



TRABAJO FIN DE MÁSTER EN:

“Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado”

-UNIVERSITAT JAUME I-

*“Propuesta de Plan de Intervención Simplificado para
facilitar la Detección Sanitaria de Mujeres Víctimas
de Violencia de Género”*

LÍNEA DE ESPECIALIDAD EN:

*“INTERVENCIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y EN RIESGO DE EXCLUSIÓN”*

2012

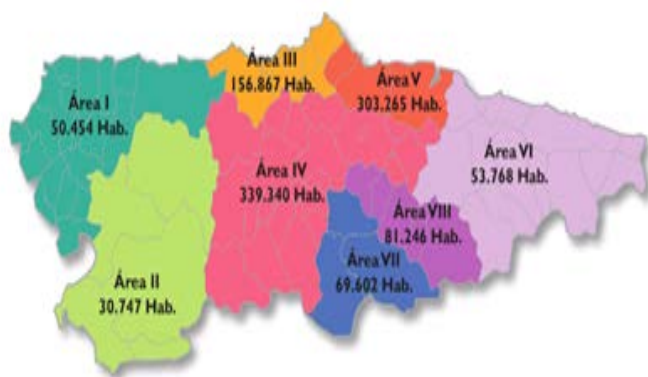
ALUMNA: GONZÁLEZ GARCÍA Ana M^a

ÍNDICE:

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. MARCO ÉTICO/REFERENCIAL**
- 3. DIAGNÓSTICO**
- 4. OBJETIVO**
- 5. MATERIALES Y MÉTODOS:**
 - 5. a. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN**
 - 5. b. GRUPOS DE DISCUSIÓN**
 - 5. c. RECOGIDA E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN**
- 6. PRESENTACIÓN DE LA SESIÓN DEL GRUPO:**
 - 6. a. BARRERAS DE ESFERA INDIVIDUAL : ACTITUD**
 - 6. b. GRADO DE FORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS**
 - 6. c. BARRERAS ORGANIZATIVAS**
- 7. CONCLUSIONES/PROPUESTAS**
- 8. BIBLOGRAFÍA**
- 9. PLAN DE INTERVENCIÓN**

@ PRÓLOGO

El Hospital Valle del Nalón, es un centro comarcal de Atención Especializada (con aproximadamente 210 camas en funcionamiento), que forma parte del Área VIII del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).



Este centro docente-asistencial, alcanzó la acreditación de la Joint Commission en el año 2008 dentro de un programa de gestión de la calidad del Servicio de Salud del Principado de Asturias, que

incluía asimismo varios centros de Atención Primaria. El pasado año, logró la (re)acreditación, tras someterse a una nueva auditoria.

Dentro de su organigrama contiene un servicio de urgencias hospitalario (SUH), el cual, atiende unas 40.000 urgencias/año. Esta unidad, será la destinada para recoger la información para el Trabajo Fin del Máster Oficial.

1. INTRODUCCIÓN

La Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como “[...] todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”.

Ya en 1996, la OMS, declaró la violencia de género como “*prioridad de Salud Pública*”.

Hay que tener en cuenta que las consecuencias de la violencia contra las mujeres son tremendamente amplias y profundas influyendo en todos los aspectos de sus vidas, su salud integral y la de sus hijos (el 48,6% de las mujeres tienen uno/a o más hijos/as con problemas de salud: -27,4%: p. psicológicos; -13,6% físicos; -7,6% físicos y psicológicos)¹ y derivándose como secuela, al conjunto de la sociedad. Además, que decir tiene, que si resulta difícil la detección del maltrato físico, la evidencia de un maltrato psicológico resulta en la mayoría de los casos casi utópica. El primer argumento al que se recurre para explicar cualquier tipo de sintomatología mental en las mujeres –dentro naturalmente de unos límites-, es la explicación biológica. Ese perpetuo componente hormonal anexo a cualquier mujer que parece ser nuestro guía y tutor desde la adolescencia hasta la ancianidad y que indudablemente, gobierna por ciclos su cuerpo, pero no su mente.

Quien no ha oído expresiones del tipo “*estas hormonal*” o “*estas menopáusicas*” e incluso, somos muchas veces las propias mujeres, las que relacionamos nuestro

¹ Matud, M. P. (2007). *Domestic abuse and children's health in the Canary Island, Spain*. *European Psychologist*, 12, 45-53.

estado de ánimo/humor (probablemente fruto de otro tipo de frustraciones o decepciones) con nuestro estado biológico.

En el caso por ejemplo de la depresión, la prevalencia es de las más elevadas entre las enfermedades psiquiátricas, concretamente en nuestro país, alrededor de 4 millones de personas la sufren. Uno de los fenómenos más firmes en epidemiología, es que las mujeres experimentan una mayor incidencia de trastornos depresivos y de ansiedad que los hombres. No obstante, esta mayor preferencia a la sintomatología depresiva, no es una constante en la mujer desde su nacimiento, sino que surge generalmente en la adolescencia –disminuyendo significativamente en la vejez- y va relacionada con causas hormonales, sesgos psicosociales² y variables culturales.

De manera tradicional, el Sistema Sanitario ha orientado su atención y recursos a los problemas de salud originados de forma natural (biológica) e involuntaria. No obstante, cada vez son más frecuentes los trastornos derivados de enfermedades y lesiones autoinfligidas o producto de distintas formas de violencia accidental o intencional como es la violencia doméstica.

“[...] Lo que más fractura el espíritu de una persona es la violencia intencional e injustificada generada por otros seres humanos (por encima de la derivada de causas naturales). Frente a las catástrofes naturales la gente suele resignarse, pero no indignarse”

Rojas Marcos (2002)

Desde la expectativa del modelo biomédico, la violencia se considera generalmente como un problema de salud en sí mismo y suele clasificarse como una lesión bien física o psicológica, intencionada.

Sin embargo, además de un problema de salud, la violencia contra la mujer en la pareja es también un factor de riesgo para una mala salud; ya que, además de

² Dio Bleichmar, E.: “La depresión en la Mujer”. Rev. Asociación Española Neuropsiquiatría. Vol. XI. Nº 39. (1991)

las lesiones traumáticas que son consecuencia directa de una agresión física, el estrés crónico fruto del maltrato psicológico y la continua tensión, producen numerosos síntomas psíquicos, favorecen la aparición de enfermedades y agravan e incrementan las ya existentes. En palabras de Echeburúa:

“[...] Los sucesos más traumáticos (las agresiones sexuales, la violencia de pareja, los atentados terroristas, etc.) dejan frecuentemente secuelas emocionales crónicas y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y a las enfermedades psicosomáticas”.

(Echeburúa, 2004)

Los servicios sanitarios son a menudo, los primeros en identificar que una mujer está sufriendo violencia (buscan atención en los SUH entre 1,5 y 3 veces más que otras mujeres que no lo sean. Emergencias 2010; 22: 193-198) y este contacto, puede suponer el inicio de un proceso de recuperación³. Por tanto, estos servicios pueden ser excelentes *filtros* reveladores para ayudar a las mujeres que sufren este tipo de violencia, porque ni que decir tiene, que la mayoría de ellas acuden a los mismos en algún momento de su vida. Concretamente los SUH, constituyen uno de los primeros lugares de protección social al que recurren las víctimas, puesto que están abiertos las veinticuatro horas, prestan atención rápida (solucionan problemas médicos relacionados con el maltrato) y mantienen el anonimato. Debe tenerse en cuenta que muchas de estas mujeres llegan a un servicio de urgencias por síntomas subagudos o encubiertos del abuso y en muchas ocasiones, no es más que una conducta velada e involuntaria de pedir apoyo o auxilio.

En relación a los prestadores de cuidados, es cierto que en la práctica diaria en ocasiones, cuestionamos la veracidad de la historia de las víctimas de maltrato. Nos cuesta comprender como estando tan destrozadas, no huyan y se alejen de su agresor (como lo haría cualquier ser racional o irracional), en vez de volver una y otra vez, con él. Y es que, los profesionales que trabajan con mujeres víctimas de

³ Guía Didáctica de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en Violencia de Género en Atención Primaria. Instituto Asturiano de la Mujer. SESPA. ISBN 978-84-694-3525-0.

violencia de género, de vez en cuando se ven inmersos en sentimientos de frustración que por ende, afectan igualmente a la *propia* imagen de incoherencia proyectada sobre la mujer “víctima”, cuyo discurso -reclamando ayuda o auxilio-, puede terminar siendo incoherente o confuso. Debemos entender que, en principio, no sabemos como se va a desarrollar el proceso de ayuda a la mujer maltratada porque **ella** necesita su tiempo; lo que si es importante, es que bajo ningún concepto descarguemos nuestra frustración con las víctimas con frases como: “[...] *y tu como lo aguantas?*” o [...] *todas sois iguales, mucho quejaros y luego no hacéis nada*”, sino que la escuchemos e informemos de los recursos existentes. Porque aunque parezca reiterativo, hay que tener presente en todo momento, que estas mujeres maltratadas de forma habitual, suelen presentar depresiones, ansiedad y estrés postraumático y que toda esta sintomatología junto al consumo de psicofármacos, puede contribuir a este efecto de dependencia y pasividad.

Por otra parte, la vergüenza de ser estigmatizadas, de tener que tomar decisiones para las cuales en determinados momentos, no están preparadas –por miedo o presencia del agresor-, las amenazas, la dependencia emocional, el aislamiento social y familiar siendo el maltratador y sus hijos los únicos soportes, pueden ser dificultades importantes a la hora de verbalizar el maltrato; aún así, las estadísticas sobre si las víctimas desean ser preguntadas son aplastantes y los/as profesionales no cubren esta necesidad, no preguntan, no ven, y por tanto no detectan.

Igualmente, es importante integrar la perspectiva de género en el análisis de los problemas de salud vinculados al maltrato y a la detección de éste en los servicios sanitarios, esencialmente, porque los roles de género que nos han sido asignados a lo largo de la vida nos exponen a diferentes riesgos socio-ambientales, aunque biológicamente, mujeres y hombres seamos distintos.

En primer lugar una breve referencia a la temática de Igualdad en relación al Art.14 CE “[...] *Los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o*

cualquier otra condición o circunstancia personal o social”, la prohibición de discriminar no es una simple concreción del principio de igualdad formal consagrado en este precepto, el cual, implica la garantía de la paridad de trato en la legislación y en la aplicación del Derecho; sino por el contrario, una medida de tutela añadida que encuentra su razón de ser precisamente, en la carencia de esta norma para garantizar a todos los ciudadanos el pleno goce y disfrute de los derechos fundamentales y libertades públicas.

La cuestión es que no todas las personas ocupan la misma posición de partida en la estructura social. Al contrario, existen algunos colectivos que resultan minimizados por la dogmática generalizada y se sitúan en una posición supeditada en el reparto de roles sociales, lo que produce un desequilibrio inicial que necesariamente, distorsiona los efectos del principio de igualdad formal. Así por ejemplo, cuando la norma jurídica se refiere al sexo, esta protegiendo a la mujer; y solo, si se admite la violencia de género como una manifestación de la discriminación estructural que sufren las mujeres en la sociedad de nuestros días y que las coloca en posición subordinada respecto del varón en el contexto social, se puede entender la vertiente mal llamada discriminación *positiva*; *la cual*, se concreta en la legitimación de políticas o medidas específicas tendentes a deponer los obstáculos que reprimen el pleno ejercicio de derechos y libertades a los miembros de los grupos minusvalorados (en este caso de las mujeres).

La existencia de determinadas desigualdades fácticas contradicen precisamente, la proposición del enunciado del principio de igualdad: que todos los ciudadanos son formalmente iguales, porque en esencia, no lo son, ya que convergen en ellos elementos que les impiden un análogo goce de derechos. A la vista de este hecho, podríamos casi decir que una aplicación indefinida y neutra del Art. 14 CE, sólo alcanza a perpetuar y profundizar la desigualdad esencial que oprime a determinados grupos sociales.

Es evidente, que la condición de mujer y de hombre, además de contener un sustrato biológico, constituye una representación socialmente construida. En el

estudio de las desigualdades en salud definidas por el género, desde mi punto de vista, deberíamos precisar que el género no es una variable, sino más bien se trata de una noción fundada y expresada a través de las relaciones sociales, roles y expectativas ligadas a las atribuciones femeninas y masculinas, que permutan en cada cultura y a lo largo del tiempo.

En esta misma línea de argumentación, destacaría que no toda desigualdad en salud entre mujeres y hombres implica inequidad de género, sino que esta noción se limita a determinadas desigualdades que se consideran "*inútiles, eludibles o cuanto menos, injustas*" y que no evitan las desigualdades remediabiles en las oportunidades de conservar de salud y de no enfermar.

Del mismo modo, la equidad de género en la atención de la salud, no se manifiesta en porcentajes iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres; exige, por el contrario, que los medios se determinen y se reciban diferencialmente, de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y en cada realidad socioeconómica.

Las mujeres en general, utilizan más servicios de salud que los hombres. No obstante, este mayor consumo no significa precisamente una expresión de privilegio social. Sino que más bien, estas diferencias -en los patrones de utilización de servicios entre hombres y mujeres- sean el reflejo de distintos tipos de requisitos de atención; porque por ejemplo, la desigual autopercepción de la enfermedad es alimentada dependiendo de las heterogéneas culturas, términos geográficos y estratos socioeconómicos, además de influencias consecuentes de diferentes condicionamientos culturales y de género, que afectan al reconocimiento de las dolencias y a la libertad o inhibición para expresarlas.

Las perspectivas culturales y su desarrollo -en cuanto al tradicional rol de "cuidadoras" de la salud-, hacen que las mujeres más que los hombres, aprendan a familiarizarse con la detección de síntomas y signos de enfermedad y con los procesos formales o informales de cuidado de la salud. En cambio, los hombres -en

muchas ocasiones-, tienden a considerar la enfermedad y su tratamiento como expresiones de debilidad que se contradicen con la imagen cultural del *macho alfa*: fuerza, valentía, autosuficiencia y dominio.

Las dificultades que se presentan en la detección del maltrato en el ámbito de la atención sanitaria, están habitualmente relacionados con factores vinculados a los/as profesionales como son: los estereotipos culturales, la sensación de falta de competencia en cuanto a formación y sensibilización ante la violencia de género o la falta de tiempo y de recursos ante la sobrecarga de trabajo; y en relación a la víctima: la vergüenza, el sentimiento de culpabilidad y el miedo a revelar el maltrato o la creencia de que las relaciones de pareja son así. Existe una frase muy significativa que da título a un libro de Lorente Acosta (2001), “*Mi marido me pega lo normal*”. Debemos tener en cuenta que los/as profesionales han sido socializados en el mismo ámbito sociocultural que víctima y maltratador y por tanto, pueden sufrir por ello una serie de prejuicios que les hagan caer en la afirmación de que “*la mujer que aguanta el maltrato es porque quiere*” o que “*muchos hombres que maltratan es por la provocación de las mujeres*”, lo que representa un gran obstáculo a la hora de actuar profesionalmente contra el maltrato.

2. MARCO ÉTICO/REFERENCIAL

La violencia contra la mujer no es un problema de ámbito privado, sino un problema socioeconómico, cultural, educacional, sanitario y estructural. El símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad entre mujeres y hombres. Como cita la exposición de motivos de la Ley 1/2004 de 28 de diciembre, se trata de “[...] una violencia que se dirige hacia las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión”. En este mismo texto, se mantiene más adelante que “[...] en la realidad española, las agresiones sobre las mujeres tienen una especial incidencia, existiendo hoy una mayor conciencia que en épocas anteriores sobre ésta [...]. Ya no es un "delito invisible", sino que produce un rechazo colectivo y una evidente alarma social”⁴.

Los malos tratos contra la mujer por el (ex)compañero íntimo, son un problema de salud pública con proporciones epidémicas porque causa serias secuelas físicas, psicológicas y sociales a estas mujeres y a sus familias.

La OMS, en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, convino que la erradicación de la violencia, es una prioridad en la salud pública en todo el mundo e instó a los estados miembros, a evaluar la dimensión del problema en sus territorios⁵.

Del mismo modo, el Código de Ética y Deontología Médica (1999) en su Art. 30.2 afirma que “[...] El médico que conociere que cualquier persona y, más aún si es menor o incapacitado para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos

4 Fuentes Soriano, O.: “La Constitucionalidad de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género”. LA LEY nº 6362. 2008

5 Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre Violencia y Salud*, Washington. DC, 2002.

*tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente*⁶.

Asimismo, el Código Deontológico y la LE Criminal, Arts 262 y 355 o el Art. 408 del Código Penal, obligan al profesional sanitario a involucrarse en una tarea que implica proteger y velar por la vida y la salud de la mujer.

El abordaje de casos de violencia en la intimidad, suscita dilemas éticos para algunos profesionales sanitarios, surgiendo un conflicto ético para el profesional, ante la obligatoriedad de denunciar vs guardar el secreto profesional y evitar deteriorar la relación asistencial, lo que representa un esfuerzo analítico de los valores en conflicto y una actuación de la forma más conveniente en cada caso particular, midiendo coste y beneficios. Y aunque los preceptos legales prevalecen casi siempre, lo correcto legalmente no es a veces *per sé*, lo correcto desde un punto de vista ético. El riesgo de sufrir la pérdida de confianza o de ruptura en la relación profesional sanitario/paciente o de incrementar el peligro de agresión, homicidio o suicidio, colea de manera continua sobre esta relación⁷.

En un estudio realizado por Olga Cruz et al (2007: 117-128) dirigido a las percepciones de los médicos sobre la violencia en la pareja, algunos médicos refirieron que “[...] *la única gratificación que tengo, es que merezco la confianza de las personas*”, o “[...] *yo considero siempre un éxito por lo menos, la obtención del insight*⁸ en relación con el problema”.

Nuestra Carta Magna, incorpora en su Art.15 “[...] *el derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, pueda una persona ser sometida a tortura, ni a penas o tratos inhumanos o degradantes*”. Estos derechos vinculan a

6 Código de Ética y Deontología Médica. 10 de septiembre de 1999. (Consulta: 23/06/2012). Disponible en:
http://www.negligenciasmedicas.com/Index/codigo_etica_y_deontologia_medica.pdf

7 “*Guía de Práctica Clínica de Detección y Actuación en Salud Mental ante las Mujeres Maltratadas por su pareja*”. Ed: 2010-09-17 Edita: Servicio Murciano de Salud ISBN: 978-84-694-1688-4 Depósito legal: MU 367-2011.

8 Un *insight* significa la internalización o la comprensión de una verdad revelada.

todos los poderes públicos, teniendo la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacerlos reales y efectivos⁹.

En los últimos años, se han producido otros avances legislativos tales como la Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio de modificación del Código Penal de 1995 en materia de protección a las víctimas de malos tratos y, de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Esta norma por primera vez, considera delito *el maltrato dentro de la familia*. Además, la habitualidad en la violencia la convierte en delito y no en falta. También equipara la violencia psíquica a la física y no es requisito la convivencia, ya que considera los exparejas y los excónyuges.

Otro patrón normativo en materia de violencia doméstica sería la Ley Orgánica 11/2003, que establece medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, además de la Ley 27/2003 (reguladora de la Orden de protección de las víctimas de violencia doméstica). El presente texto introduce por ejemplo, una nueva circunstancia agravante de reincidencia; es decir, aplica medidas dirigidas a dar una respuesta adecuada a aquellos autores ya han sido condenados por la realización de actividades delictivas.

Pero no es hasta “La Ley Orgánica 1/2004” de medidas de protección integral contra la violencia de Género, que esta tragedia es definida con nombre propio como una violencia con peculiaridades que la hacen diferente al resto de las violencias. Pretende así atender a las recomendaciones de los organismos internacionales, con el fin de facilitar una respuesta global a la violencia que se ejerce sobre las mujeres.

El ámbito de la Ley se encauza desde una perspectiva multidisciplinar, de un modo integral, englobando tanto los aspectos preventivos, de detección, sociales,

⁹ España. *Constitución española de 1978*. Noticias jurídicas. (Consulta 23/06/2012) Disponible en:

http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.html

educativos, asistenciales y de atención rehabilitadora a las víctimas. Sin olvidar, la normativa civil que incide en el ámbito familiar o de convivencia, así como el principio de subsidiariedad de la Administración Pública. Aborda las causas de la violencia desde los procesos de socialización y educación en su búsqueda de la igualdad y el respeto a la libertad y dignidad humana. Del mismo modo, se reconocen derechos de las víctimas como el de la información, la asistencia jurídica gratuita y otros de ayuda social y económica.

Antes de la existencia de la LO 1/2004 se daban mas bien soluciones a un problema de *violencia interpersonal*. Con la filosofía de esta Ley, se produce un reconocimiento de la violencia de género como manifestación social concreta y específica. Y es que, nos encontramos ante un fenómeno de *violencia estructural*, originado y fundamentado en las normas y valores que determinan el orden social (patriarcal y androcéntrico) establecido (desigualdad, predominio del hombre, sumisión y control de la mujer, violencia como mecanismo privado de mantenimiento de las normas, etc.) y, cuya erradicación, requiere de la intervención del Derecho mediante la persecución (disuasión y castigo) del agresor; pero, sobre todo, resulta indispensable **un cambio en esas pautas y valores socio-culturales**.

La pretensión de la Ley, es prevenir y castigar las agresiones que –conforme a una pauta cultural- se producen en ámbito de la pareja como manifestación del dominio del hombre sobre la mujer (debe existir una asimetría de poder), en tal contexto, el bien jurídico protegido es la integridad de la mujer (vida, salud física y psicológica, libertad...)

De este modo, la cuestión no es solo preservar la salud física o mental de los integrantes de esa relación afectiva/ex-afectiva, familiar o no, porque en este caso, sería suficiente con la tipificación de los delitos de lesiones, coacciones, amenazas, etc. Lo que se intenta proteger, es el normal y sano desarrollo de la persona en el seno bien de la familia, bien de relaciones afectivas análogas aún sin convivencia;

inclusive el normal desarrollo de la persona, una vez que se hayan finalizado dichas relaciones de afectividad.

En la LOMPIVG el Título I Capítulo III, Art. 15, va dirigido de forma especial al ámbito sanitario. Se incide en la necesidad de promover e impulsar actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género; en particular, se propone el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación¹⁰. Igualmente, esta Ley establece la obligación de los poderes públicos para la elaboración de un “*Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de a Violencia de Género*”, que fue aprobado por el Consejo de Ministros el 15 de diciembre de 2006. Dicho Plan, con vigencia en el periodo 2007-2008, reúne las nociones y directrices básicas para dirigir las actuaciones en esta materia y recoge el compromiso del conjunto de las administraciones públicas, quienes desarrollarán las actuaciones específicas a partir y en función de sus competencias.

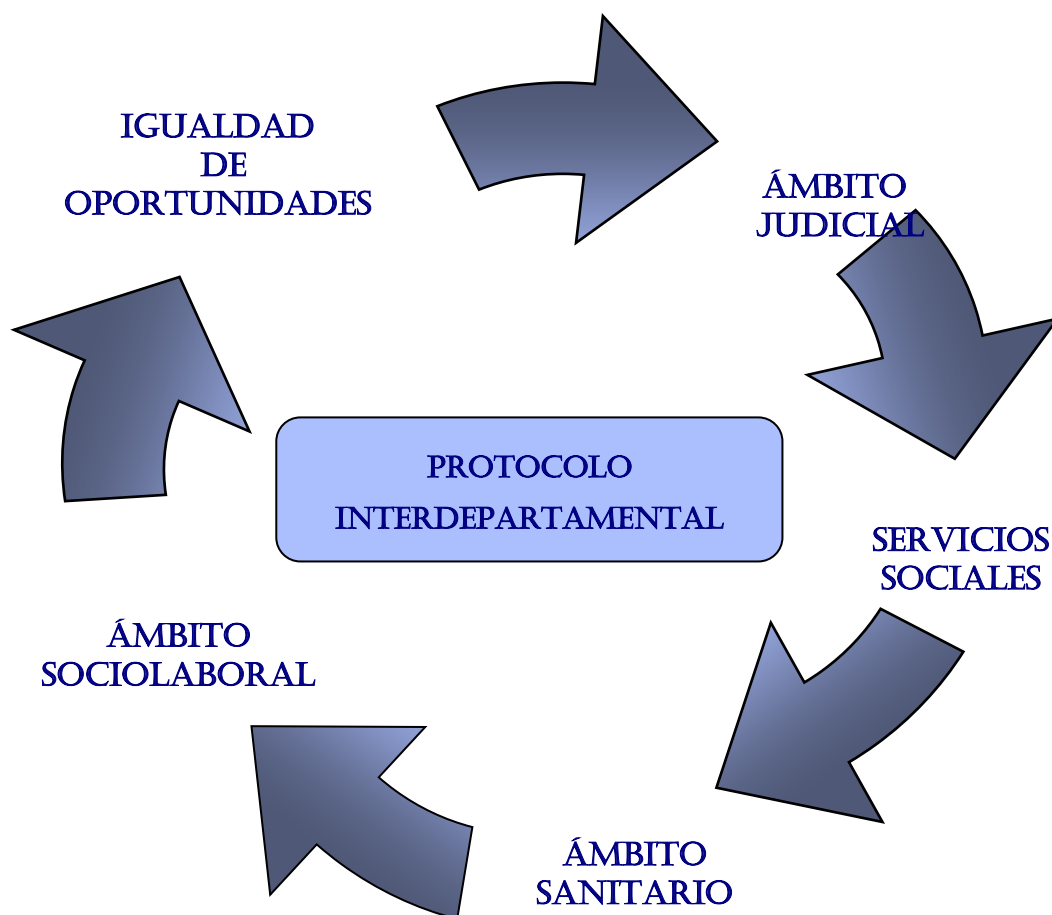
Así, el Programa de *Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género*, tiene su arranque en *Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género*, concretándolo y desarrollándolo en nuestra Comunidad Autónoma, en el denominado *Protocolo Interdepartamental para la Mejora de la Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género*, dando así cumplimiento al Art. 32 de la Ley Integral y emplazando estos mecanismos de colaboración a través del Instituto Asturiano de la Mujer y la firma del Convenio de colaborador.

El protocolo de intervención en materia de violencia de género, impide la discrecionalidad por parte de las autoridades, así como el *libre albedrío*, al establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea de los profesionales,

¹⁰ Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE num. 313. 29 de diciembre de 2004. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos.

Entre los ámbitos protocolizados se encuentran: el Sanitario, el Judicial, el de Igualdad de Oportunidades, el Sociolaboral y el de Servicios Sociales



A través del Registro VIMPA, se detallan las peculiaridades de la demanda de la asistencia sanitaria por agresiones, a mujeres que sufren violencia y las primeras

actuaciones de los servicios de salud. Recoge asimismo, situaciones de violencia de pareja, familiar y comunitaria.

La fuente de información es el informe médico al Juzgado. Se cumplimenta en todos los casos que las mujeres mayores de 14 años, demandan atención sanitaria por causa del maltrato recibido, registrándose la información más precisa y objetiva en el momento de la atención.

PARTE DE LESIONES

CUMPLIMENTACIÓN DEL PARTE / INFORME AL JUZGADO

Modelo DIN A3, autocopiativo. Consta de cuatro ejemplares.

¿Dónde encontrarlo?	En todos los centros sanitarios
¿Cómo cumplimentarlo?	<ul style="list-style-type: none">▪ Con bolígrafo.▪ Datos referidos al profesional y a la mujer.▪ Información exhaustiva sobre la víctima.
¿Quién lo cumplimenta?	El profesional facultativo que atiende a la víctima en cada nivel asistencial.

(Cuadro de elaboración propia)

Una de las copias de este parte médico, se envía al registro VIMPA que constituye el procedimiento habitual de obtener resultados:

El registro recoge información en relación con:

- Lugar, fecha y hora de la agresión

- Lugar, fecha y hora de la atención
- Demoras en la demanda de la atención
- Diagnóstico, para codificar las lesiones se utiliza la CIE9 MC.
- Antecedentes de maltrato.
- Relación con el agresor.
- Derivaciones realizadas.
- Tipos de maltrato.
- Edad

Distribución de los partes / informes registrados por nivel de atención y año en el Área VIII.

ÁREA SANITARIA VIII				
AÑO	A.E.	A.P.	TOTALES ÁREA VIII	TOTALES ASTURIAS
2005	0	48	48	602
2006	9	59	68	644
2007	3	56	59	628
2008	5	37	42	637
2009	---	40	40	317
2010	2	59	61	627
2011	10	33	43	558

SÓLO DATOS DEL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO

3. DIAGNÓSTICO

La percepción de que las/los profesionales carecen de capacitación o de información para actuar y dar respuesta a las víctimas, la consideración de que revelar la violencia es una vulneración de la confidencialidad entre profesional y víctima o también, la falta de tiempo en las consultas, la presencia masiva de pacientes que representan una sobrecarga de trabajo importante y la dificultad para ver los indicios del maltrato, son factores que simbolizan **inconvenientes** a la hora de dedicar a la mujer el tiempo necesario para poder entrevistarla en condiciones óptimas de confidencialidad, seguridad y tranquilidad.

Como consecuencia de la propia idiosincrasia del maltrato hacia la mujer y de los obstáculos tanto administrativos como de actitud personal, *“el personal sanitario del SUH, demanda un Plan de Intervención sanitaria con mujeres víctimas de V de G -enfocado a un S. de Urgencias-, que contenga valoraciones iniciales simples y concretas, para que no pase desapercibida una posible víctima de la condición de maltrato, del riesgo y seguridad o de la situación familiar y del entorno”.*

4. OBJETIVO

El presente estudio tiene como objetivo general, identificar los conocimientos así como las barreras personales e institucionales sobre la violencia de género (VG) presentes en el personal de salud de un Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH), con el fin de conocer necesidades formativas, habilidades y estrategias para la intervención temprana con mujeres víctimas de maltrato por el (ex)compañero íntimo.

- **Objetivos específicos**

- I. Evaluar conocimientos formativos y experiencia previa frente a la violencia de género, para optimizar la calidad en la intervención con mujeres maltratadas, por parte de un grupo de discusión compuesto por personal sanitario.
- II. Indagar sobre las dificultades, resistencias y contradicciones a nivel personal e institucional -en forma de trabas estructurales, recursos y de las propias actitudes personales- de la profesión sanitaria, que dificulten su compromiso e implicación profesional con esta lacra social de proporciones incalculables.
- III. Proponer un Plan de Intervención sanitaria con mujeres víctimas de V de G.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5. a. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

La Metodología empleada, fue cualitativa y la técnica elegida fueron los grupos de discusión (Krueger, 1988:24)¹¹ con el objetivo de obtener la información precisa que junto con la consiguiente revisión bibliográfica, nos permitió reflexionar sobre la viabilidad del proyecto y así, plantear la posibilidad de componer un grupo de profesionales de la salud que desempeñen su labor en el ámbito de los Servicios de Urgencias (SUH) de mi hospital, con los que debatir de manera ordenada una serie de cuestiones -distribuidas en distintos apartados- relacionadas con el tema de la violencia de género en el contexto de las urgencias hospitalarias.

De este modo, la comunicación grupal sirve para captar y analizar los diferentes discursos ideológicos que radican en cualquier tipo de fenómeno social y permiten asumir la realidad desde múltiples perspectivas y verdades, dependiendo de los distintos puntos de vista expuestos. Esta metodología, también favorece la identificación de nuevas hipótesis, el examen de diferentes variables y la investigación de posibles certezas, valores y expectativas que suscriban la comprensión de determinadas actitudes y comportamientos ante un ingente fenómeno como es la violencia de género.

Para el cumplimiento de los objetivos, la metodología cualitativa en general y el grupo de discusión en particular, resultaron recursos sumamente valiosos a la hora de captar de manera minuciosa la información, y ofrecer una descripción de un fenómeno tan complejo, global y omnipresente como es la violencia de género, dando validez a todas las perspectivas sin juicios ni censuras, sino buscando una comprensión detallada de los distintos puntos de vista de los/as profesionales implicados/as en el estudio.

¹¹ Según Krueger (1988: 24) "[...] Un grupo de discusión puede ser definido como una conversación cuidadosamente planeada. Diseñada para obtener información de un área definida de interés".

5. b. LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

La práctica de la llamada *dinámica de grupo* (en su sentido más laxo e impreciso) se reconvierte... en la técnica cualitativa de aproximación empírica a la realidad denominada “*reunión de grupo*”, “*discusión de grupo*” o también “*entrevista de grupo*” (Orti, 1989:188). La investigación mediante grupos de discusión, ha tenido un profundo desarrollo en España en los últimos tiempos fundamentalmente, a través de los trabajos de Ibáñez (2000)¹². En este trabajo y previamente a la formación del grupo de discusión final, se expuso de forma global al personal sanitario del SUH, el objetivo que teníamos previsto en este proyecto de investigación y, evidentemente, solicitamos su colaboración. El grupo de profesionales que finalmente participó de forma totalmente voluntaria en nuestro grupo, pertenecían al colectivo de Medicina y Enfermería, con lo cual, se trata de sanitarios con formación universitaria y con amplia experiencia de trabajo en los Servicios de Urgencias.

De modo que, el grupo de discusión convocado fue el siguiente (cuyos integrantes se identificarán como S(N), para sintetizar los registros):

- 1 de Médico ejerciendo con plaza en propiedad. (S1)
- 1 Médico ejerciendo pero sin plaza fija.(S2)
- 1 Enfermero con plaza en propiedad. (S3)
- 2 Enfermeras con plaza en propiedad. (S4 y S5)

El total del grupo asistente: 2 mujeres y 3 varones. Se trataron los siguientes apartados entorno a los cuales, se formularon las preguntas:

¹² Ibáñez, J.: “*Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y Crítica*”. 4ª Ed., Madrid, Siglo XXI de España Editores, 2000.

- Mitos y creencias del personal de salud acerca de la Violencia de Género y su consideración como problema de salud.
- Nivel de competencias y ámbito formativo del personal de salud sobre la VG: Detección, actuación y prevención de secuelas a largo plazo.
- Conocimientos sobre la legislación vigente con respecto a este grave problema y, sobre la correlación paciente/equipo de salud ante una situación de violencia y los obstáculos que profesionalmente deben sortear.

Una de las limitaciones del estudio viene dada por el tamaño de la muestra; esta situación puede explicarse por actitudes un tanto reacias en general, por parte del personal sanitario -tanto médic@ como enfermer@-, para participar en investigaciones que traten esta temática. Barreras de carácter personal entre las que sobresalen: la dificultad para reconocer la violencia como un problema de salud, los prejuicios sexistas que culpabilizan a las mujeres de la violencia que sufren, la sensación de algunos hombres de *ser víctimas de una persecución implacable* o el temor frecuente de ofender a sus pacientes o a perder su confianza si preguntan sobre el tema.

En este sentido, la falta de participación puede ocasionar subestimación o sobreestimación de la relevancia dada al problema de la violencia en un espacio concreto. De hecho, quienes intervinieron en el trabajo eran profesionales motivados que sí habían recibido “alguna” formación específica de postgrado y en todos los casos *“motu proprio”*, lo que no implica que el resto no estuvieran interesados o sensibilizados con la cuestión a tratar.

Esta carencia formativa sobre el problema de la violencia de género, no se muestra como un hecho aislado pues es un hallazgo muy presente en algunos estudios como es el caso de Ferris¹³ en 1994. Este investigador concluyó en una

13 Ferris L.: “Canadian family physician's and general practitioners perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse”. Med Care 1994; 32(12):1163-1172.

encuesta nacional de 963 médicos de familia de Canadá, que la mayoría de los/as profesionales demandaban más educación y capacitación sobre el problema, por considerar que no tienen instrucción suficiente para poder enfrentar esta situación con sus pacientes. Otros resultados concluían asimismo, que la mayoría de l@s médic@s creen que deben preguntarles a las mujeres con lesiones sospechosas y dificultades emocionales, si han experimentado abuso.

Al finalizar la entrevista, se intentaba dejar una sensación lo más positiva posible con relación a l@s entrevistad@s, recuperando algún elemento especialmente positivo, destacando mejoras, etc¹⁴. Por último, se les dio las gracias por la colaboración prestada.

5. C. RECOGIDA E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información recogida está presentada de forma descriptiva, tratando de sintetizar las “*ideas clave*” comunicadas por el grupo; por este motivo se incluyeron expresiones textuales de las personas participantes que se insertaron entre corchetes.

La convocatoria del grupo se realizó a través de la jefa del Servicio de Urgencias y la Supervisora de Enfermería del mismo. El personal colaborador de medicina y enfermería de forma voluntaria, se personaron en la sala de reunión de Urgencias. Como moderadora del grupo, fui presentando personalmente los objetivos del proyecto de investigación, las condiciones de funcionamiento, la conducción del mismo y especificando las preguntas elaboradas para cada apartado de discusión.

En: Méndez-Hernández, P et al. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud pública Méx v.45 n.6 Cuernavaca nov. /dic. 2003 más de la tercera parte del personal médico del IMSS, Morelos, sólo platica con las pacientes tratando de ayudarlas; otra tercera parte da tratamiento médico

14 En la línea de los consejos propuestos en: Organización Mundial de la Salud (1999). Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Ginebra, Suiza, Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud. Organización Mundial de la Salud; B. Parker y Y. Ulrich (1990). “A Protocol of Safety: Research On Abuse Of Women”, en Nursing Research, Julio/agosto 38, pp. 248-250.

Con esta finalidad, se reunió al grupo en un lugar “neutral” dentro del propio hospital, en una sala anexa al propio SU y a primera hora de la mañana; pues resultaba ser el momento más favorable dadas las peculiaridades en el desarrollo de la actividad laboral en este entorno concreto.

La duración de las reuniones (tres en total), fue de una hora y media la más larga y, en los otros casos, de 30 minutos en función de la disponibilidad del grupo, puesto que siempre, se realizaron en horario laboral. Las sesiones se llevaron a cabo de forma conjunta por consenso entre coordinadora y sanitarios/as, pues lo que se pretendió, fue crear un espacio distendido de reflexión en el que los/as entrevistados/as pudieran exponer y manifestar con la mayor espontaneidad y confianza posible lo que constituyen, sus verdaderos pensamientos, carencias y emociones en relación con la violencia de género.

Durante el transcurso de estas reuniones y, con el permiso expreso de los entrevistados a quienes se les garantizó el anonimato, se registró *in situ* diversa información sobre el tema en cuestión y notas de campo para la interpretación y el análisis posterior de los datos.

Este análisis y la revisión de la información obtenida, fue realizado por la coordinadora del grupo como la *manufactura* de un conjunto y no la suma de discursos y opiniones individuales. Del mismo modo, parte de la documentación obtenida, fue remitida en forma de memoria a los/as profesionales sanitarios/as intervinientes, para su revisión final.

Se proyecta pues, explorar los conocimientos, las sensaciones, vivencias, tópicos e ideas –representaciones sociales- que provoca en el profesional una conceptualización determinada sobre el maltrato hacia las mujeres, así como todas aquellas barreras –déficit formativo, conductuales, prejuicios, estructurales- a las que se enfrentan en el desarrollo de su labor profesional, en la detección, atención y tratamiento de las víctimas de violencia de género; al mismo tiempo que sugiero

“*potenciales*” propuestas de mejora, para que los servicios de salud resulten más accesibles y actúen de forma apropiada y precisa ante el maltrato.

Esta técnica específica de grupo de entrevista, será conformada desde las distintas perspectivas de los participantes. De manera que, cada interlocutor sea parte de un proceso conjunto en el cual, el papel del moderador/coordinador permita dinamizar al grupo para que los distintos discursos fluyan y tengan un espacio propio.

6. PRESENTACIÓN DE LA SESIÓN DEL GRUPO

En la primera reunión, tras la presentación del grupo y de sus objetivos, se fueron planteando una a una las preguntas que sobre cada apartado se había diseñado para que el debate pudiera ser participativo y equitativo; en la segunda y tercera reunión -las más breves-, se siguió la misma metodología respecto a la formulación de las preguntas de los distintos apartados.

Se establecieron diversas tesis y preguntas dispuestas en tres dominios:

6. a. BARRERAS DE ESFERA INDIVIDUAL: ACTITUD

- ◆ Mitos y creencias del personal de salud acerca de la VG
- ◆ Problemas éticos vs legales.

6. b. GRADO DE FORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS

- ◆ Consideración de la VG como problema de salud.
- ◆ Conocimientos y ámbito formativo del personal de salud sobre VG.
- ◆ Conocimientos del personal de salud acerca de la legislación vigente en relación a la VG.

6. c. BARRERAS ORGANIZATIVAS

- ◆ Práctica diaria: relación paciente-equipo de salud en relación a la VG..
- ◆ Necesidad de mayor tiempo presencia de profesionales del ámbito de lo social.

Comenzamos la sesión abordando el primer tema planteado:

6. a. BARRERAS DE ESFERA INDIVIDUAL: ACTITUD

- ◆ **Mitos y creencias respecto a la violencia de género**, introducido por la coordinadora del grupo a través de la frase:

“¿El Maltrato es un fenómeno que afecta a todas las clases sociales por igual?”

La consideración de la violencia de género como algo que afecta a las familias con bajo nivel cultural o que tienen pocos recursos económicos, es en general, habitual en la ideología de los profesionales intervinientes tanto hombres como mujeres de ambos colectivos. La dependencia económica y la dificultad para acceder al ámbito laboral con el fin de conseguir autonomía e independencia, son asociadas con la incapacidad de las víctimas para abandonar la relación violenta.

Del mismo modo, la inclinación a pensar que las mujeres de clase media-alta no recurren a la denuncia porque afectaría a su estatus socioeconómico y por ello, aguantan en la relación de pareja, es mayoritaria.

S1: [...] *“...las víctimas se ofenden si se les pregunta acerca de la situación”.*

De hecho uno de los facultativos relató un episodio durante el desempeño de su labor profesional en el que ante una lesión que presentaba una paciente, decide preguntar por el mecanismo de producción y ella responde en actitud defensiva: “[...] *el mi hombre no me pega*”; de manera que no pudo obtener mas información del problema al cerrarse en banda sin querer contestar a más preguntas.

En un momento del debate, el profesional de enfermería varón, cuenta como durante el desarrollo de un curso formativo en VG, se presentaron casos de mujeres anónimas, trabajadoras con amplia formación cultural y educacional que sufrían esta lacra al igual que otras víctimas procedentes de ambientes socioeconómicos más humildes; así, expresa su dificultad para entender porqué una mujer independiente, autónoma y universitaria, es incapaz de salir de esa espiral de violencia para no seguir soportando ese calvario.

S3: “[...] *yo no puedo entender porqué una mujer que es “jueza”, que tiene formación universitaria, que gana dinero... porqué aguanta. Entiendo que la mujer que depende del marido y no tiene recursos...y no puede mantener a sus hijos, lo haga; pero una mujer que lista y además con medios....no me coje en la cabeza...*”.

Para todos, hombres y mujeres, soportar la violencia pudiendo separarse y seguir siendo económicamente autónoma, capaz de convertirse en “*cabeza de familia*” sin depender de un hombre que actúe como proveedor del grupo familiar y con algunos vínculos sociales al margen del espacio doméstico, es algo inconcebible. A pesar de tener formación en violencia, los mitos y creencias inculcados en “*los mismos procesos de socialización*” de las víctimas y maltratadores -todos usuarios de los servicios de salud-, dificultan en gran medida, el reconocimiento del problema de la violencia.

“¿Es el maltratador un hombre enfermo, drogadicto o alcohólico?”

Si bien, todos/as coincidieron en la creencia de que el maltrato suele ir asociado a determinados hábitos tóxicos como el alcohol o las drogas, que ocasionan algún tipo de trastorno mental, y que es precisamente esta alteración psíquica, la que justifica y contribuye a las conductas violentas del agresor. También reconocen el hecho de muchos maltratadores son personas normales perfectamente integrados en su trabajo, con excelentes relaciones interpersonales. Coinciden así mismo, en no aceptar la violencia como un asunto privado. No obstante, una de las enfermeras, mujer, comentaba

S4: “[...] de todos modos, yo creo que todas en algún momento pensamos.. Éste me da la primera pero la segunda, a mi no me pillá...”

◆ **-Problemas éticos vs legales.**

“El abordaje de la VG ¿Qué dilemas ético-legales más habituales les suscitan?”

Uno de los dilemas más típicos es la confidencialidad.

S2: “[...] en aquella ocasión que la víctima terminó por confesar, pero me pidió, me rogó, que ¡nada! quedase por escrito..”

Otro de los participantes también refirió como disyuntiva:

S5: “[...] una relación enfermer@ o médic@/paciente, debe estar fundamentada en la confianza...”

6. b. GRADO DE FORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS

◆ *Consideración de la VG como problema de salud.*

“¿Creéis que la violencia de género es un problema de salud?”

Solo una de las personas -personal médico- del grupo de discusión, reconoció a la violencia de género como un problema de salud de consecuencias incalculables para las mujeres. El resto de los integrantes argumentan, como la violencia es un problema social e incluso legal o judicial, al afectar fundamentalmente a las interrelaciones personales, pero no contemplan la violencia como problema sanitario. Una de las enfermeras comentaba la cuestión como:

S4: “[...] si la mujer tiene lesiones, golpes.. entonces sí, puedes considerarlo como un problema de salud, porque la tienes que atender, curar o hacer un placa (Rx); pero si no, en realidad tú no tienes nada que hacer, debería ir a la policía y poner una denuncia...”.

Comentario de los facultativos presentes en nuestro grupo:

S1: “[...] yo no lo veo claro como problema de salud, en realidad...es algo más social o policial. Nosotros salvo hacer el parte de lesiones si tuviera alguna, poco más podemos hacer”

S2: “[...] En mi caso, si detectaba algo pensaba, ¿qué hago ahora, qué digo? creía que era un problema de psiquiatría y que había que hablar con trabajo social... porque aunque no sepas qué hacer, hay cosas que no te cuadran. Si viene a urgencias veinte veces llegas a pensar que algo pasa, supongo”.

S1: “[...] también está la cuestión de ¿será verdad todo lo que cuenta?; ¿Qué grado de credibilidad tiene?”

S2: “[...] en este asunto me parece que hay un posicionamiento ideológico muy radical, el maltrato afecta a mucha gente. Aquí (en el servicio de urgencias) vemos gente mayor que llega en condiciones horribles y hay hombres maltratados, pero nadie habla de eso, porque no todos los hombres somos maltratadores...creo que debería haber una perspectiva más equilibrada...”

Prácticamente la totalidad de los/las participantes, excepto uno de los facultativos, rechazó el hecho de que las víctimas de VG, **utilizan más el sistema de salud**, aún por otros motivos, no relacionados expresamente con el suceso violento, como forma involuntaria de pedir ayuda. O la mayor prevalencia de suicidios entre las víctimas de violencia. Un informe de Lorente et al, (2006) refleja que el 63% de las mujeres maltratadas intentó suicidarse y requirió asistencia médica para salvar su vida y un 18 por ciento, pensó en la idea del suicidio como escapatoria a la situación de violencia que estaba viviendo.

◆ **Conocimientos y ámbito formativo del personal de salud sobre VG.**

“¿Mejora la adquisición de conocimientos la atención a las víctimas de violencia?”

El hecho de que los/las profesionales sanitarios admitieran su escaso o insuficiente conocimiento acerca del tema en cuestión, constituye un reclamo de la necesidad de capacitar a nuestro ámbito en sensibilización y actuación frente a la violencia de género. La inseguridad y el miedo a perjudicar más que ayudar generada por la falta de información, obstaculiza la predisposición a tocar este tema con las pacientes. Así lo expresan varios profesionales participantes.

S4: “[...] no preguntas, prefieres no preguntar, no saber, si ella no te dice nada... no preguntas”.

S2: "[...] "el no tener claro que hacer te condiciona mucho. El miedo a abrir lo que llaman la caja de Pandora, a destapar y luego... no controlar la situación..."

S1: "[...] creo que lo que deberíamos tener es una especie de díptico, aquí en la bata, para saber que preguntar y no meter la pata, saber a donde derivar y que hacer en cada paso..."

S3: "[...] estoy de acuerdo, y otro con tres/cuatro preguntas para enfermería en el triaje¹⁵..., pienso que nos facilitaría mucho la intervención"

S5: "[...] Si es que tienes miedo a no acertar... hagas lo que hagas no das una...no sabes como preguntar, como obtener información, donde recurrir. La Trabajadora social que te puede echar una mano, solo está de lunes a viernes y por la mañana, y estos casos, casi siempre pasan en la tarde/noche o en el fin de semana... así que no tienes a quien preguntar y como afortunadamente no ocurre muy a menudo se te olvidan las cosas que hiciste en otro momento...."

S1: "[...] desde luego, un de mis mayores problemas es no saber valorar el riesgo, del peligro..., físico, psíquico, social..."

◆ **Conocimientos del personal de salud acerca de la legislación vigente en relación a la VG.**

“¿Conocéis las leyes sobre violencia que implica a los profesionales sanitarios?”

¹⁵ Método de la medicina en emergencias y catástrofes para la clasificación de los pacientes que acuden a los SUH basándose en las prioridades de atención y privilegiando la posibilidad de supervivencia de acuerdo a necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.

En el caso de los/as profesionales de enfermería, el conocimiento de la Ley Integral y el Protocolo Interdisciplinario para una mejor actuación ante la violencia de género del Principado de Asturias es menor, aunque tener cierto grado de formación, aboga positivamente en el conocimiento de los mismos .

S2: “[...] no tienes claro nunca donde derivarla, lo que hacer, sabes que existe la ley y un protocolo que nos dieron en el curso... pero parece que nunca lo tienes a mano, que tiene un montón de hojas, no sabes donde está...”.

S4: “[...] yo, la verdad, no se ni donde buscar el protocolo en este servicio para consultarlo. Tendría que repasar en lo que me tengo que fijar.”

S5: “[...] ante la duda, si la mujer no te dice nada y ves lesiones importantes... llamar a la policía”

En el caso de los facultativos, el conocimiento parece ser mayor, quizás por la mayor responsabilidad asistencial, por ende, percibe como un problema la responsabilidad legal que implica el registrar los casos de violencia, lo que limita su registro.

“¿Tenéis dificultades para cumplir el protocolo?”

S1: “[...] Nosotros tenemos la obligación de conocer el protocolo porque nos implica directamente con la denuncia de un delito...pero no nos han enseñado para trabajar, con él a tenerlo muy presente...cuando lo necesitas no lo tienes a mano”

S5: “[...] nunca puedes tener al día todo. Tengo miedo a se me pasen las pautas de detección y actuación más específicas.”

S3: “[...] no contamos con suficientes herramientas de abordaje de este tema, el protocolo no lo cubre, el tema que es muy complejo e imposible de asumir con unas pocas horas de formación, esto exige una actualización continua, una formación perseverante, un cambio de mentalidad...”

S1: “[...] por eso, nos parece muy eficaz la existencia de unas pautas sencillas y directas para detectar el maltrato, aunque....soy consciente que esto es muy difícil...”

S4: “[...] La acción del personal de enfermería está muy limitada en lo relativo a la aplicación de la ley y el protocolo...porque legalmente nuestra responsabilidad es muy baja...y dependemos de que un médico haga el parte de lesiones y demás”

Aún así en general, la valoración de la práctica formativa es positiva para el desarrollo profesional por los considerables beneficios para las mujeres si hay una correcta intervención, aunque todos/as coinciden igualmente, en la necesidad de mayor formación y sensibilización pero, de manera continuada. También insisten en la necesidad de la implicación de la propia institución en la adquisición de conocimientos, puesto consideran que formarse en fuera de horario laboral y a costa de su “jornal”, les echa hacia atrás en muchos casos.

Igualmente afirman su conformidad sobre la posibilidad de establecer sistemas de screening^{16,17} para la detección sistemática de la violencia dada la eficacia demostrada de los mismos, aunque en principio, carecían de formación al respecto estas personas.

¹⁶ Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M.: “*Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario ¿Una intervención basada en la evidencia?*” Dirección URL: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/8160/3/deteccion_temprana_vci_sanidad.pdf

¹⁷ Plazaola-Castaño J. et al: “Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening tool para su uso en atención primaria en España”. Gac Sanit. 2008; 22(5):415.

En un cuestionario realizado -en este servicio- recientemente, sobre cuestiones relativas al maltrato a la mujer, el 68% de los encuestados consideraban que se podría llegar a un diagnóstico más temprano y correcto realizando un cribado “test de screening” de tres preguntas a las mujeres que acuden a un servicio de urgencias; un 22% contestaron que no y un 10% no daban respuesta.

6. c. BARRERAS ORGANIZATIVAS

◆ *Práctica diaria: relación paciente-equipo de salud en relación a la VG.*

En general, todos los/as profesionales refieren sentirse incómodos/as al preguntar a las mujeres acerca de situaciones de maltrato, esto implica una falta de habilidades de trato con esta tipología de víctimas.

De acuerdo con los testimonios recogidos, las dificultades a la hora de poner en práctica la formación recibida, suelen ser las mismas para ambos colectivos sanitari@s. Refieren, además de cuestiones de índole técnico y de infraestructuras: la necesidad de espacios donde se respete la confidencialidad, la falta de tiempo por la sobrecarga de trabajo, las dudas en cuanto a lo que deben reseñar en el parte de lesiones o la derivación de las mujeres en tiempos (tardes, noches o fines de semana) donde no están apoyad@s por los servicios sociales, como los obstáculos personales y organizativos más habituales.

S1: “[...] a nivel profesional, la falta de tiempo, los pocos recursos en la comunidad para atender a las mujeres porque la mayor parte de las ocasiones, no tienes ni una consulta libre para hacer una entrevista como Dios manda o te interrumpen cien veces ... y así, es imposible trabajar con las víctimas...”

S4: “[...] en cierta ocasión (hace ya unos años), estaba una mujer en la sala de espera con dos de sus tres hijos, y acompañada de la policía. La sensación que tuve al ver la imagen, fue horrorosa...”

◆ **Necesidad de mayor tiempo presencial de profesionales del ámbito de lo social.**

S4: “[...] No es cuestión de darles una “retafila de teléfonos”, me gustaría poder explicar, la primera derivación desde un servicio sanitario sin depender tanto de la trabajadora social”

Estas serían las cuestiones más importantes que fueron comentadas por los participantes en este grupo de entrevista.

7. CONCLUSIONES/PROPUESTAS

Destacaría principalmente, a falta de percepción del problema de la violencia como problema de salud y por tanto, el desconocimiento del impacto sobre el bienestar físico, psicológico o social de las mujeres que lo sufren. También resulta evidente, la imprescindible necesidad de formación (continua) de profesionales en materia de igualdad, género y maltrato, que conviertan los *miedos* y *tabúes* de los prestadores de cuidados de salud, en rigurosa práctica clínica.

Ya en la línea que nos ocupa, la necesidad de insistir en la importancia que comprende el sistema sanitario, para la detección precoz de las mujeres víctimas de maltrato en cualquiera de sus modalidades, mediante el ineludible diagnóstico e intervención temprana del maltrato, con el fin de minimizar las secuelas de la violencia y ayudar a prevenir futuras agresiones.

En el año 2010 quedaron inscritos en el Registro VIMPA¹⁸, 826 partes de informes por casos de maltrato en el PDO. de Asturias (671 en 2009 y 637 en 2008). En atención especializada (AE), fueron 196 los casos de maltrato detectados de los cuales, 137 corresponden al grupo de edad de entre 20-44 años. Sin embargo, en atención primaria (AP) se detectaron 630 de los cuales 444, correspondían al grupo de edad referido anteriormente.

En esta dicotomía Primaria/Especializada, destacar dos observaciones: en primer lugar, se repite una mayor detección de la violencia contra la mujer en AP.

18 Describe las características de la demanda de atención sanitaria por agresiones a mujeres víctimas de violencia y, las primeras actuaciones de los servicios de salud mediante el informe médico al Juzgado, el cual, se cumplimenta en todos los casos que las mujeres -mayores de 14 años-, demandan atención sanitaria por causa del maltrato recibido, recogiendo asimismo, la situación en que se encuentra la víctima en el momento de la atención. Disponible en:

http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Assistenciaa%20Sanitaria/AS_Violencia%20de%20g%C3%A9nero/INFORME%20VIMPA%20a%C3%B1o%202010%20final.pdf

Este hecho, parece estar directamente relacionado con el mayor conocimiento del entorno de la víctima por parte del personal sanitario, y mayor tiempo de dedicación a la víctima en la consulta.

Por otro lado, señalar asimismo, que las mujeres más jóvenes –en general-, acuden más a las urgencias hospitalarias. En consecuencia, la atención especializada debe poner sumo cuidado en este grupo ya que por definición, en estas unidades, no está previsto el seguimiento del contacto.

En este sentido, es necesario establecer tácticas y procedimientos básicos que eviten perder la oportunidad de revelar el maltrato y orientar e informar con eficacia y eficiencia a estas mujeres sobre los recursos disponibles útiles en cada caso.

Par poder visibilizar la diversidad de situaciones de violencia de género, desde mi punto de vista y en consenso con los profesionales sanitarios participantes en este trabajo, un buen plan de intervención, sería dotar de formación al personal sanitario (introduciendo la perspectiva de género), para que durante la anamnesis/exploración (facultativos) o durante el *triaje* (personal de enfermería), fuera capaz de alertar e interpretar determinados síntomas, signos y actitudes en la mujer (o la pareja) que puedan ser la expresión de un maltrato. Teniendo en cuenta además, la especial vulnerabilidad de las mujeres inmigrantes y las mujeres discapacitadas.

La información estaría disponible en una guía (o díptico) y constaría de una serie de indicadores y de preguntas (específicas para la entrevista y el *triaje*) con valoraciones simples y concretas de la condición de maltrato, del riesgo y seguridad o de la situación familiar y del entorno, específicos para un servicio de urgencias.

En cuanto a la valoración del riesgo vital, no solamente se trataría del riesgo físico sino también del psíquico (por la posibilidad de autolisis) y posteriormente, del riesgo social. Es preciso valorar antes de que la mujer abandone el centro sanitario si existe riesgo de nuevas agresiones. Si la víctima ya acude acompañada de las

fuerzas y cuerpos de seguridad no será precisa la identificación del riesgo. Después de la valoración del riesgo, estaría la necesidad de derivación al ámbito que corresponda según el protocolo.

En relación a la credibilidad del discurso de la mujer víctima de maltrato, hay que tener en cuenta los prejuicios socialmente adquiridos hacia este tipo de personas y la presencia de la categoría de *mujer manipuladora* como construcción cultural.

Asimismo, ciertos posicionamientos de algunos de los profesionales de salud participantes; como por ejemplo, considerar la existencia del maltrato de género igualmente hacia el hombre, difícilmente se pueden definir como posturas neutrales ya que no se consideran específicamente, las relaciones de poder que subyacen en la violencia de género, relaciones impregnadas de características concretas y por tanto, con una necesidad de tratamiento también específico. En este sentido, existe una falta de perspectiva de género y de entendimiento de la desigualdad hombre-mujer, parece más bien un refuerzo de estereotipos dominantes en la sociedad.

8. BIBLIOGRAFÍA:

- Coll-Vinent Puig B. Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. Hospital Clínic. Barcelona, España 2008. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol20_4/9.pdf
- Echarte Pazos JL. et al.: Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los Servicios de Urgencias. España 2010. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol22_3/7.pdf
- Salvador Sánchez L, Rivas Vilas M, Sánchez Ramón S.: “Violencia y maltrato de género (y III). Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol20_5/9.pdf
- Informe anual del Registro VIMPA Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias. 2008. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/AS_Assistencia%20Sanitaria/AS_Violencia%20de%20g%C3%A9nero/Informe%20Anual%20VIMPA%202008.pdf
- Informe anual del Registro VIMPA Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias. 2009. Disponible en: <http://issuu.com/miguelcastellanos/docs/vimpa-anual-2009-y-separata-2010>
- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
- Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las Víctimas de la Violencia de Género. Gobierno del Principado de Asturias. 2009.
- Echeburua E.: “*Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*”. Madrid. Pirámide. 2004.

- Lorente Acosta M, Sánchez de Lara Sorzano C, Naredo Camblor C. "Suicidio y Violencia de género". Federación de Mujeres Progresistas y Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
- Echarte Pazos JL, León Bertrán N, Puente Palacios I, Laso de la Vega Artal S, Díez Fuentes E, Izquierdo MT.: "Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias". Emergencias. 2010; 22:193-98.
- Lorente M. "Mi marido me pega lo normal." Barcelona: Ares y Mares; 2001.
- Ortí A.: "La apertura y el enfoque cualitativo o estructural, la entrevista abierta y la discusión de grupo", en García Ferrando, M.; Ibáñez, J.; y Alvira, F. (comps), "El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social". Madrid, Alianza Editorial. 1989

9. PLAN DE INTERVENCIÓN:

En primer lugar, se podrían programar unos talleres formativos con amplitud horaria, para que puedan acudir a los mismos, todo el personal sanitario de urgencias.

Los talleres de unos 30 minutos, contendrían conceptos básicos sobre violencia de género, aunque incluiría la perspectiva de género en unos breves contenidos generales: cultura y educación. También insistiría en la necesidad de reducir la prevalencia de la violencia de género mediante una buena prevención secundaria desde el ámbito sanitario.

Finalmente, se repasarían las pautas a seguir para cubrir un parte de lesiones, así como la valoración del riesgo o las distintas formas de derivación de la víctima de maltrato a otros ámbitos del sistema.



(Cuadro de elaboración propia)

Este sería el díptico que plantearía para que los profesionales de urgencias, medicina y enfermería concretamente, tengan a su disposición en el triaje o en la primera toma de contacto con la probable víctima de maltrato.

EXTERIOR



TELÉFONOS DE AYUDA Y ASISTENCIA

112 Policía Nacional; Guardia Civil; Policía Local
Red de Casas de Acogida.

016 Servicio telefónico de Información
y Asesoramiento Jurídico a Mujeres
Víctimas de V.G.

Instituto Asturiano de la Mujer
985 96 20 10

Asociación de Asistencia a Víctimas de
Agresiones Sexuales y Malos Tratos
CAVASYM
985 09 90 96

Área VIII:

Centro Asesor de la Mujer de Laviana
Teléfono: 985 60 25 25

Centro Asesor de la Mujer de Langreo
Teléfono: 985 67 30 41

ÁREA SANITARIA VIII

HOSPITAL VALLE NALÓN

ÁREA SANITARIA VIII

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

**¡NO ESTAS SOLA!
TE ESCUCHO**

**ATENCIÓN
SANITARIA**

INTERIOR

FÍJATE EN:

INDICADORES DE SOSPECHA

A. ACTITUD:

- Hiperfrecuentación por causas anodinas.
- Temerosa
- Evasiva. Negativa a la exploración
- Evita contacto visual
- Falta de cuidado personal
- Vestimenta inadecuada
- Posible abuso de fármacos/drogas/alcohol

B. CARACTERÍSTICAS LESIONES:

- Existencia y localización de lesiones (hematomas, quemaduras, mordiscos..)
- Lesiones de defensa
- Lesiones en mamas y genitales


C. ACTITUD DE LA PAREJA:

- Excesivamente preocupado y solícito
- Hiperprotector
- No la deja contestar

ÁREA SANITARA VIII

HOSPITAL VALLE NALÓN

ÁREA SANITARA VIII



PREGUNTAS FACILITADORAS

- ¿Con quien vive?
- ¿Tiene problemas en casa?
- ¿Siente que no la tratan bien en casa?
- ¿Siente miedo o se siente insegura?
- ¿Tiene problemas con su marido? o con su relación de pareja?
- ¿Le levanta la voz en los momentos de discusión?
- ¿Su pareja se enoja con facilidad o tiene arranques inesperados de furia?
- ¿Ha sido amenazada alguna vez? ¿Como fué?
- ¿La han agredido física o sexualmente?

ATENCIÓN SANITARIA