

# IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON  
GENDER-BASED VIOLENCE

TRABAJO DE FIN DE GRADO

AUTOR: GUILLERMO ORTIZ TALADRID

DIRECTOR: ALFONSO TORRE VALLE

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

CURSO ACADÉMICO 2022/2023



### **AVISO RESPONSABILIDAD UC**

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.

Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.

Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.

Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros.

La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

# ÍNDICE

1.	Resumen/Abstract .....	3
2.	Introducción.....	4
2.1.	Situación actual del tema y antecedentes .....	4
2.2.	Justificación del trabajo .....	6
2.3.	Material y metodología .....	6
2.4.	Objetivos .....	7
2.5.	Descripción de los capítulos.....	7
3.	CAPÍTULO 1. Contextualización de la violencia de género .....	8
3.1.	Definición de conceptos y características generales.....	8
3.2.	Consecuencias sobre la salud de la mujer .....	10
3.3.	Origen y evolución del término y marco legislativo. ....	12
4.	CAPÍTULO 2. Impacto de la pandemia por Covid-19 en la violencia de género .....	14
4.1.	Análisis de la prevalencia de casos .....	14
4.2.	Conductas desarrolladas por el agresor.....	16
4.3.	Impacto en la víctima.....	17
4.3.1.	Aislamiento sociofamiliar .....	17
4.3.2.	Afección sexual .....	17
4.3.3.	Afección psicológica y emocional .....	18
4.3.4.	Inestabilidad laboral y económica .....	19
5.	CAPÍTULO 3. Abordaje sanitario.....	20
5.1.	Protocolo común de actuación en el Sistema Nacional de Salud.....	20
5.2.	Protocolo de actuación en el Sistema Cántabro de Salud .....	22
5.3.	Abordaje de la violencia de género desde atención primaria.....	23
5.4.	Medidas llevadas a cabo durante la pandemia .....	24
6.	Conclusiones .....	27
7.	Bibliografía.....	28

## 1. Resumen/Abstract

### Resumen

Actualmente la violencia de género se considera un grave problema de salud pública que afecta a millones de mujeres y niñas de todo el mundo y es considerado una pandemia debido a su magnitud e importancia según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A raíz de la pandemia por Covid-19 del 2020, el Gobierno de España proclamó un estado de alarma que obligó a las víctimas de violencia de género a verse confinadas junto a sus agresores durante aproximadamente 3 meses. A pesar de las medidas llevadas a cabo, las mujeres que sufrían malos tratos se han visto gravemente perjudicadas, en una situación de mayor vulnerabilidad física, psicológica, social, sexual, reproductiva y económica, entre otras. Estadísticamente se constató una disminución de asesinatos y denuncias pero un drástico aumento de llamadas al 061.

La situación desencadenada por la pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de abordar este problema de forma integral abarcando todas las desigualdades de género que se han exacerbado durante este contexto. La enfermera de atención primaria juega uno de los papeles más importantes en la detección precoz de este problema de salud, así como en su prevención y actuación según el protocolo.

Palabras clave: Violencia de Género, Pandemia Covid-19, Confinamiento, Salud de la mujer, Atención Primaria de Salud.

### Abstract

Actually, gender-based violence is considered a serious public health problem that affects millions of women around the world and is considered a pandemic due to its magnitude and importance according to the World Health Organization (WHO).

As a result of the 2020 Covid-19 pandemic, the Government of Spain proclaimed a state of alarm that forced gender-based violence victims to be confined with their aggressors for approximately 3 months. Despite the measures carried out, women who suffered abuse have been seriously harmed, in a situation of greater physical, psychological, social, sexual, reproductive and economic vulnerability, among others. Statistically, there was a decrease in murders and complaints but a drastic increase in calls to the 061 number.

The given situation by the pandemic has underlined the need to deal with this problem comprehensively, including all the gender inequalities that have been exacerbated during this context. The primary care nurse plays one of the most important roles in the early detection of this health problem, as well as in its prevention and action according to the protocol.

Key words: Gender-based Violence, Covid-19 Pandemic, Lockdown, Women's health, Primary Health Care.

## 2. Introducción

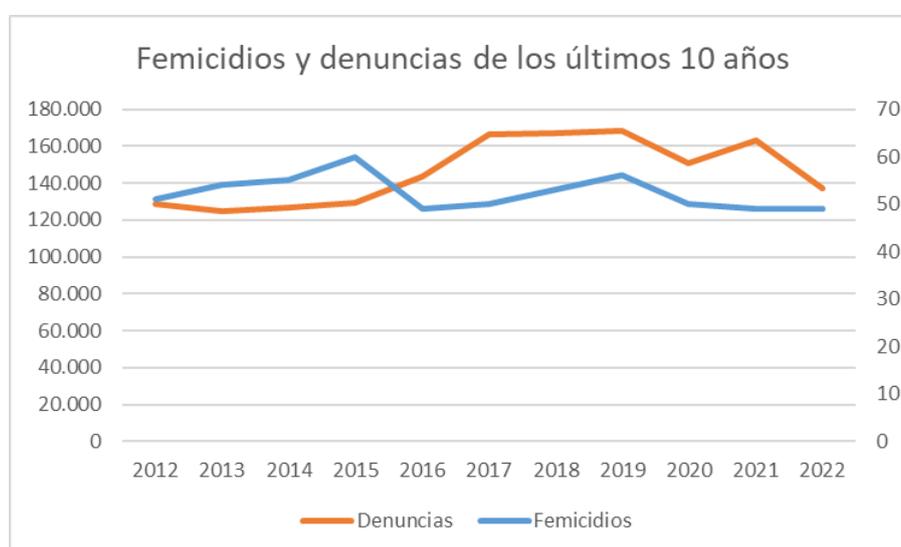
### 2.1. Situación actual del tema y antecedentes

Según las Naciones Unidas, la violencia contra la mujer es «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada». (“Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer”, 1993)<sup>(1)</sup>.

Una de las condicionantes de este tipo de violencia es el vínculo afectivo, ya sea pareja o expareja, entre la víctima y el agresor. Datos recogidos mediante macroencuestas poblacionales y analizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre los años 2000 y 2018 indican que más de un 25% de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad que han mantenido una relación han sufrido al menos una vez en su vida violencia física y/o sexual a manos de su pareja. Hasta un 38% de los feminicidios a nivel global son cometidos por su pareja<sup>(1)</sup>.

A nivel nacional, según datos del Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, en 2019 se registraron 168.168 denuncias, la cifra más alta desde 2016 (143.535). Este número descendió a 150.804 en 2020 y aumentó en 2021 registrándose 162.848 denuncias. En el último año las cifras se han reducido a 136.987<sup>(2)</sup>.

Respecto al número de víctimas mortales, según datos del Instituto Nacional de Estadística, la cifra registrada más alta en los últimos 24 años fue en el 2008 con 76 mujeres asesinadas<sup>(3)</sup>. Los datos del portal estadístico indican que en los últimos tres años las víctimas han sido 50, 49 y 49 respectivamente. Desde 2003 hasta el 2022 se suman 1184 víctimas mortales en nuestro país. La media de órdenes de protección solicitadas por las víctimas desde 2009 está en 36.500 órdenes al año aproximadamente<sup>(2)</sup>.



**Gráfico 1. Número de denuncias y víctimas mortales por violencia de género en los últimos 10 años.**

- Escala izquierda (eje principal) para datos de denuncias.
- Escala derecha (eje secundario) para datos de víctimas mortales.

Elaboración propia según los datos del portal estadístico de la delegación del gobierno contra la violencia de género<sup>(2)</sup>.

Actualmente, estos números causan un impacto en la sociedad de modo que cada vez existe más sensibilización y toma de conciencia de la población acerca de este grave problema de salud en comparación con los últimos años. Esto se debe a la visibilización social de la magnitud e importancia del problema y avance en las medidas legales, de prevención y tratamiento gracias a las reivindicaciones de la lucha feminista por los derechos universales de la mujer<sup>(4)</sup>.

Sin embargo, aunque en las últimas décadas sea un foco de atención social, este grave problema de salud lleva existiendo desde mucho tiempo atrás. Para poder contextualizar y conocer su origen sociocultural, debemos atender a la historia. Los humanos por naturaleza se han organizado desde el principio de los tiempos en sociedades, dictaminando unas normas y unos roles basados en las necesidades más primarias. El factor clave para tener en cuenta en la atribución de estos son las diferencias de sexo y las condiciones anatomofisiológicas que suponen. La capacidad reproductiva de las mujeres y la superior fuerza física de los hombres como condiciones biológicas, han sido determinantes del impulso de la supremacía del hombre sobre la mujer<sup>(5)</sup>.

Este gran problema de salud pública tiene un coste económico. Actualmente en nuestro país se invertirá un total de 573 millones de euros en el año 2023, siendo la cifra más alta registrada y un 217% más que en 2020, que se invirtieron 181 millones de euros. Estos fondos van dirigidos a la prevención y tratamiento de violencia de género: fuerzas de seguridad, servicios sociales, atención sanitaria, justicia legal y social, etc.<sup>(6),(20)</sup>.

Por otro lado, recientemente se ha dado una situación que influyó en la violencia de género alterando los datos de la prevalencia de casos conocida hasta ahora y agravando varios aspectos de la vida de las víctimas, la pandemia por Covid-19.

El agente infeccioso responsable fue el virus respiratorio coronavirus SARS-CoV-2. La primera persona infectada en España fue el 31 de enero de 2020. Dada la rápida expansión del virus, el 14 de marzo de 2020 el Gobierno de España declaró el primer estado de alarma para gestionar la crisis sanitaria provocada<sup>(7)</sup>.

Implicó el confinamiento domiciliario de toda la población española con la excepción de ciertas salidas permitidas entre las que se encontraron: trabajadores considerados esenciales (sanitarios, cuerpos de seguridad, trabajadores de supermercados, farmacias, etc.), retorno de población a su residencia habitual, abastecimiento de recursos de primera necesidad, asistencia sanitaria y otras causas de fuerza mayor<sup>(8)</sup>.

El confinamiento se prorrogó hasta el 21 de junio, con una duración aproximada de 100 días, iniciándose la llamada “nueva normalidad”. Previamente se permitió la salida a la calle de toda la población, siguiendo cuatro fases de desescalada que reducían paulatinamente las limitaciones y restricciones de movilidad en función de rangos de edad y ciertas actividades permitidas. La primera fase tuvo lugar el día 2 de mayo y la última el 21 de junio, siendo este el fin del primer estado de alarma, tras 48 días de confinamiento en casa<sup>(7)</sup>.

El brote por Covid-19 en España, según datos del Ministerio de Sanidad, ha supuesto hasta el año 2022 aproximadamente 13.684.258 casos confirmados y notificados y 117.095 personas fallecidas<sup>(9)</sup>.

Además de estas cifras directamente derivadas de la infección, los efectos sobre la salud de la población perduran hasta el día de hoy. El inicio de esta pandemia marcó un antes y un después en la historia de España ya que ha tenido múltiples repercusiones en prácticamente todos los ámbitos de la vida de las personas, notablemente sobre la salud. El confinamiento domiciliario de marzo de 2020 supuso graves consecuencias para la salud de los ciudadanos: reducción de la movilidad, problemas de salud mental, escasez de recursos sanitarios, colapso de servicios sanitarios, desatención de otros problemas de salud, sobrecarga de cuidadores, etc.

La salud de la mujer en relación con la violencia de género es una de las partes perjudicadas que más inadvertidas han pasado. Esto se debe a que las medidas y esfuerzos llevados a cabo por el gobierno se centraron principalmente en atender las emergencias sanitarias relacionadas con el virus, dejando la atención a la violencia de género en otro plano<sup>(10)</sup>.

Además, las agresiones físicas, psicológicas, sexuales y reproductivas, entre otras, hacia la mujer por parte de su pareja, tuvieron un extra de complicación debido al factor de permanecer confinadas en el mismo domicilio y la dificultad de poder acceder a los servicios sanitarios<sup>(11)</sup>. A esto se suma la inestabilidad económica con el consiguiente aumento del desempleo, el temor a contagiarse del virus, el aislamiento social y la desesperanza e incertidumbre acerca del futuro, factores que aumentan el estrés y la hostilidad del agresor<sup>(1)</sup>.

## **2.2. Justificación del trabajo**

Actualmente la violencia de género está considerada una pandemia debido a su gran magnitud y prevalencia a nivel mundial. Se trata de un problema de salud pública que afecta a millones de mujeres en el mundo y que hoy en día es uno de los principales focos de atención en la sociedad, sobre todo por la constatación del aumento de esta violencia por la pandemia por Covid-19<sup>(12)</sup>. Sin embargo, toda visibilización del problema, colaboración política y social y reivindicación acerca de derechos y medidas legales no es suficiente, pues hasta hace relativamente poco tiempo ha pasado desapercibido y todavía queda mucha trayectoria para erradicar este problema.

Con el inicio de la crisis sanitaria por Covid-19, las medidas encaminadas a prevenir la propagación del virus dejaron de lado la protección y seguridad para las víctimas de violencia de género. Miles de mujeres víctimas de malos tratos de este país se vieron obligadas a convivir con su agresor dentro del mismo domicilio viviendo un doble miedo constante a este así como al virus. Sus oportunidades de denunciar la situación y escapar se vieron prácticamente reducidas por completo.

Por lo tanto con este Trabajo de Fin de Grado se pretende analizar y exponer esta situación que tantas mujeres tuvieron que sufrir en silencio, sus consecuencias en todos los ámbitos a corto y largo plazo y explicar la manera en que se abordó desde los servicios de salud. Por otro lado, también se pretende poder colaborar con la concienciación social ya que aunque cualquier persona dispone de toda la información posible acerca de la violencia de género, existe aún desconocimiento y desinterés guiados por ideologías conservadoras e intereses políticos.

## **2.3. Material y metodología**

Para elaborar este trabajo de fin de grado se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica como modalidad de trabajo, llevando a cabo una investigación documental. Para obtener la información necesaria, se ha realizado una amplia búsqueda bibliográfica de diferentes fuentes científicas acerca de la violencia de género y la pandemia por Covid-19. Se han consultado artículos tanto en castellano como en inglés exclusivamente de manera digital.

Las bases de datos utilizadas han sido Google Académico, PubMed, Scielo... además de otras fuentes como lo son la web oficial de la OMS, la web oficial del Ministerio de Igualdad, el BOE, el INE...

Para llevar a cabo las búsquedas se empleó el vocabulario específico de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): Violencia de Género, Pandemia Covid-19, Confinamiento, Salud de la mujer, Atención Primaria de Salud, así como de los propios Medical Subject Heading (MeSH):

Gender-based Violence, Covid-19 Pandemic, Lockdown, Women's health, Primary Health Care. En la búsqueda se ha utilizado entre los descriptores el operador booleano "AND".

## **2.4. Objetivos**

### Objetivo general:

- Analizar las consecuencias de la pandemia por Covid-19 sobre la violencia de género.

### Objetivos específicos:

- Describir, diferenciar y contextualizar la violencia de género y explicar el marco legislativo que lo regula en España.
- Exponer la problemática de los casos de maltrato durante el confinamiento por la pandemia y los efectos sobre la salud de la mujer.
- Explicar los protocolos de actuación existentes así como el abordaje sanitario proporcionado desde los servicios de salud durante la pandemia.

## **2.5. Descripción de los capítulos**

Este trabajo se divide en tres capítulos, seguidos de un último apartado de conclusiones donde se realizará un análisis y reflexión sobre la información expuesta y desarrollada.

### **Capítulo 1. Contextualización de la violencia de género**

En este primer capítulo se define y describe la violencia de género y su evolución a lo largo de la historia, las bases y causas primarias así como su impacto en todas las esferas de la vida de la mujer. También se detallan las leyes que lo regulan a nivel nacional.

### **Capítulo 2. Impacto de la pandemia por Covid-19 en la violencia de género.**

Por otra parte, en este capítulo se refleja la prevalencia de casos y la exacerbación de las consecuencias sufridas por la mujer a manos de su maltratador en el contexto de confinamiento domiciliario y en varias esferas de la vida.

### **Capítulo 3. Abordaje sanitario**

Finalmente, en este capítulo se describe el abordaje de enfermería desde la atención primaria así como los protocolos de actuación existentes en España y en Cantabria. Además, se expone la forma en que se abordaron los casos de violencia de género desde el sistema de salud con los recursos disponibles.

### 3. CAPÍTULO 1. Contextualización de la violencia de género

#### 3.1. Definición de conceptos y características generales

El **género** es la construcción mental sobre la pertenencia o no de un individuo a las características dimórficas humanas (masculina y femenina). Se trata de un concepto que nace fruto de las variaciones históricas proyectadas por la sociedad. Es así el punto en que un individuo se ubica dentro del espectro de las diferencias de lo considerado masculino y/o femenino<sup>(13)</sup>.

El **sexo** es la condición biológica atribuida a un individuo al nacer dada por una serie de características anatomofisiológicas que definen al ser humano como machos o hembras.

A nivel nacional, la **violencia de género** se define, según la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en su artículo 1.1. como “manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”, y “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad”<sup>(14)</sup>.

Sin embargo, a nivel global, las Naciones Unidas emplean el término **violencia contra la mujer**, siendo este más general e incluyendo la violencia de género en su concepto<sup>(1)</sup>.

Por otro lado existe el término **violencia de pareja**, que se refiere a los comportamientos de la pareja o expareja que causan daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control<sup>(1)</sup>.

Además también está la **violencia sexual** que implica que haya acto sexual de por medio, en todas sus formas y de manera no consentida independientemente del tipo de relación que exista con la víctima y en cualquier ámbito<sup>(1)</sup>.

Por lo tanto, hechas estas definiciones y diferenciaciones cabe destacar que en el contexto de la violencia de género, el género no es un término acarreado a propia mujer en sí ni la forma de diferenciar a los hombres de las mujeres. Se trata de la base de la desigualdad por la que históricamente han dominado los varones y los atributos de género masculino atribuidos, sobre las mujeres y los atributos femeninos que se les presumen<sup>(13)</sup>.

De esta forma, la violencia de género es por definición, ejercida siempre por los hombres hacia las mujeres simplemente por el mero hecho de ser mujeres. Las mujeres son de cualquier estatus social, nivel educativo, cultural o económico. Como se ha señalado anteriormente, se basa en la diferencia y supremacía del género masculino sobre el femenino.

La violencia hacia la mujer puede adoptar varias formas, no solamente agresiones físicas, por lo que cabe destacar los siguientes subtipos.

- **Violencia física:** abarca cualquier clase de daño físico por parte del hombre hacia el cuerpo de la mujer. Puede ser desde un puñetazo, empujón o patada hasta el asesinato, que es el máximo exponente de la violencia<sup>(15)</sup>.
- **Violencia psicológica:** son aquellas conductas verbales y no verbales que producen una desvalorización y vejación de la propia mujer. Incluye insultos, amenazas, humillaciones, chantaje emocional, aislamiento social y cualquier forma de limitación de su libertad<sup>(15)</sup>.
- **Violencia sexual:** son todas los actos de naturaleza sexual que son forzadas y no consentidas por la mujer, desde tocamientos o acoso a violación<sup>(15)</sup>.

- Violencia económica: cualquier privación o limitación de recursos necesarios para el bienestar de la mujer o de sus hijos sin justificación legal y con una intención manipuladora<sup>(15)</sup>.

También son consideradas formas de violencia de género: la explotación sexual y trata de mujeres y niñas, el matrimonio precoz o forzado, la mutilación genital, la negación de derechos sexuales y reproductivos y la violencia vicaría, entre otras<sup>(15)</sup>.

El agresor tiene que mantener o haber mantenido un lazo afectivo-sexual (pareja o expareja) con la víctima. El fin del daño que se produce es obtener el control total sobre la vida de la mujer en todos sus aspectos<sup>(16)</sup>.

El perfil del agresor no se limita a un perfil de hombre aparentemente agresivo, peligroso o desagradable. El agresor no es exclusivo de ningún estatus social y puede encontrarse en cualquier lugar y en cualquier ámbito de la vida diaria. Muchas veces se trata de la persona menos sospechada, más agradable, con más lazos sociales o más aparentemente tranquila para el círculo social de la víctima.

Las razones por las que el agresor ejerce daño no se pueden reducir simplemente a causas concretas, es necesario contemplar diversos factores y etiologías del individuo para poder llegar a una respuesta. Para ello estudios y teorías intentan buscar explicaciones desde distintos enfoques<sup>(16),(17)</sup>.

- Factores socioculturales

Las estadísticas no atribuyen la causa de la violencia al pertenecer a una determinada clase social, la conducta violenta se debe a distintas variables. Sin embargo, estudios sociales demuestran que las conductas agresivas pueden adquirirse en el hombre a partir de vivencias tempranas y aprendizaje social relacionado con factores externos como la frustración, repulsión o amenaza ante peligros. También que el medio sociocultural y educativo bajo fomenta estas actitudes y valores, pero no se asocia a ser un potencial agresor<sup>(16),(17)</sup>.

- Factores psicosociales

Los valores y creencias de cada miembro de la pareja definen el tipo de relación existente. El principio de la desigualdad de género que se ha transmitido culturalmente es el origen de los roles que asume cada persona. De este modo los hombres tradicionalistas actuarán de una forma más paternalista, discriminatoria y competitiva ante el género femenino. Las actitudes misóginas son un elemento común en el agresor y diferenciador del resto<sup>(16)</sup>.

- Factores psicopatológicos

La personalidad del maltratador puede adoptar una forma violenta desencadenada por factores como el alcoholismo, drogadicción, problemas económicos, rechazo afectivo, desempleo y problemas psicopatológicos. Personalidades narcisistas, manipuladoras, antisociales, paranoides, impulsivas y depresivas, entre otras, están relacionadas con actitudes agresivas al poder llegarse a sentir vulnerables, inseguros o inferiores<sup>(16)</sup>.

- Factores biológicos

Desde un punto de vista biológico, hoy en día con los estudios disponibles todavía es difícil asociar causas y efectos. Sin embargo, estos datos apuntan a una relación de la variación de hormonas sexuales con conductas más o menos agresivas. Factores externos como el estrés y el estado de ánimo pueden variar estos niveles<sup>(16)</sup>.

Una vez conocidas las características del agresor así como las posibles causas y factores desencadenantes de este comportamiento, cabe destacar el ciclo de la violencia de género según la teoría de Lenore Walker. Este modelo creado por la psicóloga estadounidense en 1979

explica la forma en la que se repiten las actitudes del agresor de forma cíclica, lo que atrapa a la mujer en un bucle del que le impide escapar. Está formado por 4 fases<sup>(18)</sup>.

#### 1. Fase de acumulación de tensión

En esta primera fase el agresor se vuelve poco a poco más irascible hasta que llega a adoptar un comportamiento agresivo. Esto favorece la creación de un clima hostil y tenso en el que es fácil que tienda a desencadenar conflictos. La víctima se ve cohibida y vulnerable y descuida su vida en todos sus ámbitos, tratando de crear las mínimas tensiones posibles como mecanismo de supervivencia<sup>(18)</sup>.

#### 2. Fase de estallido de la tensión

La segunda fase corresponde con la culminación de toda la tensión acumulada en forma de violencia en todas sus formas, desde humillaciones o amenazas a la agresión física. La víctima como reacción se puede quedar bloqueada, no se puede creer lo ocurrido. Cuando lo asimila, tiende a minimizar y justificar este abuso como método de supervivencia<sup>(18)</sup>.

#### 3. Fase de arrepentimiento

En esta tercera fase, también llamada luna de miel, el agresor busca la reconciliación y muestra arrepentimiento sobre lo sucedido desde una base manipuladora. Se disculpa, se intenta mostrar humilde e inocente e incluso hace regalos. La víctima aceptará estas disculpas con el fin de olvidarlo y poder volver a la situación inicial, intentando pensar que no ha pasado nada y que todo está bien<sup>(18)</sup>.

#### 4. Fase de calma aparente

Finalmente la violencia ha desaparecido, el agresor intenta que la situación sea lo más agradable y cómoda posible siendo cariñoso, atento y distraído a la víctima de lo sucedido. Sin embargo, estas cuatro fases volverán a repetirse de modo que al final solo queden en juego las dos primeras en bucle<sup>(18)</sup>.

### 3.2. Consecuencias sobre la salud de la mujer

Las repercusiones de la violencia de género sobre la salud de las mujeres son muy amplias e influyen en todas las esferas de su vida y su salud. Estas consecuencias se extienden además al conjunto de la sociedad afectando también en el desarrollo económico, político, social y cultural de la misma<sup>(19),(20)</sup>.

Los malos tratos provocan problemas físicos, psicológicos, reproductivos y sociales que pueden intensificarse con el paso del tiempo, incluso cuando ya ha cesado el maltrato. Pueden ser inmediatos y agudos así como crónicos o mortales<sup>(21)</sup>.

Estas consecuencias suelen agravarse cuando se dan más de un tipo de maltrato a la vez, lo que es normal en las mujeres que viven esta situación. También estos daños son directamente proporcionales a la violencia producida.

Se trata de un problema de salud pública y es de vital importancia detectarlo precozmente para prevenir y reducir sus secuelas en la medida de lo posible<sup>(20)</sup>.

#### - Consecuencias físicas

Estudios demuestran que las mujeres que han sido víctimas de violencia de género pueden llegar a tener el doble de probabilidades de padecer enfermedades físicas que las que no lo han sido<sup>(20)</sup>.

Las repercusiones físicas directamente relacionadas son lesiones que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, siendo más frecuentes la cara, cuello, abdomen y pechos: golpes

(hematomas), quemaduras, fracturas, heridas, etc. Las formas derivadas más severas son el feminicidio, la incapacidad severa o daños orgánicos<sup>(21)</sup>.

Los síntomas que puede referir una víctima son variados e inespecíficos y pueden cronificarse. Dentro de los más frecuentes se encuentran: dolores crónicos (óseos y musculares), cefaleas, síndrome del colon irritable y demás trastornos gastrointestinales, pérdidas de memoria, apetito y de peso, obesidad, fibromialgia y quejas somáticas<sup>(19),(20),(21)</sup>.

El estrés que genera la violencia de género afecta directamente al sistema inmunológico y neuroendocrino. De este modo se predispone al organismo a padecer enfermedades infecciosas. También se empeoran las patologías crónicas ya existentes (diabetes, hipertensión arterial, asma, etc.)<sup>(19),(20),(21)</sup>.

- Consecuencias psicológicas

Recibir o haber recibido malos tratos afecta directamente a la autoestima de la víctima, pudiéndose mantener durante toda su vida. De este modo, generalmente pierden la valía personal, se ven subordinadas al agresor y se culpan a sí mismas de la situación. Además, pierden su autonomía viéndose coercidas e incapaces de tomar decisiones por ellas mismas de forma independiente<sup>(21)</sup>.

Todo esto se ve reflejado en su estado de ánimo y sentimientos, causando un sufrimiento psicológico que es habitual que dé lugar a trastornos mentales a corto o largo plazo. Los trastornos más habituales en mujeres víctimas de violencia de género son: trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, trastornos disociativos, trastorno de pánico, fobias, síntomas psicósomáticos, etc.<sup>(19),(20),(21)</sup>.

Otro reflejo son conductas de riesgo o negativas para la salud, aumentando el consumo de tabaco y el abuso de alcohol y de otras drogas. Por otro lado, son frecuentes trastornos del sueño, alimenticios e inactividad física, que afectan a la calidad de vida de forma sigilosa<sup>(21)</sup>.

Las formas más extremas de las repercusiones sobre la salud mental son los intentos autolíticos con intención suicida y el suicidio cometido<sup>(19),(20),(21)</sup>.

- Consecuencias sexuales y reproductivas

Los estudios indican que las víctimas de violencia de género presentan tasas mayores de padecer problemas reproductivos y ginecológicos, incluso sin haber habido abuso sexual. Las repercusiones a corto plazo están relacionadas directamente con las relaciones forzadas: sangrados vaginales, dolor pélvico crónico, coitos dolorosos, anorgasmia, infecciones urinarias, traumatismos ginecológicos, desgarros, infecciones de transmisión sexual como el VIH<sup>(21)</sup>.

Las distintas formas de violencia sexual tienen también consecuencias en el ámbito reproductivo y se ven más a largo plazo. Puede desencadenar en embarazos precoces o no deseados, que pueden estar mediados por un sabotaje anticonceptivo o incluso verse sometidas a una interrupción voluntaria de forma obligada por el agresor<sup>(21)</sup>.

También aumentan las tasas de infertilidad, mala salud del recién nacido y de abortos no deseados, que puede llegar a darse en condiciones antihigiénicas e inseguras para la mujer. Los embarazos y partos pueden complicarse más fácilmente aumentando las probabilidades de mortalidad tanto de la madre como del recién nacido<sup>(19),(20),(21)</sup>.

- Consecuencias sociales

La violencia de género tiene además repercusiones sociales, de forma individual en la mujer así como en el conjunto de la sociedad, con costes laborales, sociales y económicos<sup>(20)</sup>.

Las víctimas de malos tratos suelen descuidar su aspecto e imagen y su vida personal, lo que con el tiempo termina por aislarlas de sus círculos sociales y familiares<sup>(20)</sup>.

Del mismo modo se abstienen de sus puestos de trabajo, generalmente perdiendo el empleo como consecuencia directa. Esto lleva su situación económica a un punto crítico, pues esto limita gravemente su libertad y la hace dependiente económicamente del agresor. Sus capacidades y oportunidades en el mundo laboral se ven claramente reducidas por todos los daños que sufren<sup>(20)</sup>.

### 3.3. Origen y evolución del término y marco legislativo.

El origen del concepto que hoy se conoce como violencia de género tiene una historia muy joven cuyos cimientos se desarrollaron a partir del último tercio del siglo XX gracias al fortalecimiento del nuevo feminismo<sup>(22)</sup>.

Los documentos que recogen la transformación de este término en el tiempo han ido teniendo lugar a través de cuatro conferencias mundiales sobre la Mujer, organizadas por las Naciones Unidas; Ciudad de México (1975), Copenhague (1980), Nairobi (1985) y finalmente en Beijing (1995)<sup>(22)</sup>.

Previamente, a partir de la década de los setenta, organismos como la OMS, las Naciones Unidas o documentos como la Convención de Belém do Pará (1994) se han referido a este problema de salud como **violencia contra la mujer**, machista o patriarcal, abarcando otros derivados de la violencia de la mujer. Entre ellos se encuentra la prostitución forzada y trata de mujeres con fines de explotación sexual y violencia doméstica, dejando completamente abandonado el importante enfoque de género, nexo presente en todas ellas que las relaciona<sup>(22),(23)</sup>.

Es en la década de los ochenta cuando surgió el término violencia para visibilizar el sufrimiento de la vivencia de las mujeres víctimas. En el primer Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe (1981, Bogotá), se sumó al calendario feminista que contemplaba el 8M, una nueva fecha para la denuncia de la violencia a las mujeres, el 25 de noviembre. En 1999 se instaura definitivamente esa fecha en la Asamblea General de Naciones Unidas como Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer<sup>(22)</sup>.

En la década de los noventa se especifica de forma precisa este tipo de violencia en documentos internacionales, lo más aproximado es en la Convención de las Naciones Unidas (1991) donde se determina como forma de discriminación a la mujer<sup>(23)</sup>.

La consolidación del concepto se recoge en los textos derivados de iniciativas como la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos (Viena, 1993), la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993), la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (1994) y Beijing (1995), cuando se afianza por completo en término de **violencia de género**. Se especifica el género como criterio imprescindible y enfatiza sus efectos, costes y su categorización como una grave vulneración de los derechos humanos. También insiste en la implicación y medidas de fortalecimiento de Estados y organismos de las Naciones Unidas implicados en la lucha por la erradicación de la violencia contra la mujer<sup>(22),(23),(24)</sup>.

En 2011, el Comité de ministros del Consejo de Europa aprueba el Convenio sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, también conocido como Convenio de Estambul, con el objetivo de retomar los compromisos pendientes previstos en Beijing. A nivel del Consejo Europeo es el tratado jurídico más importante y completo en la lucha contra la violencia de género. Este convenio abarca todas las formas de violencia contra la mujer y las contempla como delitos, de modo que todos los Estados pertenecientes deben introducirlos en sus sistemas jurídicos y penales<sup>(24)</sup>.

Gracias al cambio de perspectiva de la población, con la aprobación de la Constitución de 1978 se recogieron en ella las siguientes cuestiones relacionadas con el género: igualdad de derechos, legalización del divorcio, anticoncepción y aborto, libertad sexual, reformar leyes de familia e igualdad de condiciones laborales, entre otros<sup>(25)</sup>.

En cuanto al aborto, su legislación se culminó en 2010 con la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Esta tiene como fin garantizar el derecho fundamental del aborto y su realización de forma segura bajo una serie de condiciones de forma libre en las 14 primeras semanas de gestación<sup>(26)</sup>.

En nuestro país, la primera vez que se recoge el término violencia de género en un informe oficial fue en 1999, la Sentencia 568/1999. Contempla este tipo de violencia independientemente del resultado lesivo y la define como: Violencia que ejerce el hombre sobre la mujer «para perpetuar una serie de roles y estereotipos creados por el primero y asignados al segundo con el fin de continuar con la situación de desigualdad, inferioridad y sumisión que tiene la mujer en nuestra sociedad»<sup>(24)</sup>.

En 2004 con la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre sobre Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género se reconceptualiza el término y se contempla además como un problema no solo social sino político y económico que tiene su fundamento en la desigualdad jerarquizada de géneros<sup>(24)</sup>.

Más adelante, con la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, se contempla el principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres como principio básico, esto implica ausencia de cualquier tipo de discriminación por razón de sexo. Abarca la integración de la igualdad de trato y de oportunidades políticas, económicas, laborales, sociales, culturales y artísticas. También se adoptan medidas para la erradicación de la violencia de género, familiar, acoso sexual y por razón de sexo, se consideran necesidades singulares en mujeres pertenecientes a colectivos vulnerables así como la protección de la maternidad<sup>(27)</sup>.

Recientemente se ha aprobado la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. Esta tiene como objetivo reforzar las medidas de protección de los derechos humanos de mujeres, niñas y niños de cara a las diferentes manifestaciones de violencia sexual, incluyendo el mundo digital. Cualquier acto sexual sin consentimiento mutuo será considerado agresión sexual<sup>(28)</sup>.

## 4. CAPÍTULO 2. Impacto de la pandemia por Covid-19 en la violencia de género

### 4.1. Análisis de la prevalencia de casos

Estudios previos demuestran el aumento de casos de violencia de género durante o tras la vivencia de desastres naturales y catastróficos, como terremotos, inundaciones, incendios, tsunamis, huracanes... y en este caso, una pandemia. Los elementos comunes son la reducción de la movilidad y aumento del tiempo en el mismo espacio como oportunidad del agresor para ejercer violencia<sup>(12)</sup>.

Para considerar de forma completa el primer confinamiento, derivado de la convocatoria del estado de alarma, se abarcaría desde el 14 de marzo al 21 de junio de 2020, con una duración de 100 días aproximadamente<sup>(11)</sup>.

Es en este periodo de tiempo cuando los grupos sociales más vulnerables, como las miles de mujeres víctimas de violencia de género, se han visto todavía más perjudicadas derivado de la complejidad que supuso esta crisis sanitaria<sup>(12)</sup>.

De forma repentina, se implantó una situación novedosa que complicó más la vida de estas víctimas por un largo periodo de tiempo, siendo su duración y expectativas una incógnita en ese momento y suponiendo un doble confinamiento para ellas<sup>(11)</sup>.

Según datos e informes internacionales, desde el inicio de la pandemia, la violencia contra las mujeres y niñas de todo el mundo ha crecido de forma potente debido al contexto de convivencia doméstica debido al confinamiento domiciliario<sup>(12)</sup>.

En España, datos de la Delegación del Gobierno contra la violencia de género, reflejan en su portal estadístico que en el año 2020 50 mujeres fueron asesinadas a manos de su pareja/expareja. Cabe destacar que los meses en los que menos femicidios se produjeron fueron los coincidentes con el segundo trimestre siendo estos 5 en total, un 73,7% menos frente a los 19 del primer trimestre del año y un 68,75% menos frente al mismo trimestre de 2019<sup>(2),(29),(30)</sup>.

La dificultad de la atención a las víctimas con la consiguiente limitación de respuesta sanitaria supuso un descenso del número de denuncias totales en 2020 (150.804), un 10,3% menos que en el año previo. De las 50 mujeres víctimas mortales, solamente 8 interpusieron una denuncia. El momento de menor registro de denuncias es en el segundo trimestre del año, momento de máxima restricción de movilidad, con un 14,6% menos que en 2019. En el segundo y cuarto trimestre, momentos de mayor intensidad de la pandemia, la media de denuncias por la policía descendió un 26,6% y los partes de lesiones un 29,6%. Sin embargo, las denuncias por parte de vecinos de la víctima solamente se redujeron un 3,9%, aumentando en el último trimestre un 23,1%. No obstante, el Consejo General del Poder Judicial y la presidenta del Observatorio contra la Violencia de género exponen que los juzgados de Violencia sobre la Mujer se han mantenido activos con normalidad durante el confinamiento<sup>(12),(29),(30),(31)</sup>.

No obstante, la baja tasa de asesinatos y de denuncias en el momento más crítico de la pandemia no son para nada indicadores proporcionales a los casos de malos tratos. Son más bien señales de alerta y una proyección de la disminución de reacción frente a la violencia de género, debido a la dificultad de acceso a asistencia profesional y búsqueda de ayuda<sup>(12),(29),(30)</sup>.

Por otro lado, factores que juegan en contra son el aumento del control de la víctima por el agresor, al permanecer la total o gran parte del día en el mismo domicilio, y la consiguiente percepción de impunidad por su parte<sup>(30)</sup>.

El uso de ayudas telemáticas si son en este contexto indicadores fiables. Las llamadas realizadas por las víctimas al 016 aumentaron drásticamente en el mes de marzo alcanzando su máximo número (25.667) en el segundo trimestre del año, un 51,43% más que en el primero. En total aumentaron en un 13,24%, 10.487 más respecto al año previo, siendo el tercer año con más llamadas registradas desde la creación de esta línea, en 2007. Estas llamadas fueron producidas

tanto por las víctimas como por sus familiares y allegados. Las cifras se fueron reduciendo proporcionalmente al paso de los meses, siendo 15.449 en el último trimestre. En total se sumaron 79.201 llamadas en todo el año, un 53% de las denuncias totales. Además se ha incrementado también considerablemente el número de consultas a la página web del Ministerio de Igualdad y de la Delegación del gobierno contra la violencia de género para acceder al chat online del 016 o para buscar recursos, información o apoyo<sup>(29),(30)</sup>.

De cara al tercer y cuarto trimestre del año, son un importante indicador de violencia de género. Los datos que se habían registrado en los dos primeros trimestres toman un giro drástico en este tercero. Es entonces cuando se registran de nuevo cifras elevadas similares a las del primero, destacando agosto con 8 femicidios siendo un incremento del 100% respecto a los últimos tres meses. Se trata de una situación única en toda la serie de registros desde el año 2003, pues hasta entonces la media en agosto respecto a abril-julio estaba hasta el momento en un 27,6%. Este llamativo escenario se puede relacionar con el fin progresivo de un periodo de aislamiento que continúa durante el mes de julio, coincidiendo con la llegada del verano, periodo vacacional, libertad de movilidad y actividades de ocio y en general todas las adaptaciones de la “nueva normalidad”<sup>(29),(30)</sup>.

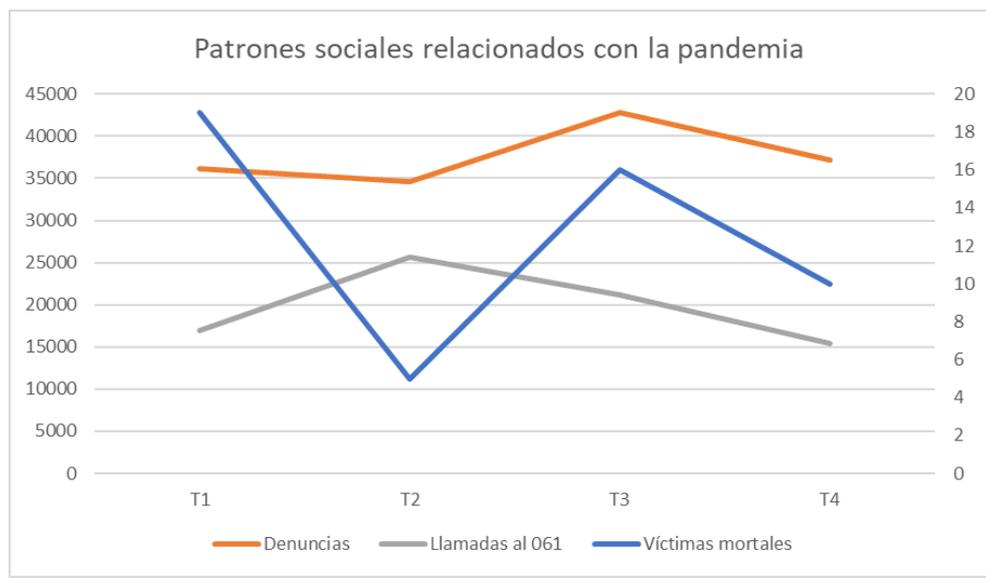
Esta ruptura de las medidas del confinamiento y de la restricción de la movilidad se tradujeron en la reducción del control y del aislamiento y por lo tanto, una mayor percepción por los agresores de la pérdida de control sobre la víctima en términos de aumento de respuestas violentas. En este tercer trimestre las denuncias respecto al segundo crecieron un 23,9%, probablemente relacionado con el aumento de las posibilidades de escape de esta situación de violencia. Además queda reflejado en las respuestas profesionales por parte de actuaciones policiales y partes de lesiones<sup>(29),(30)</sup>.

En el cuarto trimestre del año el inicio de la segunda ola de la pandemia y los perjuicios producidos en la economía, factores que dificultaron de nuevo las oportunidades de salir de casa, pueden relacionarse con la reducción de denuncias y homicidios (10; un 38,4% menos que la media histórica). Esto puede ser debido a la limitación de movilidad y por lo tanto al control sobre las víctimas de nuevo, agravando las situaciones de maltrato<sup>(29),(30)</sup>.

Al dividir el año 2020 en 4 trimestres, se observan tres patrones relacionados con la situación social determinada por la pandemia a partir del aumento o disminución de los indicadores: femicidios, denuncias y llamadas al 061<sup>(29)</sup>.

Ignorando el primer trimestre, donde aún no se había iniciado el estado de alarma, los otros tres son los que definen los patrones:

- Patrón 1: confinamiento (T2)
- Patrón 2: normalización social (T3)
- Patrón 3: restricción de movilidad y crisis social (T4)



**Gráfico 2. Patrones sociales relacionados con la pandemia durante el año 2020.**

- Escala izquierda (eje principal) para datos de denuncias y llamadas al 061.
- Escala derecha (eje secundario) para datos de víctimas mortales.

Elaboración propia según los datos del Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género<sup>(2),(29)</sup>.

#### 4.2. Conductas desarrolladas por el agresor

En el contexto predeterminado por la pandemia, las mujeres víctimas de violencia de género se vieron obligadas a confinarse en el mismo domicilio que su agresor. Esto pone en juego una serie de nuevas circunstancias que facilitan un ambiente ideal para que se dé un aumento del riesgo del problema<sup>(12)</sup>.

Todas las limitaciones y restricciones de movilidad y órdenes de distanciamiento social implicaron que el agresor pasase más tiempo en casa, reduciendo la privacidad y las oportunidades de gestionar la búsqueda de ayuda. De este modo, todo el tiempo que la víctima pasa junto al agresor, sin posibilidad de escape de la casa, inevitablemente produce un aumento de contacto e interacciones entre ambos podría haber facilitado el origen o agravamiento de malos tratos ante el mínimo estímulo. De la misma manera el control del agresor se vuelve prácticamente total al quedar anulada la autonomía para salir<sup>(12)</sup>.

Las escasas posibilidades para buscar una nueva vida tras una posible ruptura o crisis de pareja próxima a las fechas de la pandemia supusieron un condicionante para tener que convivir el confinamiento junto al agresor por las circunstancias familiares y económicas<sup>(12)</sup>.

A esto se suma el incremento de factores estresantes derivados de la pandemia, que han podido ser el detonante de las conductas violentas. Que la situación surgiese de forma desprevenida con un cambio radical de rutina diaria, la incertidumbre e inseguridad acerca de la evolución de la pandemia y el miedo a contagiarse del virus y sus desconocidas repercusiones en la salud han podido generar un estrés que mal gestionado se traduce en conductas agresivas en el maltratador<sup>(12)</sup>.

La crisis económica supuso el cierre provisional de muchos sectores laborales, generando una situación de incertidumbre para los trabajadores afectados, y por otro lado implicó un aumento del desempleo. La angustia económica e inseguridades financieras conducen a situaciones de

tensión y estrés en los hogares, esto termina derivando en un aumento de las tasas de violencia de género incluso sin antecedentes, según las evidencias<sup>(12)</sup>.

Conociéndose que el consumo de tóxicos como el alcohol o sustancias psicoactivas por parte del agresor es un precipitante de conductas agresivas, el aumento del consumo de durante el confinamiento puede estar relacionado también con un aumento del riesgo de violencia de género<sup>(12)</sup>.

No obstante a todo lo contemplado anteriormente, es preciso también tener en cuenta que el riesgo de maltrato puede estar relacionado también con los factores de riesgo individuales y la historia de violencia de cada relación previos a la pandemia. Esta causaría un efecto mayor en las relaciones con antecedentes de violencia de modo que se potenciarían estos factores de riesgo repitiendo las agresiones de forma exacerbada<sup>(12)</sup>.

### **4.3. Impacto en la víctima**

#### **4.3.1. Aislamiento sociofamiliar**

Estudios preliminares muestran las consecuencias sociales desencadenadas por la crisis sanitaria y la violencia de género, de origen sociocultural. El agresor juega con el control personal de la víctima para aislarla de sus fuentes de soporte externas, viniendo a ser principalmente la familia, amistades y entornos sociales. De este modo la orden de confinamiento no sólo implicó una restricción física de movilidad impidiéndolas desarrollar su vida social o actividades comunitarias en su red social. Supuso un doble aislamiento para ellas, ya que sus posibilidades de comunicarse con libertad con sus círculos cercanos se vieron potencialmente reducidas al aumentar el control del agresor y su percepción de impunidad. Además, informes demuestran que se ha utilizado el miedo al contagio por Covid-19 durante el confinamiento a modo de coacción y abuso contra las víctimas para impedirles acudir libremente a servicios esenciales<sup>(12),(30),(31)</sup>.

Una de las manifestaciones de este aislamiento que sufrieron las víctimas es la limitación de la reacción por parte de personas cercanas que pudieran ser conocedoras de la situación, como familiares o amigos, quienes se quedaron en el ámbito privado. De este modo, en los momentos de mayor intensidad de la pandemia (segundo y cuarto trimestre) es cuando más desciende la media de denuncias por familiares, un 43,7% menos que en el primer y tercer trimestre<sup>(30),(31)</sup>.

No obstante, la familia y el círculo social cercano son el único grupo estadístico cuyas denuncias interpuestas aumentan del primer al segundo trimestre del año (de 612 a 698), en víctimas, profesionales y terceros disminuyen. Esto demuestra que el papel de la familia y allegados se mantuvo en los momentos más complicados de la pandemia, a pesar de las circunstancias<sup>(30)</sup>.

#### **4.3.2. Afección sexual**

Las circunstancias generadas por el confinamiento hacen que haya aumentado la violencia sexual y como consecuencia que haya impactado de forma intensa en los menores que han convivido en el mismo domicilio. Sin embargo, este tipo de violencia ha sido la menos detectada en el primer semestre tanto por historia clínica como por partes de lesiones en atención primaria y hospitalaria, 147 mujeres en total<sup>(32),(33)</sup>.

Por otro lado, las mujeres y niñas prostitutas han sido gravemente perjudicadas por la pandemia en España así como en otros países de Europa debido a verse en una situación social de vulnerabilidad extrema. Muchas han sido obligadas a seguir ejerciendo la prostitución por parte de los proxenetas, aprovechándose de sus situaciones de decadencia económica a pesar

de los riesgos para su salud y la salud pública. Muchas otras que habían dejado la prostitución, al haber perdido su trabajo, se vieron obligadas a volver a ejercerla al estar confinadas sin dinero para mantenerse económicamente o a sus familias<sup>(34)</sup>.

Estas mujeres prostituidas han denunciado el aumento de la agresividad por parte de los hombres que consumen el servicio al aprovecharse de su situación de desamparo. Durante la pandemia los hombres han aumentado las excusas para ejercer actos de misoginia contra las mujeres que ejercen la prostitución<sup>(34)</sup>.

#### **4.3.3. Afeción psicológica y emocional**

Los estudios demuestran que el consumo total de fármacos ansiolíticos e hipnóticos es casi el doble en mujeres que en los hombres (27,4% frente al 15,9%) y que son ellas quienes incorporan su consumo de forma habitual en sus vidas (15,4% mujeres; 8,8% hombres)<sup>(30)</sup>.

Existe una relación entre el consumo de estos fármacos y la violencia de género y se trata de la manera de responder ante la situación emocional que esta genera y la retención que sufren en el contexto de relación, agravada en el confinamiento. Los sentimientos de reclusión e impotencia que se agravaron durante el confinamiento en estas víctimas las hicieron más propensas a padecer depresión y/o ansiedad. Las mujeres que logran y deciden enfrentarse a estas complejas situaciones de violencia (separación o denuncia), cuentan con un estrés añadido que repercute en su salud mental y deriva en el consumo de ansiolíticos e hipnóticos<sup>(30)</sup>.

En el año 2020 se observa un aumento del consumo de ansiolíticos respecto a los cinco años previos, este incremento es gradual conforme al avance del periodo de confinamiento así como al avance del año. Además, este aumento se ha prolongado hasta el 2021 con 93,05 dosis diarias por mil habitantes frente a las 85,84 dosis/1000 hab. de 2019<sup>(30)</sup>.

Se puede relacionar esta tendencia creciente de consumo con el efecto acumulativo del tiempo por la situación desesperante de no recuperar la vida previa, el aumento progresivo de la violencia y la reducción de las restricciones de movilidad, que facilitaron el acceso a recetas médicas<sup>(30)</sup>.

Otra respuesta ante la situación mantenida de violencia de género es el suicidio, considerada una vía de escape para la víctima ante el daño que esta le produce y la desesperación que conlleva. Las tasas de suicidio y de consumo de ansiolíticos están conjuntamente relacionados con el deterioro psicológico derivado del contexto de violencia de género en la pandemia. Sin embargo, este estrés psicológico está inversamente relacionado con la tasa de feminicidios<sup>(30)</sup>.

En el 2020 se puede apreciar un aumento del porcentaje de suicidios respecto a la media de los cinco años previos, existiendo unas pequeñas diferencias entre hombres y mujeres en la media comparativa de número de suicidios y tasa de suicidios. Sin embargo, al comparar la media de suicidios y tasas de 2020 con 2019 entre géneros, las diferencias son significativas: la media del número de suicidios cometidos por mujeres es de 6,6 puntos más frente a los hombres; la tasa media es 6,4 puntos mayor en mujeres que en hombres<sup>(30)</sup>.

Estas cifras revelan que las consecuencias de la pandemia en este aspecto han tenido un impacto mayor en las mujeres, de forma aguda. La explicación de todo esto es que los factores estresantes añadidos por la crisis social generada por la pandemia inciden más en aquellas personas que de base están sometidas a una situación de vulnerabilidad, discriminación y violencia. De este modo se exacerban los elementos existentes en la violencia de género, aumentando la situación de control y sometimiento vivida en casa, lo que conduce en muchas ocasiones al suicidio de la víctima<sup>(30)</sup>.

#### 4.3.4. Inestabilidad laboral y económica

La paralización de muchos puestos de trabajo, fruto de las restricciones de la pandemia, disminuyó la actividad de muchos sectores laborales en los que participan mayoritariamente mujeres siendo los principales el turismo, comercio y hostelería, afectando gravemente en su economía. Todo esto implicó en muchos otros casos el aumento del desempleo y la necesidad de desempeñar trabajos precarios y/o mal remunerados<sup>(10)</sup>.

Por otra parte, una situación que ya se evidenciaba antes de la pandemia es que las tareas dedicadas al cuidado de personas enfermas, mayores, discapacidad o niños/adolescentes así como del hogar recaen en su mayor parte en las mujeres. Dada la crisis, la saturación de sistemas sanitarios y sociosanitarios, esta labor se ve drásticamente aumentada en los domicilios por las mujeres, como siempre, de forma no remunerada. Esto se traduce en la obligación moral de abandonar sus puestos de trabajo o bien en una sobrecarga laboral para aquellas mujeres con un empleo estable<sup>(10)</sup>.

En este segundo caso, el confinamiento se ha convertido en general en un obstáculo para lograr compaginar el ocio personal con la vida laboral debido a esta desigualdad de género en la corresponsabilidad de trabajo doméstico no remunerado. Esto implica un estrés añadido que genera mayor cansancio, ansiedad, depresión y un deterioro de su salud mental<sup>(10)</sup>.

Además, de base existe una menor participación en el mercado laboral por las mujeres respecto a los hombres, quienes muchas de ellas dependen económicamente de los ingresos de sus cónyuges. Al añadirse las circunstancias de la pandemia, esta vulnerabilidad económica se agravó aún más en las situaciones de violencia de género. Por un lado el aumento del desempleo, la reducción de jornadas laborales o el teletrabajo desde el domicilio como alternativa laboral, suponen una reducción de las oportunidades de poder escapar de casa de forma más desapercibida. Por otro lado, sus posibilidades de mantener sus medios de vida de forma autónoma se vieron considerablemente reducidas. En los casos de mujeres que sufrieron una ruptura o separación próxima al confinamiento, la falta de independencia económica fue un importante condicionante para verse obligadas a permanecer junto al maltratador no solo por su propio abastecimiento sino por los casos de mantenimiento de los hijos<sup>(10)</sup>.

Con respecto al año previo, todos estos datos se reflejan en un aumento progresivo de la tasa de paro en mujeres desde el primer trimestre de 2020. Se alcanzó la mayor cifra (18,4) en el tercer trimestre, 2,5 puntos más por encima que el mismo trimestre de 2019 y 2 más que en 2021. Las tasas se reducen a cifras similares o más bajas al contexto prepandémico a finales del año 2021. Comparando con el desempleo en hombres, sigue el mismo patrón y la mayor cifra también se encuentra en el mismo trimestre de 2020, pero es 4 puntos menor que en mujeres<sup>(10),(35)</sup>.

## **5. CAPÍTULO 3. Abordaje sanitario**

### **5.1. Protocolo común de actuación en el Sistema Nacional de Salud**

En España, desde la edición en 2007 del Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género del Sistema Nacional de Salud (SNS), los servicios sanitarios de todas las Comunidades Autónomas del país han establecido guías y protocolos de actuación en concordancia con el SNS. Además se han desarrollado programas de formación a profesionales y adaptado los sistemas de información sanitaria para la detección y seguimiento de los casos. Por otro lado, se han elaborado también programas y protocolos de colaboración interinstitucionales para armonizar la actuación integral de todos los sectores implicados en la atención a las víctimas de violencia de género<sup>(36)</sup>.

El protocolo de actuación desde atención primaria o especializada se organiza en las siguientes fases:

#### **1. Detección y valoración**

Tiene como fin la exploración de una sospecha de malos tratos para descartarla o confirmarla. Abarca el abordaje de la entrevista psicosocial en la consulta de atención primaria como especializada, la valoración de indicadores de sospecha, la pregunta directa y específica sobre la existencia de maltrato y la valoración biopsicosocial, de la situación de violencia y del riesgo existente<sup>(36)</sup>.

#### **2. Intervención**

En caso de confirmación de la sospecha, se hace un registro del problema en la historia clínica de la paciente. Es importante destacar que el proceso de intervención no siempre es lineal, por lo que es posible esperar recaídas, retrocesos o avances durante su desarrollo<sup>(36)</sup>.

En función del nivel de riesgo percibido para la mujer, la actuación de los profesionales sanitarios tomará una forma diferenciada. De este modo se establecen tres planes de actuación sanitaria teniendo en cuenta el reconocimiento del maltrato y de la situación de peligro que corre así como de la fase del proceso de cambio en la que la víctima se encuentre<sup>(36)</sup>:

##### **1. Plan de atención a la mujer que presenta indicadores de sospecha pero no reconoce sufrir malos tratos.**

Implica el registro en la historia clínica de la situación de sospecha y de las actividades realizadas con la paciente, incluyendo la valoración del riesgo. El trabajo y seguimiento en consulta va enfocado a crear una relación terapéutica de confianza con la mujer y trabajar con ella en la concienciación sobre las relaciones de malos tratos como un problema que afecta en la salud. Se abordarán de forma integral e interdisciplinar los problemas físicos, psicológicos y sociales que presente la mujer<sup>(36)</sup>.

Se planean visitas de seguimiento en la consulta para poder ayudar a la mujer a reconocer el problema así como la toma de decisiones y se puede plantear la posibilidad de participar en intervenciones grupales<sup>(36)</sup>.

En caso de sospecha constante de malos tratos y percepción de una situación de riesgo para la mujer, se puede dar parte al ministerio fiscal para su investigación<sup>(36)</sup>.

##### **2. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.**

Implica el registro en la historia clínica de la confirmación del caso y de las actividades realizadas con la paciente, incluyendo la valoración del riesgo. El trabajo y seguimiento en consulta va dirigido a concienciar a la víctima del impacto que tiene en su salud el maltrato que sufre. Se

atenderán de forma integral e interdisciplinar los problemas físicos, psicológicos y sociales que presente<sup>(36)</sup>.

Se plantea el desarrollo de estrategias de seguridad ante una posible situación extrema. En el plan de seguimiento en consulta se establecen y favorecen las decisiones que promuevan cambios en la situación, se acompaña a la mujer en el proceso de afrontamiento, se ayuda a prevenir nuevas agresiones y se ofertan las intervenciones grupales. Si procede, se deriva a los profesionales del trabajo social del centro sanitario y a los recursos adecuados existentes para su situación. Se prestará atención a los hijos/as y personas dependientes si hubiera y en cuanto se pueda, se emitirá el parte de lesiones<sup>(36)</sup>.

En caso de que la mujer se niegue a realizar la denuncia y el profesional sanitario tenga sospechas de la existencia de violencia de género, sin constatación del origen de las lesiones ni parte médico, se recomienda comunicar la situación a la fiscalía y esta decidirá el proceso fiscal adecuado<sup>(36)</sup>.

### 3. Plan de atención a la mujer que reconoce sufrir malos tratos y se encuentra en peligro extremo.

Implica el registro en la historia clínica de la situación de violencia y de las actividades realizadas en base a la situación de riesgo físico, psicológico y de suicidio. Este puede servir como prueba legal en un proceso judicial<sup>(36)</sup>.

Se procede a conocer la situación familiar, hijos/as y personas dependientes a su cargo y recursos con los que la víctima cuenta. El trabajo como profesional sanitario consiste en informar a la mujer de la valoración realizada de la situación de peligro existente y plantear las estrategias a seguir, haciéndole saber que no estará sola. De forma inmediata se emitirá el parte e informe médico de lesiones a un juez mediante FAX o email, entregándose una copia a la víctima y comunicándole sus implicaciones<sup>(36)</sup>.

De forma urgente, se derivará a trabajo social y servicios de apoyo de emergencias sociales a mujeres maltratadas de 24 horas de atención, se llama por teléfono a emergencias (112) y deriva a servicios específicos de la Comunidad Autónoma, siguiendo el protocolo de coordinación interinstitucional de la misma<sup>(36)</sup>.

### 4. Actuación en urgencias

La mayoría de las actuaciones planteadas en los protocolos anteriores están también recomendadas para urgencias, salvo el seguimiento en consultas. Las víctimas de violencia de género acuden también a los servicios de urgencias (de atención primaria y especializada) y las lesiones y síntomas son más graves frecuentemente, también pueden no reconocer haber sufrido maltrato<sup>(36)</sup>.

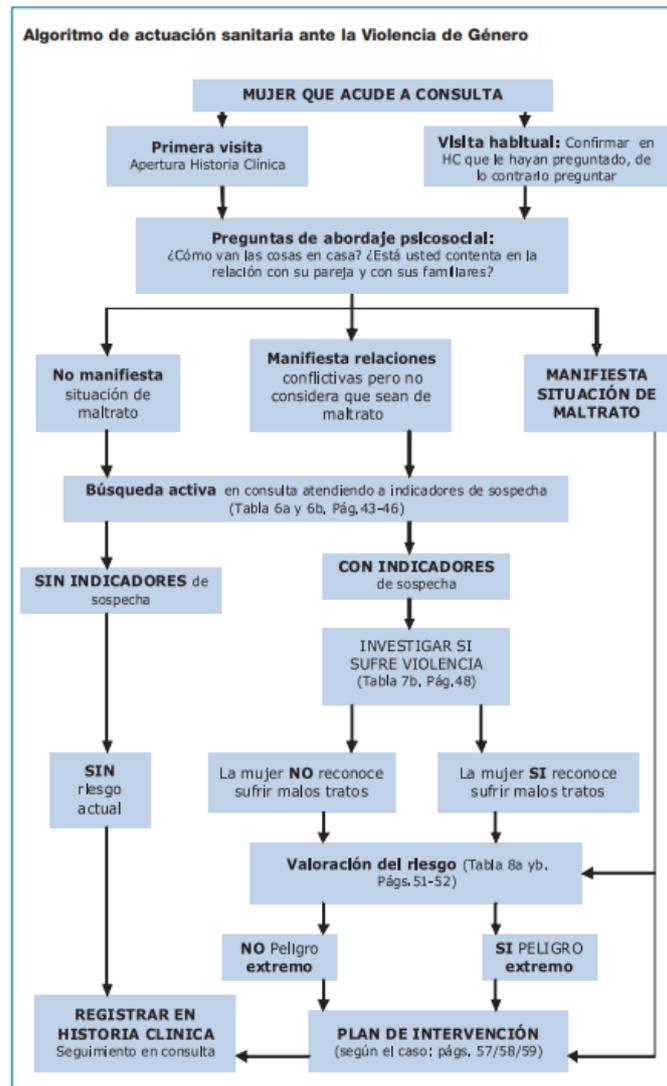
En la actuación asistencial, se deberá atender el estado físico y psicológico de la mujer, estado de la mujer en función de las lesiones y síntomas presentados. Se debe valorar también la seguridad y la situación de riesgo. Si no precisa ingreso en el hospital se deriva de forma urgente a psiquiatría, psicología y trabajo social. De la misma forma se indagará en la existencia de personas dependientes a su cargo por si precisase tomar medidas<sup>(36)</sup>.

El informe de alta, que debe contemplar todas las lesiones y estado psicológico, se debe de entregar a la mujer siempre y cuando no comprometa su seguridad, en caso contrario se le puede entregar a un allegado de confianza. Tanto si precisa ingreso en planta como si no, se debe velar por que este informe conste en atención primaria para colaborar con el seguimiento. Se proporcionará después la información y derivación oportuna en función del protocolo existente en cada CCAA<sup>(36)</sup>.

Finalmente, existe la obligación legal de constatar a las autoridades judiciales la existencia de la situación de violencia de género mediante el aviso al juzgado del parte de lesiones e informe

médico, informando a la mujer y haciendo un registro en la historia clínica, velando siempre por su seguridad y protección<sup>(36)</sup>.

### Algoritmo nacional de actuación sanitaria del Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género (2012)<sup>(36)</sup>.

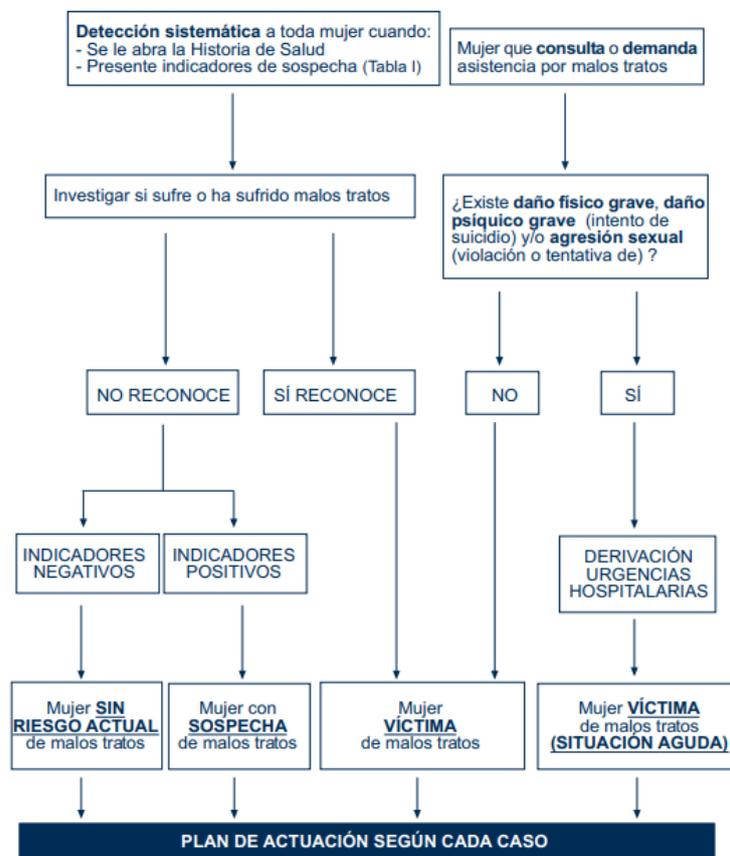


#### 5.2. Protocolo de actuación en el Sistema Cántabro de Salud

En la Comunidad Autónoma de Cantabria, cuando una mujer acude a los centros de Atención Primaria se siguen una serie de pasos para incorporar información sobre la violencia de género en su historia clínica. Si es la primera vez que acude a una consulta, al abrir el expediente y realizar la valoración psicosocial, se realizan una serie de preguntas para valorar la existencia de malos tratos. Son preguntas claras y concisas encaminadas a que la mujer exteriorice esta situación. Esta pregunta se puede introducir mediante un breve comentario sobre la problemática social de la violencia de género. En caso de que no se trate de la primera cita en atención primaria, se debe comprobar la existencia de estas preguntas en su registro clínico, en caso de negativo se deberá incorporar en el cribado<sup>(37)</sup>.

## Algoritmo general de actuación del Servicio Cántabro de Salud<sup>(37)</sup>.

### 7.1- ALGORITMO GENERAL DE ACTUACIÓN



### 5.3. Abordaje de la violencia de género desde atención primaria

Los datos existentes indican que entre el 30 y el 60% de las mujeres que acuden a centros sanitarios están siendo expuestas a alguna variante de la violencia de género. De esta cifra, solamente se llega a detectar aproximadamente el 30% de los casos y únicamente se da parte de entre el 5 y 15%. Los partes de lesiones desde la atención médica sólo suponen el 9,6% de las denuncias. Los pocos casos que se logran diagnosticar conllevan una gran demora de tiempo atrás, entre 6 y 10 años desde el primer momento que se dan las agresiones<sup>(38),(39)</sup>.

Esta infradetección es uno de los principales problemas de abordar esta violencia, que limita enormemente la capacidad de acción por parte de los profesionales sanitarios y existe una preocupación respecto a este impedimento. Estos cumplen con un papel de vital importancia en el abordaje de la violencia de género, desde la detección precoz, dar parte de la situación y medidas de tratamiento. Por ello es importante que no solo reconozcan los síntomas de malos tratos sino también los factores de riesgo, proporcionando una atención integral ya que mayoritariamente los casos se manifiestan de forma enmascarada<sup>(36),(38)</sup>.

El servicio sanitario idóneo para llevar a cabo esta detección de casos es la atención primaria debido a su gran accesibilidad, contacto directo y sobre todo continuado, contando además con un equipo multidisciplinar. En España un estudio realizado con 10.815 mujeres que frecuentaban centros de salud expuso que el 32,7% de ellas indicaron haber sufrido violencia de género. También se conoce que las víctimas acuden durante años a los centros de atención primaria antes de reconocerlo y consultar acerca de ello<sup>(36),(38)</sup>.

Los profesionales de enfermería en atención primaria atienden cada día a personas sanas y enfermas, y entre sus competencias se encuentra la promoción de la salud, mantenimiento y recuperación de esta y prevención de la enfermedad, incluyéndose la violencia de género. Dentro de la prevención de la violencia de género desde atención primaria, se habla de prevención secundaria, con el fin de detectar precozmente el problema e iniciar medidas inmediatas encaminadas a eliminar el problema o a retardar la progresión de este. Los datos indican que el 90% de las víctimas que han sufrido malos tratos frecuentan los centros de salud a lo largo del primer año tras la agresión, por lo que una buena detección precoz disminuiría las consecuencias notablemente<sup>(36),(38)</sup>.

La prevención secundaria se puede aplicar en varios ámbitos distintos: Primeramente se debe formar y sensibilizar a las enfermeras de forma continua, incluyendo el componente intercultural, familiar y los factores de riesgo. También se debe realizar sesiones clínicas con casos reales que se hayan dado y solucionado, con el resto de los profesionales. Por otro lado, se puede fomentar la autonomía de las mujeres y el conocimiento de sus derechos mediante carteles informativos o folletos que informen acerca de que el sistema sanitario también aborda la violencia de género. Finalmente, desde la perspectiva comunitaria, se puede colaborar desde el centro de primaria con asociaciones así como con centros educativos que realicen charlas y talleres con el objetivo de educar a la comunidad<sup>(36),(38)</sup>.

La atención integral de la enfermera precisa de una entrevista psicosocial a solas con la víctima, creando el ambiente adecuado que genere un clima de confianza y confidencialidad debido a las dificultades habituales de detectar este problema de salud. Es necesario facilitar la expresión de sentimientos, valorar el lenguaje no verbal y mostrar una actitud empática. Las preguntas deben ir de más generales a más directas, incluyéndose en el protocolo nacional la pregunta de posibilidad de violencia de género a toda mujer mayor de 14 años y registrarla en su historia clínica<sup>(36),(38)</sup>.

Existen además escalas de detección de maltrato que la enfermera puede emplear como recurso, entre ellas: Woman Abuse Screening Tool: permite detectar casos en tiempo reducido; Index Of Spouse Abuse: valora la esfera física, sexual y emocional y la severidad de la situación; Psychological Maltreatment of Women Inventory short form (PMWI-SF): mide el grado del maltrato psicológico<sup>(36),(38)</sup>.

Si se ha detectado un posible caso, una parte del trabajo de la enfermera se trata de hilar la sintomatología con la violencia de género mediante una valoración biopsicosocial en la que se incluye la exploración física de lesiones y síntomas psicológicos y emocionales, nivel de riesgo, severidad de la situación y la afectación en otros miembros familiares<sup>(36),(38)</sup>.

Otra parte de su trabajo consiste en creer a la víctima y facilitar la expresión de sus emociones sin ningún tipo de juicio para facilitar la revelación de información, aclarar y ordenar sus ideas, proporcionar información acerca de los recursos existentes, ayudándola a tomar una decisión. Se trata de hacerle ver que no tiene la culpa porque la violencia no está justificada y de que es un problema de salud para el que existen recursos desde el sistema sanitario<sup>(36),(38)</sup>.

#### **5.4. Medidas llevadas a cabo durante la pandemia**

Durante la pandemia, el sistema sanitario de todos los países se vio afectado de forma grave y repentina por el creciente e incontenible incremento de casos de Covid-19 como consecuencia de la rápida propagación del virus. El gobierno de España convirtió en el principal foco de atención la emergencia sanitaria, centrando todos sus esfuerzos y medidas en frenar la transmisión del virus y paliar los casos de contagio<sup>(10)</sup>.

La labor de los profesionales sanitarios es siempre un elemento clave en la prevención de la violencia de género. Sin embargo, en el contexto de pandemia, la atención a las víctimas de violencia de género quedó relegada en un segundo plano junto a muchas otras problemáticas sociales. Por lo que la reducción de recursos humanos destinados a la atención de estas víctimas hizo que resultase imposible tomar medidas preventivas contra esta violencia<sup>(40)</sup>.

Debido a las restricciones de movilidad impuestas por el gobierno, las oportunidades de pedir ayuda a personas cercanas o profesionales, interponer denuncias, acudir a servicios sanitarios o a fuerzas de seguridad se vieron muy reducidas. Todo ello derivado de la situación forzada de permanecer junto al agresor durante todo el día, bajo una situación de control constante<sup>(30)</sup>.

Por lo tanto, las dificultades habituales para la prevención, detección y actuación eficaz de la violencia de género (tiempo insuficiente, falta de formación profesional, poca información para abordar los casos o delicadez o incomodidad al hablar del tema) se vieron exacerbadas frente a la saturación de los servicios sanitarios causa de la pandemia<sup>(36),(40)</sup>.

La ausencia de recursos económicos hasta la fecha de la pandemia y los recortes en políticas de igualdad y en lucha contra la violencia de género derivados de la reciente crisis económica que aún sufría el país refleja la falta de priorización en temas de políticas sociales, como la violencia de género, ante situaciones de crisis que generan conflictos de intereses económicos, como ha sido la pandemia. El Real Decreto-Ley de medidas urgentes no contempla la asignación de gastos adicionales para establecer estas medidas, aunque sí flexibiliza y simplifica los procedimientos que favorecen la ejecución de fondos del Pacto del Estado contra la violencia de género<sup>(40)</sup>.

Ningún país se ha visto capacitado para sobrellevar la crisis derivada de esta emergencia social y sanitaria que se ha vivido sin precedentes, pero ha quedado expuesta la fragilidad de las estructuras básicas sobre las que está construido el Estado de Bienestar de este país<sup>(40)</sup>.

Sin embargo, España es un país que ya antes de la pandemia había desarrollado en los últimos años un marco legislativo óptimo para actuar frente a la violencia de género. Tras el inicio del estado de alarma el Ministerio de Igualdad nacional aprobó un plan de contingencia contra la violencia de género frente a la crisis del Covid-19. Las diferentes comunidades autónomas han adaptado los programas y servicios de atención ya funcionantes y en la mayoría de ellas se adoptaron nuevas medidas de asistencia a víctimas. Estas tenían como objetivo reducir el posible impacto de los casos de maltrato a mujeres en sus domicilios durante el confinamiento. Pretendía adaptar y asegurar un funcionamiento eficaz de servicios destinados a la protección eficaz de las víctimas durante la emergencia sanitaria. El 31 de marzo de 2020, el consejo de ministros aprobó un Real Decreto-Ley de medidas urgentes para proteger y asistir a las víctimas de violencia de género durante la crisis. Entre las principales medidas nacidas en la urgencia que se adoptaron se encuentran<sup>(40),(41)</sup>:

Garantizar el servicio de asistencia integral a las víctimas: normal funcionamiento de los servicios de emergencia y acogida de mujeres en riesgo, disponibilidad de información durante las 24 horas del día, asistencia psicológica y social, asesoramiento jurídico vía no presencial (telefónica -016-, informática, WhatsApp...). Destaca la aplicación móvil AlertCops con el botón "SOS", que permite que las víctimas y personal sanitario accedan de forma discreta a asistencia inmediata de fuerzas y cuerpos de seguridad del estado<sup>(40)</sup>.

Activación de un nuevo sistema de emergencia de alerta por geolocalización y mensajería instantánea hacia las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado<sup>(40)</sup>.

Puesta en marcha de campañas institucionales para la concienciación social de la violencia de género durante el confinamiento dirigida a la población con el objetivo de implicar en la denuncia y el apoyo. También se crearon campañas dirigidas a las víctimas para informar sobre las alternativas disponibles y ampliadas por la pandemia <sup>(40)</sup> .
Elaboración de una guía de actuación para las víctimas en situación de confinamiento domiciliario absoluto con su agresor a causa del Covid-19. Informa sobre recursos disponibles y pautas de actuación adaptadas a la situación de la mujer <sup>(40)</sup> .
Facilitación de alojamiento en establecimientos turísticos en caso de que no existan plazas disponibles en centros de acogida destinados a ello para garantizar la seguridad de la víctima <sup>(40)</sup> .
“Mascarilla-19”, una de las medidas de acción más extendidas en el país, creada por el Instituto de Igualdad y Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Canarias. La idea es que la víctima acuda a una farmacia y solicite una “Mascarilla-19”, de este modo el profesional que la atiende detecta la situación de violencia y pone en marcha el protocolo <sup>(40)</sup> .

En la Comunidad Autónoma de Cantabria la normativa en violencia de género vigente durante la crisis por Covid-19 fue la Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección a sus víctimas. El Gobierno de Cantabria y el Colegio de Farmacia impulsaron y llevaron a cabo como medida de actuación la «Mascarilla-19»<sup>(40)</sup>.

## 6. Conclusiones

La pandemia por Covid-19 ha facilitado el desarrollo de un escenario que ha repercutido de forma drásticamente negativa en varios aspectos de la salud de las víctimas de violencia de género, con el consiguiente aumento de los casos. Las características del contexto de confinamiento domiciliario supusieron un extra de complicación en la situación de vulnerabilidad en la que se encontraban estas mujeres. A esto se añade que las medidas del Gobierno de España focalizadas en paliar la crisis sanitaria emergente relegaron a un segundo plano la actuación contra la violencia de género, que ya contaba con varias complicaciones habituales de por sí.

A pesar de la falta de priorización previa en materia de políticas sociales y de igualdad cuando surgen otros intereses de origen económico, a raíz de la proclamación del estado de alarma el Ministerio de Igualdad aprobó diferentes medidas urgentes y la adaptación de las ya existentes al contexto pandémico. Quedan reflejadas en el Real Decreto-Ley de medidas urgentes de 31 de marzo, encaminado a intentar reducir el impacto de la violencia de género durante esta situación extraordinaria. De cara a la prevención de este problema, no se han constatado modificaciones adaptadas a las circunstancias de la pandemia en los programas existentes desde el ámbito sanitario<sup>(40)</sup>.

Las consecuencias directas de la pandemia en la violencia de género se traducen estadísticamente en una disminución de las denuncias y del número de víctimas mortales respecto a los años previos. Estos datos están directamente relacionados con la disminución de oportunidades de auxilio y la limitación de la capacidad de respuesta por parte de los servicios sociales, reflejado en los momentos de mayor restricción de movilidad (segundo trimestre). Por otra parte, en 2020 se registró el tercer número más alto de llamadas al 061 (79.201) desde la creación de esta línea de ayuda, alcanzando su mayor cifra en el segundo trimestre. En los momentos de normalización social (tercer trimestre) estos datos se invierten, reflejándose un alto número de denuncias y asesinatos y en una disminución de llamadas al 061.

Las consecuencias indirectas del confinamiento se observan en un aumento del consumo de fármacos ansiolíticos, hipnóticos y de la tasa de suicidios. La pandemia ha resultado un importante detonador de problemas de salud mental en las víctimas de malos tratos.

Durante el confinamiento se incrementó el aislamiento de la víctima de su círculo familiar y social, lo que favoreció el control del agresor sobre su vida. A pesar de que hayan registrado escasos casos de violencia sexual, esta ha aumentado durante el periodo de confinamiento. No obstante, destaca el número de denuncias por parte de familia y allegados durante los momentos de máxima restricción.

Económicamente las mujeres se han visto doblemente perjudicadas al contar con una menor participación en el mercado laboral respecto a los hombres, viéndose obligadas a permanecer junto a su agresor para abastecer sus necesidades primarias. Las mujeres prostituidas y cuidadoras de personas dependientes se han visto aún más vulneradas por esta situación de precariedad económica.

Analizadas las consecuencias desencadenadas por la pandemia en las víctimas de la violencia de género, la debilidad de las estructuras básicas sobre las que se sostiene el Estado de Bienestar pone de manifiesto la necesidad de abordar este problema de salud de forma integral y previsoramente. Para ello se ha de tener en cuenta el análisis exhaustivo de las normas sociales, las relaciones y las desigualdades de género manifestadas en los diversos ámbitos expuestos, que ante una situación de crisis emergente como ha sido la pandemia, se ven potencialmente más perjudicadas<sup>(40)</sup>.

## 7. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. [Internet]. 2021 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>
2. Ministerio de Igualdad del Gobierno de España. Portal Estadístico de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. [Internet]. 2023 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
3. Instituto Nacional de Estadística. Víctimas mortales por violencia de género Serie 1999-2022. [Internet]. 2023 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: [https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres\\_hombres/tablas\\_2/&file=V2G1.px#!tabs-grafico](https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_2/&file=V2G1.px#!tabs-grafico)
4. Alemán Salcedo E, Páez Cuba LD. La violencia de género en el ámbito de la pareja y la expareja. Reflexiones socio-jurídicas en torno a la protección integral de la víctima en Cuba y España. Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]; 9(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-01322021000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322021000200011)
5. Gil MI. El origen del sistema patriarcal y la construcción de las relaciones de género. Agora [Internet]. 2019 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <http://corporacionparaeldesarrolloregional.org/wp-content/uploads/2020/09/LECTUR1.pdf>
6. Ministerio de Igualdad del Gobierno de España. El presupuesto de Igualdad para 2023 aumenta un 9%, alcanzado la cifra histórica de 573 millones. [Internet]. 2022 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.igualdad.gob.es/comunicacion/notasprensa/Paginas/presupuesto-igualdad-2023-aumenta-9-573-millones.aspx>
7. Pérez-Laurrabaquio O. Covid-19 en España: primera ola de la emergencia. MED GEN FAM [Internet]. 2021 [Consultado 25 Abr 2023]; 10(1): 3-9. Disponible en: [https://mgyf.org/wp-content/uploads/2021/03/MGYF2021\\_007.pdf](https://mgyf.org/wp-content/uploads/2021/03/MGYF2021_007.pdf)
8. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2020/BOE-A-2020-3692-consolidado.pdf>
9. Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. [Internet]. 2023 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
10. Mejía Hernández MC. Confinamiento y Violencia de Género en el Contexto de la Pandemia Covid-19. JUEES [Internet]. 2021 [Consultado 25 Abr 2023]; 1(1): 19-41. Disponible en: <https://revistas.uees.edu.ec/index.php/rjuees/article/view/740>
11. Mateos Casado C. La pandemia en la sombra. Mujeres víctimas de violencia de género confinadas frente a una doble amenaza en la Covid-19. Historia y comunicación social [Internet]. 2021 [Consultado 25 Abr 2023]; 26(1): 107-119. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/HICS/article/download/74246/4564456555856>
12. Rueda-Aguilar EF. Reflexiones sobre la violencia de género durante el confinamiento causado por Covid-19. RDIPyCS [Internet]. 2021 [Consultado 25 Abr]; 7(2): 181-203. Disponible en: <https://cued.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/358>

13. Castro R. Violencia de género. Conceptos clave en los estudios de género [Internet]. 2016 [Consultado 25 Abr 2023]; 1: 339-354. Disponible en: <https://debatefeminista.cieg.unam.mx/include/pdf/23violencia-de-genero.pdf>
14. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Internet]. 2004 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>
15. Junta de Andalucía. Violencia de género. [Internet]. 2023 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/mujeres/violencia-genero/que-es.html>
16. Guarteche Barrios M. Violencia de género: una perspectiva biológica, psicológica y cultural sobre el agresor [Internet]. Montevideo: 2020 [Consultado 25 Abr 2023]. p.1-35. Disponible en: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26412/1/violencia\\_de\\_genero-una\\_perspectiva\\_biologica\\_psicologica\\_y\\_cultural\\_sobre\\_el\\_agresor.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26412/1/violencia_de_genero-una_perspectiva_biologica_psicologica_y_cultural_sobre_el_agresor.pdf)
17. Fernández MD, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez-Calvo MS. Violencia de género: un estudio de los expedientes de la Fiscalía de Área de Santiago de Compostela. REIC [Internet]. 2018 [Consultado 25 Abr 2023]; 16: 1-24. Disponible en: <https://reic.criminologia.net/index.php/journal/article/view/146/134>
18. Palop Belloch M. El concepto y el ciclo de la violencia de género en las relaciones de pareja de menores offline y online. Anuario da Facultade de Dereito da Universidade da Coruña [Internet]. 2018 [Consultado 25 Abr 2023]; 22: 188-213. Disponible en: [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/22354/AD\\_2018\\_22\\_art\\_9.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/22354/AD_2018_22_art_9.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
19. Ruiz Pérez I. Violencia contra la mujer y salud [Internet]. Andalucía: 2006 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04\\_modulo\\_03.pdf](https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04_modulo_03.pdf)
20. Ruiz Pérez I. Violencia de género: Cómo afecta a la salud de las mujeres [Internet]. Andalucía: Instituto Andaluz de la Mujer; 2019 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2021-12/18-%20Como%20afecta\\_salud\\_mujeres.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/sites/default/files/2021-12/18-%20Como%20afecta_salud_mujeres.pdf)
21. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud [Internet]. Washington, D.C., EEUU: Organización Panamericana de la Salud; 2013 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/98821>
22. Marchand Trebisacce C. Un nacimiento situado para la violencia de género. Indagaciones sobre la militancia feminista porteña de los años 80. Anacronismo e irrupción [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]; 10(18): 118-138. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/anacronismo/article/view/5258>
23. Jaramillo-Bolívar CD, Canaval-Eraza GE. Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. Universidad y salud [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]; 22(2): 178-185. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v22n2/2389-7066-reus-22-02-178.pdf>
24. Añón Roig MJ, Merino-Sancho V. El concepto de violencia de género en el ordenamiento jurídico español: balance crítico y propuestas de un concepto holista

- e integral. AIS [Internet]. 2019 [Consultado 25 Abr 2023]; 7: 67-95. Disponible en: <https://www.torrossa.com/en/resources/an/4601550>
25. Alberdi I. Historia del feminismo. Revista de Occidente [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]; 466: 17-25. Disponible en: [https://ortegaygasset.edu/wp-content/uploads/2020/07/RevistadeOccidente\\_Marzo2020\\_In%C3%A9s-Alberdi .pdf](https://ortegaygasset.edu/wp-content/uploads/2020/07/RevistadeOccidente_Marzo2020_In%C3%A9s-Alberdi.pdf)
  26. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. [Internet]. 2010 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
  27. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. [Internet]. 2007 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>
  28. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. [Internet]. 2022 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14630>
  29. Lorente-Acosta M, Lorente-Martínez M, Lorente-Martínez M. Impacto de la pandemia por COVID-19 y el confinamiento en los homicidios por violencia de género en España. Revista Española de Medicina Legal [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]; 48(1): 36-43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0377473221000699>
  30. Lorente Acosta M, Luna del Castillo JD, Montero Alonso MA, Badenes Sastre M. Impacto de la pandemia por COVID-19 en la violencia de género en España [Internet]. Granada: Ministerio de Igualdad; 2022 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2022/pdf/Estudio\\_Impacto\\_COVID-19.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2022/pdf/Estudio_Impacto_COVID-19.pdf)
  31. Fernández AR. Covid-19 y violencia de género. Un estudio de las medidas de política pública del Gobierno de España durante el gran confinamiento. Itinerarios de Trabajo Social [Internet]. 2022 [Consultado 25 Abr 2023]; 2: 7-15. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/itinerariosts/article/view/34588>
  32. Lorente-Acosta M. Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. Revista Española de Medicina Legal [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]; 46(3): 139-145. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-pdf-S0377473220300250>
  33. Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Informe Anual Violencia de Género 2020 [Internet]. Ministerio de Igualdad; 2020 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeVG2020\\_v2021-02-17-4noviembre2021.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeVG2020_v2021-02-17-4noviembre2021.pdf)
  34. Castillo Villanueva A, Senent Julián RM. 'Ser putero implica asumir riesgos': la masculinidad misógina de los hombres prostituidores durante la pandemia del COVID-19 en España. RES [Internet]. 2022 [Consultado 25 Abr 2023]; 32(1): 1-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8674961>
  35. Instituto Nacional de Estadística. Tasas de paro por distintos grupos de edad, sexo y comunidad autónoma [Internet]. 2023 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4247#!tabs-grafico>

36. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
37. Sánchez Movellán M. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos [Internet]. Cantabria: Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública; 2005 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProtocoloViolencia.pdf>
38. Barace Irisarri L. Intervenciones sanitarias y el papel de la enfermería en la violencia de género [Internet]. Pamplona: 2022 [Consultado 25 Abr 2023]. P.1-52. Disponible en: [https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/43068/PDF\\_Irisarri\\_Barace\\_Leire.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/43068/PDF_Irisarri_Barace_Leire.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
39. Izquierdo Fernández R. Violencia de género en tiempos del Covid-19. Cuadernos de atención primaria [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]; 26(2): 26-27. Disponible en: [https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2020/07/Agamfec-26\\_2-Violencia-de-g%C3%A9nero-en-tiempos-del-covid-19.pdf](https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2020/07/Agamfec-26_2-Violencia-de-g%C3%A9nero-en-tiempos-del-covid-19.pdf)
40. Ruiz-Pérez I, Pastor-Moreno G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. Gaceta sanitaria [Internet] 2021 [Consultado 25 Abr 2023]; 35(4): 389-394. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112021000400015&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112021000400015&script=sci_arttext&tlng=en)
41. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 12/2020, de 31 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género. [Internet]. 2020 [Consultado 25 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/04/01/pdfs/BOE-A-2020-4209.pdf>