relaciones es un poderoso autocuidado. La autora nos recomienda lo siguiente:

Cuidar las relaciones no significa quedarse vacía, des-cuidarse, darlo todo o perder el propio centro. Cuidar las relaciones significa estar disponible tener esa sensación de apertura interna que no siempre podemos experimentar, porque se cuele la desconfianza, el miedo, la inseguridad o el poder en la relación. Cuidar es la disponibilidad que nos permite establecer relaciones con l@s otr@s y que nos transforman y transforman al otr@.

Defiendo que el cuidado en relación supone reconocer que: cualquiera que sea el resultado, cuidar tiene un valor en sí mismo.

6.- Bibliografía

ARÓN, Ana María y LLANOS, María, Teresa: "Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia". *Sistemas familiares*. 2004 N° 1- 2, p 5- 15 Artículo en Internet.

ALFONSO RODRÍGUEZ, Ada C.: "¿Quién responde? Algunas reflexiones sobre la salud de quienes prestan servicios de atención a la violencia". Artículo en Internet.

BARUDY, Jorge y DANTAGNAN, Marjorie: *Los Buenos tratos a la infancia*. Ed. Gedisa 2005.

Autocuidados de los y las profesionales

BLEGER, José en VELÁZQUEZ, Susana: *Violencias cotidianas, violencia de género*. Paidós 2004

BLEICHMAR, Hugo: "Mecanismos de defensa". *Enciclopedia de Psiquiatría*, Buenos Aires, El Ateneo 1997.

CLARAMUNT, M. Cecilia: "Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el auto cuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar." Organización Panamericana de la Salud. Serie género y Salud Pública 1999. Artículo en Internet.

CAZABAT, Eduardo: "Desgaste por empatía: las consecuencias del ayudar." En: *psiquiatria.com* III Congreso virtual de psiquiatría disponible en: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquiatria.2002/6185>

DIO BLEICHMAR, Emilce. *El feminismo espontáneo de la historia*. Madrid, Adofat. 1985. *La depresión en la mujer*. Madrid, Temas de Hoy, 2001

EDELVICH, J. y BRODSKY, A. en VELÁZQUEZ, Susana: *Violencias cotidianas, violencias de género*. Paidós 2004.

FREUDENBERGER, H. J.: "Staff burnout." *Journal of Social Issues*, 30. 1974

HERMAN, Judith: *Trauma y Recuperación*. Ed. Espasa 2004

KOBASA, S.C. en PÉREZ SALES, Pau: "Reconceptualizar la psicología del trauma desde los recursos positivos: Una visión alternativa." Artículo en Internet

LAGARDE, Marcela: "Mujeres en Red"
<http://www.nodo50.org/mujeresred/slip.php?article1771>

LATORRE HERNANDO, Laura, "El arte de relacionarte contigo" en: *El amor y la sexualidad en la educación*. Serie de Cuadernos de Educación No sexista. Nº21. Instituto de la Mujer, Madrid, 2007

LÁZARO FERNÁNDEZ, Santa. "El gusto por el autocuidado y la búsqueda de estímulos, motivación y placer en el ejercicio profesional." Artículo en Internet.

LORDE, Audre en ÁLVAREZ BUYLLA, Susana. "Un modelo de resiliencia desde la ecología social." 1ª Jornada del área de mujer de Intress Madrid. Día 6 Noviembre 2007.

LORENTE, Miguel. Conferencia en Jornada: Europa contra la violencia de género Buenas practicas policiales. Madrid 11 de Abril 2011.

MONTERO GÓMEZ, Andrés: "La mente de las mujeres." *Mujeres en Red. El periódico Feminista*. Artículo en Internet.

MURGUIALDAY, Clara: *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*.

OREM, Dorotea. *Nursing: Concepts of practice*. 2ª ed. Ny; Mc Graw Hill; 1988

PEARLMAN, Willian A.: en TORRES GODOY, Pedro: "Traumatización vicaria para el autocuidado con dramaterapia." Internet

SASTRE DOMINGO, Henar. "Valoración y atribución subjetiva del malestar percibido por las mujeres." Revista *www.index-f.com*. 2008.

VELASCO ARIAS, Sara. *Sexo, Género y Salud. Teoría y métodos para la practica clínica y programas de salud*. Minerva Ediciones, 2009 Págs. 145: 233

VELÁZQUEZ, Susana. *Violencias cotidianas, violencias de género*. Piados 2004.

WALKER E., Lenore En OJEDA, Teres. "El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual." *Simposio: Revista basada en género* vol. 52.Nº 1- 2006

Diseñando el programa

Introducción

En este centro temático se programa bien una sesión de cuatro horas aproximadamente o bien se intercala en las diferentes sesiones una parte dedicada al autocuidado. A continuación, proponemos diferentes dinámicas relacionadas con los objetivos y contenidos de este centro temático.

Recordad que es importante combinar en las sesiones técnicas de investigación en aula, expositivas, de análisis y de desarrollo de habilidades.

Actividad 1: Autocuidado del/la profesional

Mediante esta actividad se pretende reflexionar sobre los efectos de la violencia sobre los y las profesionales que trabajan con ella y desarrollar herramientas para el propio autocuidado. También se analizan situaciones que generan malestar en las personas que forman.

Efectos de la violencia sobre las y los profesionales. Se proyecta el capítulo 6, apartado Habilidades del profesional del vídeo *Fragmentos, mujeres, salud y violencia* que muestra la situación emocional de algunas mujeres en situación de VPM. Se deja un silencio tras la proyección y después se pregunta: ¿Alguien quiere comentar cómo se siente después de ver este video?. Se aprovecha la respuesta para validar sentimientos y hacer ver al grupo la necesidad de cuidarnos ante el trabajo con situaciones de violencia, que nunca dejan indiferentes.

Volver a pensar, volver a sentir. Se hace una presentación breve con proyector del manejo de emociones desagradables y de la reestructuración cognitiva (**Ver Habilidades emocionales en Anexo presentaciones**). Se pone un ejemplo inicial de cómo hacer el ejercicio "volver a pensar, volver a sentir" con una situación concreta y se dan las claves para la realización del mismo. Se puede ver un ejemplo en el Material 5A. A continuación se pide que de forma individual se realice el ejercicio (rellenar la tabla- Material 5B) con los pensamientos y sentimientos surgidos tras la visualización del vídeo anterior. Se comparte lo elaborado en parejas y luego se comparte en grupo grande lo elaborado por alguna persona que lo quiera compartir. Se repite el ejercicio individual con una situación en relación con la formación que haya generado malestar.

Técnica expositiva sobre el autocuidado. Se hace una charla participada sobre los efectos del afrontamiento de la violencia y la necesidad de autocuidado. Incorpora también contenidos sobre distorsiones cognitivas. (**Ver Autocuidados profesional en Anexo presentaciones**).

MATERIAL 1 A

"VOLVER A PENSAR, VOLVER A SENTIR"

DESCRIBE LA SITUACIÓN QUE GENERA MALESTAR:

EL/LA DOCENTE NO HA SABIDO RESPONDER A UNA PREGUNTA ACERCA DEL SÍNDROME DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SE HA QUEDADO EN BLANCO

Emociones	Pensamientos	Nuevos Pensamientos	Nuevas emociones "Volver a Sentir"
		"Volver a Pensar"	
Ansiedad	"Me va a criticar porque conmigo no aprende. Le estoy defraudando. No estoy a la altura"	"Estudiaré su pregunta y mañana se la contesto. Nadie sabe todo sobre un tema".	Alivio Seguridad
Inseguridad	"No estoy suficientemente formada/o. Van a creer que soy un/a inútil"	"Un fallo lo tiene cualquiera. Tengo experiencia, estoy preparado/a y voy a demostrarlo. Yo valgo"	Seguridad Confianza
Frustración	"Estoy demasiado agobiada/o y no puedo estar pendiente de eso"	"Si este tema le interesa, lo veremos con más tiempo, así estará más motivado"	Tranquilidad
Preocupación	"Se lanzan al ruedo ya mismo. Tengo dudas sobre el nivel que les he dado"	"En la práctica, el movimiento se demuestra andando. Por una cuestión que no haya respondido no significa que no han aprendido muchas otras cosas".	Ilusión Curiosidad
Angustia	"Quiero escapar, tengo que irme. Se van a reír porque no sé bastante"	"Esto va a terminar pronto, y si quieren reír aprovecho para distender y reírme yo también"	Tranquilidad Alivio

2.- OBSERVACIÓN DEL GRUPO

Observar es focalizar los sentidos, la atención, la experiencia y la inteligencia hacia un contexto concreto, con la intención de captarlo, entenderlo, comprenderlo, interpretarlo y en cierto sentido juzgarlo.

Vuestro **objetivo** es hacer una observación global. Para ello tendréis que decidir qué aspectos vais a observar, cómo lo vais a hacer, y distribuir tareas si es preciso.

Al finalizar la dinámica una de las personas del grupo (portavoz elegido/a previamente) expondrá qué aspectos habéis decidido observar y cómo os habéis organizado para hacerlo. A continuación el resto de personas del grupo harán sus aportaciones si lo consideráis necesario.

¿Qué se observa?

Todo en general. Todo lo que acontece en el aula durante el proceso educativo:

1. Al/la docente:

- ⇒ Estilo
- ⇒ Contenido
- ⇒ Clima que propicia

2. A los/las discentes:

- ⇒ Intervenciones, si están centradas o no en el tema
- ⇒ Si se las ve aburridos (Lenguaje no verbal)
- ⇒ Si participan y cómo lo hacen en las técnicas
- ⇒ Lo que dicen
- ⇒ Lo que contestan
- ⇒ Lo que preguntan
- ⇒ Clima que favorecen

3. Condiciones del aula. Estructura (calor, ruidos, luz, comodidad....)

¿Para qué sirve la observación?

Para el buen desarrollo del proceso de aprendizaje:

- ⇒ Al/la docente. Le ayuda a coordinar, preparar, evaluar, modificar si procede...
- ⇒ A las/os discentes. A través del proceso educativo. Mediante la evaluación continuada. El docente y el observador de manera coordinada y con los datos que aporta el grupo (participantes) continuamente apuestan por una mejora continuada
- ⇒ Al/a observador/a . Aprende de todos

¿Cuándo se observa?

- ⇒ Durante todo el proceso educativo

¿Quién observa?

Se debería trabajar siempre con observador. Depende del tipo de grupos. Si son dos personas estas deben estar en todas las sesiones, uno coordinando y otro observando (se pueden intercalar los papeles). Se hace lo que se puede, pero uno solo no es aconsejable que trabaje con un grupo.

¿Cómo se observa?

Es una tarea difícil, se debe partir de la idea de que la observación va a la búsqueda de la mejora continua y de que aprendamos todos. Evitar juicios. Intentar ser muy asertivos. Decir lo que se piensa, pero sin juzgar ni utilizar actitudes de certeza, teniendo siempre presente que nos podemos equivocar y que todo se puede modificar si es preciso.

Utilizando guías de observación (lección, clima, casos, actitudes del educador, sesiones: estructura , proceso y resultados)

Se aprende observando y dejándose observar

2.A GUIA DE OBSERVACIÓN DEL CLIMA EN EL AULA

CLIMAS DEFENSIVOS	CLIMAS TOLERANTES
VALORACIÓN	DESCRIPCIÓN
CONTROL	ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA
RIGIDEZ	ESPONTANEIDAD
DISTANCIA	RELACIÓN
SUPERIORIDAD	PARIDAD
CERTEZA	PROBLEMATICIDAD
DEPENDENCIA	AUTORIDAD

2.B GUÍA DE OBSERVACIÓN DE PARTICIPANTES

¿PARTICIPAN? ¿CUÁNTO Y QUIÉNES?

¿LAS INTERVENCIONES ESTÁN CENTRADAS EN EL TEMA?

¿ESTÁN ABURRIDOS/AS?

¿QUÉ CLIMA FAVORECEN (defensivo o tolerante)?

COMUNICACIÓN: ¿qué estilo de comunicación usa, hay congruencia entre comunicación verbal y no verbal, etc.?

OTROS ASPECTOS A OBSERVAR

ENTORNO Y RECURSOS: disposición del aula, preparación de audiovisuales, papelógrafo, ruidos, comodidad, etc.

¿QUÉ CONFLICTOS HAN APARECIDO? ¿CÓMO SE HAN MANEJADO?

2.C GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL EDUCADOR/A

PRESENTACIÓN DEL TIEMPO

PRESENTACIÓN DE LA TAREA

PRESENTACIÓN DE LOS MATERIALES

GESTIÓN DEL TIEMPO

GESTIÓN DE LA TAREA

GESTIÓN DE LOS MATERIALES

2.D OBSERVACIÓN DEL JUEGO DE ROL

¿Qué observamos en el juego de rol?

⇒ La comunicación no verbal.

⇒⇒ La mirada.

⇒⇒ Expresión de la cara.

⇒⇒ Los movimientos de la cabeza.

⇒⇒ La postura del cuerpo.

⇒⇒ Los gestos con las manos.

⇒⇒ La proximidad física.

⇒⇒ El volumen de la voz.

⇒⇒ El tono de la voz.

⇒⇒ La velocidad del mensaje.

⇒⇒ La duración del mensaje

⇒ ¿Se corresponde la comunicación no verbal y la verbal?.

⇒ La comunicación verbal.

⇒⇒ Acogida.

⇒⇒ Cómo se pregunta.

⇒⇒ Escucha activa.

⇒⇒ Empatía activa.

⇒⇒ Refuerzos.

⇒⇒ Retroalimentaciones.

⇒ Estilo de comunicación

⇒⇒ Inhibido.

⇒⇒ Asertivo.

⇒⇒ Agresivo.

⇒ Factores que facilitan y dificultan la comunicación.

⇒ Logro de objetivos.

