



Los vínculos afectivos de la niñez a la vida adulta y su  
influencia sobre la violencia de género  
The affective bonds from childhood into adulthood  
and their influence in domestic violence



**Autora: Elisa Zazo Ortiz**

**Directora: Lourdes Álvarez Trigueros**

**4º Curso. Grado de Enfermería**

**E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla"**

**Junio 2016**

“Las mujeres serán olvidadas si se olvidan de pensar en sí mismas”

Louise Otto

## ÍNDICE

RESUMEN .....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
1. TEORÍA DEL APEGO EN LA INFANCIA Y EN LA VIDA ADULTA .....	8
1.1 Relación entre género y el tipo de vínculo afectivo establecido .....	11
1.2 Estilo de apego y violencia en la pareja .....	12
2. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, VIOLENCIA EN LA PAREJA .....	14
2.1 Tipos de maltrato, características y estrategias .....	14
2.2 Consecuencias sobre la salud .....	16
3. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS MALOS TRATOS EN LA PAREJA.....	19
4. REFLEXIÓN PERSONAL.....	23
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	24

## **RESUMEN**

Según la Teoría del Apego desarrollada por Bowlby y completada por Ainsworth, el tipo de vínculo afectivo que se desarrolle durante la primera infancia entre el niño y su figura de apego, marcarán las relaciones personales que se establezcan en la vida adulta. El vínculo afectivo por excelencia en los adultos son las relaciones de pareja. Éstas se caracterizan por ser complejas (la relación dependerá de la suma de los vínculos afectivos de ambos miembros), además existen la posición de soporte y de dependencia, que a diferencia de la niñez, ambos miembros deben ser capaces de adoptar cualquiera de las dos posiciones. Si esto ocurre, la relación de pareja se afianzará bajo un marco de confianza, seguridad y apoyo mutuo. Por el contrario, si existe rigidez para adoptar una posición u otra, según las circunstancias, la relación será insegura e inestable, pues ambos miembros competirán por una de las posiciones. Esta situación puede llegar incluso a provocar situaciones de violencia en la pareja.

Son varias las consecuencias sobre la salud de la mujer que tiene la violencia de género, desde problemas físicos y psíquicos, tanto de carácter agudo como crónico. Es aquí donde el papel de la enfermería es de gran importancia, tanto en la detección precoz, como en la formación y sensibilización de profesionales y población en general.

Palabras clave: vínculo emocional; apego; relaciones padres-hijo; violencia contra la mujer; enfermería.

## **ABSTRACT**

Based in the Theory of Attachment developed by Bowlby and completed by Ainsworth, the type of affective bond that develops in early childhood between the child and his/her attached person, will affect the personal relationships in adult life. The relationship by excellence in adult life is the relationship in the couple. These relationships are characterized by being complex (the relationship will depend on the sum of affective bonds between both parties), there are also the positions of support and dependence that, contrary to childhood, both parties must be capable of adopt simultaneously. If this occurs, the relationship between the couple will be established under an umbrella of confidence, security and reliance. On the contrary, if there is tension in adopting one position or another, according to circumstances, the relationship will be unsecured and instable, as both members will compete for one or another position. This situation could even provoke violence in the couple.

Domestic violence has several consequences on women's health, from physical and psychological to acute and chronic illnesses. It is in relation to this that nursing is very important, from early detection of the problems to training and development of professionals and population in general.

Key words: object attachment, parent-child relations, violence against women, intimate partner violence, nursing.

## INTRODUCCIÓN

### Estado actual del tema

Según la definición de salud de la OMS, en ella intervienen 3 esferas que se interrelacionan entre sí; la física, la psíquica y la social. Es en la esfera social donde se sustentan los vínculos y las relaciones entre los seres humanos. Es aquí, donde desempeñamos los diferentes roles que adoptamos a lo largo de la vida. El proceso de socialización es el que nos permite comportarnos de una manera concreta y a través de este proceso somos capaces de identificarnos del resto de los seres humanos. Una de las primeras identificaciones que adoptamos es el lugar que ocupamos dentro de la familia y la distinción entre hombre o mujer. Esta distinción se basa en el propio cuerpo, de macho o hembra y en el género. El género es todo aquel aprendizaje interno, fruto de nuestra socialización, es la asimilación de cómo comportarnos según seamos hombre o mujer, es el papel a desempeñar según el sexo que tengamos. A partir de este aprendizaje cada sujeto basará sus relaciones personales.

El género, el papel a desempeñar según el sexo, ha ido cambiando a lo largo de la historia. Debido a las características físicas de la mujer, a su capacidad de ser madre y a la organización social, la mujer se ha ocupado de su casa, de las labores domésticas, de cuidar y educar a sus hijos, mientras que era el hombre el encargado del trabajo público. Esto, a su vez, generaba un tipo de educación distinta entre hombres y mujeres como también generaba una sumisión de la mujer frente al hombre, que iba traspasándose de generación en generación. En las mujeres se valoraba, por encima de otras cosas, su capacidad de formar una familia, ser sacrificada por ella, ser sumisa y aceptar que el hombre estuviera por encima de ella. La mujer era educada para que se olvidase de ella misma, de sus ilusiones personales y lo entregara todo por amor, hacia su pareja y familia. La mujer no tenía un proyecto de vida propio.<sup>1</sup>

Todos estos valores han estado interiorizados en la sociedad durante muchos años, estableciendo una sociedad patriarcal, en la que las mujeres formaban parte de la cara débil y sensible, mientras que los hombres eran los poderosos, inteligentes y capaces.

Por el contrario, a los hombres se les inculcaban otros valores; se les enseñaba la violencia como herramienta para reafirmarse. Debían ser autosuficientes, lo que les daba poder en las relaciones. Se les educaba como seres autoritarios, sobre todo frente a las mujeres. Los hombres son seres racionales y no emocionales, no pueden mostrar sus sentimientos ni sus debilidades. Debido al aprendizaje de estos ideales, el hombre desarrolla unos rasgos de carácter específico como inhibición de lo emocional, falta de empatía, gestión de la agresividad, encontrar placentero el dominio...etc.<sup>1</sup>

Es importante destacar que no todos los hombres, incluso habiendo sido educados de la misma manera y en el mismo entorno social, desarrollan estas formas de actuar. Por este motivo, cabe pensar que hay otros factores, a parte de la socialización y de las cuestiones de género, que hacen que los hombres desarrollen conductas inadecuadas en las relaciones con sus parejas. Uno de estos factores, que vamos a explicar en las próximas líneas, son los vínculos afectivos, desarrollados en la primera infancia, es decir, el vínculo que forma el niño con una figura de apego. La Teoría del Apego descrita por Bowlby y más tarde completada por Ainsworth, destaca la importancia del vínculo afectivo, tanto para cubrir las necesidades del niño en sus primeros años, como para la formación de la personalidad y las relaciones personales.<sup>2</sup>

En la actualidad, las mujeres, presentan nuevas formas de vida, no se muestran como personas sometidas, quieren y buscan la igualdad social y la igualdad en sus relaciones, luchan por tener un proyecto de vida propio. Esto puede desembocar en que los varones generen mecanismos de control para evitar estas situaciones.<sup>3</sup>

Bajo este contexto social se desarrolla la violencia contra las mujeres. Esta es la base sobre la que se fundamenta una realidad. Este hecho, actualmente, se considera un problema social, que impide y limita el desarrollo de una sociedad estructurada bajo un marco de igualdad. Para establecer la importancia del problema vamos a hacer un repaso de datos objetivos sobre violencia de género.

- El 10,3% de las mujeres residentes en España de 16 o más años ha sufrido violencia física de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.<sup>4</sup>
- El 8,1% de las mujeres residentes en España de 16 o más años ha sufrido violencia sexual de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.<sup>4</sup>
- El 6,1% sobre el total de mujeres residentes en España de 16 o más años ha mantenido relaciones sexuales sin desearlo porque tenía miedo de lo que le podría hacer si se negaba.<sup>4</sup>
- El 13% de las mujeres residentes en España de 16 o más años ha sentido miedo de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.<sup>4</sup>
- El 25,4% de las mujeres residentes en España de 16 o más años han sufrido violencia psicológica de control, el 21,9% violencia psicológica emocional y el 10,8% violencia económica de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.<sup>4</sup>

Estos datos reflejan una gran prevalencia del maltrato en nuestro país, pero lo realmente peligroso de este problema es el silencio que lo rodea. Silencio por parte de las mujeres que son maltratadas; las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado han tenido conocimiento de la violencia de género en el 26,8% de los casos<sup>4</sup> y de este porcentaje sólo el 78% de los casos han sido informados por la propia víctima.<sup>4</sup> Otra cara del silencio, es el generado por el desconocimiento sobre qué es maltrato y su importancia, pues muchas de las conductas de maltrato pueden pasar desapercibidas, debido a la interiorización de las mismas por parte de la sociedad en su conjunto. Por ello el 44,6% de las mujeres no denuncian por no conceder la suficiente importancia a la violencia de género sufrida.<sup>4</sup> Muchas veces el desconocimiento de una situación produce vergüenza a las personas que están en esa situación, el 21% de las mujeres no denuncian porque sienten vergüenza y no quieren que nadie lo sepa.<sup>4</sup> El miedo es otra de las causas más frecuentes de no denunciar, un 26,5% de las mujeres sienten miedo a las posibles represalias.<sup>4</sup>

Después de haber analizado algunos datos significativos, hay uno que es realmente importante para los profesionales sanitarios, gracias a él podemos vislumbrar que el personal sanitario tiene mucho que aportar sobre la prevención y acotamiento del maltrato de género. Dentro de los profesionales sanitarios, la enfermería, profesión en desarrollo que cada vez abarca más campos, es clave en este proceso. El 22,3% de las mujeres que han sufrido violencia física y/o violencia sexual y/o miedo de su pareja o ex pareja han acudido al médico, centro de salud u otra institución sanitaria<sup>4</sup>. Es aquí donde se encuentra el mayor grado de satisfacción con la ayuda recibida: 80,6% de las mujeres que acudieron a médicos/as o centros de salud están muy o bastante satisfechas.<sup>4</sup> Esto quiere decir que estos lugares son lugares óptimos para prevenir y abordar este problema social.

### **Objetivos**

- Describir la Teoría del Apego desarrollada por Bowlby, los tipos de apego y la relación de estos con las relaciones de pareja en los adultos.
- Situar al lector en qué es la violencia de género y la trascendencia de ésta sobre la salud de las mujeres.
- Detallar la importancia del papel de la enfermería, como profesión en desarrollo, para la prevención y la detección de la violencia en la pareja.

## **Estrategia de búsqueda**

Para la realización de este trabajo he utilizado varias formas de búsqueda de información:

- He consultado de forma directa 7 monografías, de las cuales he seleccionado 4 para la recogida de datos.
- He realizado una búsqueda a través de bases de datos (Google académico y bases de datos que accedía a través de la buc.unican.es). La búsqueda ha sido realizada con las palabras clave directamente, no utilizando combinaciones con los operadores booleanos.
- He utilizado páginas oficiales del Gobierno de España, donde he podido encontrar los datos más objetivos y concretos, además de información cualitativa de gran valor.
- La búsqueda se ha realizado en 2 idiomas, español e inglés, aunque me he centrado más en el primero, debido al mejor manejo del mismo.
- He tenido la oportunidad de asistir a una conferencia-coloquio el 13 de mayo de 2016, "Entender y abordar la violencia" con la ponente Estela V. Welldon, psiquiatra y psicoterapeuta con una amplia carrera profesional. Esta conferencia me ayudó con mi reflexión personal, además de asentar la idea principal del trabajo.
- Las palabras clave utilizadas incluidas en Decs y Mesh son las siguientes: vínculo emocional, apego (object attachment), relaciones padres-hijo (parent-child relations), violencia contra la mujer (violence against women, intimate partner violence) y enfermería (nursing).

## **Breve descripción de los capítulos**

- En el primer capítulo está desarrollada la Teoría del Apego de Bowlby y Ainsworth. Se explica qué es esta teoría, los tipos de vínculos afectivos que se pueden desarrollar durante la etapa prenatal y primera infancia. Además se describe como el tipo de vínculo que se desarrolle durante esta etapa, marcará el tipo de vínculo que se establezca con la pareja en la vida adulta. Se destaca la importancia de adoptar la posición de soporte y la de dependencia dentro de la pareja, para que se establezca una relación de calidad. También se explica qué tipos de vínculos pueden derivar a la violencia o en una mala calidad en la pareja y por qué.
- El segundo capítulo es básico para entender la violencia de género y en la pareja, relatando con detalle algunas de sus características y fases. También se describe en este capítulo, el impacto sobre la salud de la mujer de este tipo de violencia, destacando los problemas de salud con más relevancia.
- El tercer capítulo se centra en el papel de la enfermería ante la violencia de género. Las profesiones sanitarias, dentro de la cual se encuentra enfermería, tienen una gran importancia en la prevención y detección precoz del maltrato. En este apartado se refleja la importancia de la sensibilización ante este problema social y la necesaria formación en el mismo.

## 1. TEORÍA DEL APEGO EN LA INFANCIA Y EN LA VIDA ADULTA

Hemos hablado del proceso de socialización, la interiorización de los roles femeninos y masculinos como la realidad social en la que se ha sustentado la violencia de género, sobre todo la violencia en la pareja. La sociedad en su conjunto y el seno de las familias en particular, han sido las encargadas de transmitir generación tras generación una serie de valores que fomentaban, de alguna manera, el poder del hombre frente a la mujer. Podemos afirmar que esto no siempre ocurre de la misma manera. Es posible que hombres y mujeres que se han desarrollado en la misma sociedad, incluso en el mismo vecindario, no asimilen los diferentes valores de igual forma; ni el hombre se cree por encima de la mujer siempre, ni todos los hombres desatan la agresividad, física o verbal con sus mujeres en todos los casos, aunque hayan crecido bajo los mismos estereotipos. Esta reflexión nos conduce a pensar, que hay otras razones por las que las relaciones de pareja, no se lleven a cabo de igual a igual y de manera enriquecedora y satisfactoria para ambos. La Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby y completada con las investigaciones realizadas por Mary Ainsworth, ponen de manifiesto otro posible factor causante de la violencia en la pareja.

John Bowlby fue un psiquiatra y psicoanalista de niños que desarrollo durante los años 1969-1980 la teoría del apego. Esta teoría está basada en la importancia que tiene en el desarrollo del niño, el vínculo afectivo creado entre el niño y una persona de referencia o cuidador. Este cuidador principal, que suele ser la madre, se le denomina "figura de apego", el niño establecerá con esta figura una relación especial, que se denominará "apego". Esta relación se puede establecer de forma independiente a la satisfacción de las necesidades fisiológicas, es decir, el niño no desarrolla obligatoriamente esta relación especial, con esa persona que le alimenta o le asea...etc., sino que establece esta relación, con aquella persona que está próxima y le aporta seguridad y protección.<sup>2,5</sup>

Para producir este vínculo con la figura de apego, el niño tiene desarrolladas un sistema de conductas, para mantener a su madre próximo a él. Estas conductas están basadas en el contacto corporal (reflejo prensor, reflejo del Moro, reflejo de búsqueda, reflejo de succión), en las señales de comunicación social (la risa, el llanto, expresiones emocionales), el llanto tiene como función, que la figura de apego le atienda, y aquellas otras conductas, indeterminadas, que manifiestan la preferencia por los estímulos sociales como son la voz y el rostro humano. A su vez, la madre también tiene sistemas de conducta para establecer este vínculo afectivo: contacto piel con piel, interacción cercana con el bebé, satisfacción de las necesidades biológicas acompañado de besos, caricias...etc. Es decir, tanto el sistema de conducta del bebé como el de la madre están dirigidos a mantener una relación de proximidad e interacción entre ambos y esta interacción es la base por la que se establece el vínculo afectivo.<sup>2,5</sup>

Mary Ainsworth, colaboradora de Bowlby, investigó las relaciones entre los niños y sus figuras de apego. Desarrolló conceptos importantes como la respuesta sensible. Ésta se refiere a la sensibilidad del cuidador para detectar las señales, los sistemas de conducta que tiene el bebé para producir la cercanía con su figura de apego. Es la capacidad del cuidador para interpretar adecuadamente las señales de demanda del bebé. Esta sensibilidad es básica para provocar respuestas de confianza, de amor y que sean recíprocas por parte del bebé<sup>2</sup>. Si el bebé percibe que posee una figura de apego sensible, cercana e incondicional, tendrá una sensación de seguridad y se sentirá protegido. Esta seguridad y confianza se instaura en el psiquismo del niño y formaran un estilo de apego seguro. Este modelo se caracteriza por tener una autoestima y confianza elevadas. Serán personas seguras, con una mente estructurada y menos vulnerables.<sup>6,7,8</sup>

Por tanto, la función principal de las relaciones de apego, es aportar una base segura para poder hacer frente a las muchas situaciones de miedo o ansiedad. El niño que se haya criado bajo esta base segura, será capaz de obtener de sus figuras de apego, aquella protección necesaria para abordar las situaciones estresantes. Los niños inseguros no poseerán esta capacidad, no tienen estrategias de búsqueda de apoyo y su comportamiento será ansioso, evitativo o desorganizado. Es decir, una buena relación de apego producirá en el individuo unas representaciones mentales positivas de uno mismo y de los demás, además constituirá una seguridad o estabilidad en el modo de relacionarse, porque estará seguro de sí mismo y confiará en los que le rodean.<sup>7,8</sup>

Ainsworth estableció 4 estilos de apego, mediante las observaciones sistemáticas de los patrones de comportamiento que desarrollaban los niños, en relación a sus madres, cuando se les sometía a una situación estresante. Había niños que se comportaban de manera segura, otros de forma ansiosa, otros de manera evitativa y otros de forma desorganizada. El estilo de apego seguro se caracteriza por tener una base segura que fomenta la exploración del niño. El niño no quiere la separación de su cuidador y busca su proximidad, pero acepta una separación temporal. El estilo de apego ansioso se caracteriza por no tolerar las separaciones con su cuidador, éste a su vez es muy protector y no asume riesgos. El evitativo no se altera con la separación y no tiene respuestas ante el reencuentro, no se denota preferencia por su figura de apego. El desorganizado se caracteriza por comportamientos incoherentes o contradictorios, se relaciona a menudo con malos tratos infantiles.<sup>7</sup>

Las personas se desenvuelven en las relaciones interpersonales en función del estilo de apego que hayan adquirido en su infancia.<sup>8</sup> Las primeras experiencias del niño son básicas para que perciba el mundo que le rodea y sus relaciones con los demás. Estas experiencias producen un modelo operativo interno cuya expresión son los estilos de apego. Los estilos de apego no son rígidos ni se dan igual en todas las relaciones interpersonales que establece una persona.<sup>9</sup>

Otras aportaciones como las de Hazan y Shaver en 1987, nos hablan de los estilos de apego en adultos. Ellos consideraban que las relaciones amorosas entre dos personas son las relaciones de apego en los adultos. La relación que establece el bebé con su madre o cuidador están basadas en la seguridad, la cercanía, el cariño...etc., al igual que una relación entre dos personas enamoradas, con la diferencia de que en una relación adulta la relación es recíproca. Debido a esta semejanza, estos autores estiman que los estilos de apego desarrollados en la infancia marcaran la forma de amar y las relaciones de pareja. Estos autores establecen tres tipos de relación basados en los estilos de apego:

<b>SEGURO</b>	Seguridad en la intimidad. No miedo al abandono. No preocupación por la unión con la persona amada ni con la dependencia mutua.
<b>ANSIOSO</b>	Sentimiento de que los demás no se quieren unir a él. Preocupación por no ser amado realmente por la pareja. Deseo impetuoso de unión con una pareja.
<b>EVITATIVO</b>	Incomodidad en las relaciones íntimas. No confianza en las parejas. No deseo de depender emocionalmente de la pareja. Nerviosismo en las relaciones íntimas.

Tabla 1: Estilos de apego en la pareja según Hazan y Shaver<sup>7</sup>

Cada uno de estos modelos responderá de manera diferente cuando se perciba una amenaza. La persona segura sabe que puede recurrir a su figura de apego, sabe que está ahí cuando se le demanda y que le dará apoyo ante situaciones difíciles. Las personas seguras se comportan de manera confiada y estable. Las personas ansiosas y evitativas se comportarán de manera diferente; las primeras buscarán obsesivamente la proximidad con su figura de apego, las evitativas serán frías y desconfiadas hacia su figura de apego.

Como ya hemos dicho, el estilo de apego se desarrolla durante el primer año de vida y la infancia temprana y se mantiene a lo largo de toda la vida, pero la figura de apego cambia según la edad. Durante la niñez esta figura es nuestro cuidador principal, que suele coincidir con la madre, pero en la adolescencia esa figura ya no será la principal. La figura principal a partir de este momento, serán los amigos o las parejas, pertenecientes ya a nuestro grupo de iguales.<sup>10,11</sup> El cambio de la figura de apego, provoca un cambio esencial en esta relación; con la primera relación de apego, la de la infancia, había un cuidador y un receptor. La madre ofrece sus cuidados y el bebé se beneficia de ellos. Es una relación lineal de un solo sentido, pero esto no ocurre con la segunda relación. Cuando la figura de apego es nuestra pareja, ambos ofrecen los cuidados y ambos son receptores de los mismos, la relación se establece en ambos sentidos, es bidireccional. Esto responderá a las relaciones de pareja seguras y equilibradas, cuando ambas partes tienen sensibilidad para detectar las necesidades del otro y le prestan su apoyo. Cada miembro de la pareja debe tener capacidad de apoyar (posición de soporte) a la otra persona cuando las circunstancias lo requieran y a su vez debe saber pedir ayuda y recibir cuidados (posición de dependencia). Si no es así se producirán los desequilibrios en el sistema y las dificultades en la relación.<sup>7,10,11</sup>

La posición de soporte está definida como la capacidad para apoyar, ofrecer sostén, comprender y cuidar a la pareja, cuando ésta esté pasando por un momento de vulnerabilidad. Aquí entraría en juego la respuesta sensible que ha desarrollado cada miembro de la pareja, cuanta más respuesta sensible, más capacidad de detectar las necesidades del otro, mayor empatía tendrá hacia su pareja y podrá actuar de manera más adecuada hacia sus demandas. La posición de dependencia, por el contrario, es la capacidad que tiene cada miembro para solicitar ayuda de la otra persona, cuando sus circunstancias personales lo requieran, es la capacidad de aceptar ser cuidado. Cuando se está en esta posición se asumirá un grado de dependencia hacia la otra persona y se debe saber expresar las necesidades y puntos vulnerables más íntimos. Como ya hemos dicho anteriormente, para poder pasar de una posición a otra según las circunstancias que nos rodeen, es necesario tener un estilo de apego seguro basado en la autoestima personal y en la confianza hacia los demás.<sup>7,12</sup>

Otra peculiaridad del estilo de apego en la relación de pareja es que es un “apego complejo”, esto quiere decir, que al ser una relación bidireccional, la relación depende de la suma del estilo de apego de ambos. Cuando hablamos de un apego seguro de pareja es aquel que está formado por dos personas seguras, es una relación flexible en la que los miembros pasan de la posición de soporte a la de dependencia sin problemas. El apego inseguro de pareja es el formado por dos personas inseguras, es un sistema rígido y asimétrico en cuanto a cada una de las posiciones. Además, ninguna de las dos partes tiene la sensación de saciar sus necesidades afectivas y ambos son muy demandantes, compiten por la posición de dependencia. Las parejas con apego evitativo se caracterizan por una gran frialdad en su relación. Ninguno de los dos miembros se muestra dependiente del otro, son autosuficientemente emocionales. Por último podemos hablar de un apego de pareja que quizá sea el más conflictivo, el que más desequilibrio puede ocasionar, las parejas evitativas-ansiosas. En esta pareja uno de los miembros actuará de manera fría y distante, mientras que el otro será muy demandante de la proximidad de la pareja. Esto creará un conflicto permanente porque el ansioso siempre se

sentirá necesitado de cuidados y abandonado emocionalmente, mientras que el evitativo no atenderá las necesidades del otro, mostrándose alejado emocionalmente de su pareja.<sup>7</sup>

### **1.1 Relación entre género y el tipo de vínculo afectivo establecido**

Llegados a este punto es necesario hacer un pequeño paréntesis y volver a hablar del proceso de socialización puesto que la asunción de roles, masculino y femenino, está íntimamente ligado a la capacidad de pasar de la posición de soporte a la de dependencia y viceversa. En la cultura occidental ha estado mal visto que un hombre fuera dependiente emocionalmente. Los hombres debían ser autónomos y no mostrarse vulnerables hacia las mujeres, aunque lo fueran. Por el contrario, las mujeres eran educadas para ser el sexo sensible, dependiente, débil emocionalmente y además, eran las cuidadoras por excelencia, cuidadoras de su familia, de sus hijos y de su marido. Esto ha ocasionado algunos prejuicios a la hora de que un hombre cuide de su familia, de sus hijos y su esposa o sea capaz de pedir ayuda de carácter sentimental, de la misma manera, ha ocasionado también prejuicios cuando las mujeres se mostraban independientes y autónomas. En definitiva es un factor cultural que no ha permitido que cada uno sea como es realmente y no esté condicionado por la pertenencia a uno u otro sexo.<sup>12</sup>

Un estudio llevado a cabo en el País Vasco por parte de varios autores, entre los que se encuentra Gómez Zapiain<sup>12</sup>, llegó a varias conclusiones que vamos a exponer a continuación. Este estudio quería concretar si las capacidades de soporte y de dependencia, básicas, como hemos dicho, en el sistema de pareja, estaban más ligadas al sexo o al estilo de apego de cada miembro de la pareja, es decir, quisieron estudiar hasta qué punto el papel del género influía sobre estas dos capacidades. Partieron de cuatro hipótesis fundamentales:

- Las mujeres tenderán a ofrecer mayor capacidad de soporte y dependencia que los hombres.
- La evitación es indirectamente proporcional a la capacidad de soporte y dependencia, dando igual el sexo.
- La seguridad es directamente proporcional a tener y ubicarse tanto en la posición de soporte como en la de dependencia, en ambos sexos.
- La ansiedad se asocia negativamente a la capacidad de dependencia en ambos sexos.

La primera de las hipótesis se cumple; las mujeres tienen mayor capacidad para los cuidados y a su vez saben buscar ayuda y expresar sus emociones en mayor medida que los hombres, lo que puede estar mediatizado por el género. La segunda hipótesis también es cierta, tanto hombres o mujeres con estilo de apego evitativo, carecen de la capacidad de soporte y de dependencia. Este estilo de apego tiene más peso que el aspecto de género a la hora de prestar cuidados. La tercera hipótesis se cumple también; el estilo de apego seguro, independientemente del sexo, proporciona la capacidad de cuidar o ser cuidado indistintamente. Sin embargo con la ansiedad se tienen resultados diferentes dependiendo del sexo, es decir, este estilo de apego no se comporta igual en hombres como en mujeres. Las mujeres ansiosas tienen una gran capacidad de dependencia, pero los hombres ansiosos no tienen ninguna capacidad, ni la de dependencia ni la de soporte. La explicación a este resultado no sería otra que la interpretación del rol de género. Los hombres no han sido enseñados para mostrar su debilidad, si se sienten inseguros en la relación y manifiestan esta vulnerabilidad tendrán más probabilidad de fracasar en la relación. Las mujeres, en cambio, sí manifiestan su dependencia porque es más acorde a su rol de género. Otro hallazgo del estudio es que los varones tienden a ser más evitativos que las mujeres, lo que también puede

estar influido por el género, puesto que los hombres son enseñados para ser más fríos y distantes que las mujeres.

Hasta ahora hemos hablado de los estilos de apego y de cómo estos se mantienen en la vida adulta y en las relaciones de pareja. También hemos hablado de las características principales de la relación de pareja, según predomine uno u otro estilo de apego y como éste a su vez, puede estar influido por cuestiones culturales y de género. Con estos datos podemos interpretar que tipo de pareja tendrá una mayor calidad en su relación, podemos intuir que pareja será más estable y cuales tendrán una mayor desestabilidad. A continuación vamos a intentar clarificar más este concepto, a través de otro estudio realizado por varios autores, entre ellos Martínez Álvarez.<sup>13</sup> Este estudio corrobora que hay una relación entre el estilo de apego desarrollado en la infancia y las relaciones que se establecen en la vida adulta. Otra conclusión fue que a mayor grado de ansiedad y evitación existía una percepción peor de la calidad de la relación, es decir, los estilos de apego ansioso y evitativo producían un descontento mayor en la relación de pareja, producían una mayor insatisfacción con la relación. El estudio recalca que la ansiedad en los hombres, aporta incluso una mayor insatisfacción en la relación por parte de las mujeres. Esto puede ser porque culturalmente se espera que los hombres tengan seguridad en la relación, en el momento que expresan vulnerabilidad las mujeres se muestran descontentas (de nuevo aparece aquí el aspecto del género).<sup>7,13</sup>

## **1.2 Estilo de apego y violencia en la pareja**

Otro aspecto que nos queda por profundizar y que es el eslabón básico para enlazar la Teoría del Apego con la violencia en la pareja, es precisamente ver la relación que existe entre estas dos variables.

Es normal ver los malos tratos en la pareja como algo individual, se conocen numerosos estudios sobre las características de los maltratadores, pero siguiendo la dinámica de este trabajo, vamos a intentar analizar la violencia de pareja como una relación que se produce entre dos personas, viendo las características básicas de esa relación para que se produzca la violencia. La pareja es un sistema que se ha formado por la suma de dos formas de pensar y actuar, que son la de cada una de sus miembros. La comunicación entre las dos partes del sistema es básica para que haya un equilibrio y una estabilidad. Cuando hay una barrera en la comunicación, barrera que puede ser de carácter individual, es cuando se produce el conflicto.<sup>12,14</sup>

Ya hemos analizado a las personas con un apego ansioso, son personas inseguras, con falta de autoestima y con poca confianza hacia los demás. Estas personas ven amenazas constantes que pueden afectar a su relación, muchas veces estas amenazas son los propios comportamientos de su pareja. Debido a esta inseguridad pueden ejercer una gran presión en la relación. Esta presión se traduce en excesivo control hacia su pareja, en riñas constantes, en estados de ánimo malhumorado y esto puede desembocar en aumento de las descalificaciones o faltas de respeto. Llegados a este punto es fácil que el siguiente paso sea el uso de la violencia. Por tanto, nos encontramos con que las personas que pueden volverse violentas hacia su pareja son aquellas que tienen una gran dependencia y alta vulnerabilidad, teniendo además una baja evitación.<sup>15</sup> Las personas con un estilo de apego evitativo se caracterizan por ser frías y poco sensibles, este tipo de personas intentan evitar los conflictos, por lo que no suelen usar la violencia en situaciones generales, pero si se ven intensamente acosados emocionalmente, es posible que puedan llegar a agredir.<sup>12</sup>

Según Bartholomew<sup>7</sup>, tiene más peso en la violencia de pareja los estilos de apego, que el aspecto de género y la interiorización de una sociedad patriarcal, que deja a las mujeres en un segundo plano con respecto a los hombres. Según esta cultura y los valores que pretende

transmitir, todos los hombres son maltratadores en potencia, al igual que todas las mujeres pueden ser víctimas. Actualmente estamos asistiendo a un cambio en la sociedad debido a que las estructuras masculina y femenina están cambiando sus roles, por lo que no todos los hombres pretenden dominar ni todas las mujeres se dejan ser dominadas. La Teoría del Apego ofrece luz ante estas contradicciones e intenta explicar desde una perspectiva psicológica la violencia en la pareja. Sin embargo, podemos encontrar un punto común entre estas dos teorías. El género es una variable más, que puede ser un factor desencadenante para la violencia, así como una justificación de los hechos violentos.<sup>7</sup> La combinación de una baja autoestima, baja confianza hacia los demás (apego ansioso) y el no llegar al estereotipo masculino marcado por la sociedad, puede desembocar en el uso de la violencia. Los hombres no usan la violencia por haber asimilado connotaciones machistas, sino por sentirse vulnerables, débiles, con baja autoestima en su relación de pareja, todo ello desarrollándose sobre una tradición patriarcal que lo camufla. Lo mismo pasa en las mujeres con un alto nivel de ansiedad y una baja evitación, esto produce una gran dependencia hacia sus parejas, aunque sean ellas una fuente de agresión.<sup>7,16</sup>

Consideramos a la pareja como un sistema, un sistema que tiene dos espacios individuales, los de cada miembro por separado, y un espacio común que comparten los dos miembros. Individualmente cada miembro modula estos espacios, el individual y el común que viene definido por los estilos de apego. Si no hay acuerdo sobre el uso de estos espacios se producirá un conflicto. Según Bartholomew<sup>7</sup> existen dos movimientos para delimitar estos espacios; los movimientos de acercamiento y de separación. Las personas ansiosas tienden a desarrollar movimientos de acercamiento, mientras que las evitativas desarrollan movimientos de separación. Si los estilos de apego son diferentes en cada miembro de la pareja, por ejemplo un ansioso y un evitativo, puede ocasionar conflictos y desencadenar la violencia. La persona ansiosa puede desatar la violencia bajo una pérdida de control sobre su pareja y un fracaso en los intentos de acercamiento hacia la misma. La persona evitativa puede agredir si no respetan su espacio individual y se ve fuertemente acosada por su pareja, que le demanda atención. Otra combinación fatal es la de dos personas con movimientos de acercamiento, las dos son demandantes de atención y buscan la proximidad con su pareja pero ninguno es capaz de ver las necesidades del otro, lo que desemboca en continuas peleas e incluso el uso de la violencia.

Como hemos visto, la teoría del apego de Bowlby y sus sucesivas ampliaciones por parte de autores como Ainsworth o Bartholomew, hacen posible entender las relaciones de pareja y los malos tratos en la misma, desde otra perspectiva distinta a la del género.

## 2. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, VIOLENCIA EN LA PAREJA

Según la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de la ONU en su artículo 1<sup>17</sup> especifica que por "violencia contra la mujer" se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

En este trabajo nos vamos a centrar en la violencia en la pareja. Esta se entiende como aquella violencia física, psicológica o sexual ejercida contra las mujeres por parte del marido, pareja o ex pareja. Prácticamente todo el mundo piensa que los malos tratos son básicamente físicos, es fácil imaginarse una mujer con secuelas físicas (moratones, golpes, magulladuras), de hecho a simple vista es más fácil detectarlos, pero ¿Qué pasa con el maltrato psicológico? Es un maltrato silencioso, que no se ve pero puede estar oculto entre pequeños gestos y miradas de sumisión. Es necesario saber, que en una relación de maltrato, pueden darse todos los tipos de maltrato o sólo uno, pero que cuando se está produciendo maltrato físico, éste siempre irá acompañado de maltrato psicológico.<sup>18</sup> El maltrato psicológico genera un amplio deterioro de la salud por baja autoestima, malestar y síntomas psicossomáticos, lo cual produce que la mujer haga uso intenso de los servicios sanitarios.<sup>1</sup>

### 2.1 Tipos de maltrato, características y estrategias:

- Malos tratos físicos: todo aquello que produce daño corporal o lesiones corporales a través de golpes de diferente intensidad. Los golpes pueden ser con el propio cuerpo del maltratador o con diferentes instrumentos o armas. Patadas, puñetazos, quemaduras, mordeduras, cortes, intentos de estrangulamiento...etc.
- Malos tratos sexuales: abuso y violación con el uso de la fuerza física, imponer a la mujer una relación sexual no deseada o imponer prácticas sexuales así como posturas no deseadas. Esto se realiza mediante amenazas, chantajes o intimidación. También se considera violencia sexual todo aquel trato vejatorio, insultos o tratar a la mujer como a un objeto.
- Malos tratos psicológicos: se ejercen a través de la violencia verbal, de gestos, miradas o gritos. Forman parte de este maltrato los insultos, descalificaciones, críticas constantes, desprecios, enfados sin motivo aparente, abandono, incomunicación, control excesivo...etc.<sup>3,18</sup>

Estos son los 3 tipos de maltrato principal, a los que se les puede añadir los siguientes que en algunas ocasiones se pueden considerar que están dentro del maltrato psicológico.

- Malos tratos sociales: todas aquellas descalificaciones o humillaciones que se realizan en público, mostrarse descortés con amigos y familia de ella, intentar seducir a otras mujeres en su presencia.
- Malos tratos ambientales: romper y golpear objetos. Destrozar pertenencias de la mujer o tirar sus cosas.
- Malos tratos económicos: control del dinero e impedir el acceso y el control de los bienes familiares, le dificulta tener un trabajo asalariado, le exige explicaciones sobre el gasto del dinero, decisiones sobre la economía unilaterales...etc.<sup>3,18</sup>

Para entender mejor todos estos malos tratos hacia la mujer, vamos a repasar las características principales que los hacen diferentes a otros tipos de violencia:

- Los malos tratos son ejercidos por un hombre con el que la mujer maltratada establece un vínculo amoroso, puede ser también que haya tenido hijos con él. Esto provoca que

los sentimientos que la mujer tiene hacia ese hombre son profundos y muy complejos, a su vez esto provoca más daño en la mujer, la mujer es aún más vulnerable.

- Un episodio de maltrato nunca será un hecho aislado. Forma parte de un proceso en el que la mujer se ve envuelta, debilitando sus fuerzas físicas y psicológicas. Suele ser un proceso lento y sigiloso, difícil de identificar por parte de la mujer y de la gente que la rodea.
- El maltrato se producen en la intimidad de la pareja, siendo invisible para el resto del entorno social, incluso la imagen pública suele ser de pareja idílica.
- Los episodios de maltrato son hechos que se ocultan, tanto por parte de la maltratada como por parte del maltratador. La mujer suele sentir vergüenza de ello o tener sentimiento de culpabilidad, ambos sentimientos producen su silencio. El hombre es capaz de hacer daño físico allí donde no se puede ver la secuela y el maltrato psicológico es silente.
- El hombre maltratador suele tener una buena imagen pública por parte de las personas que rodean a la pareja. Suelen ser galanes, educados, buenos amigos...etc.
- El sentimiento que sienten las mujeres y que las paraliza a la hora de contarlo y pedir ayuda es la vergüenza. Sienten vergüenza por no ser capaces de parar la situación ni protegerse o por haber elegido a un hombre así.
- Hay un gran potencial en la educación de las mujeres para que sean buenas esposas y madres, para que comprendamos y sepamos perdonar e incluso que llegemos a justificar este tipo de situaciones (componente de género).
- Las únicas víctimas de este problema social son las propias mujeres que lo sufren. Muchas veces el resto de la sociedad no entiende cómo pueden mantener esas relaciones dañinas y no saber pararlas, considerándolas como culpables o permisivas de estar viviendo esa situación. Existe poca sensibilización de la población hacia este problema.
- Hasta hace poco la violencia de género estaba naturalizada y aceptada, no se consideraba un problema social de extrema gravedad contra el que hubiera que luchar.
- La forma en que los hombres han sido socializados favorece este tipo de violencia y el ejercicio de poder sobre las mujeres.<sup>18</sup>

La violencia contra la pareja puede empezar en cualquier punto de la relación, pero lo más habitual es que sea durante el noviazgo o en el embarazo. En las relaciones de pareja, cada miembro desarrolla el rol que ha aprendido o interiorizado en su proceso de socialización. El hombre espera ser atendido y complacido, mientras que la mujer asume su papel de cuidadora incansable. Si la mujer desempeña el rol que le pertenece de manera correcta, probablemente nunca tenga lugar una violencia física, pero sí se desarrollará un maltrato psicológico o quizá malos tratos ambientales. El objetivo de esto es mantener a la mujer bajo control y minar su capacidad de decisión y su autonomía. Este tipo de conductas van produciendo en la mujer una dependencia hacia el hombre, una indefensión o incluso, vulnerabilidad. Son gestos tan “silenciosos” que van pasando desapercibidos y la mujer los asume como parte normal de la relación, sin plantearse más al respecto.<sup>3</sup>

Cuando la mujer tiene una resistencia mayor ante estas situaciones, se rebela ante alguna de ellas o simplemente no lleva a cabo el rol que el hombre espera de ella, se produce la violencia física. El único objeto del uso de la violencia es tener bajo control a la mujer, lograr su sumisión. En este caso, para el hombre, es lícito usar la violencia, así se cumplirán sus intereses; preservar el sentido de la identidad masculina.<sup>3</sup> Todo esto pertenece al conocimiento popular sobre el maltrato, la razón principal que aparece en todos los manuales y es quizá, la razón más evidente y más fácilmente identificable. Para el personal sanitario es importante saber desde donde partimos, para poder tratar el tema desde otros puntos de vista.

Hay estrategias clave en los maltratadores para poder llegar a su objetivo:

- Aislamiento de la víctima de su entorno social y familiar. El hombre maltratador no quiere que las mujeres tengan un posible apoyo donde puedan pedir ayuda, tampoco quieren que puedan comparar comportamientos. El hombre la va separando poco a poco de su familia y amigos, pero es un proceso muy inteligente, en el que es la propia mujer la que rompe con todo ello, el hombre sólo se mantiene tras ella, malmetiendo y desvalorizando a su entorno próximo.
- Anulación personal. El hombre humilla, baja la autoestima a la mujer, la vuelve insegura, incapaz, etc...
- Demanda de atención por parte del hombre, para que la mujer se centre en él y se olvide de sus propios proyectos.
- Concesiones hacia la mujer. El maltratador intenta compensar el daño que sabe que está haciendo. Esto produce que la mujer dependa emocionalmente de su pareja.
- Intimidación de la mujer con actitudes violentas, cuando pierde el control de la situación.
- Culpabilidad de la mujer ante la situación de maltrato. El hombre se hace la víctima, siendo probable que intente provocar pena a la mujer y a personas ajenas a la relación.<sup>3</sup>

A parte de estas estrategias que hemos detallado, la violencia en la pareja se caracteriza por tener un ciclo, más o menos común en todos los casos. Este ciclo es un círculo cerrado que explica el porqué es tan difícil salir de una situación de maltrato. Consta de tres fases y son las siguientes:

- Fase de tensión: aumentan los conflictos en la pareja. El maltratador refleja hostilidad, la mujer intenta calmarlo y complacerlo. Los sentimientos que se desarrollan en esta fase son de angustia, ansiedad, miedo y desilusión.
- Fase de agresión: estalla la violencia y tienen lugar los malos tratos psicológicos, físicos y/o sexuales. Los sentimientos asociados son de miedo, odio, impotencia, soledad y dolor. Es al finalizar esta fase donde se busca ayuda o se toman decisiones drásticas para acabar con la situación (irse de casa, apoyo, suicidio...etc.). Se produce un distanciamiento en la pareja.
- Fase de reconciliación o "luna de miel": desaparece la tensión, la violencia, el maltratador pide perdón, le promete que va a cambiar, le hace regalos, el maltratador se muestra cariñoso y amable. La víctima se siente confusa, siente lástima, culpa y se ilusiona escuchando las promesas del maltratador. Es en esta fase donde las víctimas retiran la denuncia.<sup>18</sup>

Con el paso del tiempo las fases de tensión y agresión van alargándose en detrimento de la fase de reconciliación, que dura cada vez menos e incluso puede llegar a desaparecer.

## **2.2 Consecuencias sobre la salud**

Innegablemente, después de haber leído las líneas anteriores, nos podemos imaginar que la violencia de género, especialmente los malos tratos en la pareja, tienen repercusiones graves sobre la salud de las mujeres. Repercusiones que van desde la propia percepción de la salud de las víctimas hasta signos y síntomas bien diferenciados. A continuación vamos a repasar algunos de ellos:

La percepción de salud puede ser un buen indicador, si comparamos la percepción de salud del grupo que queremos estudiar, frente a la población en general. En este caso la

percepción subjetiva del estado de salud en el último año, en el caso de las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o miedo de sus parejas o ex parejas, el 55,9% dicen que es bueno o muy bueno, el 13,2% malo o muy malo, y el 30,9% regular. Sin embargo, en el caso de las mujeres que no han sufrido ningún tipo de violencia por parte de sus parejas o ex parejas la percepción de salud cambia, afirman que su estado de salud el último año ha sido bueno o muy bueno un 67%, y en menor medida que ha sido malo o muy malo un 8,5% o regular un 24,4%.<sup>4</sup> Las diferencias como se puede ver son significativas. Las mujeres que han sido maltratadas tienen una percepción de salud más negativa, que las que no han sufrido maltrato. El 78,2% de las mujeres maltratadas expresan que esta situación ha afectado a su bienestar físico y mental bastante o mucho.<sup>4</sup>

Otro dato relevante puede ser las lesiones sufridas por padecer violencia en la pareja. El 5,2% del total de mujeres residentes en España de 16 o más años que han sufrido violencia física, y/o violencia sexual y/o miedo de su pareja o ex pareja en algún momento, presenta lesiones en los últimos 12 meses<sup>[4]</sup>. El 21,9% se podrían considerar lesiones moderadas, mientras que un 20,2% serían lesiones graves.<sup>4</sup>

Vamos a ver qué pasa con los síntomas:

		Violencia física, violencia sexual o miedo de alguna pareja en la vida	
		No	Sí
Dolores de cabeza	No	60,9%	45,9%
	Sí	39%	54%
Ganas de llorar sin motivo	No	75,2%	56,5%
	Sí	26,7%	43,3%
Cambios de ánimo	No	58,5%	38,8%
	Sí	41,1%	60,8%
Ansiedad o angustia	No	70,2%	46,6%
	Sí	29,5%	53%
Falta de sueño	No	63,1%	46,6%
	Sí	36,7%	53,3%
Irritabilidad	No	72,8%	54%
	Sí	26,7%	45,7%
Fatiga permanente	No	81,9%	69,7%
	Sí	18%	29,9%
Tristeza	No	84,6%	66,6%
	Sí	14,9%	33,1%

Tabla 2: Presencia de determinados síntomas de salud en los últimos 12 meses según si las mujeres han sufrido o no violencia física, sexual o miedo de sus parejas o ex parejas.<sup>4</sup>

Como se puede ver en la tabla anterior, la presencia de estos síntomas, se eleva en las mujeres que están sufriendo malos tratos de pareja. Incluso las mujeres maltratadas sufren un 4% más de catarros y tienen un 10% más dolores de espalda que las no maltratadas.<sup>4</sup>

En líneas más generales, podemos afirmar que la violencia en la pareja afecta a la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres afectadas.<sup>19</sup> Las consecuencias del maltrato sobre la salud de las víctimas se pueden clasificar en diferentes apartados:

- Consecuencias sobre la salud física: golpes, quemaduras, heridas, deterioro funcional de cualquier parte del cuerpo, cefaleas, dolor de espalda...etc.

- Problemas crónicos de salud: discapacidades, cualquier dolor crónico, trastornos gastrointestinales...etc.
- Salud sexual y reproductiva: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, dispareunia, abortos, muerte fetal, parto prematuro o bajo peso al nacer.
- Salud psíquica: depresión, ansiedad, trastornos psicopatológicos, síndrome de Estocolmo, autolesiones, suicidio...etc.
- Salud social: aislamiento, pérdida de empleo por absentismo laboral o cambios de domicilios forzados.
- Consecuencias fatales: muerte de víctima o hijos.<sup>19</sup>

Es una realidad, que la violencia de género y más concretamente la de pareja, afecta a la salud de manera directa, lo que en consecuencia se traduce en una peor calidad de vida de las víctimas y de sus hijos (un 63,6% de los niños presenciaron o escucharon episodios de violencia de género, siendo un 92,5% menores de 18 años).<sup>4</sup> La violencia de pareja es un problema tanto de índole social como sanitaria.

### 3. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LOS MALOS TRATOS EN LA PAREJA

Esta profesión ha sufrido una grandísima evolución en el último siglo. Desde las aportaciones de Nightingale, quien demostró que los cuidados se debían llevar a cabo bajo una observación, análisis y reflexión exhaustiva, hasta nuestros días, donde la evidencia científica se abre camino en nuestra práctica clínica. Actualmente, la enfermería se sustenta bajo un marco de conocimientos científicos que han producido que la práctica de nuestros cuidados sea una disciplina científica. Además, esta profesión tiene numerosos campos de trabajo y adquiere una importancia fundamental en la prevención y promoción de la salud. A pesar de que exista una metodología científica, no podemos olvidar que la base de nuestra práctica clínica son las personas, debemos ser capaces de entenderlas, respetarlas e intentar ayudarlas en aquello que nos pidan; de esta manera haremos de la práctica enfermera algo insustituible e indispensable.<sup>20,21</sup>

En las próximas líneas vamos a analizar en qué punto está la enfermería respecto a la detección y abordaje de los malos tratos en la pareja.

Las mujeres víctimas de malos tratos, como ya hemos visto, tienen numerosos problemas de salud fruto de esa situación. Presentan más problemas crónicos y esto se traduce en numerosas visitas a los centros de salud. Por otra parte, las víctimas desconocen, en muchas ocasiones, las diferentes instituciones que ofrecen apoyo para la violencia de género o tienen reticencia a acudir a ellas, sin embargo el sistema sanitario se muestra cercano y accesible, con un alto grado de satisfacción por parte de las víctimas. Por esta razón el personal sanitario debemos tener una gran sensibilización con este problema social, además de un gran conocimiento, para su detección y su abordaje.<sup>22</sup>

El personal sanitario, entre el que se encuentra la enfermería, tiene una serie de barreras para tratar este tipo de violencia. Una de estas barreras es la escasa formación sobre el tema. A continuación vamos a concretar la formación que reciben y sus características principales.

Es en Atención Primaria donde más porcentaje hay de sanitarios formados con un 55%. Un 20% corresponde al ámbito asistencial de urgencias, mientras que un 16% sería en Atención Especializada. En Atención Primaria, es por tanto, el ámbito sanitario donde más formación existe y donde más actividades formativas y horas lectivas se llevan a cabo sobre el tema. La actividad formativa realizada por más profesionales, corresponde a las actividades de sensibilización, frente a la formación básica y avanzada. Si miramos el tipo de formación en los diferentes ámbitos asistenciales, las actividades de sensibilización ganan mucho peso en A.P. mientras que la formación básica y avanzada se da en mayor proporción en la A.E. y en urgencias. Teniendo en cuenta que la A.P. es la puerta de entrada principal de las víctimas al Sistema Sanitario, sería recomendable que la formación básica y avanzada se incrementará en este ámbito.<sup>23</sup>

Son el personal de medicina y de enfermería las mayoritarias en la formación sobre violencia de género, respecto a otras profesiones como matronas, pediatras, psicólogos, trabajadores sociales...etc. Si, además, tenemos en cuenta el profesorado, un 23,6% son personal de enfermería, frente al 40% de profesorado médico. Este dato refleja que la profesión de enfermería es una de las profesiones sanitarias con más importancia en la formación de violencia de género, tanto como alumnos a como profesores. Junto con los profesionales de medicina, es de las profesiones sanitarias más sensibilizadas con este tema.<sup>23</sup>

A pesar de estos datos, la falta de información parece que es la principal barrera, causante de la infradetección de casos. Según un estudio realizado en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, durante los meses de abril y mayo de 2013<sup>22</sup>, el 82,9% de los

profesionales encuestados, no conocía si en su servicio había un protocolo sobre violencia de género.

La segunda gran barrera para poder abordar este problema, es la falta de tiempo. Hay que tener en cuenta, que las mujeres víctimas de la violencia, tienen miedo a contar su situación; miedo a represalias, a que no se las entienda, a la falta de confidencialidad, a la falta de apoyo...etc. Tienen también, sentimientos de vergüenza o culpabilización, bloqueo emocional por su situación, esto quiere decir que necesitan tiempo para contar su problema, tiempo que los sanitarios debemos poder ofrecer. La falta de privacidad sería otra barrera importante; Tanto en AP como en AE las consultas están comunicadas para facilitar el trabajo a los profesionales, esto provoca irrupciones en las consultas por parte de los propios compañeros. En urgencias es común atender a los pacientes en box separados simplemente por cortinas. Si una mujer quisiera contar su situación, tanto las interrupciones como un espacio poco íntimo podrían provocar una falta de confianza de la víctima.<sup>23,24</sup>

Por parte de los propios profesionales, existen otras barreras muy claramente identificables. Vamos a destacar tres: las propias creencias sobre la violencia de género, la falta de habilidades en la entrevista clínica y el miedo a ofender a la mujer o a agravar la situación.

La primera de ellas es todo aquello que ha interiorizado el sanitario sobre la violencia en la pareja, como por ejemplo mitos y estereotipos, no considerar la violencia como un problema de salud, creer que es algo poco frecuente en nuestra sociedad...etc. todo ello es fruto de la poca formación y de las experiencias vividas propias.<sup>23,24</sup>

La falta de habilidades en la entrevista, es algo bastante habitual entre los profesionales, es tan importante lo que se tiene que preguntar a cómo y dónde preguntarlo. En este aspecto hay que señalar la disposición de las consultas, donde una mesa y un ordenador se interponen entre profesional y paciente e impide la cercanía de ambos, siendo una limitación en la entrevista. Por ello los profesionales deben mostrar atención, tanto con un entorno adecuado, que invite al diálogo, como con gestos, contacto ocular, observación, escucha activa...etc.<sup>25</sup> Durante la entrevista es el momento idóneo para establecer una relación de agencia perfecta, es decir, que la víctima deposite en nosotros toda su confianza, facilitando así nuestra intervención.<sup>18</sup> Muchas veces los profesionales tienen miedo a abordar el problema, es miedo a agravar el problema o a que la mujer se enfade si sugerimos el maltrato. Este miedo es fruto, de nuevo, de la mala formación. Los profesionales sanitarios son piezas clave en la detección del maltrato y sólo hay que tener miedo si se hacen las cosas mal como violar la confidencialidad, minimizar el maltrato, culpabilizar a la mujer o presionarla para que tome medidas, no considerar su seguridad o intentar normalizar su situación de maltrato. De esta manera aumentaremos el problema y el peligro de la mujer en situación vulnerable. Si por el contrario, somos buenos confidentes, reconocemos la injusticia, respetamos las decisiones de la víctima sin someterla a presión, la ofrecemos seguridad y los recursos que ofrece la comunidad, nuestra intervención será parte de la solución.<sup>18</sup>

Es quizá por todas estas razones, que las tasas de detección siguen siendo muy bajas por parte de los servicios sanitarios. Más del 70% de los casos son invisibles para los profesionales sanitarios, sólo se detectan en torno a un 30% y se notifican entre un 5% y un 10%.<sup>23</sup>

El Gobierno, para hacer frente a esta situación de violencia contra las mujeres e intentar eliminarla, ha desarrollado la "Estrategia Nacional para la erradicación de la violencia contra la mujer"<sup>26</sup>. Se trata de un instrumento que busca organizar la actuación de los diferentes organismos públicos para acabar con la violencia de género. En este documento se unifican todas las medidas que se van a desarrollar para combatir este problema social. Las medidas recogidas en este documento están relacionadas a cuatro grandes objetivos:

- Ruptura del silencio cómplice del maltrato. Transmitir el mensaje de la no tolerancia hacia el maltrato contra la mujer. Es aquí donde tienen lugar las acciones de sensibilización, concienciación y prevención.

- Respuesta institucional, realizando planes personalizados y avanzar hacia la “ventanilla única”. Individualizar las actuaciones y las intervenciones de todos los ámbitos profesionales para lograr la recuperación integral de la mujer y sus hijos.
- Atención a las mujeres especialmente vulnerables y a los menores víctimas de esta violencia. Aquí entrarían las mujeres en ámbito rural, mujeres con discapacidad, mujeres mayores de 65 años o mujeres con trastornos adictivos.
- Atención a otras formas de violencia contra la mujer.

Para el logro de estos objetivos, los profesionales sanitarios en general y la enfermería en particular tienen mucho que aportar.

Para llevar a cabo el primer objetivo, la enfermería puede desarrollar labores de sensibilización para promover la ruptura del silencio y la implicación de la sociedad. Esta labor se podría llevar a cabo desde los centros de salud o incluso como actividades que se promueven desde los ayuntamientos, realizando campañas de sensibilización, buscando la participación activa de la sociedad. Para estas campañas pueden ser de gran apoyo los testimonios de mujeres que hayan superado una situación de maltrato. Los profesionales de enfermería pueden dar a conocer los distintos recursos para el asesoramiento a las mujeres víctimas del maltrato. Pueden difundir los derechos que poseen estas mujeres para ayudarlas a romper el silencio. También podría realizar sensibilización masculina. Los profesionales de enfermería, también presentes en los centros penitenciarios, podrían dirigirse a las reclusas para aportarles conocimientos y herramientas para que sean capaces de rechazar situaciones de maltrato. Otro lugar a desarrollar labores de sensibilización serían los centros deportivos. En el ámbito educativo la enfermería también tiene mucho que aportar. Un 60% de los profesores no han trabajado la violencia de género en sus aulas<sup>27</sup>; un 25% argumenta que no tiene formación necesaria para hacerlo<sup>27</sup>, un 44% que no está dentro del programa de la asignatura que imparte<sup>27</sup> y un 28% lo trataría si formara parte de un programa integral llevado a cabo por el centro<sup>27</sup>. Ante estos datos los profesionales de enfermería podrían llevar a cabo labores de sensibilización y formación tanto a alumnos como a profesores e incluso a padres de alumnos en escuelas e institutos.<sup>5</sup> Por otra parte, los profesionales de enfermería están muy cercanos al niño, desde su nacimiento, y a las familias, por lo que es clave para transmitir la importancia de la seguridad afectiva del niño y el establecimiento de un apego seguro; las matronas y enfermeras pediátricas adquieren en este punto gran relevancia.

Para lograr el segundo objetivo también el personal sanitario tiene una función esencial; tratar a las víctimas con confidencialidad, personalizar nuestros cuidados enfermeros en base a las necesidades de la víctima. Garantizar una atención multidisciplinar e interdisciplinar siempre acorde a las necesidades personales.<sup>26</sup>

Para el tercer objetivo, la labor del personal sanitario y de enfermería en particular irá encaminada en incluir en su valoración a los menores que conviven con mujeres maltratadas, considerándolos también víctimas de maltrato, a los menores se les derivará a los profesionales pertinentes. Para las mujeres en el ámbito rural, habría que realizar campañas de formación para el personal de centros de salud y consultorios del medio rural y también formación para estas mujeres, para que sepan identificar el maltrato y sepan los recursos de los que disponen. Para las mujeres mayores de 65 e inmigrantes también se las valorará y si se detectan indicios de maltrato, incluirlas en el protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género.<sup>26</sup>

Para el cuarto objetivo el personal de enfermería debería ser conocedor de todas las formas de maltrato hacia la mujer, no sólo la de pareja, debería estar preparada para identificarlas y derivarlas a diferentes profesionales más especializados.<sup>26</sup>

Hemos visto la gran importancia que tiene la enfermería en la lucha contra la violencia. Su papel radica principalmente en labores de sensibilización y formación, tanto a personal sanitario de distintas especialidades, como a otro tipo de profesiones. Además también puede formar a la población en general, realizando campañas desde centros de salud, ayuntamientos o colegios e institutos. Por otro lado el personal de enfermería adquiere un papel clave en la detección de casos de maltrato. Debe saber valorar a las mujeres y hacer entrevistas clínicas, sin dejar pasar por alto datos que sugieren un posible maltrato.<sup>23</sup>

#### 4. REFLEXIÓN PERSONAL

He de reconocer que los vínculos afectivos ha sido un tema novedoso para mí, a la vez que muy sorprendente. Desde el punto de vista personal, creo que me ha aportado una perspectiva nueva para abordar la violencia en la pareja. Esta nueva perspectiva está sustentada en un aumento de mi nivel de comprensión:

- Antes veía la violencia de género desde el punto de vista de ser bueno o malo, es decir, un hombre si era maltratador tenía unas características que permitían diferenciarle del resto, unas características negativas que le catalogaban como mala persona. Al igual que la mujer era la víctima, la buena persona. Gracias a los nuevos conocimientos que he adquirido, he podido comprobar que no existe tal diferenciación entre buenos y malos, si no que cada uno actúa fruto de sus propias experiencias, educación, tipo de apego desarrollado...etc. Con esto no quiero decir que justifique que exista la violencia en la pareja ni que no vea quién es el que suele llevarse la peor parte y a quien hay que prestar más apoyo. Lo que quiero decir, es que después de haber escrito este trabajo, considero importante hacer una valoración de la pareja y sus circunstancias, no sólo analizar al maltratador.
- Es fácil echar la culpa a una sociedad machista y a unos valores que se traspasan de generación en generación, que marcan los roles femeninos y masculinos dentro de la sociedad. Todos formamos parte de la transmisión de estos valores y creo firmemente que debiéramos luchar contra ellos, pero creo que no podemos dejar que esto funcione como una justificación de los hechos violentos, sin mirar más adentro de las personas sin conocer bien todos los factores personales y subjetivos que nos hacen actuar como actuamos.

Creo que para tratar con este problema social es necesario que se pueda hablar de él abiertamente, que la sociedad tenga conocimiento de él, pero un conocimiento amplio que proporcione luz y claridad. Se debe ver como un problema multicausal en el que influyen diversos factores. Es necesario también que hombres y mujeres puedan exponer sus sentimientos y pensamientos sin tener miedo a ser juzgados. Para que se produzca esto es necesaria una gran sensibilización y conocimiento del tema. Este conocimiento debe ser tanto en la población en general como en los profesionales sanitarios en particular. Los profesionales sanitarios están muy cercanos a la población y pueden abordar el problema en sus primeras fases, si están bien preparados para ello. En este punto es clave la enfermería, profesión en desarrollo, con muchas áreas de trabajo, cercana a las personas y que cuida de ellas, tanto de lo físico como de lo psicológico o emocional. La enfermería debe estar ampliamente formada y concienciada en el tema, para poder tratarlo directamente o ayudar a formar a otros compañeros nuestros. Se trata de que se aborde de una manera multidisciplinar en el que cada uno aporte su granito de arena.

En definitiva, creo que el cambio que se ha producido en mi conocimiento, debería poderse trasladar a todas las personas posibles, para hacer un abordaje más efectivo de la situación. Este abordaje podría resumirlo en la seguridad efectiva del niño, que resulta del apego seguro, y la educación en valores desde el núcleo de la familia y la escuela.

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velasco Arias, S. Relaciones de género y subjetividad método para programas de prevención. 2ª Edición. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2003.
2. Álvarez Trigueros L. Los vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida [Cursos monográficos del doctorado]. Salamanca: Universidad de Salamanca. Curso 1985-86.
3. López-Doriga Alonso, B. La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres. 1ª ed. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2001.
4. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. MACROENCUESTA DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER 2015 AVANCE DE RESULTADOS. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015 [acceso febrero 2016]. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE\\_MACROENCUESTA\\_VIOLENCIA\\_CONTRA\\_LA\\_MUJER\\_2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA_CONTRA_LA_MUJER_2015.pdf)
5. Moneta C, Mª E. Apego y pérdida. Redescubriendo a John Bowlby. Rev Chil Pediatr. 2014; 85(3): 265-268.
6. Gartsein MA. Attachment security: the role of infant, maternal, and contextual factors. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2014; 14(2): 261-276.
7. Gómez Zapiain, J. Apego y sexualidad. 1ª Edición. Madrid: Alianza Editorial; 2009.
8. Martínez-Álvarez JL, Fuertes-Martín A, Orgaz-Baz B, Vicario-Molina I, González-Ortega E. Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. Anales de Psicología. 2014; 30(1): 211-220.
9. Gámez E, Marrero H. Bases cognitivas y motivacionales de la capacidad humana para las relaciones interpersonales. Anuario de Psicología. 2005; 36(3): 239-260.
10. Delgado AO. Apego en la adolescencia [Attachment during adolescence]. Acción Psicológica. 2011; 8(2): 55-65.
11. Gallego ID, Delgado AO, Sánchez-Queija I. Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. Anales de Psicología. 2011; 27(1): 155-163.
12. Gómez Zapiain, J; Ortiz, Mª J; Gómez Lope, J. Capacidad para aportar y solicitar apoyo emocional en las relaciones de pareja en relación con los perfiles de apego. Anales de Psicología. 2012; 28(1): 302-312.
13. Martínez Álvarez, J.L; Fuertes Martín, A; Orgaz Baz, B; Vicario Molina, I; González ortega, E. Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. Anales de Psicología. 2014; 30(1): 211-220.
14. Gómez-Zapiain J, Ortiz MJ, Gómez-Lope J. Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. Anales de Psicología. 2011; 27(2): 447-456.

15. Arias Toro, M<sup>ª</sup>J. El apego parental ansioso y la agresividad en el sujeto. Boletín científico Sapiens Research. 2014; 4(1): 15-20.
16. Du Rocher Schudlich TD, Stettler NM, Stouder KA, Harrington C. Adult romantic attachment and couple conflict behaviours: intimacy as a multi-dimensional mediator. Interpersona. 2013; 7(1): 26-43.
17. Naciones Unidas. Derechos Humanos [internet]. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. ONU. 1993. [Acceso febrero 2016]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
18. Blanco Prieto, P., Ruiz-Jarabo Quemada, C. directoras. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. 3ªed. Madrid. Díaz de Santos; 2004.
19. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012 [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
20. Delgado Bravo, A.I. El acto de cuidado de enfermería como fundamentación del quehacer profesional e investigativo. Avances en enfermería. 2015; 33(3): 412-419.
21. Aguirre D. Fundamentos en la relación enfermera-persona sana o enferma. Revista Cubana Salud Pública. 2004; 30(4).
22. Lozano Alcaraz, C; Pina Roche, F; Torrecilla Hernández, M; Ballesteros Meseguer, C; Pastor Rodríguez, J.D; Ortuño Esparza, A. FORMACIÓN Y DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PROFESIÓN SANITARIA. REUFMSM. 2014; 4(1). 217-126
23. Comisión contra la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del SNS. Informe Violencia de Género 2013. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015 [acceso marzo 2016]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/01-INFORME\\_VG\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/01-INFORME_VG_2013.pdf)
24. Gracia Ruiz Navarro, M. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? Enfermería Integral. 2011; 93. 46-52.
25. Marure EL, León RV. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Revista de Enfermería. 2002; 10(2): 93-102.
26. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (2013 - 2016). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013 [Acceso marzo 2016]. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/planActuacion/estrategiaNacional/docs/EstrategiaNacionalCastellano.pdf>
27. Universidad Complutense de Madrid, Delegación del gobierno para la violencia de género. Igualdad y prevención de la violencia de género en la adolescencia. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011 [acceso marzo 2016]. Disponible en:

[http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro8\\_adolescencia.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro8_adolescencia.pdf)