

Monografía sobre violencia de género.

Autora: Noelia García Méndez.

Directora: Celia Nespral Gaztelumendi.

Trabajo Fin de Grado en Enfermería. Junio 2012.

E.U.E. Casa Salud Valdecilla.

ÍNDICE:

RESUMEN	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.	
1.1.LA VIOLENCIA DE GÉNERO, CONCEPTO Y TIPOS DE VIOLENCIA.	7
1.2. EVOLUCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN DE LA MUJER A LO LARGO DE LA HISTORIA.....	9
1.3. RECONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA SOCIAL.	10
2. CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.	
2.1. FIGURA DE LA MUJER MALTRATADA.	12
2.2. FIGURA DEL MALTRATADOR.	12
2.3. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA.	14
2.4. EL PROCESO DE LA VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA.	16
2.5. CICLO DE LA VIOLENCIA.	17
2.6. IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	19
3. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD Y DIMENSIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.	
3.1. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD.	20
3.1.1. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD MENTAL.	20
3.1.2. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD FÍSICA.	22
3.1.3. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	22
3.1.4. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD DE LOS HIJOS/AS.	23
3.2. Prevalencia DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.	24
3.2.1. VÍCTIMAS MORTALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	24
3.2.2. ESTIMACIÓN A PARTIR DE LAS DENUNCIAS.	25
3.2.3. ESTIMACIÓN A PARTIR DE ENCUESTAS.	25
3.2.3.1. MACROENCUESTAS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO.	25
3.2.3.2. MACROENCUESTA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO 2011.	26
4. ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTERVENCIÓN EN EL MALTRATO.	
4.1. IMPORTANCIA DEL PAPEL DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	28
4.2. DIFICULTADES PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	29
4.3. DETECCIÓN PRECOZ E INDICADORES DE SOSPECHA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. ..	30
4.4. PLANES DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	33
4.4.1. PLAN DE ACTUACIÓN EN MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	33
4.4.2. PLAN DE ACTUACIÓN EN MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN SITUACIÓN AGUDA.	35
4.4.3. ACTUACIÓN CON EL AGRESOR.	38

MONOGRAFÍA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO.

4.5.RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN CANTABRIA.	39
CONCLUSIONES.	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41

RESUMEN.

Se define violencia de género como aquella violencia física, psíquica o sexual que se ejerce contra las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja, con unas características propias que la diferencian de otros tipos de violencia y con graves consecuencias para la salud integral de las mujeres, por lo que actualmente se considera la violencia de género como un problema de salud pública. Es un fenómeno muy complejo en el que influyen varios factores.

Las Naciones Unidas, reconocen desde 1979 la violencia de género como una violación de los derechos humanos. Constituye un problema social de gran importancia y elevada prevalencia, invisible para la sociedad durante años y motivado por la histórica desigualdad entre hombres y mujeres, que tiene lugar en todos los niveles sociales.

El papel de los profesionales sanitarios frente a este problema es de vital importancia, representan un primer paso para detectarla e intervenir con las mujeres que la padecen.

PALABRAS CLAVE.

Violencia de género. Violencia contra la mujer. Identidad de género.

ABSTRACT.

Domestic violence is defined as that physical, psychological or sexual abuse perpetrated against women by an intimate partner or former partner, with its own characteristics that differentiate it from other types of violence and with serious consequences for the overall women's health, so domestic violence it is now considered as a public health problem. It is a very complex phenomenon which is influenced by several factors.

Domestic violence is recognized since 1979 by The United Nations as a violation of human rights. It is a social problem of great importance and high prevalence, invisible to society for years and motivated by the historical inequality between men and women, which takes place at all society levels.

Health professionals' role to face this problem is of vital importance, because it represents a first step to detect and intervene with women who suffer it.

KEY WORD

Gender violence. Violence against women. Gender identity.

INTRODUCCIÓN.

La violencia de género es un grave problema de salud pública, no se trata de un problema privado ni reservado a la intimidad del hogar sino que afecta a toda la sociedad, no va ligado a determinados ambientes económicos o educativos sino que se produce en todos los niveles y contextos sociales. Se trata de un problema social, que se ha visto marcado tanto por la invisibilidad como por una presencia constante a lo largo de la historia.

Según la Organización Mundial de la Salud, entre el 16% y el 52% de las mujeres, en distintas partes del mundo, experimentan violencia física por parte de sus compañeros, y por lo menos una de cada cinco mujeres, sufren intento de violación o son violadas en el transcurso de sus vidas. Además, se calcula que la violencia de género es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres tan grave como el cáncer (1).

Las estadísticas del Instituto de la Mujer, dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, revelan que entre un 15% y un 20% de las mujeres residentes en España sufren malos tratos físicos o psíquicos por parte su compañero. Sólo en el año 2011, 66 mujeres fueron asesinadas en España a manos de su pareja o ex pareja (2).

La violencia contra las mujeres tiene su origen en la relación de subordinación de la mujer hacia el hombre, que ha marcado históricamente la convivencia entre ambos. Durante muchos años ha sido un problema invisible para la sociedad. Afortunadamente, en la actualidad, la percepción social de éste problema está cambiando y hoy en día la mujer es concebida como un ser autónomo e independiente, y aunque la violencia de género no es un fenómeno nuevo, ahora se visualiza como un problema social y de salud pública.

Debido a estos precedentes y a al papel fundamental que tienen los profesionales de enfermería en la detección e intervención sobre la violencia de género, se ha elegido como tema a tratar en la monografía. Resulta imprescindible conocer las características y desarrollo de la violencia de género para poder detectarla e intervenir desde el ejercicio de nuestra profesión, prestando cuidados a las víctimas de malos tratos y desarrollando actividades de prevención de la violencia y promoción de relaciones saludables.

Los objetivos de la presente monografía son definir la violencia de género; describir su evolución y características; examinar la influencia de la violencia sobre la salud de las mujeres sometidas a ella y definir la intervención de los profesionales sanitarios para detectarla y prevenirla, así como los recursos dirigidos a ello, existentes en Cantabria.

Para poder conocer, describir el concepto y las características de la violencia de género, así como su situación actual y los diversos factores que intervienen el proceso de la violencia, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la violencia de género en diversas revistas electrónicas como *Gaceta Sanitaria*, *Scielo* o *Red ALyC*, soportes electrónicos como *Dialnet*, así como páginas web oficiales como la del *Instituto de la Mujer*, *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* y *Organización Mundial de la Salud*. Utilizando para la búsqueda las palabras clave mencionadas en el resumen.

Se ha distribuido la monografía en cuatro capítulos. El primero dedicado a aclarar la definición, concepto y evolución de violencia de género. El segundo en el que se explican las características del fenómeno. En el tercer capítulo, se describen las dimensiones del problema y las consecuencias para la salud de la víctima.

En el cuarto capítulo, se desarrolla el rol específico de la Enfermería ante la violencia de género, describiendo el plan de actuación vigente en Cantabria e incluyendo los recursos disponibles en nuestra comunidad para la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género.

CAPITULO 1.

CONCEPTO Y EVOLUCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

1.1.LA VIOLENCIA DE GÉNERO, CONCEPTO Y TIPOS DE VIOLENCIA.

La OMS define la violencia como *“el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso muerte”*. Incluye la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos (1).

La violencia de género fue definida en 1993 por las Naciones Unidas, en la Declaración sobre la Eliminación la Violencia contra la Mujer como:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (3).

De este modo, se entiende por violencia de género, a la violencia específica contra las mujeres utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, psicológica y sexual ejercida por el compañero, marido, novio o ex pareja que ocurre en la vida pública o privada.

La representación mental que se suele tener sobre el concepto de violencia de género, casi siempre se corresponde con una violencia física de gran intensidad, que tiene graves efectos para la salud, o que puede incluso producir la muerte. Como por ejemplo, golpes que causan traumatismos que necesitan asistencia médica o incluso ingreso hospitalario. Sin embargo, la violencia que sufren la mayoría de las mujeres, no es sólo física, sino también psicológica y sexual, siendo éstas dos últimas, bastante más frecuentes en la vida cotidiana de las mujeres víctimas de la violencia de género. No siempre se produce violencia física, pero a la física siempre le acompaña la violencia psicológica. Frecuentemente, la violencia física no empieza a ser utilizada hasta muy avanzada la relación.

Cuando una mujer llega a un centro hospitalario con un daño físico producido por su pareja, podemos deducir que está inmersa en una relación donde ha sufrido durante tiempo violencia psicológica y posiblemente también sexual. La violencia de género no es un hecho aislado o puntual sino un proceso (4).

TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

Según la ley de Cantabria 1/2004 integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección a sus víctimas, diferenciamos distintos tipos de violencia (5):

VIOLENCIA FÍSICA: engloba conductas que implican un abuso físico por parte del agresor, produciendo daño corporal o lesión a través de golpes de diversa intensidad, en algunas ocasiones mediante uso de armas blancas y objetos contundentes.

VIOLENCIA SEXUAL: desde la imposición de una relación sexual no deseada, hasta el abuso y violación con el uso de la fuerza, chantaje o amenazas si la mujer no quiere tener relaciones sexuales, insultos y acusaciones durante las relaciones. También se incluyen en este tipo de violencia la explotación sexual o la incitación a la prostitución.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA: se ejerce principalmente mediante la manipulación emocional del maltratador hacia la mujer. La violencia psicológica produce un menor impacto social y hace que la víctima tarde en pedir ayuda. Este tipo de violencia se manifiesta por diversas actitudes del maltratador (5,6):

- Hostilidad: reproches, insultos, cambios de humor, manipulación intimidación, amenazas, coacciones...
- Control y vigilancia constante sobre la mujer: control del teléfono, control económico, de sus relaciones familiares y amistosas, sobre sus actos cotidianos.
- Desvalorización: desprecio de las opiniones, tareas o incluso de su cuerpo, desprecios, humillaciones, exigencia de obediencia.
- Ridiculización pública o privada e indiferencia: ignorar su presencia, desaprobación continua en público o en privado, interferencia en la toma de decisiones de la otra persona.

1.2. EVOLUCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN DE LA MUJER A LO LARGO DE LA HISTORIA.

Para abordar cualquier reflexión sobre el fenómeno Violencia de Género, primero debemos preguntarnos el por qué de la existencia de este fenómeno que va ligado íntimamente a la discriminación de las mujeres.

Si en la actualidad, y al menos en las sociedades avanzadas, adoptamos como principio esencial el de igualdad entre hombre y mujer, constituyendo un elemento fundamental en nuestra forma de entender la convivencia, hemos de prestar atención a la eliminación de cualquier forma de discriminación y a la supresión de la violencia contra la mujer como la forma de discriminación más agresiva e irracional.

A partir de mediados del siglo XIX, esta discriminación normalizada empieza a ir cambiando lentamente, a medida que las mujeres de la época van tomando conciencia de su propia marginación y van a empezar a luchar enfrentándose incluso a muchas mujeres que también han entendido los movimientos reivindicativos femeninos como inadecuados a la moral y buenas costumbres (7).

En el siglo XX comienza a surgir el movimiento feminista en Estados Unidos con la intención fundamental de conseguir el sufragio para las mujeres, una de cuyas primeras actividades fue la convención celebrada en Nueva York sobre los derechos de la mujer, donde se redacta la histórica “declaración de Seneca Falls”, texto básico del sufragismo y de la ideología feminista norteamericana.

También a lo largo del siglo pasado, comienzan a cambiar las cosas en nuestro país. El año 1931 es una fecha clave, reconociéndose el derecho al voto de las mujeres durante la proclamación de la Segunda República, estableciéndose el sufragio universal, aunque debido a la Guerra Civil, se sufre un retroceso a situaciones anteriores (8).

Las reformas de 1975 del Código Civil, que hasta entonces mantenía la potestad marital que autorizaba al marido a corregir a la esposa y obligaba a ésta a obedecerle, y la despenalización en el Código Penal de delitos como el adulterio y el amancebamiento, entre otras muchas reformas legislativas que aún hoy siguen realizándose, suponen un cambio radical en el panorama social y el reconocimiento de la igualdad. El artículo 14 de la Constitución Española de 1978 establece el principio de igualdad, lo que provoca un avance significativo para conseguir la plena equiparación de las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad (7).

En la actualidad, la mujer ha conseguido en gran medida la igualdad jurídica; pero el reparto equitativo de papeles entre sexos sigue siendo un objetivo pendiente de alcanzar, como así lo muestran las publicaciones del Instituto de la Mujer en las que se constatan diversas discriminaciones, como en las tasas de desempleo, muy superiores en las mujeres; la participación en la vida política, o la atención a las tareas del hogar que sigue siendo hoy en día monopolio casi exclusivo de la mujer (2).

1.3. RECONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA SOCIAL.

Durante los últimos años se ha producido un proceso de toma de conciencia social sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres, entendiéndose que supone un gran obstáculo para las bases de la convivencia social. El concepto de violencia de género no es un fenómeno nuevo, sin embargo su reconocimiento y visualización no deja de ser relativamente reciente.

Desafortunadamente, la consideración de la violencia género como un hecho privado a lo largo de la historia, ha provocado que durante muchos años se la considerara como un derecho del marido o como algo que desgraciadamente sucedía en algunos hogares, pero que formaba parte de la vida privada de las parejas y en lo que no había que intervenir. De tal manera que la supuesta privacidad es uno de los factores que favorece el hecho de que las víctimas no denuncien y de que éste continúe siendo, aun hoy, un problema “oculto” cuya dimensión real es casi imposible de conocer (7).

En la década de 1960 se empieza a concebir la violencia de género como problema social. Es fundamental el papel desempeñado por el movimiento feminista del siglo XX, especialmente el movimiento de liberación de las mujeres, que se centra en problemas como la violencia contra las mujeres, inicialmente en la violencia sexual y posteriormente en la violencia doméstica.

El primer organismo que contempla los abusos hacia las mujeres es el “Tribunal Internacional de Delitos contra la Mujer” en 1976, que trata temas como la mutilación genital, el abuso infantil y la violación. Se concluye, en relación a la violación, que supone una forma de perpetuar el poder de los hombres sobre las mujeres y se proponen diferentes formas de acción como la creación de organismos de ayuda a las víctimas y cambios en la legislación (7).

En los siguientes años, se siguieron desarrollando estas acciones en diferentes países europeos. A partir de la segunda década de los años ochenta, se dirige la atención hacia las diferentes formas de violencia de género, a través de reformas legislativas sobre violencia de género y sexual, se crean casas de acogida y diversos mecanismos de ayuda a las víctimas.

En 1980, el Consejo de Acción Europea para la Igualdad entre Hombres y Mujeres señala que la violencia de género debe ser motivo de acción legal para los estados miembros. Posteriormente, en 1986, el Parlamento Europeo propugnó una resolución sobre las agresiones a las mujeres, en la cuál recomendaba una serie de medidas legislativas, educativas y de recursos para hacer frente al problema de la violencia de género (7).

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba en diciembre de 1993 la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”, como primer instrumento internacional de derechos humanos que aborda la violencia de género, donde se incluye:

“la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia relacionada con la explotación, la violencia física, sexual y psicológica a nivel de la comunidad en general, incluidas la violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento, y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada y la violencia física, sexual o psicológica perpetrada o tolerada por el estado, dondequiera que ocurra” (3).

La situación en España es bastante diferente, no va a la par de lo que ocurre en el resto de Europa. La moral católica y el tradicionalismo, tan presente en la historia de nuestro país, impide la aparición del movimiento feminista con tanta fuerza como en otros países europeos. En este contexto, las primeras casas de acogida para mujeres maltratadas, se abren en 1984 en Madrid y Pamplona, y se empiezan a expandir al resto del país a partir de 1986 (7).

En materia legislativa, constituye un cambio importante, el hecho de que desde 1989, el Código Penal español contemple como delito los malos tratos reiterados en la familia, aún en el caso de que la lesión física sea leve. Por su parte, el nuevo Código Penal de 1995 incrementa las penas para el delito de malos tratos y añade además la pena correspondiente a la magnitud de las lesiones causadas. Posteriormente se introdujeron algunas modificaciones legales, incluyendo la violencia psicológica como delito, modificando el concepto de habitualidad, etc. (9).

Afortunadamente, a lo largo de los últimos años se han producido grandes cambios en la mentalidad de la sociedad española y de toma de conciencia social sobre la violencia de género. Se ha hecho frente a las carencias existentes y se dispone actualmente de herramientas suficientes para hacerle frente (7).

Durante los años 1998 y 1999 las organizaciones de mujeres que trabajaban en el estudio de la violencia de género y la atención a las víctimas, plantean la necesidad de una ley integral contra este tipo de violencia que lleva a la aprobación de la Ley Integral contra la Violencia de Género en diciembre de 2004 (10).

CAPITULO 2.

CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

2.1. FIGURA DE LA MUJER MALTRATADA.

Resulta inevitable para entender las características del colectivo, hablar del perfil de la mujer maltratada, entendiendo que cuando hablamos de perfil, nos referimos a las características más habituales y representativas que se observan sobre una muestra de mujeres maltratadas. Sin embargo me gustaría aclarar que no existe un perfil concreto de mujer maltratada; cualquier mujer puede ser víctima de violencia de género, independientemente de su clase social, nivel académico, lugar en el que vive, procedencia familiar, etc.

A pesar de todo, existen estudios sobre el perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por Violencia de Género, dando como resultado que existe un mayor riesgo de padecer malos tratos en colectivos de mujeres con menor nivel educativo, mayor número de hijos a su cargo, y extranjeras, es decir, entre mujeres cuya posición en la estructura social es más desfavorable, y por ello, la distribución de los factores de riesgo para la salud tiene una mayor presencia e impacto (11).

2.2. FIGURA DEL MALTRATADOR.

Si nos centramos en la figura del maltratador, debemos remarcar que actúa siempre de manera coherente con su objetivo que no es otro que la sumisión y el control sobre la mujer. Su conducta es consecuencia de la percepción que tiene acerca de su posición social en la relación de pareja. Dicha conducta del maltratador viene enmarcada por las siguientes características (6):

Actitud de hostilidad. Siendo el resultado de estereotipos sexuales machistas en relación con la necesidad de sumisión de la mujer, percepción de indefensión de la víctima, existencia de celos patológicos y la normalización de la utilización de la violencia para la solución de problemas.

Estado emocional de ira. Esta emoción varía en intensidad (desde leve irritación hasta rabia intensa) y se ve facilitada por la actitud de hostilidad y por pensamientos relacionados con situaciones negativas en la relación, o por otros estímulos ajenos a la pareja generadores de malestar.

Factores precipitantes directos. Por ejemplo el consumo de alcohol o drogas, que puede contribuir a la aparición de conductas violentas, sobre todo cuando interactúa con frustraciones de la vida cotidiana de pareja.

Repertorio pobre de conductas y trastornos de personalidad. Déficits de habilidades de comunicación y de solución de problemas que impiden la canalización de los conflictos de una forma adecuada. Este problema se agrava cuando existen alteraciones de la personalidad, como celos, suspicacia, baja autoestima, falta de empatía afectiva, necesidad extrema de estimación, etc.

Percepción de vulnerabilidad de la víctima. Un hombre irritado suele descargar su ira en aquella que percibe como más vulnerable, que no tiene capacidad de respuesta física y en un entorno donde le sea más fácil ocultar lo ocurrido.

Reforzamiento de las conductas violentas previas. Con frecuencia, las conductas violentas anteriores quedan reforzadas para el maltratador puesto que a través de ellas ha conseguido los objetivos deseados.

2.3. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA.

El fenómeno de la violencia de género tiene unos rasgos particulares que lo diferencian de otros tipos de violencia. Esta violencia, se ejerce de manera rutinaria y cotidiana contra las mujeres, de manera que se llega a convertir en parte de su relación de pareja y puede convivir con ellas durante años, por eso los malos tratos no son hechos aislados, sino que se prolongan durante el tiempo, van debilitando los mecanismos de defensa físicos y psicológicos, generan miedo y sentimientos de indefensión e impotencia hacia la víctima (12).

No debemos olvidar que el maltrato lo ejerce un hombre con quien mantienen un vínculo afectivo y amoroso, con el que comparte su vida y que a veces es el padre de sus hijos/as, por lo que los sentimientos hacia él son muy complejos y ambivalentes.

Invisibilidad social.

La violencia de género se produce en su mayoría en el ámbito doméstico, dentro de la intimidad del hogar por lo que muchas veces es invisible para el círculo de la mujer, familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos...

Son hechos que se ocultan, tanto por parte del agresor, que aprende a golpear en lugares que no dejan huellas, o utiliza una violencia psicológica mediante descalificaciones, burlas, etc., como por las víctimas que tapan y protegen la imagen de los hombres.

Las mujeres han sido educadas y socializadas para mantener y cuidar las relaciones, para ser buenas esposas y madres, potenciando valores y actitudes como la empatía, la comprensión, tolerar y perdonar. En ocasiones dichas actitudes dan lugar a justificar el ejercicio de la violencia por razones de estrés o por problemas en la infancia y conducen a restar importancia o negar la violencia. Por todo esto, la violencia de género ha formado parte de la vida cotidiana de las mujeres a lo largo de la historia, pero esta violencia estaba normalizada y naturalizada, ha permanecido oculta y silenciada, era invisible y no estaba reconocida por la sociedad.

Debido al abuso emocional al que se ven sometidas, las mujeres maltratadas se perciben sin posibilidad de salir de la relación, identifican el mundo como un lugar hostil y creen que no van a ser capaces e valerse por si mismas. Por todo ello, o no se dan cuenta de lo que les esta pasando o lo ocultan (4). Por otra parte, *“el silencio social sobre la violencia la fomenta y la refuerza”* (12).

Mecanismo de control y de castigo.

Los agresores ejercen la violencia como método de castigo o mecanismo de control hacia la mujer, para asegurar su dominio y corregir su conducta, de ésta manera se la responsabiliza del maltrato que recibe. Frecuentemente, el agresor se excusa con frases como “no tuve mas remedio que hacerlo”. El proceso de violencia se pone en marcha cuando la mujer no se somete lo suficiente y por eso suele afirmar que “es ella la primera responsable del maltrato”. Esta clara intencionalidad de someter y aleccionar, hace que el agresor se impermeabilice ante su víctima y sea inflexible (12).

La negación es otra característica común de la violencia de género. Al ser una conducta rechazada por la sociedad, el agresor utiliza estrategias de afrontamiento para eludir su responsabilidad (6).

Sentido de culpabilidad.

Una característica fundamental de la violencia de género es la distorsión de la atribución de la culpabilidad, la víctima de la violencia asume la culpabilidad mientras que el agresor también la responsabiliza a ella.

Los agresores son capaces de neutralizar su propio sentimiento de culpa, pueden admitir la agresión pero también pueden justificarla, afirmando que la mujer lo merecía o que lo provocó (12).

Las víctimas de la violencia de género sienten vergüenza de sufrir malos tratos, de no ser capaces de protegerse a si mismas y a sus hijos, se sienten culpables por ello y también por haber elegido como pareja a un hombre violento o no haber conseguido cambiarle, por provocar la violencia, por no saber detenerla, o por ser incapaces de salir de ella. Estos sentimientos de culpabilidad, impiden a las mujeres pedir ayuda y contar lo que les pasa (4).

2.4. EL PROCESO DE LA VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA.

No es posible establecer un patrón de aparición de la violencia, muchas mujeres afirman que se vieron envueltas en episodios de violencia casi sin darse cuenta.

En ocasiones, la violencia comienza en el inicio de la relación con conductas de abuso psicológico que pueden consistir en pequeños detalles que pasan inadvertidos. Son conductas restrictivas y controladoras que van minando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, a la vez que van produciendo dependencia y aislamiento. Este tipo de violencia es difícil de detectar, puesto que la mujer no lo identifica como tal. Es importante valorar este tipo de conductas desde el principio, ya que posteriormente puede aparecer la violencia física y sexual. La conducta violenta no es un hecho puntual; una vez iniciada, tiende a repetirse y aumentar en frecuencia y gravedad (13).

Para comprender por qué las mujeres soportan tantos años de violencia, por qué no piden ayuda o no terminan con la relación, por qué disculpan y justifican los malos tratos, debemos tener en cuenta que la situación de la mujer está en gran desventaja por el hecho de ser víctima de violencia. El hombre violento utiliza diversas tácticas para conseguir el control absoluto sobre la mujer, al prolongarse en el tiempo esta situación, la víctima tiene cada vez menos expectativas de cambio y permanece en esa relación violenta a pesar de que lo más congruente sería abandonar.

El aislamiento social y familiar al que se ven sometidas, evita que las mujeres puedan tener sus propias ideas y criterios, o pedir y recibir ayuda. Al privarlas de otras fuentes de afecto y relación, se crea una gran dependencia emocional con el agresor.

La desvalorización personal, a base de continuas humillaciones, producen en las mujeres inseguridad, impotencia, sentimientos de incapacidad y, en general, una baja autoestima. Además, si el agresor las culpabiliza, las somete a chantaje emocional, minimiza la violencia que ejerce o se hace la víctima, paraliza sus intentos de terminar con la relación.

Por otra parte, el maltrato físico, las amenazas o los gritos, producen un estado de miedo y pánico en las mujeres que aumentan su indefensión, disminuyen la motivación para afrontar los problemas e inhabilitan su capacidad para afrontarlos. Por otra parte, como el maltrato no suele ser continuo sino intermitente, de castigo o refuerzo, crea una fuerte dependencia en quien lo sufre.

Debido a la repetición del proceso de la violencia, la víctima, a menudo, tarda mucho tiempo en darse cuenta de que está siendo víctima de malos tratos (12, 4).

2.5. CICLO DE LA VIOLENCIA.

El ciclo de la violencia de género, descrito por primera vez por la investigadora estadounidense Leonore Walker en 1979, nos ayuda a entender cómo se produce y se mantiene la violencia en la pareja, y es un modelo utilizado en la actualidad por muchos profesionales. La autora trabajó en una casa de acogida para mujeres maltratadas y observó que muchas mujeres describían un patrón muy similar en el proceso de maltrato. Dicho proceso mantiene una forma cíclica que se desarrolla en tres fases: la fase de tensión, la fase de agresión y la fase de conciliación y arrepentimiento llamada también “luna de miel” (4).

El ciclo de la violencia intenta explicar por qué algunas mujeres retiran las denuncias que se interponen en la fase de agresión. También explica por qué las mujeres que consiguen verbalizar que están sufriendo malos tratos o que son capaces de iniciar la toma de decisiones para terminar con la relación, disculpan a su agresor o minimizan el proceso violento, volviendo de nuevo a la situación anterior (4).

Sin embargo, la violencia de género no es necesariamente cíclica, a veces aparece de repente, sin justificación ni ritmo. Una de las características del abuso es su capacidad de producir miedo e indefensión, lo que facilita su repetición, por lo que el ciclo se alimenta a si mismo, es difícil ser consciente de su principio y frecuentemente no se acaba hasta que alguien muere (12).

1. Fase de tensión.

Esta fase se caracteriza por maltrato psicológico. El agresor se muestra irritable, hostil, parece enfadado y la tensión aumenta, pero no de forma explosiva.

La mujer, minimiza frecuentemente lo sucedido, con la esperanza de que las cosas mejoren y este trato pueda cambiar. Intenta complacerle y está cada vez más angustiada, acaba dudando de sus propias percepciones y se siente culpable de lo que pasa (13).

2. Fase de agresión.

Cuando la tensión en la fase anterior llega a un límite, se produce la descarga de dicha tensión a través de la violencia física, psíquica o sexual grave. Cuando finaliza este episodio, la mujer ha sido duramente maltratada y es aquí cuando busca asistencia médica, aunque en menos del 50% de los casos (13).

3. Fase de calma o de conciliación.

Después de cometer el abuso, el agresor se siente arrepentido y apenado. Utiliza estrategias de manipulación afectiva, pide perdón y hace promesas de cambio, o hace regalos, admite que lo ocurrido estuvo mal. Esta actitud suele ser convincente porque en ese momento se siente culpable de verdad (13).

Este momento supone un refuerzo positivo para que la mujer mantenga su relación, le permite ver el lado bueno de su pareja fomentando la esperanza de que pueda llegar a cambiar, haciéndose muy difícil que pueda romper con la relación.

Cada pareja tiene su propio ritmo. Cada vez que se cierra un ciclo, la mujer sufre un progresivo deterioro físico y psicológico. Con el paso del tiempo, la fase de agresión es la más repetida o se está todo el tiempo entre la tensión y la agresión, sin que exista apenas fase de conciliación. Es en este momento cuando muchas mujeres maltratadas se deciden a pedir ayuda, lo que suele ocurrir cuando han dado varias vueltas al ciclo. Cuando este ciclo no se rompe, la mujer cada vez es más dependiente de su agresor y las agresiones se repetirán con más frecuencia e intensidad, lo que conlleva mayor gravedad y riesgo para la mujer (13).

Ciclo de la Violencia de Género.



Figura 1. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja.
Servicio Murciano de Salud.

2.6. IDEAS ERRÓNEAS SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

A pesar de los numerosos avances que se han producido en los últimos años con respecto a este grave problema social, hay muchas ideas erróneas acerca de la violencia de género. Ésta aparece a veces relacionada con el consumo de drogas, el alcoholismo, problemas psíquicos del agresor, pero estos sólo son factores que la acompañan. Es necesario diferenciar entre causas que la producen y factores que la refuerzan ya que muchas veces aparecen unidos. Estos errores obstaculizan la comprensión de lo que realmente significa la violencia de género y dan lugar a mecanismos de justificación y tolerancia del fenómeno por parte de la sociedad. Algunos de los mitos y estereotipos sobre la violencia de género más comunes son (2,4,12):

1. El alcohol y otras drogas son las responsables del maltrato.

El consumo de alcohol y otras drogas puede favorecer la aparición de conductas violentas pero no las provoca. Se sabe que el abuso de estas sustancias, por sus efectos desinhibidores, puede incrementar la violencia. El alcohol no hace violento a un hombre, aunque sí hace que la violencia sea más extrema. Además también podemos encontrar en el consumo de alcohol un desencadenante de conflictos en la pareja que puede iniciar un proceso de violencia.

2. La violencia de género es consecuencia de algún tipo de enfermedad mental.

Según diversos estudios, menos del 10% de los casos de violencia de género son producto de trastornos psicopatológicos de algún miembro de la pareja, sin embargo se ha demostrado que las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia a menudo desarrollan trastornos psicológicos, como ansiedad o depresión.

3. Los casos de violencia de género son escasos, se trata de situaciones puntuales.

Como se ha mencionado previamente, la violencia contra las mujeres, es un fenómeno que ha permanecido oculto durante años y del que no se conocían datos reales, por tanto la prevalencia real del problema se desconoce. Sin embargo, se estima que muere una mujer cada cinco días por violencia de género en nuestro país.

4. La violencia de género es un problema de las clases sociales más bajas.

La carencia de recursos económicos y educativos, supone un factor de riesgo ya que implican dificultades, sin embargo, la violencia se produce en todas las clases sociales, económicas y educacionales. Las clases más favorecidas económicamente, tienen acceso a médicos, abogados o psicólogos que les atienden de forma privada y les permite ocultar el problema; mientras que las mujeres con escasos recursos económicos, buscan ayuda en las entidades sociales y son las que aparecen en las estadísticas, puesto que suelen tener menos inhibiciones para hablar del problema al que consideran "normal"; por esto la violencia es más visible en los estratos sociales más bajos. En general, cuanto más alto es el nivel social, existen más dificultades para desvelar el problema.

CAPITULO 3.

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD Y DIMENSIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

3.1. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD.

La violencia de género tiene importantes repercusiones sobre la salud de las mujeres. En el año 1996, la OMS reconoce la violencia de género como un problema prioritario de salud pública.

Diversos estudios ponen de manifiesto que las mujeres que sufren malos tratos, hacen un mayor uso de los servicios sanitarios. De igual manera, se estima que aproximadamente un 20% de las mujeres que acuden a consulta padece esta situación. Aunque los servicios sanitarios deberían ser un punto clave para el abordaje y detección precoz de este tipo de violencia, se cree que sólo se identifica un 1% del total de casos estimados de mujeres maltratadas (14).

Las mujeres que sufren violencia de género, pueden llegar a padecer más enfermedades que aquellas que no son víctimas de tal violencia. La violencia produce un gran deterioro de la autoestima e induce a un menor cuidado personal, favorece el descuido hacia una misma y la realización de conductas perjudiciales para la salud como el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, abandono de buenos hábitos alimenticios o de ejercicio (4).

En general, se puede afirmar que la mujer maltratada tiene más problemas de salud, su estado de salud autopercibido empeora y se produce una alteración del sistema inmunológico y neuro hormonal que favorece la aparición de diferentes enfermedades infecciosas, cardiovasculares, autoinmunes, etc. O también el empeoramiento de las ya existentes como asma, angina de pecho, diabetes, etc.; es decir, podemos afirmar, que estar sometida a la violencia, es un factor de riesgo para padecer enfermedades o lo que es lo mismo, podemos conceptualizar la violencia de género como un factor de riesgo para la mala salud de la mujer (4).

3.1.1. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD MENTAL.

Muchas mujeres afirman que tienen más importancia para ellas que los efectos físicos. Existen numerosos estudios que indican una alta prevalencia de problemas psíquicos en la mujer maltratada.

Durante años, se ha recurrido erróneamente a patologías como trastorno de la personalidad dependiente o histeria, para explicar por qué algunas mujeres permanecen o regresan a una relación de abuso, intentando culpabilizar a la víctima de su propia situación de maltrato, favoreciendo lo que se conoce como “doble victimización de la mujer”: víctima no sólo de una terrible situación de maltrato, sino también por una serie de acusaciones que la responsabilizan de tal situación. En la actualidad existe suficiente documentación que demuestra

que, previo al maltrato, no existen características psíquicas diferentes entre las mujeres víctimas de violencia y las que no lo son. Se sabe que la violencia de género incrementa una serie de sintomatología y cuadros clínicos, desde la ansiedad, al insomnio o la baja autoestima hasta la depresión o el trastorno por estrés postraumático, trastornos de la alimentación, disfunciones sexuales, abuso del tabaco, alcohol o ansiolíticos, o incluso el suicidio (13).

Ansiedad.

La ansiedad y el miedo son reacciones normales ante el peligro. Las mujeres maltratadas, a menudo presentan síntomas de ansiedad desde el inicio del maltrato como trastornos del sueño, palpitaciones, temblores...

Ante la presencia de síntomas de ansiedad, se inicia la ingesta de ansiolíticos indicada por un profesional, pero con el paso del tiempo y ante la cronicidad del maltrato y la dificultad de salir del mismo, las mujeres se habitúan al su consumo, añadiendo así un nuevo problema (4).

Depresión.

Asociada a la ansiedad, muchas mujeres maltratadas sufren también depresión. En general, la mujer maltratada sufre más depresiones que la que no lo ha sido.

La depresión es una patología que se presenta con el doble de frecuencia en mujeres que en hombres, este hecho se ha relacionado durante mucho tiempo con diferencias biológicas como las características del ciclo reproductivo de la mujer, pero hoy se sabe que tiene que ver, no tanto con la biología, sino con la discriminación de la mujer y la violencia de género.

Además, existen diferentes factores que influyen en el desarrollo y gravedad de la depresión, como la falta de recursos personales o económicos, haber recibido poca ayuda institucional o respuestas de evitación o rechazo por parte de familiares y amigos, al no comprender por qué la mujer se mantiene en una relación de maltrato (4).

Suicidio.

El aislamiento social y el estado depresivo son también un factor de riesgo para el suicidio. La experiencia del maltrato es tan dura, que algunas mujeres ven tan pocas posibilidades de salir de la situación, que llegan a tener ideas autolíticas como única alternativa para terminar con la situación de inmenso sufrimiento que están viviendo. Las ideas suicidas son significativamente superiores en aquellas mujeres que han sufrido violencia de género (15).

Trastorno de estrés postraumático.

Las personas sometidas a ciclos de violencia y a situaciones repetidas de estrés pueden experimentar este problema con síntomas de:

Experimentación: reviviendo intensamente las agresiones sufridas en forma de imágenes y recuerdos involuntarios y constantes.

Evitación: rehusando hablar de ello con sus seres queridos. Además, experimentan una sensación de distanciamiento hacia los demás, se muestran poco esperanzadas con respecto al futuro y pierden interés por las personas y actividades que antes les resultaban gratificantes (16).

Consumo y abuso de sustancias.

Determinadas sustancias psicoactivas, como el alcohol o ansiolíticos, antidepresivos o estimulantes se utilizan a menudo para afrontar situaciones difíciles y estresantes, como lo es la violencia de género (4).

3.1.2. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD FÍSICA.

La mayoría de mujeres maltratadas no acuden a los servicios médicos por vergüenza, por miedo al agresor o por temor a que se comunique al juzgado y se puedan tomar medidas que puedan afectar a la familia (4).

Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes, se encuentran cefaleas, dolores lumbares, dolores abdominales, dispepsias, dolores pélvicos, fibromialgia. Aunque, en general, los síntomas suelen ser inespecíficos, crónicos, difíciles de encuadrar y suelen aparecer mezclados con síntomas psíquicos y, aparentemente, desconectados de su origen.

En la exploración física, es frecuente encontrar lesiones múltiples, antiguas o recientes, de diferente modalidad y variada ubicación. El maltratador aprende a agredir en zonas del cuerpo que quedan cubiertas por la ropa o el pelo, para que queden ocultas. Las lesiones pueden variar desde pequeños cortes, quemaduras o hematomas hasta contusiones, fracturas o heridas que llevan a la incapacidad severa o muerte.

Uno de los motivos de consulta habituales de las mujeres maltratadas es la pérdida de audición, originada por la rotura de tímpano. (4).

3.1.3. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

La salud sexual y reproductiva es la condición física mas ampliamente estudiada en la violencia de género. Se ha asociado a conductas sexuales de riesgo y está detrás de enfermedades de transmisión sexual, VIH, embarazos no deseados y abortos voluntarios. En muchas ocasiones

las mujeres maltratadas no se atreven, por miedo a la violencia, a negarse a las relaciones sexuales no deseadas o a proponer el uso del preservativo, lo que conlleva la pérdida de autonomía sexual y embarazos no deseados.

Es muy común la presencia de síntomas ginecológicos como menstruaciones irregulares y dolorosas, síndrome premenstrual, dolores pélvicos. El dolor pélvico crónico, tiene su origen en infecciones, adherencias, endometriosis pero casi en un 50% de los casos no se llega a identificar ninguna patología orgánica. En un importante número de estudios se observa que hay relación entre maltrato físico o sexual por la pareja y la presencia de tal dolor (4).

En el caso del embarazo, hay que remarcar que es un estado de especial vulnerabilidad ante la violencia de género. Se sabe que un 25% de las mujeres maltratadas, lo ha sido por primera vez durante el embarazo y, en ocasiones, es cuando la violencia empieza a ser evidente. Si el embarazo es imprevisto o no deseado, la violencia contra la mujer llega a ser hasta cuatro veces más probable. La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas (4). Además la violencia incide de manera muy negativa sobre su salud y la del feto; pueden presentar otros problemas, como ganancia de peso insuficiente, infecciones vaginales, cervicales, renales, o sangrado durante el embarazo, con el consiguiente aumento de riesgo de aborto, parto prematuro y sufrimiento fetal (13).

3.1.4. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD DE LOS HIJOS/AS.

Se consideran expuestos a la violencia de género, los menores que viven en el hogar donde su padre, pareja o ex pareja de su madre es violento contra la mujer. Estos niños/as pueden presenciar y ser testigos directos de las agresiones a su madre, oyen ruidos, insultos, gritos, ven las marcas que dejan las agresiones, perciben el miedo y el estrés de su madre y están inmersos en el ciclo de la violencia (tensión creciente, estallido, arrepentimiento). Además, varios estudios han demostrado que entre el 30% y el 60% de las familias en las que el marido maltrata a la mujer, los niños también pueden convertirse en víctimas de malos tratos por parte del agresor (4). Se sabe que presenciar o escuchar conversaciones violentas por parte de los niños, conlleva efectos psicológicos negativos para su posterior desarrollo emocional y social (17).

Lo niños pueden sufrir problemas psicológicos en diferentes planos (6):

- *En el emocional:* ansiedad, ira, aislamiento, depresión, trastornos de la autoestima, trastornos de apego o vinculación, escasas habilidades sociales.
- *En el cognitivo:* dificultades en el aprendizaje del lenguaje y del desarrollo verbal, retraso del desarrollo, alteración del rendimiento escolar, regresiones.
- *En el conductual:* violencia hacia los demás, (agresión, delincuencia, crueldad con los animales), rabietas, desinhibiciones, inmadurez, déficit de atención, hiperactividad, dependencias toxicológicas, trastornos de la conducta alimentaria.

3.2. PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

La magnitud de este problema es realmente desconocida, se dispone de pocas estadísticas de confianza y se considera que los indicadores de los cuales disponemos subestiman el problema. La obtención de datos se ha visto dificultada por diversas razones, entre ellas está la dificultad para identificar y definir lo que se entiende por violencia de género y también la existencia de una fuerte tradición de privacidad en el interior de las familias que impide conocer lo que sucede en el interior del núcleo familiar.

A partir del año 1997, existe un mandato de la Unión Europea para recoger, elaborar y publicar anualmente, datos sobre la violencia contra las mujeres en cada uno de los países miembros. Sin embargo, las fuentes estadísticas sobre estas cuestiones son aún insuficientes (18). Según estudios realizados en diversos países europeos, se estima que un 20-30% de las mujeres son víctimas de la violencia de género (13).

3.2.1. VÍCTIMAS MORTALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Desde el año 2000, el Instituto de la Mujer, lleva a cabo un seguimiento de las muertes de mujeres a manos de sus parejas, recibe datos de la Policía y de otros Cuerpos de Seguridad y mantiene una alerta constante sobre la prensa, que se actualiza constantemente. Por tanto, a partir de éste año podemos hablar de un seguimiento generalizado de las muertes por violencia de género en nuestro país.

Las cifras de mujeres muertas desde entonces por violencia de género pueden observarse en la tabla que exponemos a continuación. Este año se advierte una disminución importante del número de víctimas ya que, en el mes de mayo de 2012, se habían producido 16 muertes que son 13 menos que las ocurridas en las mismas fechas del pasado año. En Cantabria, las 2 últimas víctimas mortales por esta causa se produjeron en 2007 (19).

Víctimas mortales de Violencia de Género en España.

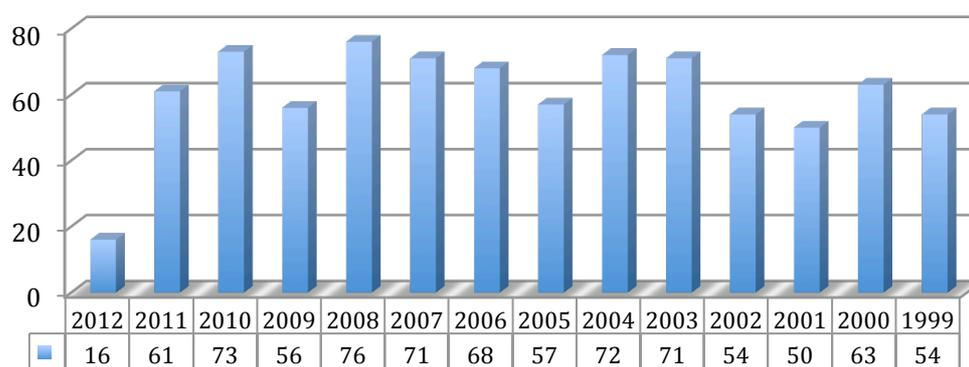


Figura 2. Fuente: Instituto de la Mujer (Mayo 2012). Elaboración propia.

3.2.2. ESTIMACIÓN A PARTIR DE LAS DENUNCIAS.

Las cifras de denuncias por violencia de género, son otra manera de aproximarse a su incidencia, aunque se estima que sólo se denuncian entre el 5% y 10% de los casos.

En España, desde el año 1985, el Instituto de la Mujer elabora estadísticas de las denuncias a partir de datos del Ministerio del Interior. En los últimos años, el número de denuncias ha crecido considerablemente debido, no a que aumente el fenómeno, sino a que las mujeres han ido experimentando cambios de actitud, pasando de la resignación y desinformación al conocimiento y al ejercicio de sus derechos. El aumento de campañas informativas, acerca de los derechos de la Mujer y de sensibilización acerca de lo que es la violencia de género, así como la legislación existente, han hecho que se produzca un incremento importante de las denuncias. Sin embargo, se cree que son todavía numerosas las agresiones que quedan sin denunciar (18).

Según datos del Ministerio de Igualdad, se han interpuesto en España 604.902 denuncias entre enero de 2007 y junio de 2011. De ellas, 5.291 se produjeron en Cantabria. De las 16 víctimas de violencia de género en España hasta mayo de 2012, se sabe que ninguna había denunciado (19).

3.2.3. ESTIMACIÓN A PARTIR DE ENCUESTAS.

A menudo, la violencia de género no produce daños físicos graves que resultan fáciles de cuantificar, por tanto, es difícil conocer su prevalencia en la población. Para superar esta dificultad se utiliza la encuesta, que consiste en llevar a cabo una consulta directa a la población, preguntando si conocen casos de malos tratos o si son, o han sido, víctimas de algún tipo de agresión. Este tipo de encuestas se han realizado, también, en numerosos países europeos (18).

3.2.3.1. Macroencuesta sobre violencia de Género.

El Instituto de la Mujer ha realizado en España varias encuestas sobre violencia de género en los años 1999, 2002 y 2006; siendo la de 1999 el primer estudio que aporta datos representativos en el ámbito estatal y de las comunidades autónomas.

Las Encuestas se han realizado mediante entrevista telefónica a una población representativa de mujeres mayores de 18 años: 20.552 en 1999; 20.652 en 2002, y más de treinta mil en 2006.

En los informes derivados de dichas encuestas se distinguía dos tipos de maltrato:
Tipo A: mujeres que no manifestaban expresamente el maltrato pero se deducía de sus respuestas.

Tipo B: mujeres que manifestaban haberlo sufrido en el último año.

En la encuesta realizada en 1999, un 12,4% es considerada “técnicamente como maltratada”(tipo A), mientras que un 4,2% se clasifica como “maltratada” (tipo B). Las

consideradas técnicamente maltratadas, se identifican con el maltrato sexual y estructural; mientras que las que definen como maltratadas lo hacen en aspecto referidos al maltrato físico y psicológico.

En lo que se refiere a la situación en el año 2002, hay ligeras diferencias, la principal es la reducción del número de mujeres maltratadas, un 11,1% se considera técnicamente maltratada y un 4,0% se califica como maltratada en el último año. Esta vez, es más común el maltrato psicológico, seguido de maltrato sexual, estructural, violencia física y económica (20).

En cuanto a la cronicidad del problema, no hay diferencias entre ambas encuestas ya que en más del 70% de los casos, los malos tratos se dan desde hace más de cinco años.

En el caso de la encuesta del año 2006, los datos son ligeramente más esperanzadores, disminuye hasta un 9,6% el porcentaje de mujeres que, técnicamente, se consideran maltratadas y hasta un 3,6% las que se definen como maltratadas en el último año (20).

Posteriormente, desde la Delegación de Gobierno, se efectúa una reexplotación de la información obtenida en estas encuestas para ceñir los resultados a la violencia de género en los términos de la Ley Integral (20).

3.2.3.2. Macroencuesta sobre Violencia de Género 2011.

En el año 2011, la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género, consideró imprescindible realizar una nueva encuesta para conocer las dimensiones de este grave problema social. En esta ocasión, promovida por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

A diferencia de en las anteriores encuestas, esta vez las entrevistas han sido presenciales y en el domicilio de las mujeres encuestadas. En el cuestionario se han introducido algunos cambios y nuevos módulos de preguntas, referentes a la opinión de todas las encuestadas respecto a la violencia de género y a la existencia o no de hijos/as menores en el entorno de la violencia, así como la relación o no con la denuncia en los casos en los que las encuestadas referían haber sufrido violencia de género.

El porcentaje de mujeres entrevistadas que señala haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida es del 10,9%, el 3% afirma estar en situación de maltrato, y cerca del 8% responde que ha salido de esta situación de violencia en el último año.

Respecto a las macroencuestas anteriores, se observa un aumento importante de la proporción de mujeres que declaran haber sufrido maltrato alguna vez en la vida (21).

MONOGRAFÍA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Comparativa datos porcentuales de macroencuestas sobre Violencia de Género.

Macroencuesta V.Género	1999	2002	2006	2011
Total Mujeres	100	100	100	100
NUNCA Maltrato de género	94,9	93,8	93,7	89,1
Maltrato de género alguna vez en la vida.	5,1	6,2	6,3	10,9
Maltrato de género en el último año.	2,2	2,3	2,1	3,0
Maltrato de género alguna vez en la vida No en el último año.	2,9	3,9	4,2	7,9

Figura 3. Fuente Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (mayo 2012). Elaboración propia.

CAPITULO 4.

ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTERVENCIÓN EN EL MALTRATO.

La OMS reconoce la violencia de género como un problema prioritario de salud pública y como tal afecta a todos los profesionales de enfermería. Casi la totalidad de las mujeres que sufren violencia de género, hacen uso frecuente de los servicios sanitarios, sobre todo los servicios de Urgencias. Para muchas mujeres víctimas de violencia de género las personas que trabajan en el ámbito sanitario son la principal o incluso única figura que puede ofrecerle apoyo e información. Todos los profesionales de enfermería pueden atender a una mujer que sufre violencia de género en algún momento, por tanto, su actitud es decisiva (13).

4.1. IMPORTANCIA DEL PAPEL DEL PROFESIONAL SANITARIO EN LA IDENTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Muchas mujeres víctimas de violencia, acuden a los servicios sanitarios con lesiones graves e incluso con consecuencias fatales. Los servicios de Urgencias, pueden ser los primeros en examinar a una mujer víctima de malos tratos, pero hay que tener en cuenta que la situación de maltrato puede llevar meses o incluso años. Sin embargo la mayor parte de estas mujeres acuden a las consultas de Atención Primaria con síntomas diversos e inespecíficos, pueden estar recibiendo tratamiento sintomático, sin que su malestar se relacione con situaciones de violencia, o sin que la mujer exprese de forma clara los motivos que generan su problema de salud. Por sus características de accesibilidad, contacto directo y continuado con la población y por disponer de un equipo multidisciplinar, es en el ámbito de la Atención Primaria donde se dan las condiciones más favorables para detectar a las mujeres víctimas de violencia de género (13).

El reconocimiento del maltrato por parte de la propia mujer es un proceso lento y difícil. No es lo mismo vivir en una situación de maltrato que tener conciencia de ser maltratada. En general, los casos de maltrato declarado y vivido son inferiores a las situaciones de violencia manifestadas en las encuestas y a los detectados por los profesionales (18).

El principal objetivo para el profesional de Enfermería, es derribar las dificultades que impiden a la mujer salir de esa situación, ofreciendo información sobre lo que le está sucediendo y sobre las alternativas y recursos existentes. Tenemos que ser conscientes de que dejar una relación de violencia es un proceso que puede llevar mucho tiempo, incluso años, y que puede no llegarse a conseguir nunca (4).

4.2. DIFICULTADES PARA LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

La detección de la situación de violencia, significa el primer paso para la identificación del problema. No obstante nos encontramos con varias dificultades para identificar los casos de violencia desde los servicios sanitarios, tanto por parte de la mujer como del profesional (13).

Factores que dificultan la identificación de la Violencia de Género.

FACTORES RELACIONADOS CON LA MUJER.
<ul style="list-style-type: none">• Miedo. Amenazas hacia ella, familia e hijos por parte del agresor.• Vergüenza. Pensar que es la única que lo sufre.• Culpabilización. Creer que es la responsable del abuso, que merece el maltrato.• Resistencia a reconocer lo que esta pasando.• Desconfianza en el personal sanitario.• Minimización. No ser consciente de la gravedad de la situación, no creer que las lesiones son lo suficientemente graves.• Querer proteger a su pareja por ser el principal sustento emocional y económico de la familia.
FACTORES RELACIONADOS CON LOS PROFESIONALES.
<ul style="list-style-type: none">• El propio proceso de la socialización, participando de los mismos prejuicios que minimizan la violencia de género.• No considerar la violencia de género como un problema de salud.• Experiencias personales con respecto a la violencia.• Doble victimización de la mujer. No comprender la actitud de la mujer contra el maltrato.• Miedo a ofender a la mujer o por la propia seguridad de la mujer.• Intento de racionalización de la conducta del agresor, puesto que puede ser conocido por el profesional, incluso su paciente.• Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones
FACTORES EN EL CONTEXTO DE LA CONSULTA.
<ul style="list-style-type: none">• Falta de intimidad y de privacidad. En ocasiones el agresor puede estar presente.• Dificultades con el idioma.• Escasez de tiempo disponible.

Figura 4. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. (13). Elaboración propia.

Hay varios aspectos que se deben tener en cuenta en el abordaje de la violencia de género que no se deben olvidar (6):

- El impacto emocional es enorme debido al vínculo amoroso que une a la víctima con el agresor.
- Este tipo de violencia, puede pasar desapercibida para el entorno de la mujer, incluso para ella misma.
- Tanto la víctima como el agresor, tienden a esconder los malos tratos.
- No son hechos aislados, sino el resultado de una estrategia para conseguir el control.
- De una u otra forma siempre afecta a otras personas que integran la familia, principalmente a los hijos.

4.3. DETECCIÓN PRECOZ E INDICADORES DE SOSPECHA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Puesto que no existen perfiles definidos que puedan indicar con fiabilidad quién es una probable víctima de violencia de género, la OMS recomienda el uso de la técnica del tamizado universal a todas las mujeres, que consiste en la inclusión de preguntas acerca de la existencia del maltrato durante el transcurso de la entrevista clínica (13).

La detección sistemática del maltrato se debe realizar a todas las mujeres como ante cualquier otro problema de salud; al abrir la historia clínica de la mujer, como cualquier otra actividad preventiva a realizar, cuando se inicie un embarazo o cuando aparezcan indicadores de sospecha en su historia clínica. Puede ser realizada por cualquier miembro del equipo socio sanitario; médico, personal de enfermería, matrona o trabajador social, a través de preguntas directas y sencillas que puedan dar lugar a exteriorizar el problema. Muchas mujeres pueden llegar a hablar del maltrato cuando se les pregunta de forma directa y no valorativa (13).

En cuanto a los niveles asistenciales, la investigación de situaciones de violencia de género se realiza fundamentalmente en los servicios que se consideran claves (6):

- Servicios de Atención Primaria.
- Servicios de Urgencias.
- Servicios de Obstetricia y Ginecología.
- Centro de Planificación Familiar.
- Servicios de Salud Mental.
- Servicios sociales de diferente índole.

INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA.

Características de las lesiones físicas.

- Retraso en la demanda de la asistencia.
- Incongruencia entre el tipo de lesión y explicación de la causa.
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara, cabeza, cara interna de brazos y muslos.
- Lesiones por defensa: cara interna del antebrazo.
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución.
- Lesiones en genitales.
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas.

Actitud de la mujer.

- Temor: se muestra evasiva, incomoda, nerviosa.
- Rasgos depresivos. Baja autoestima, sentimientos de culpa no justificados.
- Vergüenza con retraimiento e incomunicación. Evita mirar a la cara.
- Ansiedad o angustia, irritabilidad.
- Intentar ocultar sus lesiones con ropa inadecuada para la época.
- Justificar las lesiones o tratar de quitarle importancia.
- Falta de cuidado personal.
- Busca la aprobación de la pareja, si está acompañada por ella.

Actitud de la pareja.

- Solicita estar presente durante la visita. Es frecuente que el agresor acompañe a la víctima en un intento de controlarla.
- Mostrarse excesivamente preocupado o también todo lo contrario, despectivo e irónico.
- Controlan la situación y contestan a las preguntas por ella.
- Puede mostrarse hostil con ella y con el profesional.

Figura5. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos (13). Elaboración propia.

INDICADORES DE SOSPECHA ENTRE LOS ANTECEDENTES DE LA MUJER.

Antecedentes de haber sufrido malos tratos en la infancia.

- Información de familiares, amigos de la paciente o de otros profesionales o instituciones de que la mujer esta siendo víctima de violencia de genero.
- Antecedentes personales recurrentes.
- Somatizaciones frecuentes: cefalea, dolor torácico, dolor pélvico, trastornos digestivos, astenia..
- Múltiples accidentes; accidentes domésticos, caídas...

Problemas de salud mental.

- Depresión y ansiedad.
- Crisis de fobia y pánico.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Conductas adictivas(alcoholismo, tabaquismo, abuso de diversos fármacos).
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Ideas de suicidio.

Antecedentes ginecológicos.

- Ausencia de control de la fecundidad(embarazos no deseados).
- Historia de abortos de repetición.
- Falta o retraso en la vigilancia prenatal.
- Dolor pélvico crónico, infecciones de transmisión sexual de repetición, dismenorrea, anorgasmia.

Utilización de los servicios sanitarios.

- Incumplimiento de citas y tratamientos.
- Hospitalizaciones frecuentes.
- Uso inadecuado y frecuente de vías sanitarias.
- Periodos de alta frecuencia a los servicios sanitario alternados con periodos de largas ausencias.

Entorno social.

- Aislamiento tanto familiar como social.
- Dificultades laborales y alta tasa de desempleo.
- Dificultades de formación y ascenso en el trabajo.
- Dificultades en el manejo de la rabia y la agresividad.
- Ausencia de habilidades sociales.

Figura 6. Indicadores de sospecha de malos tratos entre los antecedentes de la mujer(13).

4.4. PLANES DE ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

(Extraído del protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, 2005) (13).

4.4.1. PLAN DE ACTUACIÓN EN MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Ante una mujer que acude a consulta por malos tratos o que durante la entrevista en seguimiento ante una sospecha, reconoce estar sufriendo malos tratos. Actuaciones básicas a seguir (13):

Consideraciones generales de la primera entrevista.

- Recibir a la mujer sola, asegurando la confidencialidad de la visita, intentando que se sienta cómoda y segura.
- Informar de que el maltrato es un problema que afecta a otras mujeres, para ayudar a disminuir el sentimiento de soledad y aislamiento.
- Transmitir que no es culpable y que nadie merece ser maltratada.
- Explicar que necesita ayuda.
- Recomendar que no comente esta conversación con su pareja.

Valoración integral (biopsicosocial).

Valoración física: en busca de lesiones traumáticas, describiendo localización, características, posibles mecanismos de agresión y su congruencia con lo relatado por la mujer.

Valoración psicológica: observando al estado emocional de la mujer, presencia de síntomas psicológicos como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, abuso de sustancias, ideas de suicidio...

Valoración social: mediante una exploración que incluya situación familiar, situación laboral y económica, apoyo social y estrategias personales de afrontamiento.

Valoración de la seguridad: permite determinar si la mujer se encuentra actualmente en situación de peligro para su vida o la de sus hijos. Pueden ser útiles los indicadores de valoración de peligro, teniendo en cuenta que se considera prioritario el criterio de percepción de peligro por parte de la mujer y el criterio profesional basado en la entrevista y en la valoración integral de la mujer.

Intervención.

- Informar a la mujer de la situación en la que se encuentra, ayudándola a relacionar los síntomas que presenta con la situación de violencia que vive, explicándole el funcionamiento del ciclo de la violencia, sin presionar ni culpabilizar.
- Tratar los problemas de salud detectados, tanto físicos y psíquicos, así como derivar a atención especializada si procede.
- Ofertar intervención psicológica, que se puede realizar tanto en la Unidades de Salud Mental o en el Centro de Asistencia e Información a Víctimas de Violencia de Género de Cantabria.
- Informar al pediatra si la mujer tiene hijos/as.
- Emitir el parte de lesiones, junto con el informe médico correspondiente, que serán remitidos al Juzgado de Guardia, haciendo entrega a la mujer de una copia de ambos.
- Intervención del trabajador social, cuyas actividades consistirán en:
 - Abordaje de las situaciones de riesgo psicosocial detectadas.
 - Plantear y elaborar un Plan de Seguridad y crear un escenario de protección para ella y sus hijos ante posibles situaciones de riesgo.
 - Informar y poner en contacto a la mujer con los recursos existentes en la comunidad.
- Informar a la mujer del derecho a presentar una denuncia o solicitud de protección en el Juzgado, Cuartel de la Guardia Civil o Comisaría de Policía si ella lo considera oportuno. La presentación de la denuncia no tiene por que ser inmediata, se puede ir valorando a lo largo de visitas sucesivas.
- Concertar visitas de seguimiento, con el fin de favorecer la toma de decisiones si la mujer desea iniciar cambios en su situación, prevenir nuevos episodios de violencia o valorar la situación de peligro.
- Anotar en la Historia clínica todas las actuaciones realizadas y registrar como "*Mujer víctima de malos tratos*".

4.4.2. PLAN DE ACTUACIÓN EN MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN SITUACIÓN AGUDA.

Considerando una situación aguda, aquella en la que la mujer víctima de malos tratos, precisa atención urgente por daño físico grave, riesgo autolítico o agresión sexual.

Toda mujer que acuda a un servicio de atención sanitaria en situación aguda de violencia de género, deberá ser remitida a los servicios de Urgencias del hospital de referencia, garantizando siempre el traslado de la mujer, a través del 061 o contactando con los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado para salvaguardar la integridad de la mujer. En estos casos el parte de lesiones y el informe médico se realizarán en el Servicio de Urgencias del Hospital.

Atención en caso de daño físico o psíquico grave en el servicio de Urgencias (13):

- Proporcionar intimidad y apoyo emocional a la mujer, atendiéndola en un lugar privado, fuera del alcance del agresor y asegurando su acompañamiento en todo momento durante su estancia en el servicio de Urgencias.
- Prestar la asistencia sanitaria que requiera dependiendo del tipo de lesión.
- Emitir el parte de lesiones junto con el informe médico al Juzgado de Guardia, documentos de los cuáles se entregará una copia a la mujer. Se informará de sus implicaciones y se establecen estrategias para no poner en peligro su vida ni la de sus hijos/as.
- Informar a la mujer del derecho a presentar una denuncia o solicitud de orden de protección en el Juzgado. La presentación de la denuncia no tiene por que ser inmediata.
- Si la mujer permanece ingresada en el hospital, informar al trabajador social para su valoración.
- Si la mujer es dada de alta desde el servicio de Urgencias, se realizará una valoración de su seguridad. Actuaciones en función de la toma de decisiones de la mujer:
 - Si decide irse del domicilio familiar; se activarán los recursos de la emergencia y acogida de la comunidad, con el fin de alojar a la mujer en un centro de forma inmediata.
 - Si decide volver al domicilio familiar; va a continuar en situación de peligro, las acciones a seguir serán:
 - Elaboración de un plan de seguridad y creación del escenario de protección antes de que abandone el centro.
 - Poner en marcha los mecanismos necesarios para la protección de menores (en el caso de que la víctima tenga hijos/as).
- Al ser dada de alta en el hospital, se remitirá a su Centro de Salud correspondiente para concertar visitas de seguimiento, siempre y cuando sus circunstancias se lo permitan y su seguridad no se vea comprometida por ello.

INDICADORES ÚTILES PARA VALORACIÓN DEL PELIGRO.

- Percepción por parte de la mujer de peligro para su vida o integridad física o la de sus hijos. Ante la presencia de este indicador, la situación se define como de peligro extremo.
- Lesiones graves.
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados.
- Repetición del ciclo de la violencia de forma continuada.
- Aumento de intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Agresiones sexuales repetidas.
- Amenazas con armas o uso de las mismas (existencia de armas de fuego en el domicilio).
- Amenazas o intentos de homicidio a ella o sus hijos.
- Amenazas o intentos de suicidio de la mujer.
- Amenazas o intento de suicidio del agresor.
- Malos tratos a hijos u otros miembros de la familia.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Celos extremos, control de sus actividades diarias.
- Consumo de alcohol o drogas por parte del agresor.

Figura 7. Indicadores útiles para valoración del peligro. (13).

Plan de Seguridad.

El objetivo principal de este plan es preparar a la mujer para la salida inmediata del domicilio en caso de peligro extremo. En el caso de que la víctima mantenga la convivencia con el agresor, es conveniente que tenga en cuenta ciertas pautas para reducir el peligro de posibles agresiones o cómo actuar en caso de producirse un nuevo episodio violento (6).

Debe ser expuesto a la mujer en un ambiente de tranquilidad y si es posible, en presencia de un familiar o persona de confianza que pueda reforzar la situación (13):

- Documentación: debe preparar o tener localizada, pudiendo dejar copia a alguna persona de confianza:
 - Documentos personales y de sus hijos, DNI, libro de familia, tarjetas sanitarias, permisos de conducir...
 - Documentos de la casa, títulos, recibos de alquiler o hipoteca, seguros, tarjetas de crédito, dinero en metálico.
 - Documentos relacionados con la relación de pareja y/o situación de violencia, denuncias previas, auto de medidas previas, sentencia de separación, sentencia de divorcio, orden de protección, partes de lesiones e informes médicos.
 - Números de teléfonos y direcciones útiles.
- Debe tener preparado: ropa y efectos personales, tanto de ella como de los hijos, copia de las llaves de la casa y coche, una cuenta del banco que sólo conozca ella, e ir ingresando dinero.

- Recomendaciones para la salida de la casa:
 - No hablar con la pareja de sus planes.
 - No tomar tranquilizantes para poder estar alerta si decide irse.
 - Salir cuando él no esté en casa.
 - Acudir a personas de confianza con las que había contactado previamente.
 - Interponer una denuncia si su seguridad no esta garantizada.

Escenario de protección para ella y sus hijos/as (13):

- Concertar señales con vecinos y familiares.
- Enseñar a sus hijos a conseguir ayuda y protegerse.
- No aceptar ningún tipo de comunicación con el agresor.
- Procurar no estar sola, tanto en su domicilio como fuera de el.
- Si percibe próxima una agresión, no alejarse de la puerta de salida.
- Hacer todo el ruido que pueda.
- Si el ataque es inevitable, procurar protegerse con los brazos la cabeza y la cara.

4.4.3. ACTUACIÓN CON EL AGRESOR.

Se sabe que un 23% de las víctimas de violencia de género continúa viviendo con su agresor, de ahí la necesidad de abordar la problemática de la violencia de género, no sólo mediante intervenciones con la víctima sino también con el agresor, para conseguir la erradicación de la violencia.

La aplicación en España de programas para hombres violentos es reciente. La aprobación y entrada en vigor en España de la Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de género, trae consigo sentencias que contemplan la suspensión o sustitución de las penas por programas de reeducación y tratamiento psicológico.

La intervención con los maltratadores tiene como objetivo, la reeducación de los mismos mediante el aprendizaje de una serie de habilidades y la erradicación de patrones conductuales de violencia contra las mujeres. La eficacia del tratamiento está condicionada por actitudes del maltratador como la negación de la violencia, la baja motivación para el cambio y la obligatoriedad de realizar el tratamiento (22).

Debido al retraso en la implantación de éstos programas de educación de maltratadores, existen escasos estudios publicados que evalúen la eficacia de los tratamientos (23).

Un programa pionero para rehabilitar a hombre violentos que se pone en marcha en nuestro país en el año 2005 el “Programa Galicia de reeducación de maltratadores de Género” cuyos resultados están siendo satisfactorios. En Cantabria se pone en marcha el programa “Senda” desde el año 2008 (24).

4.5. RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN CANTABRIA.

Las mujeres víctimas de violencia de género en Cantabria, disponen de una red de servicios donde se ofrece una atención integral y de acompañamiento, asesoramiento jurídico, apoyo psicológico y social, y alojamiento (13):

Centro integral de Atención e información a Víctimas de Violencia de Género. (Dirección General de la Mujer y Dirección General de Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria).

Centro de referencia de la comunidad para la atención a mujeres víctimas de violencia de género. Se accede a él a demanda de la propia mujer o desde centros y servicios sociales o sanitarios de la Comunidad Autónoma.

Centros de Emergencia y acogida. (Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria).

Dirigido a las mujeres víctimas de violencia de género, así como a sus hijos/as menores a su cargo que necesitan salir de su domicilio de forma urgente. Se activa a través de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Guardia Civil, Policía Nacional), Policía Local, del Centro de Asistencia e Información a Víctimas de Violencia de Género y de los servicios sociales y sanitarios.

Pisos tutelados. (Dirección General de la Mujer del Gobierno de Cantabria).

Se ofrece alojamiento durante un periodo de tiempo hasta que las mujeres alcancen autonomía. Se accede desde el Centro de Emergencia y acogida, el Centro de Asistencia e Información a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género y de los servicios sociales y sanitarios.

Servicio de Atención a la Familia (SAF) de la Policía Nacional y Equipo de Atención a la Mujer y al Menor (EMUME) de la Guardia Civil.

Prestan atención en relación con la seguridad de la mujer, así como de sus hijos/as, recepción de denuncias, asesoramiento en relación a violencia de género, o si la mujer lo precisa, realizan la solicitud de la presencia de un abogado de oficio tras la realización de la denuncia.

CONCLUSIONES.

Una vez revisada la documentación sobre la Violencia de Género y analizado el problema y sus consecuencias, se pone de manifiesto que ésta situación ha pasado de ser una circunstancia personal tolerada por la mayoría la sociedad a un problema público presente en la conciencia colectiva que requiere ser atendido por los servicios públicos.

Afortunadamente, hoy en día, la Violencia de Género se conceptualiza como un problema social de gran magnitud, que afecta a todos los colectivos. La problemática que genera se difunde desde todos los medios de comunicación, se combate desde todos los poderes públicos y es rechazada por la sociedad.

Por otro lado, a pesar de las diversas campañas informativas y de difusión, todavía hoy se cae en el error de etiquetar a las víctimas de Violencia de Género, generando una situación de doble victimización y creando conceptos erróneos sobre los malos tratos que se han de evitar. Se hace patente recalcar que la Violencia de Género se manifiesta en todos los ámbitos socio-económicos posibles.

No existe situación personal que justifique, en cualquier caso, la Violencia de Género y los malos tratos en general. De igual modo, no se define un perfil concreto del maltratador, sino diferentes personas que pueden utilizar diversas formas de alcanzar sus objetivos por medio de la violencia, siendo únicamente éste objetivo el de dominar y ejercer poder sobre las mujeres, que es el denominador común en todas las relaciones de Violencia de Género.

En este contexto, es evidente que el profesional de enfermería, en el ejercicio de su profesión, tiene un papel fundamental para la detección y posible resolución de los malos tratos, así como en la orientación de familiares y amistades de las víctimas. Por tanto, es necesario trabajar y mejorar la formación de los profesionales para que su intervención sea mucho más eficaz, y así conseguir un objetivo común dentro de éste ámbito, que no es otro que la erradicación de la Violencia de Género.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) OMS/OPS. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. 1998; Available at: http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf. Accessed 15/03, 2012.
- (2) Ministerio de Sanidad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del gobierno para la Violencia de Género. Instituto de la mujer. 2008; Available at: http://www.inmujer.gob.es/ss/Satellite?pagename=InstitutoMujer%2FPage%2FIMUJ_Home Accessed 15/03, 2012.
- (3) Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 1994; Available at: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument) Accessed 15/04, 2012.
- (4) Blanco Prieto P, Rúa-Jarabo Quemada C. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. 2ª ed. España: Díaz de Santos; 2005.
- (5). Ley de Cantabria 1/2004, de 1 de abril, Ley integral para la prevención de la violencia contra las mujeres y la protección de sus víctimas. 12 de abril de 2004; BOC Núm. 070.
- (6) Gobierno de Cantabria. Guía práctica de intervención en violencia de género. Cantabria: Dirección general de la mujer, Vicepresidencia del Gobierno de Cantabria; 2007.
- (7) Bosch Fiol E, Ferrer Pérez V. La violencia de género: De cuestión privada a problema social. Psychosocial Intervention. 2000; 9(1):7-19.
- (8) Adovasio JM, Soffer O, Page J, Mata Bulli A. El sexo invisible : Una nueva mirada a la historia de las mujeres. 1ª ed. Barcelona: Lumen; 2008.
- (9) Valle Muñiz JM, Morales García O, Fernández Palma R. Código penal : y leyes penales especiales. 17th ed. Navarra: Aranzadi; 2011.
- (10) Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. 29 de diciembre de 2004; BOE núm. 313.
- (11) Vives Cases C, Álvarez Dardet C, Gil González D, Torrubiano Domínguez J, Rohlfes I, Escibá Agüir V. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por la violencia del compañero íntimo en España. Gaceta sanitaria, 2009;23(05):410-4.
- (12) Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Fundación La Caixa; 2002; Available at: http://webs.uvigo.es/pmayobre/pdf/la_violencia_domestica_informe_malos_tratos_a_mujeres_en_espana.pdf Accessed 20/04, 2012.

- (13) Servicio Cántabro de Salud. Gobierno de Cantabria. Violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Cantabria: Gobierno de Cantabria. Consejería de sanidad y servicios sociales. Dirección general de salud pública; Febrero 2005.
- (14) Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. La violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gaceta sanitaria, 2006; 20(3):202-208.
- (15) OMS/OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002; Available at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf Accessed 20/04, 2012.
- (16) Azcárate Mengual MA. Trastorno de estrés postraumático. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2007.
- (17) Asensi Pérez RF. Violencia de Género, consecuencias en los hijos. Jornadas de la audiencia provincial de Alicante. Talleres informativos a víctimas de Violencia de Género; 2006.
- (18) Alberdi I, Rojas Marcos L. Violencia: Tolerancia cero. 1ª ed. Barcelona: Obra social La Caixa; 2005.
- (19) Ministerio de Sanidad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del gobierno para la Violencia de Género. Información estadística de Violencia de Género. 2011; Available at: <http://www.seigualdad.gob.es/violenciaGenero/infoEstadistica/informacionEstadistica.htm> Accessed 15/04, 2012.
- (20) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Instituto de la Mujer. 2006; Available at: <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/Spain/publication.pdf> Accessed 15/04, 2012.
- (21) Ministerio de Sanidad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. delegación del gobierno para la violencia de género. Macroencuesta de Violencia de Género. 2011. 2012; Available at: http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/OADA074D-526E-4DA5-AA8A-6F6846FEFBF7/192959/Principales_resultados_Macroencuesta_2011.pdf Accessed 30/04, 2012.
- (22) Arce R, Fariña F. Programa Galicia de reeducación para maltratadores de género. Anuario de Psicología Jurídica. 2006;16:41-64.
- (23) Arce R, Fariña F. Diseño e implementación del programa Galicia de reeducación de maltratadores: Una respuesta psicosocial a una necesidad social y penitenciaria. Intervención Psicosocial. 2010;19:153-166.

(24) Una SENDA pionera. El Diario Montañés. 2008; Available at:
<http://www.eldiariomontanes.es/20080418/local/cantabria-general/send-pionera-200804181708.html>. Accessed 28/05, 2012.