



GUÍA DIDÁCTICA

de Diagnóstico e Intervención Sanitaria
en Violencia de Género en atención primaria

**GUÍA DIDÁCTICA DE DIAGNÓSTICO
E INTERVENCIÓN SANITARIA
EN VIOLENCIA DE GÉNERO
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

PRESENTACIÓN

Atentar contra la integridad de las mujeres, independientemente del tipo de violencia utilizada, significa socavar las bases mismas de la democracia y destruir todo proyecto de futuro de nuestra sociedad.

Erradicar la violencia es, fundamentalmente, una cuestión de justicia. No cabe seguir engañándonos pensando que es un problema que sólo es real si nos afecta personalmente o de manera cercana, ya que la violencia de género es también un obstáculo para el desarrollo social.

La Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género establece en su exposición de motivos la obligación de los poderes públicos de actuar para asegurar el ejercicio de los derechos fundamentales que nuestra Constitución reconoce a la ciudadanía, destacando su vulneración por la violencia de género.

Desde el año 2002 vienen aprobándose en el Principado de Asturias diversos planes y programas en esta materia: el Plan del Principado de Asturias para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres 2002-2004, el Programa de Estrategias para avanzar en el desarrollo de las políticas de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres 2005-2007, el Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en el Principado de Asturias 2007, el Proyecto Marco de Atención Integral a Mujeres Víctimas de la Violencia de Género 2008 y el Programa del Principado de Asturias de sensibilización y prevención de la violencia de género 2008.

Más recientemente, la Ley 2/2011, de 11 de marzo, del Principado de Asturias para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género, fundamentada en la idea de que el mejor instrumento para atajar la violencia de género son las políticas públicas para la igualdad, se plantea como objetivos avanzar en el rechazo ciudadano a este fenómeno e implantar un modelo de atención a víctimas de la violencia de género conforme a lo establecido en la Ley Integral contra la Violencia de Género. En este sentido, en su artículo 11, establece la obligación de los poderes públicos asturianos de garantizar una atención ordenada, integral y coordinada a las víctimas de la violencia de género y, en su artículo 20, dicta la obligación de la Administración sanitaria de desarrollar actuaciones de detección de la violencia de género y atención y apoyo a sus víctimas, garantizando la formación del personal.

El trabajo desarrollado en todo este tiempo ha puesto de relieve la necesidad de abordar la formación de los y las profesionales de modo que puedan identificar y abordar mejor las situaciones de violencia de género.

Profesionales de la medicina, psicología, enfermería y trabajo social aportaron sus conocimientos, su tiempo y su compromiso a la elaboración de esta Guía. A todos y todas las profesionales, nuestro reconocimiento por su labor de apoyo a la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género.

El documento, sus anexos y soporte informático que lo completa, orienta sus objetivos a la formación de profesionales en este campo, destacando el papel primordial de la consulta en Atención Primaria y de la acción multidisciplinar. Esta guía se estructura en dos partes bien definidas: científica técnica y orientación práctica (talleres “a propósito de un caso”), todo ello expuesto con claridad y rigor.

Esperamos que esta publicación le sea de utilidad para mejorar su práctica profesional y aprovechamos la oportunidad de tener un espacio en esta guía para reiterar lo dicho por Marcela Lagarde: “Cada mujer tiene el derecho autoproclamado a tener derechos, recursos y condiciones para desarrollarse y vivir en democracia. Cada mujer tiene el derecho a vivir en libertad y a gozar de la vida”.

Elena Arias Menéndez

Directora-Gerente del Servicio de Salud
del Principado de Asturias

María Fernández Campomanes

Directora del Instituto Asturiano de la Mujer

GUÍA DIDÁCTICA

Grupo de redacción

Yoana Magdalena Benavente. Psicóloga y Coordinadora de la Red Regional de las Casas de Acogida del Principado de Asturias.

Purificación Rodríguez Suárez. Psicóloga de la Red Regional de las Casas de Acogida del Principado de Asturias.

Grupo coordinador

Elvira Muslera Canclini. Coordinadora de la Unidad de Análisis y Programas.

Marta González Sánchez. Unidad de Análisis y Programas.

Grupo Revisor

Sara González Alonso. Médica de Familia.

Carmela Blanco Concha. Médica de Urgencias.

María del Carmen González Carreño. Enfermera de Atención Primaria.

Jesús Vicente García González. Técnico de Salud.

María Rosa Trapiella Fernández. Enfermera de Atención Primaria.

María Aurora Suárez Reguera. Médica de Familia.

Diego Pidal Meana. Médico de Urgencias.

María E. Cerrato Rodríguez. Médica de Familia.

Manuel Ángel Menéndez Piquero. Médico de Familia.

M^a Luisa Junquera Llana. Dermatóloga.

Elena Badallo León. Trabajadora Social.

Henar Suárez Álvarez. Trabajadora Social.

Mar Cuesta Rodríguez. Enfermera de Atención Especializada.

Luz M^a Loredo Vilches. Enfermera de Atención Especializada.

Belén Cuesta Castro. Médica de Familia.

Nieves Aleida Losa Izquierdo. Médica de Familia.

Rocío Fernández Rodríguez. Médica de Urgencias.

Soledad Pérez Vidal. Médica de Familia.

María José Fernández Vázquez. Médica de Urgencias.

Revisor externo

José Luis Gómez González. Psicólogo.

Promueve

Instituto Asturiano de la Mujer.

Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Distribuye

Unidad de Análisis y Programas.

ISBN 978-84-694-3525-0

MATERIAL AUDIOVISUAL

Grupo de redacción

Mari Cruz Gutiérrez Diez. Enfermera-Área VI.
María Antonia López Hernández. Enfermera-Área VI.
Dolores Montes Álvarez. Médica de Familia-Área VI.
Julia Villazón González. Trabajadora Social-Área VI.

Grupo de trabajo

Belén Cuesta Castro. Médica de Familia-Área V.
Sara González Alonso. Médica de Familia-Área I.
Joaquín Cuetos. Médico de Familia-Área IV.
Aurora Suárez Reguera. Médica de Familia-Área IV.
Nieves Aleida Losa Izquierdo. Médica de Familia-Área V.
Soledad Pérez Vidal. Médica de Familia-Área III.
Ana María Fernández Ceñal. Médica de Familia-Área III.
Diego Pidal Meana. Médica de Urgencias-Área V.

Grupo coordinador

Elvira Muslera Canclini. Coordinadora de la Unidad de Análisis y Programas. Subdirección de Gestión Clínica y Calidad. SESPA.
Marta González Sánchez. Técnica de enfermería de la Unidad de Análisis y Programas. Subdirección de Gestión Clínica y Calidad. SESPA.

Realización audiovisual

Dolphin audiovisual & multimedia

Promueve

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Edita

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Realización

Unidad de Análisis y Programas. Subdirección de Gestión Clínica y Calidad. SESPA.

ISAN 0000-0002-8CAD-0000-Q-0000-0000-X



ÍNDICE

OBJETIVOS DE LA GUÍA	11
METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA	11
CÓMO UTILIZAR LA GUÍA	12
REVISIÓN TEÓRICA	13
INTRODUCCIÓN	15
DEFINICIÓN DE VIOLENCIA, TIPOS DE VIOLENCIA Y GÉNERO	17
LA MAGNITUD DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	19
LA GRAVEDAD DE LA VIOLENCIA: CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES	21
CONSIDERACIONES PREVIAS: FUNDAMENTOS PARA LA ATENCIÓN	24
CAUSAS QUE PROVOCAN LA VIOLENCIA DE GÉNERO	26
“¿POR QUÉ LAS MUJERES PERMANECEN EN LA RELACIÓN VIOLENTA?”	27
PRIMER MODELO: El ciclo de la violencia	28
SEGUNDO MODELO: El modelo de la persuasión coercitiva	29
TERCER MODELO: Los procesos de cambio	30
DETECCIÓN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA	32
LOS Y LAS PROFESIONALES FRENTE AL MALTRATO	35
ANEXO I	39
ANEXO II	41
ANEXO III	44
ANEXO IV	47
TALLERES DIDÁCTICOS	51
TALLER 1: El caso de María. Maltrato en una mujer de especial vulnerabilidad	53
TALLER 2: El caso de M ^a Antonia. Maltrato a una mujer mayor	65
TALLER 3: El caso de Pilar. Maltrato en una mujer joven	77
TALLER 4: El caso de Laura. Maltrato en una mujer adulta	85
BIBLIOGRAFÍA. Material de consulta	97

OBJETIVOS DE LA GUÍA

El objetivo de esta guía es formar al personal sanitario para que realice una adecuada atención a las mujeres que sufren violencia. Para ello se pretende que las y los profesionales adquieran unos conocimientos teóricos y unas habilidades que faciliten el diagnóstico y la intervención en estas situaciones.

La adquisición de habilidades en las consultas para el manejo del problema de la violencia de género es un proceso lento y debe considerarse como un aprendizaje continuo. La aplicación de los nuevos conocimientos, ligados a la incorporación de herramientas de intervención, trabajo multidisciplinar y adecuado uso de los recursos existentes, producirán a medio plazo una mejora en la atención integral a las mujeres que sufren violencia.

METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

La elaboración de la guía se realizó en varias etapas y contó con la participación de numerosas personas de diferentes perfiles profesionales.

En la primera etapa se seleccionó un grupo de 12 profesionales de la atención primaria –de medicina, enfermería y trabajo social (grupo de trabajo y grupo de redacción)– con el fin de que aportaran casos clínicos de su experiencia profesional en los que se hubiese identificado claramente una situación de maltrato. De todos los casos presentados y discutidos en el grupo se seleccionaron aquellos que resultaban más completos o significativos para la comprensión de determinados aspectos relacionados con la violencia de género. Y, finalmente, un grupo reducido de seis personas (grupo de redacción y grupo coordinador) adaptó los casos clínicos para convertirlos en las historias de cuatro mujeres, creó las escenas y redactó los guiones del audiovisual que acompaña a esta guía.

Con todo este material, se mantuvieron varias reuniones con la empresa productora de los vídeos hasta conseguir dar vida a las historias de María, Laura, Pilar y María Antonia, tal y como se presentan en el DVD de esta guía.

La elaboración de la parte teórica y los talleres didácticos estuvieron a cargo de las psicólogas de la Red de Casas de Acogida del Principado de Asturias y de las coordinadoras de la edición de la Unidad de Análisis y Programas del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El proceso de evaluación de la guía se realizó en dos etapas, la primera mediante un curso de formación para formadores en el que se experimentaron una serie de unidades didácticas con sus correspondientes dinámicas. De ellas se escogieron las que se consideraron más sencillas de reproducir.

La segunda parte de la evaluación se realizó utilizando una adaptación del Instrumento AGREE para la Evaluación de Protocolos y Guías de Práctica Clínica. Todas las personas que habían participado en el curso de formación para formadores y las personas responsables de violencia de cada área sanitaria recibieron una copia de la guía y los vídeos y un cuestionario AGREE adaptado para realizar la correspondiente evaluación. Al final del proceso, se incorporaron todas las recomendaciones propuestas.

CÓMO UTILIZAR LA GUÍA

La Guía Didáctica de Diagnóstico e Intervención Sanitaria en Violencia de Género en Atención Primaria está dividida en dos partes. La primera corresponde a una breve revisión teórica de los conocimientos fundamentales en relación con la violencia de género: definiciones y tipos de violencia, la epidemiología, las consecuencias para la salud de las mujeres y los modelos que explican la permanencia de las mujeres en una relación violenta que las daña. La segunda parte corresponde a los cuatro talleres didácticos: el caso de María, maltrato en una mujer de especial vulnerabilidad; el caso de María Antonia, maltrato en una mujer mayor; el caso de Pilar, maltrato en una mujer joven; y el caso de Laura, maltrato en una mujer de mediana edad.

En cada taller se tratan diferentes aspectos, todos ellos relacionados con el diagnóstico y la intervención en mujeres que sufren violencia. Para facilitar la explicación y comprensión de los temas se han dividido los talleres en unidades didácticas y se han elaborado diferentes dinámicas que combinan la utilización de los materiales audiovisuales con los trabajos en grupo e individuales.

En cada unidad didáctica se detallan los materiales de apoyo que están a disposición del o de la docente, tanto en lo que se refiere a material bibliográfico como a diapositivas para las exposiciones teóricas. Estos materiales se encuentran en ficheros rotulados con la numeración de cada taller y unidad didáctica en el CD adjunto a esta guía.

REVISIÓN TEÓRICA

INTRODUCCIÓN

“Lo que no se valora, no se respeta”

Pilar López Díez

En Viena, en el año 1993, la ONU reconoció los derechos de las mujeres como derechos humanos y declaró como VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS la violencia contra las mujeres.

Se define como violencia contra las mujeres cualquier acto que suponga el uso de la fuerza o la coacción con intención de promover o perpetuar relaciones de poder y sumisión entre hombres y mujeres. A partir de la Conferencia de Beijing de la ONU en 1995, el fenómeno de la violencia de género ha sido reconocido internacionalmente como problema social. De igual manera, ha adquirido una definición clara en el contexto de los derechos humanos y de la igualdad entre hombres y mujeres.

La Declaración de Naciones Unidas (1993) la define como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada”.

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró que la violencia de género era una prioridad de salud pública en todo el mundo y propuso a los Estados que evaluaran la magnitud del problema, sus consecuencias para la salud de las mujeres y su entorno y, se estudiaran formas de prevención y atención.

La situación existente en nuestro país es equiparable al resto de países europeos, pudiendo afirmarse que se trata de la violación de los derechos humanos más extendida, invisible e impune. Dada la gravedad del problema, un informe de la OMS (Krug *et al.*, 2003) publicado en octubre de 2003 señala que uno de los retos de los sistemas sanitarios del siglo XXI son las secuelas y fallecimientos por violencia.

La OMS reconoce que las cifras de muertes y de abusos a mujeres, por el mero hecho de ser mujeres, sólo son la punta del iceberg. Por ello, dado que la violencia no es intrínseca a la condición humana y se puede prevenir, indica la necesidad de elaborar planes de intervención y tratamiento.

Según la Macroencuesta del Instituto de la Mujer (2006), en nuestro país, varios miles de mujeres han sufrido algún tipo de abuso o violencia a lo largo de su vida. A través de esta encuesta se extraen las siguientes conclusiones:

- El maltrato no es esporádico: el 70% de las víctimas llevan soportando esa situación una media de 5 años.
- Sólo una tercera parte de las mujeres maltratadas reconocen el maltrato, aunque admiten que su pareja las insulta, amenaza, empuja y controla.
- Las mujeres que sufren violencia presentan una serie de síntomas (dolores de cabeza permanentemente, cuadros de ansiedad, insomnio, dolores de espalda o articulaciones) con mayor frecuencia que el resto de la población femenina.
- En más de la mitad de los casos el agresor es la pareja.

Desde el año 2002, en el Principado de Asturias se han aprobado diversos planes y programas que incluyen un conjunto extenso de actuaciones: el Plan del Principado de Asturias para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres 2002-2003, el Programa de estrategias para avanzar en el desarrollo de las políticas de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres 2005-2007, y el Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género en el Principado de Asturias 2007.

La Ley 2/2011 de 11 de marzo del Principado de Asturias para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género, en su artículo 10, señala que la Administración del Principado de Asturias desarrollará actuaciones para la prevención de la violencia contra las mujeres y el rechazo ciudadano hacia este fenómeno. Asimismo, proporcionará el apoyo preciso a las víctimas de la violencia de género para su recuperación integral, haciendo efectivos los derechos a la información, la asistencia social integral y la asistencia jurídica conforme a lo establecido en la Ley 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

La Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud incluye entre los mismos la detección y atención a la violencia de género. Los servicios sanitarios son, a menudo, los primeros en identificar que una mujer está sufriendo violencia. Aunque su principal misión sea la atención a la salud de las que viven situaciones de violencia de género, *este carácter de puerta de entrada supone el inicio de un proceso de recuperación que sólo será posible con una estrategia integrada de actuación de todos los estamentos implicados.*

Los y las profesionales de la salud deben conocer que la violencia hacia las mujeres es un problema de salud pública que afecta a la salud física y psíquica y que tiene consecuencias sobre quien la sufre, sus hijos e hijas, sus familiares y personas cercanas, y de forma indirecta sobre el conjunto de la sociedad.

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA, TIPOS DE VIOLENCIA Y GÉNERO

“Cada mujer tiene el derecho autoproclamado a tener derechos, recursos y condiciones para desarrollarse y vivir en democracia. Cada mujer tiene el derecho a vivir en libertad y a gozar de la vida”

Marcela Lagarde

La definición de violencia, según el informe de la OMS del año 2003, hace referencia al “uso deliberado de fuerza física o poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo u otro grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, daño, muerte, trastornos psicológicos, trastornos en el desarrollo, o privaciones”.

Esta definición contempla dos aspectos fundamentales: el uso intencional de la fuerza y del poder, ampliando la naturaleza del acto de violencia así como su comprensión convencional para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de dominación, que incluye amenazas e intimidación (Krug *et al.*, 2003).

El concepto *género* se refiere a la gama de roles, relaciones, características de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder relativo e influencia, socialmente construidos, que la sociedad asigna a cada sexo de manera diferenciada. Mientras el sexo biológico está determinado por características genéticas y anatómicas, el género es una identidad adquirida y aprendida culturalmente.

Al hablar de violencia contra las mujeres la denominamos *violencia de género* para señalar la importancia que en ella tiene la cultura, para dejar claro que esta forma de violencia es una construcción social, no una derivación espontánea de la naturaleza. En este concepto se incluyen todas las formas de maltrato psicológico, de abuso personal, de explotación sexual y de agresión física a las que se ven sometidas las mujeres por su condición de mujeres. La razón de ser de lo que llamamos violencia de género es la necesidad de los hombres de controlar a las mujeres en el sistema social que conocemos como patriarcado.

Las definiciones de violencia deben ser útiles para describir las formas de violencia con que habitualmente nos encontramos: maltrato físico, abuso emocional, incesto, violación. El reconocimiento de la existencia de estas manifestaciones violentas permitirá organizar conocimientos y prácticas sociales para comprender y apoyar a las víctimas. Pero una definición de violencia no debe ser sólo descriptiva del fenómeno, sino que debe tener un valor explicativo. La violencia unida a la noción de género se basa y se ejerce por la diferencia social y subjetiva entre los sexos (Velázquez, 2006).

La variable género atraviesa y complejiza cualquier esfera de la vida y más en la de las mujeres, por lo que tendrá que ser tenida en cuenta para entender cuál es el origen de la violencia pero también para comprender por qué la mujer permanece en la relación violenta.

La violencia de género puede adoptar diferentes formas que, en general, se ejercen simultáneamente. Cualquier forma o manera de violencia se diferencia por sus actos pero no por sus consecuencias. Cualquier forma de violencia tendrá unas consecuencias físicas, psicológicas y sociales que limitarán la vida de las mujeres. Las formas más comúnmente señaladas por diferentes profesionales son las de violencia psicológica, física, sexual, económica y ambiental (Lagarde y de los Ríos, 2007). Los tipos de violencia se explican en el Anexo I.

La violencia simbólica forma parte de esta clasificación y explica la aceptación ideológica explícita e implícita de la desigualdad y jerarquía existente entre hombres y mujeres en una organización social, que mezcla lo biológico y lo social para justificar la desigualdad creada consiguiendo convencer a hombres y mujeres de que *eso es así, ha sido siempre así y debe seguir siéndolo*.

Otras categorizaciones de la violencia, como apunta Ramírez Hernández (2000), se relacionan con la idea de la invasión del espacio vital de la mujer que el agresor vulnera sistemáticamente:

- la violencia física, para definir la invasión del espacio físico de la mujer,
- la violencia sexual, donde se invaden todos los espacios y que por su severidad se la nombra en una categoría diferente,
- y la violencia emocional y verbal.

Todas estas violencias interactúan en una espiral dialéctica difícil de discernir en cada categorización una vez que se instalan los actos violentos.

Otras observaciones que resultan interesantes para investigar son lo que el psicólogo Luis Bonino (2004) refiere como micromachismos y que, recientemente, ha llamado *violencias masculinas cotidianas de baja intensidad* para referirse a los controles invisibles, prácticas de dominación suave o de bajísima intensidad, o modos larvados y negados de abusos y dominación en la vida cotidiana.

LA MAGNITUD DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

“Miedo de la mujer a la violencia del hombre y miedo del hombre a la mujer sin miedo”

Eduardo Galeano

La incidencia de la violencia de género es actualmente desconocida. Sin embargo, es posible estimar la magnitud y gravedad de la misma a través de diversas fuentes: las denuncias, los asesinatos, las atenciones sanitarias, las encuestas de salud o las de violencia.

El gráfico 1 intenta poner de manifiesto el conocimiento parcializado que se tiene de la violencia de género y de sus manifestaciones tanto en Asturias como en todo el Estado. Por ejemplo, si en Asturias se toman los datos del *Registro de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres (registro VIMPA)*, durante el 2009 fueron 638 mujeres mayores de 14 años las que demandaron atención sanitaria a causa de la violencia y estas atenciones supusieron la extensión de 671 partes/informes al Juzgado.

Si se considera la información recogida de las historias clínicas de atención primaria, se produjeron 859 episodios relacionados con situaciones de violencia en mujeres durante el mismo año.

Sin embargo, la *Encuesta de Salud para Asturias* estima que el 7% de las mujeres mayores de 16 años que residen en esta comunidad han sufrido alguna vez o sufren violencia de algún tipo. Comentarios similares pueden realizarse en relación a la información para España, como puede observarse en el gráfico antes mencionada.

GRÁFICO 1

Diversas estimaciones de la magnitud de la violencia de género

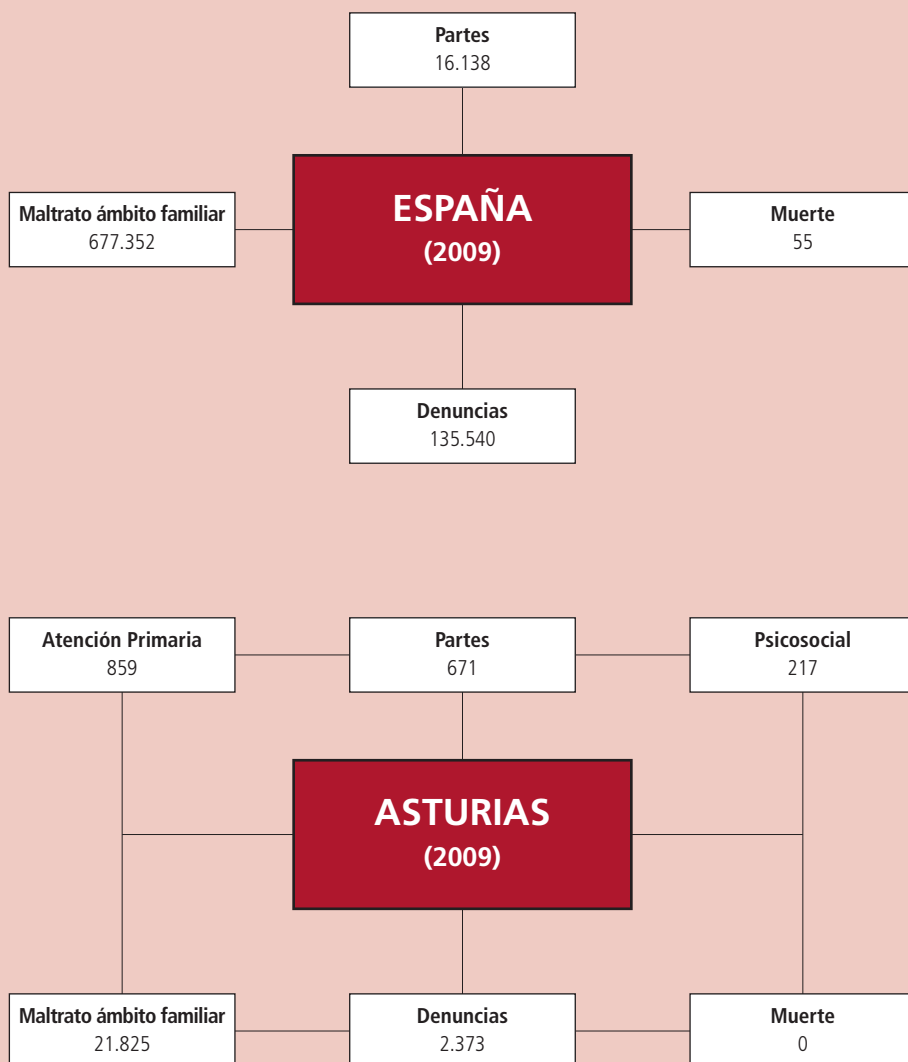


Gráfico de elaboración propia de varias fuentes de información.

LA GRAVEDAD DE LA VIOLENCIA: CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

*“¿Será que las mujeres vivimos la falta de amor como una falta o castigo personal?
Como las mujeres golpeadas que creen que «algo habrán hecho?»*

Clara Coria

La gravedad se medirá considerando las consecuencias para la salud de la mujer, lo que se estima a través de la mortalidad y la morbilidad física, psíquica y social.

Es poco frecuente la identificación de los problemas de salud relacionados con una situación de violencia en la práctica clínica habitual, entre otras causas, por la falta de formación específica de los y las profesionales y por el enfoque biologicista predominante. Esta doble vertiente produce un fuerte riesgo de medicalización del sufrimiento de las mujeres que acuden a la consulta en busca de ayuda para su malestar. Las mujeres son *tratadas* de sus dolencias físicas y psicológicas, sin abordarse las verdaderas causas de las mismas.

En la tabla 1 se describen, de forma esquemática, las posibles consecuencias para la salud de la mujer (Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2007).

TABLA 1

Consecuencias para la salud de la mujer

Consecuencias fatales

- Muerte (por homicidio, suicidio, etc.)

Consecuencias en la salud física

Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras... que pueden producir discapacidad.

- Deterioro funcional
- Síntomas físicos inespecíficos (por ejemplo cefaleas)
- Peor salud

Consecuencias en condiciones crónicas de salud

- Dolor crónico
- Síndrome del intestino irritable
- Otros trastornos gastrointestinales
- Quejas somáticas

Consecuencias en salud sexual y reproductiva

Por relaciones sexuales forzadas: pérdida de deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado...

Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer...

Consecuencias en la salud psíquica

- Depresión
- Ansiedad
- Trastornos del sueño
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Intento de suicidio
- Abuso de alcohol, drogas y psicofármacos

Consecuencias en la salud social

- Aislamiento social
- Pérdida de empleo
- Absentismo laboral
- Disminución del número de días de vida saludable

Consecuencias en la salud de hijas, hijos y convivientes

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral
- Sentimientos de amenaza
- Dificultades de aprendizaje y socialización
- Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas
- Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre o la pareja de la madre
- Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia

CONSIDERACIONES PREVIAS: FUNDAMENTOS PARA LA ATENCIÓN

“Que la humanidad pueda sobrevivir en paz o no depende de lo que queramos las personas”

Bertrand Russell

Una vez aceptadas las cuestiones conceptuales, y antes de abordar las relativas a la detección, intervención y práctica profesional, es preciso apuntar una serie de consideraciones previas que van a ayudar a justificar la importancia de la formación específica del sistema sanitario en violencia de género, desde una perspectiva de compromiso con el problema y atendiendo a las necesidades individuales de las víctimas.

En relación con el sistema sanitario

- Como dice Sara Velasco (2009), la práctica clínica es una oportunidad privilegiada para influir y observar estos determinantes de la violencia a nivel individual.
- La intervención clínica es altamente sensible a actuaciones sesgadas por estereotipos de género, en los que todos y todas estamos inmersos.
- La práctica sanitaria es una oportunidad para hacer visible la violencia.
- Las consultas de atención primaria son lugares excelentes para el diagnóstico precoz e intervención con mujeres en situación de maltrato, ya que éstas acuden con frecuencia a los servicios sanitarios y los centros de salud son especialmente accesibles.
- Dichas consultas facilitan la continuidad en la atención, el establecimiento de las relaciones de confianza y la confianza de quienes las atienden.
- Se facilita, por tanto, el proceso de acompañamiento en cuanto a la relación de ayuda, de seguimiento y de respeto a las decisiones de las mujeres.

En relación con la sociedad en cuanto al entendimiento del problema de la violencia

- La violencia de género es la expresión más dramática de una sociedad desigual donde existe un riesgo, que es ser mujer, y un mensaje que lanza el agresor, que es de control y dominio.
- La desigualdad genera violencia y la violencia perpetúa la desigualdad.
- La violencia genera enfermedad y no es la enfermedad la que genera la violencia.
- Para entenderlo hay que remontar resistencias personales que afectan también a los y las profesionales. Los aspectos ideológicos, las ideas, las creencias y los sentimientos pueden legitimar la violencia (violencia simbólica) pero también pueden ayudar a deconstruir el orden social que impera en esas ideas por otro de igualdad y de comprensión a la víctima y a su situación.
- Hay que tener en cuenta el valor de los mitos culturales con respecto a la violencia contra la mujer como elementos perturbadores del problema, resistentes al cambio e invulnerables a las pruebas racionales que los desmienten.
- Los mitos cumplen tres funciones principales:

- Culpabilizan a la mujer (provocación, el masoquismo...).
- Naturalizan la violencia (“el matrimonio es así”, “los celos son el condimento del amor”).
- Impiden a la víctima salir de la situación (la familia, el amor, la abnegación, la maternidad...).
- La mujer víctima de violencia de género sigue aún considerándose por gran parte de la sociedad culpable de lo que le ocurre.

Los mitos y estereotipos de la violencia de género se explican en el Anexo II.

En relación a la explicación de la violencia de género

- La evolución de un acto violento se enmarca en el comienzo de la relación, donde:
 - Hay unas expectativas y juicios sobre lo que ésta debe ser (rígida, con fuerte adhesión a los roles de género tradicionales).
 - Con una formación temprana de la autoridad en la pareja (sutil, para que la mujer no la perciba en un primer momento).
 - Un período de transición donde las mujeres advierten que a partir de un hecho concreto todo empezó a cambiar, con una formación más fuerte de la autoridad, dónde existen asignaciones de lo que se espera de ella y coacciones.
 - Riesgo fatal con la utilización de la violencia física.
- Este comienzo de la relación violenta marca a su vez el comienzo del Ciclo de la Violencia (Walker, 1979).
- Este proceso está marcado profundamente por emociones y cogniciones que interactúan en igual ciclo y espiral que el Ciclo de la Violencia y que hacen que la mujer no sólo no perciba lo que le ocurre sino que además surja la ambivalencia afectiva y haya cambios en sus decisiones (Frasier *et al.*, 2001; Zink *et al.*, 2004; Babcock *et al.*, 2005; Burke *et al.*, 2004).
- No todas las mujeres son iguales: en todo hecho general hay particularidades de cada mujer, condiciones concretas de existencia de cada una de ellas a las que hay que llegar para dar la respuesta más acertada.
- Resulta indispensable considerar tanto los daños visibles como lo no visibles que ocasiona la relación violenta.

La evolución del acto violento se explica en el Anexo III.

CAUSAS QUE PROVOCAN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

“La actuación de la mujer no implica una participación en el poder masculino, sino cuestionar el concepto de poder”

Carla Lonzi

Lori Heise (1997) apuntaba que la violencia contra las mujeres es un fenómeno muy complejo, profundamente arraigado en las relaciones de poder basadas en el género, la sexualidad, la propia identidad y las instituciones sociales.

Cualquier estrategia para eliminar la violencia de género debe confrontar las creencias culturales y las estructuras sociales que la perpetúan.

Las explicaciones acerca de las causas que generan la violencia son muchas pero la base de todas es aceptar que la violencia ha sido y es un instrumento de poder y dominio del fuerte frente al débil, de personas adultas frente a las criaturas, del hombre frente a la mujer a través de los tiempos.

La violencia de género es el producto de una serie de circunstancias complejas y multifactoriales, razón por la cual se ha propuesto el llamado *modelo ecológico* (Heise *et al.*, 1997), para explicar el conjunto de causas que determinan la aparición de la violencia, cuyas raíces se asientan en factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales.

- **Factores individuales:** aspectos biográficos como historias de abusos y violencia en la familia de origen, personalidad, educación, nivel económico, trastornos psicopatológicos...
- **Factores relacionales:** los conflictos en las relaciones conyugales, familiares o en el entorno próximo.
- **Factores comunitarios:** las condiciones sociales, las actitudes socioculturales, el aislamiento.
- **Factores sociales:** algunas situaciones ancladas en la tradición donde las normas y costumbres otorgan el control al hombre sobre la mujer, la aceptación de la violencia como forma de resolver los conflictos...

Estos factores no actúan separados, ni por sí solos pueden explicar la violencia: las creencias y valores de la cultura patriarcal preparan a la mujer desde la infancia para aceptar el dominio masculino, constituyen el substrato que permite la aceptación de roles –dominador/dominada– en la sociedad y están presentes como parte necesaria en la génesis de la violencia de género. En este sentido se expresa Victoria Sau (1998) cuando habla de cómo los malos tratos individuales son la manifestación particular y específica de los malos tratos estructurales.

Los factores individuales y/o relacionales por sí solos no explican la causa de la violencia. Las condiciones concretas de existencia servirán no tanto para conocer las causas sino para *llegar* mejor a la mujer en su problema, para entender su vida o para entender incluso por qué permanece en la relación violenta.

“¿POR QUÉ LAS MUJERES PERMANECEN EN LA RELACIÓN VIOLENTA?”

*“No le dolieron en la cara, sino al lado del alma,
en ese rincón que no se le puede enseñar a nadie”*

Dulce Chacón

Las explicaciones sobre por qué permanecen las mujeres en una relación violenta parten de consideraciones individuales, explicaciones que describían factores o características individuales de la mujer que la llevaban a permanecer pasivamente en dicha situación. Poco a poco han ido apareciendo modelos alternativos que, por una parte, rechazan esa pasividad femenina y por otra *desculpabilizan* a la víctima, reconociendo su esfuerzo por sobrevivir. Estas teorías recogen las nociones explicativas de disciplinas como la psicología clínica y social pero incorporan la variable de género y la explicación estructural del problema, explicación defendida a lo largo de esta guía.

Los malos tratos en la pareja han sido abordados desde los rasgos psicológicos de ambos géneros, desde estudios de socialización, modelos explicativos psicoanalíticos, sistémicos y cognitivos, sociológicos, aportaciones feministas y modelos explicativos biológicos y evolutivos.

Rhodes y Baranoff McKenzie (1998) concluyen que ninguna teoría de forma única es capaz de aportar el grado de comprensión que buscamos, conclusión a la que llegan después de una revisión sistemática de los últimos 30 años.

Andrés Montero (2009) alude a que, más que por razones económicas o por la protección de los hijos o hijas, las mujeres permanecen en las relaciones violentas por cómo interiorizan al otro –es decir, a su pareja– en un lugar de seguridad y confianza y del que no pueden sacar a los agresores por mucho daño que les hagan. La administración intermitente de ternuras y castigos y el aislamiento que esto supone hacen el resto. Hablar de la interiorización del otro es hablar del papel que tienen los sentimientos y las emociones como aspectos claves en el mantenimiento de las situaciones de violencia.

La *dimensión perversa del aguante* y la *teoría del vaciamiento* (Clara Coria, 2001) tocan aspectos claves de cómo se sienten las mujeres cuando tienen que decidir dejar la relación o incluso frenar la decisión.

El vínculo del amor fusional y dependiente ha sido y es en la sociedad que nos ha tocado vivir exacerbado y excesivamente empoderado. El mundo de las relaciones es central en las mujeres y la construcción de su identidad a través de su pareja, de su contención y abnegación, se observa en todos los casos.

Entre los diversos modelos explicativos formulados, se presentan a continuación aquellos que resumen mejor la evolución, permanencia y resistencias en una relación violenta:

- El ciclo de la violencia desarrollado por Leonor Walker (1979).
- El modelo de la persuasión coercitiva, aplicado a la violencia de género (Escudero *et al.*, 2005a, 2005b).
- El modelo sobre los procesos cognitivos en la toma de las decisiones de las mujeres víctimas de violencia (Frasier *et al.*, 2001; Zink *et al.*, 2004; Babcock *et al.*, 2005; Burke *et al.*, 2004).

PRIMER MODELO: El ciclo de la violencia

Este modelo plantea que la violencia de pareja comprende tres fases:

Acumulación de tensión: Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Las reacciones agresivas de la pareja son impredecibles. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree que puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula. La formación de la autoridad y ciertas asignaciones, aunque no sean muy explícitas al principio, comienzan a aparecer y la mujer siempre justifica, acomodándose de alguna manera a la situación, precisamente por el falso control que cree poseer de la situación.

Explosión o agresión: Se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. El grado de impacto de lo que ha ocurrido, ambivalencia en los sentimientos, llega a su punto máximo. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.

Calma o reconciliación o luna de miel: En esta fase, el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. La mujer a menudo piensa que todo cambiará (esperanza de cambio). En la medida en que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

El ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja en las que se da maltrato, pero es difícil de observar en algunos casos donde hay una situación continua de frustración y amenaza pero donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física. En esta llamada *forma moderada de violencia* serían más difíciles de detectar las fases anteriormente descritas que en las formas más severas de abuso.

En todo este proceso cíclico la mujer sufre lo que Seligman (1975) denominó *indefensión aprendida*, que permite explicar muchos de los cambios psicológicos responsables del mantenimiento de la relación violenta. Los acontecimientos violentos entremezclados con episodios de ternura y arrepentimiento actúan como estímulo aversivo administrado al azar que, a largo plazo, provocan en ella una falta de relación entre su comportamiento y las consecuencias del mismo, por lo que queda paralizada y, posteriormente, ya en intervención, la lleva a verbalizar que *no sabía que hacer*, ni a qué se debía lo que ocurría.

SEGUNDO MODELO: El modelo de la persuasión coercitiva

El segundo modelo explicativo establece que en la violencia de género se producen una serie definida de estrategias de persuasión coercitiva cuya finalidad es perpetuar el control del maltratador sobre la mujer.

El maltratador precisa de la víctima y ejerce un control continuo sobre ésta; puede ejercer la violencia, simultánea o alternativamente, a través de sus distintas formas: agresiones físicas, violaciones, amenazas o descalificaciones constantes. Estas formas de violencia son moduladas por el maltratador a través de la impredecibilidad de su aparición y por medio del aislamiento.

Este maltrato impredecible se concreta en actos violentos y amenazas, de forma que la mujer no puede prever su aparición ni el origen que las desencadena, en tanto que obedecen exclusivamente a la voluntad del agresor. Esto genera miedo y favorece la paralización de la mujer para ejercer posibles acciones frente a la violencia. Las descalificaciones, que actúan de forma indefinida junto al maltrato impredecible, y en un contexto de aislamiento de referentes externos, generan un estado de confusión de pensamientos y emociones.

Conforme el maltratador reitera los mensajes de descalificación, distorsiona la interpretación del origen de la violencia y atribuye su causa original a la propia víctima; el proceso favorece la internalización de estos mensajes, destruyendo la identidad previa de la víctima (dañando su identidad). El *lavado de cerebro o luz de gas* genera a su vez la aparición de nuevas emociones, como la culpa, la vergüenza y la soledad. Estas emociones son catalizadoras y potenciadoras del proceso que concluye en el mantenimiento y prolongación del maltrato.

Este modelo no pretende dar cuenta de las motivaciones profundas individuales del maltratador, ni del contexto cultural o social que lo promueve o silencia.

El modelo de la persuasión coercitiva se explica en el Anexo IV.

TERCER MODELO: Los procesos de cambio

Este modelo se dirige hacia el análisis del comportamiento, facilitando su categorización en las fases establecidas por el mismo. Las fases son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Es fundamental identificar la fase en la que se encuentra la víctima.

El modelo explica desde dentro hacia fuera (desde los pensamientos, emociones y sentimientos hacia las verbalizaciones de menos a más explícitas a otras personas) lo que le ocurre a la mujer.

Cada etapa del ciclo de la violencia tiene relación directa con los períodos identificados en el modelo del cambio (pero por su complejidad no son necesariamente equiparables), a la par que definen los sentimientos que describe la persuasión coercitiva, estando los tres modelos explicativos relacionados entre sí, y no siendo excluyentes, sino complementarios.

Fases

La precontemplación supone un momento en el que la mujer no reconoce la violencia como un problema, no tiene conciencia de él, no reconoce la conducta del maltratador como abusiva. Puede ver su relación de pareja como normal y no tiene intención de hacer cambios.

Ella puede reaccionar de distintas formas: negar el maltrato, defender al maltratador (“es un buen padre”), autoculpabilizarse (“si la cena hubiese estado a tiempo, no se hubiese enfadado”), culpabilizar a otras personas (“si mis amigas no vinieran tan frecuentemente, si los niños no hicieran tanto ruido...”), minimizar el problema (“esto ocurre en todas las parejas, no es para tanto...”), mostrar desesperanza (“no es necesario hablar de ello ya que no va a cambiar nada”), abandonar la relación con quien quiere ayudarle.

La contemplación es el momento en que la mujer comienza a intuir que tiene un grave problema. Comienza una fase de concienciación (aunque no se plantea seriamente las ideas de cambio). Se incrementa la información sobre sí misma y el problema. Las consecuencias psicológicas son más que evidentes en este período (ansiedad, miedo, desilusión). Ya no hay negación de la problemática ni siquiera disculpa los acontecimientos ni las actitudes de la pareja aunque todavía la mujer vive en soledad su situación.

En esta fase la mujer puede comenzar a expresar lo que le ocurre y a evidenciar cómo esto afecta al entorno (por ejemplo, a sus hijos o hijas). Además, ya no sólo se lo dice a sí misma, hace partícipe a alguien de su entorno e incluso a un o una profesional. Puede haber un planteamiento serio de cambio.

La preparación. La mujer escoge y se compromete a actuar, cree en su capacidad de cambio. Piensa en un plan. En esta fase la mayoría de las mujeres se informan sobre los recursos a su disposición, aunque un período de reconciliación o de luna de miel bien *trabajado* por su pareja puede hacer que vuelva al primer estadio, aspirando a que el hombre cambie.

La acción lleva consigo confiar los problemas a alguien en el terreno profesional y comenzar a dar pasos reales hacia el cambio: separación, búsqueda de empleo, retomar actividades pasadas y abandonadas por la vida en pareja, iniciar un proceso de recuperación personal.

El mantenimiento supone reestructurar el entorno (evitar llamadas de la pareja, no dejarse manipular por el entorno, evitar chantajes emocionales) y acentuar los cambios ya conseguidos en la fase de la acción. Se entiende que es en esta fase cuando los cambios emprendidos por lo menos se mantienen en un período de más de 6 meses.

En el tratamiento con las mujeres víctimas de violencia se asiste al proceso. Al igual que el ciclo de la violencia, anteriormente descrito, se retroalimenta, sufre evoluciones e involuciones. El *mantenimiento* es la fase ideal y donde difícilmente la mujer experimenta retrocesos en cuanto a la decisión tomada. A pesar de esto, las consecuencias a largo plazo en la salud física, psicológica y social de la mujer pueden seguir apareciendo y por tanto es preciso continuar el acompañamiento y perseguir en todo momento el restablecimiento de la salud.

DETECCIÓN Y VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA

“Los hombres denunciados y procesados son el reflejo de un permiso social, de una falsa visión del amor, de unas relaciones desiguales, que también se manifiestan en el mundo laboral, en la economía, etc.”

Rafael Soto

Ya hemos analizado la importancia de la interacción entre lo social y lo individual para llegar a las mujeres víctimas de violencia.

Las respuestas al problema parten, por tanto, de:

- Los aspectos macrosociales, de amplio alcance y que se encuentran en el conjunto de la sociedad. Creencias y valores culturales, concepción acerca del poder y de la obediencia, actitudes hacia el uso de la fuerza, los modelos violentos (medios de comunicación e impunidad de los mismos).
- Los aspectos microsociales para entender el proceso del maltrato (aspectos más vulnerables que tienen que ver con el contexto más próximo de la mujer).
- Los aspectos psicosociales de la mujer (habilidades, actitudes, valores, conductas).

Una vez que estas cuestiones se tienen presentes, la detección e intervención con mujeres víctimas de la violencia de género dependerá de:

1. Los tipos de maltrato sufrido
2. La gravedad del maltrato
3. Momento del ciclo de la violencia
4. Momento en la toma de decisión
5. La cronicidad de la situación, el tiempo que lleva sufriendo el maltrato
6. El deterioro en la salud física, psicológica y social
7. Las fortalezas o *factores protectores* de la mujer (recursos personales, red de apoyos sociales)
8. Las demandas explícitas e implícitas que motivan la consulta

De esta manera, en la detección de situaciones de violencia y en la intervención con mujeres víctimas de malos tratos es imprescindible atender a las esferas que son vulneradas precisamente en cualquier acto de violencia: la física, la psíquica y la social. Prescindir de cualquiera de ellas supondría sesgar la intervención y restar herramientas para la detección. La descripción de este proceso de atención la marca el modelo biopsicosocial, acorde con los modelos anteriormente descritos.

En este modelo se parte del concepto de salud-enfermedad como proceso en el que influyen la biología, el contexto social y la experiencia subjetiva vivida. Las tres esferas –la biológica, la social y la psíquica– se construyen en una interacción que continúa a lo largo de toda la vida. Nada de lo que le ocurre a una persona es sólo biológico, o sólo social, o sólo psíquico. En cualquier suceso, en cualquier vivencia, y también en cualquier proceso de enfermar, intervienen las tres esferas. Hay un componente biológico o constitucional prácticamente en toda enfermedad, pero también hay un componente psicosocial, biográfico, que contribuye a su aparición en un momento determinado y no en otro, y que ha impactado en la capacidad de resistencia o la vulnerabilidad de la persona. El componente subjetivo –cómo es vivida la experiencia– inscribe en la vida psíquica un significado personal de los acontecimientos, contribuyendo también a escribir la enfermedad sobre el cuerpo o influir en su curso (Velasco, 2009).

Para cualquier intervención, de igual manera, hay que contar con el conocimiento de las fortalezas de la mujer, llamados por Sara Velasco *factores protectores*. Descubrir las, aunque estén adormecidas por la violencia o directamente anuladas por la situación de maltrato, será parte de la pericia del o de la profesional para motivarlas e incorporar otras.

Cuando las mujeres acuden a los servicios de atención primaria con quejas y síntomas anímicos y somáticos sin causa orgánica, podemos decir que hacen una demanda explícita sobre sus síntomas y una demanda implícita, o no manifestada, sobre su malestar, que en el caso de la violencia de género es la propia situación de maltrato.

El personal de salud, si parte de una formación biologicista, escucha la demanda referida a síntomas, a lo que es expresión orgánica o funcional corporal. Desde esta perspectiva se utilizan las herramientas diagnósticas y terapéuticas que llevan aparejada la medicalización y las derivaciones a distintos especialistas.

Si se diagnostica una enfermedad orgánica, las intervenciones realizadas conducirán a la resolución de la demanda. Las personas conocen que las quejas mejor aceptadas son las que tienen que ver con lo somático. Sin embargo, la demanda no resuelta vuelve, y lo hace utilizando las vías y caminos a su alcance.

Incluir los factores psicosociales, hacer una escucha de lo implícito, aporta otras herramientas para una atención integral, donde la persona es considerada como sujeto, toma conciencia de su padecimiento y participa activamente, pudiendo iniciar su proceso de mejora desde la autonomía y la responsabilidad, acompañada por el personal de salud. El objetivo común será que la mujer pueda, en la medida de sus posibilidades, afrontar y modificar la causa de su malestar, y no fomentar dinámicas de *ir y venir* (Velasco, 2006).

A continuación, la Tabla 2 presenta de forma resumida estos malestares.

TABLA 2

Posibles demandas explícitas e implícitas relacionadas con la violencia de género

Síntomas y signos

- Síntomas crónicos vagos que no encajan con un diagnóstico de enfermedad.
- Historia de depresión.
- Intentos de suicidio.
- Ingesta crónica de tranquilizantes, abuso de alcohol y otras sustancias.
- Síndrome de estrés postraumático.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Disfunciones sexuales: vaginismo, dispareunia.
- Reparos, dificultad o dolor en el examen pélvico.
- Problemas ginecológicos y obstétricos recurrentes.
- Envejecimiento prematuro.

Comportamientos

- Consultas frecuentes y reiteradas sin justificación lógica aparente.
- Retraso u olvido de citas sin justificación lógica aparente.
- Comienzo tardío de la atención prenatal.
- Falta de atención o concentración.

Actitudes

- Agresividad sin causa aparente.
- Actitud evasiva, mirada huidiza, se manifiesta confundida o temerosa.
- Actitud apresurada y atemorizada.
- Actitud ansiosa, deprimida o triste.
- Desvalorización de sí misma (se califica como torpe e incapaz).
- Mujer dependiente de su pareja, que acude con ella a la consulta, que tiene miedo, que le mira antes de hablar.

Situaciones de especial vulnerabilidad

- Embarazo.
- Aumento de dependencia: discapacidad, causas económicas, migración.
- Exclusión social.
- Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia.

LOS Y LAS PROFESIONALES FRENTE AL MALTRATO

“El anhelo de curarnos constituye la mitad de nuestra recuperación”,
Séneca

En la práctica sanitaria también se hace necesario un adecuado análisis de género para comprender de forma global este fenómeno. En función del análisis particular que se haga en torno a esta cuestión, la detección, valoración e intervención posteriores se orientarán de una forma u otra. Pasar de una postura *sensible* a otra profesional dependerá tanto de la formación que se reciba como de la adquisición de herramientas de actuación acertadas.

- En las consultas existen una serie de obstáculos que es preciso abordar a la hora de actuar con las mujeres víctimas:
 - Violencia simbólica en el medio sanitario (Valls-Llobet, 2006).
 - Falta de formación y de herramientas de abordaje.
 - Marco espacio-temporal inapropiado de las consultas.
 - Dificultades en la coordinación profesional.
- La formación ayuda a resolverlos y favorece que se den las premisas para una *buena* práctica profesional:
 - Clima de confianza (Winnicott, 1972).
 - Recibir a la mujer sola, formular preguntas claras, abiertas y directas, siempre con tacto y respeto.
 - Escucha activa, con credibilidad hacia su historia de maltrato única y personal.
 - Mensajes positivos, refuerzo de logros.
 - Acompañamiento respetuoso.

Es preciso además no olvidar que han de contemplarse los deberes éticos y legales de la práctica clínica, velando siempre por la vida de la mujer, preservando su salud, respetando su autonomía y con compromiso de confidencialidad.

Como expone Susana Velázquez: “Todos los profesionales, cualquiera que sea su especialidad, deben reconocer la violencia como un problema de salud, que requiere una capacitación específica para su reconocimiento, para la intervención adecuada y para neutralizar los efectos subjetivos que genera la asistencia a mujeres que son víctimas de violencia”.

- Se propone, por tanto, la utilización de entrevistas motivacionales como herramienta útil. En dichas entrevistas se busca:
 - Con la participación activa de la mujer, informar y clarificar.
 - Mantener una actitud empática.
 - Ayudar a aclarar ideas.

- Evitar confrontaciones infructuosas venciendo las conductas de resistencia.
- Fomentar la autoeficacia.
- Las estrategias para realizar este tipo de entrevista son:
 - Preguntas abiertas.
 - Escucha activa.
 - Recapitulación o resumen.

Es preciso intentar acordar con la víctima cómo quiere que se la ayude desde el servicio de consulta. Será precisa esta negociación atendiendo a las teorías del mantenimiento de la relación violenta expuestas en epígrafes anteriores y a las consecuencias del maltrato tanto físicas como emocionales.

“No basta ni la buena voluntad ni el espíritu de sacrificio... la mayoría de nosotros y nosotras debe recorrer un camino para poder enfrentarse a esta problemática: el sufrimiento...” (Lazzerini, 2004).

Existen dos *saberes* que se ponen en juego en el encuentro entre el o la profesional y la mujer: el técnico y el experiencial. Para que ambos puedan conjugarse es preciso establecer una relación de simetría. Es preciso huir del dogmatismo y poner la alerta en la historia concreta que llega a la consulta.

Ese espacio de consulta debe favorecer el reconocimiento de lo que pasa o pasó, y para ello es precisa una elaboración que reduzca los malestares y permita la reflexión. Winnicott (1972) nombra este espacio y lo refiere como *espacio de transición*, en el que se puede dar ese giro de malestar subjetivo y dolor a objetividad, reflexión y propuesta de acción. La labor del o de la profesional será facilitar la creación de ese espacio de transición.

Cuando Boaria (2004) responde en el libro *Dos para saber, dos para curar* a la pregunta de qué experiencias le supone la relación con una paciente –“...doy por hecho que el terapeuta tiene que tener suficiente familiaridad con su mundo interior...”– introduce un hecho fundamental en la clínica y es que el contacto con situaciones cotidianas de dolor y sufrimiento supone un impacto subjetivo. El o la profesional puede situarse entre el exceso o la evitación. La distancia óptima favorece la práctica profesional.

Bleger (1977) habla de la necesidad de actuar con un grado de disociación suficiente, entre la identificación y la distancia, que ayude a graduar el impacto emocional. Debe mantenerse un nivel de ansiedad que ayude a operar sin bloqueos. Cuando esta disociación falla aparecen problemas en la intervención:

- Alejamiento y rigidez
- Intervenciones evasivas, rápidas e irreflexivas

- Interrupciones y desviaciones
- Diagnósticos precipitados

La lástima, identificaciones personales, creencia en la propia omnipotencia, deseo de justicia, manejo inadecuado de ideologías sociales o políticas, creencias estereotipadas... derivan en una mala práctica profesional si no se atienden debidamente. Es preciso analizar las respuestas emocionales que genera el trabajo con violencia.

Otro factor que frustra a profesionales de la salud y otras áreas de atención son las deserciones de las mujeres en los procesos de acompañamiento. Un conocimiento profundo del tema, junto con el análisis propuesto en el anterior párrafo, ayudan a vencer la omnipotencia y frustración que esto genera.

“...Una verdadera capacidad de lectura relacional... La deshumanización en el campo médico no es fruto de un exceso de cientificidad, sino de un defecto. Si un médico no parte de sí, no entra personalmente en crisis con su propio rol, no alcanzará nunca el deseo de ampliar su propia experiencia utilizando la relación con el paciente...” (Molena, 2004).

El plan asistencial que se propone ha de unir observaciones y datos objetivos del saber científico pero vinculándolo estrechamente con el caso que tenemos delante.

La acción multidisciplinar de trabajo también es fundamental. La intervención de diferentes profesionales que actúan coordinadamente es de gran ayuda. Se hace preciso contar con los propios recursos internos de los Servicios de Salud, pero también con la Red asistencial de recursos del Principado de Asturias, donde se presta a las mujeres que sufren violencia información, asesoramiento, asistencia psicológica, atención psicosocial, alojamiento y protección. Existen también diferentes medidas de acceso al empleo, a la vivienda y a las ayudas sociales.

Todas las intervenciones deben quedar reflejadas en las historias clínicas de manera detallada. Las instrucciones del Protocolo Sanitario para mejorar la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género (2007) deben seguirse en caso de realizar parte de lesiones.

Existen códigos de registro específicos que han de conocerse y utilizarse.

Es muy importante que los y las profesionales implicados en la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género sepan que en torno al 80% de las mujeres asesinadas cada año por sus parejas o exparejas no habían denunciado ni puesto en conocimiento de ningún servicio público su situación.

Cuando más peligro corre la vida de una mujer víctima de la violencia de género es cuando trata de romper en solitario con el maltrato.

Por tanto, es fundamental que ellas sepan, y los y las profesionales que las atiendan también, que es vital que las víctimas de la violencia de género tomen esta decisión y aborden la ruptura de la relación acompañadas de algún servicio público (centro asesor de la mujer, fuerzas y cuerpos de seguridad, servicios sociales, sanitarios...) o de alguna organización de mujeres experta en la materia.

TIPOS DE VIOLENCIA

A lo largo de los años se han propuesto algunas categorizaciones en las definiciones de violencia para significar todos aquellos actos que tienen como resultado el daño a una persona en alguna de sus facetas o en todas ellas. Se recoge aquí una clasificación con las definiciones más significativas de los diferentes tipos de violencia:

- **Violencia física:** es la invasión del espacio físico de una persona, de manera no accidental, realizada de diferentes maneras. A través del contacto directo con el cuerpo (golpes, empujones, etc.), limitando los movimientos de la persona (encejándola, mediante lesiones que impidan el movimiento, muerte, etc.), y/o realizando actos violentos ante la persona (romper objetos, golpear objetos, maltratar animales, destruir cartas o fotos, etc.).

Las consecuencias de esta violencia son los daños físicos directamente derivados de las lesiones producidas, así como daños emocionales que se generan por la vivencia de este tipo de violencia. Además de estos daños, el padecimiento de violencia física afecta al espacio social e intelectual de la persona, reflejándose en sentimientos de vergüenza ante el entorno, agudizándose esto si las lesiones físicas son visibles, y en una distorsionada interpretación de los hechos, que en ocasiones se minimizan para poder asimilarlos.

- **Violencia psíquica:** es el tipo de violencia en la que se utilizan palabras y/o ruidos para afectar y dañar a la mujer, hacerla creer que está equivocada o hablar en falso de ella. Estos actos tienen como objetivo el menosprecio y control de la mujer mediante el daño de su estabilidad emocional. Se impone de manera directa por medio de amenazas de ejercer violencia física, humillando a través del insulto o, de forma más sutil, haciendo valer la supremacía y el poder masculino.

La violencia física y la psíquica, por lo general las más nombradas y visibles, son también las que tienen una dimensión más amplia. La violencia física engloba todas las demás y, por ejemplo, la violencia económica puede considerarse un tipo de violencia psíquica. Lo que es claro es que todas ellas tienen como finalidad el control de la mujer por parte de su pareja.

- **Violencia económica:** afecta a la subsistencia económica y se puede expresar por acción u omisión. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas y, por lo tanto, el control del desenvolvimiento social.

- Violencia sexual: aunque se considera un tipo de violencia física, merece una mención específica debido a la severidad de los actos incluidos en este tipo de maltrato. Esta violencia afecta a todas las esferas de la víctima a través de la degradación del cuerpo y su sexualidad, mediante la invasión del espacio más íntimo. Como en las anteriores, distinguimos dos formas de llevarla a cabo: la violencia sexual verbal (jactarse de tener otras mujeres, obligar a visualizar películas pornográficas, etc.) y las violaciones, es decir, forzando a la mujer a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento, con tocamientos, exhibiciones, etc.
- Violencia ambiental: se entiende por violencia ambiental cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir daño en el entorno al objeto de intimidar. Por ejemplo, dar golpes a puertas, romper cosas, destruir objetos con especial valor sentimental para la mujer, maltratar a los animales domésticos, desordenar o ensuciar a propósito.

MITOS Y ESTEREOTIPOS SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Definimos la palabra mito como una creencia formulada de tal manera que aparece como una verdad expresada de forma absoluta y poco flexible. Revisamos a continuación algunos mitos sobre el maltrato a las mujeres para intentar deshacerlos:

1°. Los mitos sobre la marginalidad

MITO 1°: Los malos tratos sólo ocurren en los países pobres.

Esta afirmación es falsa. El maltrato a las mujeres es universal y ocurre en países de todo el mundo, independientemente de su situación económica, social o religiosa. Es muestra de esta universalidad el hecho de que diferentes organismos internacionales hayan pasado a considerar la violencia hacia las mujeres como un problema social de primera magnitud y por tanto una prioridad en sus actuaciones.

MITO 2°: Los malos tratos sólo ocurren en familias con pocos recursos económicos, de bajo nivel cultural, problemáticas, de inmigrantes, en parejas de hecho, etc.

Esta afirmación es falsa. Los datos sobre violencia de género insisten en la idea de que este problema social no tiene límites ni fronteras, y que tanto la agredida como el maltratador pertenecen o pueden pertenecer a cualquier clase social, nivel educativo y grupo de ocupación o país.

2°. Los mitos sobre los maltratadores

MITO 1°: Las mujeres maltratan igual que los hombres y, por tanto, los hombres maltratados por las mujeres constituyen un problema tan grave como el de las mujeres maltratadas.

Esta afirmación es falsa. El maltrato surge fundamentalmente como fruto de una relación desigual y en el marco de la familia patriarcal, de ahí que la mayoría de las personas maltratadas sean mujeres.

MITO 2°: Los hombres que maltratan a las mujeres son enfermos mentales en un porcentaje muy amplio de los casos.

Esta afirmación es falsa. Desde un punto de vista clínico, el porcentaje de hombres violentos con sus parejas que han sido diagnosticados de alguna enfermedad es mínimo. Dentro de ese pequeño porcentaje, las enfermedades más frecuentes, según los datos disponibles, son los trastornos depresivos y de la personalidad. Sin embargo, es importante tener en cuenta que sólo en muy pocos casos los maltratadores tienen una imposibilidad real de controlar su propio comportamiento. El comportamiento violento suele ser una elección voluntaria y la violencia suele ser selectiva. En este sentido, es frecuente que un maltratador justifique su comportamiento buscando factores causales externos (el comportamiento de las mujeres, el estrés, etc.). Además, en un alto porcentaje presentan incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus actos y tienen expectativas irreales sobre ellos mismos y su conducta.

MITO 3°: Los hombres que maltratan a las mujeres son alcohólicos o están bajo los efectos de otras drogas.

Esta afirmación es falsa. El alcohol y las drogas no hacen que las personas no violentas se vuelvan violentas. Pueden actuar como desencadenantes, pero no son la causa. Ni todos los alcohólicos son violentos ni todos los violentos son alcohólicos:

- La mayoría de los hombres con problemas de drogas o alcohol no maltratan a sus mujeres.
- Un número importante de maltratadores no presenta consumo excesivo de alcohol ni de drogas.
- Los agresores que abusan de drogas o alcohol agreden tanto sobrios como bajo los efectos de tales drogas.
- Los agresores que abusan de drogas o alcohol cuando beben o consumen drogas frecuentemente dirigen selectivamente sus ataques violentos exclusivamente contra su pareja y sus hijos o hijas, pero no contra otras personas.

MITO 4°: Los malos tratos ocurren debido a los celos.

Esta afirmación es falsa. Los celos son una técnica más que los maltratadores usan para controlar el comportamiento de las mujeres y sus relaciones sociales. Son indicador del deseo de posesión. Los celos y las actitudes posesivas de los maltratadores están relacionadas con los intentos de manipular el comportamiento de los demás y denotan la dependencia e inseguridad que suelen darse frecuentemente entre los maltratadores.

3°. Los mitos sobre la responsabilidad de las mujeres

MITO 1°: Las mujeres con unas ciertas características tienen más probabilidades de ser maltratadas.

Esta afirmación es falsa. Establecer una tipología de las mujeres que pueden ser maltratadas puede ser entendido como una justificación del maltrato. Se puede llegar a la conclusión de que el marcador de riesgo individual más potente para llegar a ser víctima de malos tratos es ser mujer, ya que cualquier mujer puede sufrir maltrato independientemente de su nacionalidad, grupo social, raza, nivel educativo, etc.

MITO 2°: Si las mujeres maltratadas no abandonan la relación, será quizá porque les gusta (mito del masoquismo).

Esta afirmación es falsa. Las mujeres víctimas de violencia de género tienen miedo, tienen sentimientos de indefensión, de vergüenza, se sienten solas y desesperadas, aspectos todos ellos que denotan el dolor y el sufrimiento que les produce la situación en la que viven. La falsa creencia de pasividad de las mujeres ante los malos tratos activa estereotipos y actitudes erróneas, como atribuir a la víctima la responsabilidad del maltrato o su prolongación en el tiempo. Diferentes teorías psicológicas explican este comportamiento.

EVOLUCIÓN DE UN ACTO VIOLENTO

(BASADO EN RAMÍREZ HERNÁNDEZ, 2000)

Casi ningún hombre inicia la relación con su pareja con la intención de ser violento con ellas. Sin embargo, el proceso de formación de la autoridad es muy complejo y empieza desde muy temprano en la vida del varón. Desde que nace es educado o preparado para vivir el papel social de la masculinidad y las expectativas al respecto son muy específicas, de ahí que pretenda que sus relaciones las satisfagan.

Primeros momentos de la relación de pareja

El hombre inicia la relación convencido de que lo aprendido a lo largo de su vida respecto a las mujeres y las relaciones de pareja le da las pautas adecuadas para desempeñar el papel que le corresponde. De este modo, las estrategias de control y de dominio emocional se anticipan a la violencia física, para moldear a *su mujer* conforme a *su voluntad*.

Para él es importante que ella acepte ser *suya* porque de este modo reafirma su masculinidad ante sí mismo y ante la sociedad.

Cuando comienza la relación, el hombre espera que la mujer cambie y se comporte como alguien que debe rendirle cuentas. Así se empiezan a establecer tres tipos de parámetros:

1. El hombre es quien decide lo que ella puede o debe hacer, porque ella le pertenece. Ella tiene responsabilidad con él, pero él no la tiene con ella.
2. Él puede manipularla con actitudes y amenazas sutiles que la afectan emocionalmente.
3. Ella tiene que renunciar a su forma individual de actuar para aceptar la que él le imponga.

Estas son las claves para dominar, y el control es la clave para demostrarse a sí mismo y a su pareja que él es la autoridad.

La transición

La relación llega a un punto en que tiene que avanzar de acuerdo con las normas sociales: ratifican el vínculo o se separan. La presión para ambos es muy grande, pues se espera que lleguen a *la madurez* al formar un nuevo proyecto de vida en pareja. El matrimonio, el embarazo o la convivencia suponen una enorme transición de la relación. Generalmente, durante los primeros meses o años, el hombre no suele ejercer violencia física o verbal hacia su pareja. Sin embargo, esta flexibilidad inicial es una ilusión porque generalmente la mujer ha tenido que aceptar las imposiciones más o menos sutiles del hombre. En poco tiempo, la dinámica se ha establecido y él asume una total autoridad en el hogar.

Control y dominio

En nuestra sociedad, un hombre tiene dominio, mando y poder al comprobar, inspeccionar, fiscalizar e intervenir para regular las acciones o conductas de otras personas y de él mismo. Ese control está compuesto de los siguientes elementos:

- a) Las asignaciones del hombre hacia la mujer, o sea, el concepto de las tareas y responsabilidades que el hombre espera de ella.
- b) Hacer saber a su mujer lo que él espera de ella, mediante expresiones directas (diciéndole lo que quiere que haga) o indirectas (comparándola con otras mujeres).
- c) Coaccionar a la mujer mediante el uso de la violencia.

La autoridad

La autoridad del maltratador se fundamenta en la capacidad de controlar a la pareja. El hombre alcanza esta situación deshumanizando a su pareja al negarle la autonomía y la libertad.

Otro aspecto de control del maltratador es su pretensión de que la mujer llene su vacío emocional y existencial. Las emociones son los *reguladores ecológicos*, de modo que el hombre utilizaría las emociones de la mujer para mantener su equilibrio. Por eso las mujeres corren mayor peligro cuando deciden separarse del hombre, porque no es sólo la autoridad del maltratador lo que está en juego, sino su propia supervivencia.

Los servicios

Una vez establecido quién detenta la autoridad, debe garantizarse la obtención de beneficios de esa posición a través de los servicios ofrecidos por su pareja. Los servicios son actos que la mujer realiza para satisfacer las asignaciones que el hombre le impone; además, son una forma de comprobar su autoridad, pues la ejecución de sus órdenes refuerza su creencia de superioridad.

El riesgo fatal

Cuando la mujer se niega a darle los servicios deseados, el hombre siente que pierde su posición de autoridad y sus reguladores ecológicos. En el momento en el que no puede mostrar su superioridad, pierde su identidad. Con todas estas señales, el hombre puede detenerse y tomar la decisión de no ser violento o reafirmar su superioridad, controlando y dominando a la mujer mediante la violencia física.

La decisión de utilizar la violencia física

La mayoría de los hombres no reconoce haber tomado la decisión de ser violentos. Este privilegio emana del sistema patriarcal en el que su posición como hombre le permite pensar que realmente no tomó esta decisión. Una vez que utiliza la violencia, ve en ella una forma rápida de satisfacer su voluntad y solo se detiene cuando ha obtenido lo que quería: imponerse como autoridad. Así inicia nuevamente el ciclo de la violencia.

RESUMEN DEL MODELO DE LA PERSUASIÓN COERCITIVA (BASADO EN LOS ARTÍCULOS DE ESCUDERO *ET AL.*, 2005)

El segundo modelo explicativo establece que en la violencia de género se produce una serie definida de estrategias de persuasión coercitiva cuya finalidad es perpetuar el control del maltratador sobre la mujer.

El maltratador precisa de la víctima y ejerce un control continuo sobre ésta; puede ejercer la violencia, simultánea o alternativamente, a través de sus distintas formas: agresiones físicas, violaciones de la pareja, amenazas o descalificaciones constantes. Estas formas de violencia son moduladas por el maltratador a través de la impredecibilidad de su aparición y por medio del aislamiento.

Este maltrato impredecible se concreta en actos violentos y amenazas, de forma que la mujer no puede prever su aparición ni el origen que las desencadena, en tanto que obedecen exclusivamente a las necesidades del agresor. Esto genera miedo y favorece la paralización de la mujer para ejercer posibles acciones frente a la violencia. Las descalificaciones, que actúan de forma indefinida junto al maltrato impredecible, y en un contexto de aislamiento de referentes externos, generan en la mujer un estado de confusión de pensamientos y emociones.

Conforme el maltratador reitera los mensajes de descalificación, distorsiona la interpretación del origen de la violencia y atribuye su causa original a la propia mujer. Este proceso favorece la interiorización de estos mensajes, destruyendo la identidad previa de la víctima, dañando su identidad. Este lavado de cerebro o luz de gas genera a su vez la aparición de nuevas emociones, como la culpa, el amor, la vergüenza y la soledad. Las emociones son catalizadoras y potenciadoras del proceso que concluye en el mantenimiento y prolongación del maltrato.

El modelo no pretende dar cuenta de las motivaciones profundas individuales del maltratador, ni del contexto cultural o social que lo promueve o silencia.

El papel de las emociones. ¿Por qué se mantienen relaciones de maltrato?

Los sentimientos y las emociones tienen un papel importantísimo en el mantenimiento de las situaciones de violencia. En este apartado se recoge un breve resumen de los aspectos fundamentales que servirán de ayuda en la intervención clínica, sobre todo para favorecer los cambios de actitud que deben producir las mujeres para poder salir de la situación que les daña.

El amor

La importancia del amor en la vida de las mujeres, tal y cómo está definido en nuestra sociedad, provoca que éstas tiendan a organizar su vida en función del deseo de otras personas y no de los propios. De esta forma, cuando el amor es central y se da una identificación con los valores dominantes, se potencian sobre todo las necesidades de apego y se ve afectado el proceso de individualización femenina, existiendo un mayor riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad. Las mujeres son animadas continuamente en nuestra sociedad a crear y mantener afiliaciones y relaciones (Baker Millar, 1992), de forma que las necesidades de apego se convierten en las principales motivaciones en torno a las que las mujeres organizan sus vidas (Levinton, 2000). Así, las psicólogas feministas han subrayado la idea de que son los sentimientos de culpa, el miedo al proceso de individuación y la soledad que conlleva, los que mantienen la centralidad del amor alienante como incuestionable. De esta forma, las mujeres, en grados muy distintos, se encontrarían en una situación de conflicto entre atender al deseo propio o atender a los deseos del otro, entre la construcción de una identidad más individualizada que las coloca en la posición de sujetos con deseos, iniciativas y capacidad de acción, y el privilegio del deseo de los hombres (en mujeres heterosexuales), lo que les impediría desarrollar los deseos propios y las devolvería a la posición de objetos (Hernando, 2003). Esto puede producir no sólo insatisfacción sino incluso problemas de salud, como ansiedad o depresión (Távora, 2003). Sólo la resolución del conflicto que desencadena la tensión entre el deseo de ser libres y el deseo de no serlo podría ayudar a las mujeres a encontrarse en el lugar de sujeto (Benjamín, 1996).

En los casos de mujeres que sufren violencia, el amor juega un papel muy importante. La mujer llega con su amor a la pareja: el amor como ilusión, el amor como instrumento para que él cambie, el amor que niega y oculta lo que sucede; en definitiva, el responsable de la continuidad de la relación.

Ante la imposibilidad de comprender el proceso de la violencia, por el comportamiento impredecible del agresor y las expresiones de arrepentimiento –donde violencia y perdón se alternan, y violencia y amor en un mismo momento son incompatibles– se genera una confusión sobre qué siente realmente él por ella y sobre los sentimientos de ella hacia el agresor.

Se pueden describir las expresiones contingentes del amor cuando los dolorosos sentimientos de confusión, ansiedad y culpa conducen a la mujer a sentir que todo se aliviará cuando simplemente dé y haga lo que él le pida. Así, si ella se mantiene sometida a él (evitando la agresividad y aceptando sus quejas), le parecerá que al menos, brevemente, se encuentra en una relación de amor. Así se establece la dependencia emocional.

La sorpresa, el miedo, la culpa

Las estrategias de control que ejerce el agresor sobre la mujer actúan entre sí de forma sinérgica. Los actos violentos, ya sean de maltrato físico o emocional (amenazas, desvalorizaciones, descalificaciones), concurren o se alternan dependiendo de las necesidades o frustraciones del maltratador. Esta estrategia impredecible del maltrato genera un estado de sorpresa que se aplica no sólo a los episodios agresivos, sino a los cambios de humor y de carácter; la mujer no percibe que estos pequeños gestos son ya signos de una violencia global. La imposibilidad de anticipar el comportamiento violento hace que la mujer perciba el comportamiento de su pareja como caótico. Esto se considera clave, pues supone una dilatación en el tiempo de la confusión antes de que ella pueda percibir que existe un verdadero maltrato.

El miedo proviene tanto del maltrato físico como de las descalificaciones y las amenazas a su propia persona o a sus hijos e hijas. Como las agresiones son impredecibles para la víctima, intenta detectar indicios que anticipen la agresión, pero esta predicción es imposible; incluso cuando detecta la tensión acumulada. Este estado de hipervigilancia y el fracaso subsiguiente en la detección de indicios es una fuente importante de estrés.

Hay que tener en cuenta que el miedo produce confusión y esta confusión puede inmovilizar a la mujer en una situación de indefensión. Esto, a menudo, requiere la intervención de terceras personas que ayuden a poner fin al proceso.

El origen de la culpa en una mujer que sufre violencia se encuentra en que sus vías de razonamiento, comprometidas por la vigilancia y los sesgos atencionales, la conducen hacia la conclusión más referencial: el castigo está ahí para corregir algo que ha hecho mal, es decir, se autoinculpa y justifica al agresor. Otra fuente de culpas, más inconsciente y latente, es la determinada por una frustración de expectativas y metas.

También se distingue entre la culpa que aparece en la mujer debido a sus conductas, actos que realiza u omite y que provocan el acto violento, y aquella que tiene que ver con los rasgos de su carácter. Esta última está mucho más relacionada con la autoestima.

Otro elemento importante es el concepto de culpa social, que se ha definido como revictimización. Es una culpa impuesta por la sociedad –familiares, agentes sociales, sanitarios, jueces, terapeutas– resumida en la pregunta ¿por qué sigue aguantando? o también la creencia popular de la existencia de una provocación por parte de la víctima como causa determinante del maltrato.

La vergüenza y la soledad

La vergüenza es en gran medida la culpabilización a través de los demás y es el concepto de vergüenza ajena vivida como propia el que cobra vital importancia.

La diferencia entre hombres y mujeres respecto a la lógica social de sus vidas aparece tanto en las historias de vida como en la manera en que las cuentan. Pocos hombres hablan espontáneamente de su vida familiar. Los hombres consideran la vida que han vivido como suya propia. Ellos presentan sus historias de vida como una serie de actos conscientes o autoconscientes, como la prosecución racional de metas bien definidas: el éxito o simplemente la tranquilidad y seguridad. Las mujeres, en cambio, no insisten en esto. Sus actos autoconscientes no son lo que más les interesa, hablan largamente sobre sus relaciones con tal o cual persona. Sus propias historias de vida incluirán partes de las vidas de otros y otras. Resaltan a las personas que las rodean y sus relaciones con ellas. Estas circunstancias tienen gran relevancia en los procesos de superación.

Por tanto, para las mujeres la identidad de género se fundamenta en el cuidado de los demás y en el mantenimiento de las estructuras que lo posibilitan: específicamente, la familia. Las pautas de premios y castigos que desde todos los ámbitos sociales se ofrecen en este sentido conducen a que las mujeres adquieran a lo largo de su infancia y adolescencia habilidades y cualidades acordes con ese rol. Esto da forma a modos de ser en los que priman sentimientos, cogniciones y comportamientos que no las habilitan para salir a enfrentarse al mundo, sino para desenvolverse en un ámbito íntimo en el que lo habitual, los detalles y la expresión de las emociones son las experiencias dominantes. De esta manera las mujeres asumen como propio y se identifican con aquel objetivo impuesto socialmente, lo que conduce a perseguirlo como meta de realización personal. Por la misma razón, si en la familia formada aparecen problemas que la ponen en peligro, la mujer lo interpretará como un fracaso personal, generador de sentimientos de culpa que tratará de superar a costa del propio sacrificio.

Esta percepción de su mundo próximo, familia propia y familia de origen, y de sí misma, puede hacer sentir que un fracaso en la relación suponga el fracaso de su proyecto vital, fundiéndose los sentimientos de culpa propia y ajena. La vergüenza de él se convierte en su propia vergüenza.

La soledad es uno de los sentimientos más ubicuos y difíciles de definir dentro de la relación violenta. Aparece cuando el amor se va desvaneciendo y su pareja comienza a tratarla como a una posesión: la cosifica como si de un objeto se tratase.

Por otra parte, el sentimiento de vergüenza favorece la soledad: el maltrato es una experiencia difícilmente comunicable. Pero, además, si el sentimiento de soledad es frecuente en todas las rupturas, en las separaciones por maltrato la confianza en el otro ser humano ha sido quebrada o herida profundamente. La mujer se siente vulnerable frente a nuevas relaciones. Las vidas de otras mujeres son idealizadas en contra de lo que parece haberse convertido en destino para la mujer maltratada.

TALLERES DIDÁCTICOS

TALLER 1

El caso de María. Maltrato en una mujer de especial vulnerabilidad

UNIDAD DIDÁCTICA 1

CONTENIDOS			
<p>Modelos que explican la permanencia de la mujer en la relación violenta: ciclo de violencia y evolución del acto violento. Intervenciones apoyadas en los procesos del cambio y sus fases: precontemplativa, contemplativa, preparación, acción (interna y externa), mantenimiento y recaída. La <i>relatividad</i> de la violencia para las mujeres víctimas.</p>			
TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
Exposición docente	La docente expondrá el ciclo de la violencia, los procesos del cambio y la intervención profesional	Diapositiva Ciclo de la violencia y fases del cambio. Documentación de la guía: El ciclo de la violencia. Evolución del acto violento. Los procesos del cambio	30
PRIMERA DINÁMICA			
TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
Visionar vídeo	Ver todas las secuencias del caso 1 María	Vídeo taller 1	10
Trabajo en grupos pequeños	Dividir el alumnado en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para identificar el ciclo de la violencia y las fases del cambio	Preguntas para el análisis	20
Puesta en común	Poner en común en el grupo grande		15
Exposición docente	Repaso por parte del o de la docente de los conceptos fundamentales	Descripción biosicosocial, reconocimiento de las fases del cambio y del ciclo de la violencia	15
SEGUNDA DINÁMICA			
TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
Trabajo en grupos pequeños	Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas y proponer el análisis de la intervención del profesional en la primera y en la última escena. Elaborar guión alternativo	Preguntas para el análisis	30
Puesta en común. Role-playing	Poner en común en el grupo grande Role-playing de la primera escena y de la última elaborada por los grupos	Documentación. Modelo persuasión coercitiva	30
Exposición docente	Repaso por parte del o de la docente de los conceptos fundamentales: actuaciones e intervenciones en cada momento de toma de decisión. Presentar las preguntas autoevaluativas	Preguntas autoevaluativas	30

UNIDAD DIDÁCTICA 2	CONTENIDOS			
	Recursos para mujeres víctimas de la violencia de género.			
	DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Trabajo en grupos pequeños	Separar en grupos de trabajo de 5 ó 6 personas para que trabajen los siguientes puntos: Listar los recursos que conocen y hacer una breve descripción de los mismos. Comentar su adecuada recomendación en las fases del ciclo de la violencia y en las del proceso de cambio	Preguntas para el análisis	30
Puesta en común	Poner en común en el grupo grande	Documentación. Modelo persuasión coercitiva	15	
Exposición docente	Repaso por parte del o de la docente de todos los recursos disponibles, los servicios que prestan y su adecuada utilización en el proceso de seguimiento de la mujer	Diapositiva de los recursos. Documentación: Guía recursos y VIMPA	30	
UNIDAD DIDÁCTICA 3	CONTENIDOS			
	Intervención en las fases de violencia aguda. Protocolo de atención sanitaria. Valoración del riesgo. Parte informe al juzgado. Registro de las actuaciones.			
	DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Visionar vídeo	Ver la escena de la agresión física	Vídeo taller 1. Secuencia 4	10
	Trabajo en grupos pequeños	Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para analizar las actuaciones en las situaciones de violencia agudas. Recoger comentarios de desconocimiento o dudas sobre la atención en estas situaciones	Preguntas para el análisis	20
Puesta en común	Puesta en común en el grupo grande		15	
Exposición docente	Repaso por parte del o de la docente de las actuaciones en caso de fase aguda de violencia, valorar el riesgo, realización del parte, remisión del parte, recursos a utilizar, registro de las actuaciones	Diapositivas: utilización del Protocolo sanitario. Bibliografía: Protocolo sanitario	30	

INTRODUCCIÓN

“Llegué a este país pensando que mi vida iba a cambiar. Al menos allí tenía amor. Amor de los míos”.

María es una mujer extranjera, latinoamericana de 33 años. Cursó estudios universitarios, está casada desde hace 8 años con un español y tiene un hijo de 6 años. Al terminar sus estudios vino a España sola. Es conocida del centro de salud desde hace 10 años. En su historia clínica hay anotaciones de problemas de pareja, de episodios de infecciones vaginales, males-tares inespecíficos, depresión, contracturas cervicales, dolor abdominal, estado de ansiedad, astenia, múltiples contusiones y quemaduras. En la actualidad trabaja cuidando personas mayores. Su situación económica es buena. Vive con sus suegros.

El desarrollo del caso se plantea claro. No hay negaciones o justificaciones sobre lo que le ocurre (tal vez alguna resistencia o incomodidad mientras el profesional pregunta). María reconoce, a pesar de no ser en el comienzo de la entrevista, ni el motivo de consulta, que su pareja la agrede. Pero, como bien explica el ciclo de la violencia (Walker, 1979), que una mujer llegue a reconocer los hechos, precisamente porque ha entrado en fase contemplativa e incluso preparatoria (procesos de cambio) (Frasier *et al.*, 2001; Zink *et al.*, 2004; Babcock *et al.*, 2005; Burke *et al.*, 2004), no quiere decir que no involucre y que de nuevo la instauración de la precontemplación se haga presente, mientras una buena *luna de miel*, de la que se encarga el agresor, haga que abandone cualquier plan de acción.

La mujer acude reconociendo que tiene problemas con la bebida. En este sentido y por lo que se refiere a conductas de riesgo, la historia de victimización por violencia, en algunos casos, está asociada con la práctica de diversas conductas de riesgo para la salud, como el consumo de alcohol o drogas, la ingesta inadecuada de alimentos, etc. (Root y Fallon, 1988; Koss&Hesslet, 1992).

A pesar de que todas las víctimas de violencia de género pasan por el aislamiento en sus relaciones, es probable que las extranjeras lo sufran en mayor grado. Empezar una nueva vida lejos de sus lugares de origen hace que no cuenten con apoyo social ni familiar. Dependiendo de la nacionalidad, la barrera idiomática, la situación administrativa, la dependencia económica o el desconocimiento de los recursos se hacen casi omnipresentes en todos los casos.

Para estas mujeres, las variables de vulnerabilidad en el proceso y ritmo de la violencia pueden estar más presentes y dificultar la toma de decisión de abandonar al maltratador, pero el comienzo de la relación, la esperanza de cambio, la concepción del amor, es la misma para todas las mujeres, sean españolas o extranjeras. La centralidad de la pareja en las relaciones, la abnegación y los vínculos amorosos son características comunes. Las diferencias, por tanto, serán de proceso (mayor aislamiento, falta de apoyo familiar, más precariedad laboral).

Tampoco se han visto, en las mujeres que desde 2001 han ingresado en la Red de Casas de Acogida del Principado de Asturias, diferencias en los tipos de violencia que han ejercido los agresores, ni en las cargas familiares (hijos e hijas, familiares a cargo), entre las mujeres víctimas de violencia españolas y extranjeras.

María tiene un hijo. Tanto en el caso de tener criaturas como cualquier otra persona dependiente en el hogar, se hace imprescindible explorar las repercusiones de la violencia en ellas y realizar un plan de trabajo específico por cada uno o cada una en coordinación con diferentes profesionales (Heise, *et al.*, 1999; Salber&Taliaferro, 2000).

En definitiva, en la intervención del caso se persigue:

1. Generar un ambiente adecuado en la consulta que facilite la expresión de la vivencia, garantizar la confidencialidad, no emitir juicios, ofrecer apoyo y coordinación con otros servicios, alentar y asegurar el derecho a la vida sin violencia, afinar en la prescripción de medicamentos, explicar las consecuencias de la violencia.
2. Trabajar en equipo desde un modelo biopsicosocial y un abordaje, por tanto, interdisciplinar (considerando las actuaciones específicas y la especificidad del conocimiento de cada profesional). Tener en cuenta que los roles de género, los aspectos emocionales y afectivos, y el contexto social de cada mujer forman parte del plan de intervención de la mujer y su seguimiento.
3. Registrar en la historia clínica todas las consultas en las que ha habido sospechas de maltrato, tanto físico como psicológico, y las actuaciones desarrolladas, así como la información a la mujer sobre su derecho a la denuncia, constando, si es el caso, su negativa a utilizar dicha vía: "El maltrato es un auténtica película y no sólo una foto".

UNIDAD DIDÁCTICA 1

Actuación clave en los procesos de cambio y fases del ciclo de violencia de las mujeres víctimas de la violencia de género

OBJETIVO

- Conocer las posibles actuaciones e intervenciones a realizar en cada una de las fases de cambio que se encuentra la mujer.

CONTENIDOS

- Modelos que explican la permanencia de la mujer en la relación violenta: ciclo de violencia y evolución del acto violento.
- Intervenciones apoyadas en los procesos del cambio y sus fases: precontemplativa, contemplativa, preparación, acción (interna y externa), mantenimiento y recaída.
- La *relatividad* de la violencia para las mujeres víctimas.

TIEMPO APROXIMADO

- 3 horas.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Explicación teórica por parte del o de la docente, del ciclo de la violencia, la evolución del acto violento y los procesos del cambio y la intervención profesional en dichas fases, utilizando las diapositivas y la bibliografía recomendada.

Material de apoyo docente

- Diapositivas:
 - Fases del cambio. Ciclo de la violencia.
- Documentación:
 - Consultar en la Guía: ¿Por qué permanecen las mujeres en la relación violenta? Primer modelo: el ciclo de la violencia.
 - Consultar en la Guía: Anexo III. Evolución del acto violento.
 - Consultar en la Guía: ¿Por qué permanecen las mujeres en la relación violenta? Tercer modelo: los procesos del cambio.

PRIMERA DINÁMICA

- Visualizar todas las escenas del caso 1 María.
- Dividir el alumnado en grupos pequeños de 5 ó 6 personas y responder a las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo se ve María en la vida?
 - ¿Puedes identificar el ciclo de la violencia en las distintas escenas?

- ¿Puedes identificar en qué fase o fases del cambio está María?
- ¿Se pueden ver cambios en las actitudes, los aspectos emocionales y los afectos de María a lo largo de las diferentes escenas?
- ¿Es posible identificar los sucesos que pueden haber producido los cambios en las fases de actuación de María?
- Puesta en común en el grupo grande.
- Repaso por parte del o de la docente de los conceptos fundamentales.

Material de apoyo docente

- Documentación:
 - Descripción biosicosocial, reconocimiento de las fases del cambio y del ciclo de la violencia.

SEGUNDA DINÁMICA

- Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 persona; si es posible, los mismos que en la dinámica anterior.
- Proponer el análisis de la intervención del profesional en la primera y en la última escena utilizando las siguientes preguntas:
 - ¿Qué actitudes del profesional favorecieron la comunicación en la primera escena?
 - ¿Cómo se plantea el médico la intervención, en la primera escena?
 - ¿Propondrías algún cambio en la primera escena?
 - ¿Qué le sucede al médico en la última escena?
 - ¿Qué escena alternativa se puede proponer? Hacer guión alternativo.
- Puesta en común en el grupo grande y role-playing de alguna de las escenas alternativas propuestas por los grupos.
- Repaso por parte del o de la docente de los conceptos fundamentales:
 - Actuaciones e intervenciones en cada momento de toma de decisión.
 - Presentar las preguntas autoevaluativas.

Material de apoyo docente

- Diapositivas:
 - Preguntas autoevaluativas taller 1 y 2.

PUNTOS CLAVES

- Qué hay que hacer y cómo actuar en cada fase y proceso de cambio de la mujer es vital para acompañar adecuadamente. La violencia contra las mujeres es un proceso dinámico y reversible, y nuestra actuación ha de adaptarse a las diferentes fases. Tras la confidencia hay una demanda implícita o inconsciente de ayuda que debemos contribuir a explicitar antes de derivar a la mujer. De igual

manera, hay que identificar las situaciones de crisis. Cuando la mujer entra en esta fase es cuando el potencial para hacer cambios es máximo.

UNIDAD DIDÁCTICA 2

El conocimiento de los recursos para mujeres víctimas de violencia de género y la adecuada derivación

OBJETIVO

- Conocer los diferentes recursos para mujeres víctimas de violencia de género y la adecuación de uno u otro dependiendo de las fases del ciclo de violencia y los procesos de cambio.

CONTENIDOS

- Recursos para mujeres víctimas de la violencia de género.

TIEMPO APROXIMADO

- 1 hora 15 minutos.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Comenzar directamente con la dinámica.

DINÁMICA

- Separar en grupos de trabajo de 5 ó 6 personas para que trabajen los siguientes puntos:
 - Listar los recursos que conocen y hacer una breve descripción de los mismos.
 - Comentar su adecuada recomendación en las fases del ciclo de la violencia y en las del proceso de cambio.
 - Recoger comentarios de desconocimiento o dudas sobre los servicios que prestan cada uno de los recursos.
- Poner en común en el grupo grande.
- Repaso por parte del o de la docente de todos los recursos disponibles, los servicios que prestan y su adecuada utilización en el proceso de seguimiento de la mujer.

Material de apoyo docente

- Diapositivas:
 - Recursos.
- Bibliografía:
 - Documento del Instituto Asturiano de la Mujer sobre los recursos. La actualización de este documento podrá consultarse en la web del Instituto Asturiano de la Mujer: <http://institutoasturianodelamujer.com/iam>

PUNTOS CLAVES

Valorar los momentos por los que pasa la mujer en sus decisiones, lo adecuado o no de la intervención, las dudas sobre lo que vemos y no vemos. Como profesionales debemos saber que no estamos solos y que hay situaciones en la intervención que dependen de nuestras actitudes, de nuestra comprensión del problema y de lo adecuado de la derivación. Si sabemos que hay recursos y conocemos su funcionamiento, podremos comprender que somos un equipo y que el trabajo en equipo reduce la ansiedad inherente en estas intervenciones y mejora los resultados.

UNIDAD DIDÁCTICA 3

El protocolo de atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia: intervención en la fase aguda

OBJETIVO

- Conocer la intervención sanitaria en caso de una agresión aguda.

CONTENIDOS

- Intervención en las fases de violencia aguda.
- Protocolo de atención sanitaria.
- Valoración del riesgo.
- Parte-informe al juzgado.
- Registro de las actuaciones.

TIEMPO APROXIMADO

- 1 hora 15 minutos.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Comenzar directamente con la dinámica.

DINÁMICA

- Visualizar la escena de la agresión física (secuencia 4).
- Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas y contestar a las siguientes preguntas:
 - ¿Qué dificultades tienen los y las profesionales para atender a una mujer en fase aguda de violencia?
 - ¿Quién valora el riesgo?
 - ¿Qué hacer con el parte?
 - ¿Cómo registrar las actuaciones?
- Recoger comentarios de desconocimiento o dudas sobre la atención en estas situaciones.
- Poner en común en el grupo grande.
- Repaso por parte del o de la docente de las actuaciones en caso de fase aguda de violencia, valorar el riesgo, realización del parte, remisión del parte, recursos a utilizar, registro de las actuaciones.

Material de apoyo docente

- Diapositivas:
 - Utilización del Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género.
- Bibliografía:
 - Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres víctimas de violencia de género.

PUNTOS CLAVES

- Conocer el protocolo y saber utilizarlo supone un apoyo a los y las profesionales en su actuación y un beneficio para las mujeres víctimas.

TALLER 2

**El caso de M^a Antonia.
Maltrato a una mujer mayor**

UNIDAD DIDÁCTICA 1	CONTENIDOS			
	Identificación de demandas implícitas y explícitas. La entrevista motivacional en la atención a mujeres víctimas de violencia.			
	PRIMERA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Visionar vídeo	Ver la primera escena del caso 2	Vídeo taller 2 secuencia 1	5
	Trabajo en grupos pequeños	Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para analizar las demandas de M ^a Antonia y las sospechas que pueden intuirse de su historia	Preguntas para el análisis	15
	Puesta en común	Puesta común en el grupo grande. El o la docente recoge las aportaciones en la pizarra		10
	SEGUNDA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Visionar vídeo	Ver las dos primeras escenas del caso 2	Vídeo taller 2	5
Trabajo en grupos pequeños	Trabajar en los mismos grupos que en la dinámica anterior para analizar el caso con la nueva información. Preparar un guión de la primera o de la segunda escena	Preguntas para el análisis. Guión taller 2	20	
Puesta en común. Role-playing	Puesta en común en el grupo. Role-playing: primera o segunda escena		20	
Exposición docente	Repaso por parte del o de la docente de los conceptos fundamentales	Diapositivas: Preguntas autoevaluativas. Documentación: Demandas implícitas y explícitas y entrevista motivacional	10	
UNIDAD DIDÁCTICA 2	CONTENIDOS			
	Tipos de violencia. La evolución del acto violento.			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Fantasia guiada	Lectura al grupo grande de un relato. Lectura pausada, respetando los silencios necesarios poniéndose en el papel de la protagonista	Relato	10
Reflexión individual	Reflexionar de forma individual sobre los sentimientos producidos por el relato y escribirlos		5	

UNIDAD DIDÁCTICA 2	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Trabajo en grupo grande	Recoger las expresiones del alumnado de forma espontánea y preguntar sobre la existencia de maltrato. Discusión en grupo grande	Documentación: Entrevista motivacional	10
	Exposición docente	Exposición docente de los tipos de maltrato incluyendo los micromachismos. Evolución del acto violento	Bibliografía: Micromachismos. Documentación: Tipos de violencia. Evolución del acto violento. Gráfica de poder y control	30
UNIDAD DIDÁCTICA 3	CONTENIDOS			
	El modelo de persuasión coercitiva.			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Visionar vídeo	Ver todas las escenas, centrando la atención en las emociones de la mujer durante las entrevistas con la trabajadora social y con su médico de familia	Vídeo taller 2	10
	Trabajo en grupo grande	Recoger las aportaciones del alumnado sobre las emociones percibidas		10
	Exposición docente	Exposición del modelo de la persuasión coercitiva	Bibliografía: Modelo de persuasión coercitiva I y II. Documentación: Resumen modelo persuasión coercitiva de la Guía	25
UNIDAD DIDÁCTICA 4	CONTENIDOS			
	Describir el proceso de acompañamiento. La importancia de la intervención multidisciplinar. Utilización de recursos internos y externos.			
	PRIMERA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Visionar vídeo	Ver todas las escenas del caso	Vídeo taller 2	10
	Reflexión individual	Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para analizar el proceso de acompañamiento indicando "aciertos" y posibles mejoras	Preguntas para el análisis	15
	Puesta en común	Puesta común en el grupo grande		20
	SEGUNDA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Puesta en común. Role-playing	Puesta en común en el grupo. Role-playing: primera o segunda escena	Guión taller 2	30
Exposición docente	Exponer el proceso de acompañamiento, las derivaciones, coordinación, recursos externos y el registro	Diapositivas: Actuación profesional. Acompañamiento. Bibliografía: la escucha	30	

INTRODUCCIÓN

“Creo que lo atiendo y lo cuido, pero como mujer creo que no he sido buena”.

El caso que nos ocupa muestra a una mujer de 70 años que acude a consulta con una analítica dónde se ha detectado una enfermedad de transmisión sexual, sífilis terciaria. Es conocida por el servicio de atención primaria desde hace 10 años, su historia clínica recoge enfermedades físicas diversas, de salud mental y, en esta ocasión, de transmisión sexual. Su aspecto y maneras no responden al estereotipo que hace sospechar de forma explícita la presencia de violencia de género.

Las mujeres víctimas de violencia tienen mayor vulnerabilidad a los problemas físicos y de salud mental. El riesgo de suicidio, de homicidio y de enfermedades relacionadas con la carencia de autonomía sexual se multiplica también en estos casos. El maltrato provoca diferentes problemas de salud cuyas manifestaciones se pueden presentar tanto en la esfera física como en la emocional y relacional (Krug *et al.*, 2003).

La tradición biomédica es deficiente en tanto que no contempla de forma integral los procesos de salud/enfermedad. En la actualidad se aceptan definiciones que caracterizan la salud como el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo. El éxito de los tratamientos pasa por contemplar no sólo factores biológicos, sino también factores psicosociales.

El concepto de salud integral contempla la influencia del contexto social y de la experiencia subjetiva en las formas de enfermar y, por tanto, no sólo lo biológico, sino también los valores psicosociales y los de género que determinan la vulnerabilidad de las personas. Cuando los procesos psicosociales son debidos a las formas de vida como mujeres u hombres, son procesos psicosociales de género (Velasco, 2009).

La protagonista representa a una mujer tradicional ya que establece una relación asimétrica con respecto a su marido, lo que favorece la presencia de abusos por parte de él, aislamiento, sobrecarga de cuidadora, falta de autocuidado y realización personal, así como conflictos en los ideales de mujer (“buena madre”, “buena esposa”), además de baja autoestima y falta de valoración.

Las mujeres explicitan problemas orgánicos y sólo desde una actitud de escucha de lo implícito se conseguirá identificar sus necesidades e influir en su transformación. Es preciso que el personal de salud rompa con la violencia simbólica (Velasco, 2006) nombrando, detectando y reconociendo su existencia.

Naturalizar ciertos síntomas como propios del sexo femenino invisibiliza la violencia. Las creencias de que la queja femenina y la demanda de ayuda son producto de la debilidad; estigmatizar acerca de los problemas anímicos, de carácter y hormonales de las mujeres, y minimizar sus achaques y demandas, provoca todo ello un efecto común que es restar credibilidad al sufrimiento femenino.

Es preciso que el personal sanitario adopte una actitud activa, de búsqueda ante signos de sospecha y de establecimiento de una relación de confianza con la mujer. Una vez confirmada la situación de violencia, el primer paso es valorar el riesgo para ella y para las personas a su cargo. Este riesgo puede tener que ver con la intensidad, la duración del maltrato y otros factores como la percepción del agresor de los cambios de ella. El agresor no se permite perder a su pareja, niega la responsabilidad de sus actos y adquiere progresivamente mayor control y poder sobre ella. La pérdida de poder es un factor de riesgo.

La mujer de nuestro caso explicita la situación con una lesión facial que ella atribuye a una caída. Las estrategias de coerción actúan entre sí para inmovilizar a la víctima, que, como en el caso, niegan el maltrato. El maltrato físico y el emocional se alternan y concurren entre sí, los momentos de calma hacen que la mujer crea en el cambio, el aislamiento provoca dificultades para demandar apoyo y las consecuencias la llevan a un estado de confusión e incertidumbre, apareciendo emociones tales como la vergüenza, la soledad y la culpa que funcionan como catalizadores y favorecedores del mantenimiento de la relación violenta (Escudero *et al.*, 2005).

En el vídeo se observa cómo, tras la agresión física, el médico convence a la mujer para entrevistarse con la trabajadora social, dando un salto desde la sospecha hacia el diagnóstico. La coordinación profesional es imprescindible para el afrontamiento efectivo de la violencia de género. La información que se traslada a la mujer es ya una intervención efectiva y además es un derecho recogido en la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y en la Ley del Principado de Asturias para la Igualdad de Mujeres y Hombres y la Erradicación de la Violencia de Género.

En este caso se detalla todo un proceso de acompañamiento hasta que la propia mujer decide la ruptura.

UNIDAD DIDÁCTICA 1

Demandas implícitas y explícitas

OBJETIVO

- Identificación de demandas implícitas y explícitas.
- Incorporar un modelo de atención que contemple aspectos físicos, psicológicos y sociales.

CONTENIDOS

- Identificación de demandas implícitas y explícitas.
- La entrevista motivacional en la atención a mujeres víctimas de violencia de género.

TIEMPO APROXIMADO

- 1 hora 25 minutos.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Comenzar directamente con las dinámicas.

PRIMERA DINÁMICA

- Visualizar la primera escena del caso de M^a Antonia.
- Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para que respondan y discutan las siguientes preguntas:
 - ¿Qué necesidades de atención demanda M^a Antonia?
 - ¿Qué *sospechas* diagnósticas delata su historia clínica?
 - ¿Qué puede hacer sospechar una situación de maltrato?
- Entregar en cada grupo el *story* correspondiente a esa escena.
- Puesta común en el grupo grande.
- El o la docente recoge las aportaciones en la pizarra.

SEGUNDA DINÁMICA

- Visualizar las dos primeras escenas del caso.
- Trabajar en los mismos grupos que en la dinámica anterior para:
 - Revalorar el caso con la nueva información.
 - Qué estrategias de comunicación se podrían utilizar para conseguir que la mujer explicita su demanda. ¿Cómo preguntar y qué mensajes transmitir?
 - Cómo podrían mejorarse las dos escenas.
- Preparar un guión de la primera o de la segunda escena (repartir este trabajo de forma que algún grupo haga la primera escena y otro la segunda).
- Entregar a cada grupo el *story* con las dos primeras escenas.

- Puesta en común con *role-playing* pedagógico.
- El o la docente hará hincapié en los aspectos relacionados con las demandas explícitas e implícitas y con los contenidos más significativos de una entrevista motivacional que favorezca la empatía y la escucha activa. También podrá presentar la lista de preguntas autoevaluativas que sirven de apoyo en las consultas.

Material de apoyo docente

- Diapositivas:
 - Preguntas autoevaluativas taller 1 y 2.
- Documentación:
 - Entrevista motivacional.
 - Demandas implícitas y explícitas: consultar el capítulo de la guía *Detección y valoración de la situación de violencia*.

PUNTOS CLAVES

- Las mujeres consultan por las secuelas del maltrato y no por el maltrato en sí.
- Postura activa por parte del personal de salud en la búsqueda de signos de violencia, principalmente en la interpretación de las demandas implícitas.
- La manera de escuchar y preguntar

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Tipos de violencia y cómo se llega a ella

OBJETIVO

- Conocer los distintos tipos de violencia y la forma como evoluciona el acto violento.

CONTENIDOS

- Tipos de violencia.
- La evolución del acto violento.

TIEMPO APROXIMADO

- 55 minutos.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Comenzar directamente con la dinámica.

DINÁMICA

- El o la docente, utilizando la técnica de la fantasía guiada, lee al grupo grande el siguiente relato. Es importante que la lectura se haga de forma pausada, respetando los silencios necesarios y poniéndose en el papel de la protagonista.
 - Imagínate que eres la protagonista de esta historia.

Llego a casa de la compra, mi marido me mira, baja la cabeza y vuelve a mirarme sin decir nada. Pienso en lo que he hecho hoy, analizo qué pudo haberle molestado. Me encuentro nerviosa. Voy al salón y le pregunto si tiene hambre. Sólo me responde con monosílabos. Sigo cocinando y dándole vueltas a qué puede pasarle. Pongo la mesa, comemos... sigue sin hablar. Pone el telediario de la 5. A mí siempre me gusta ver la 1, pero no digo nada. Me levanto, recojo y decido quedarme en casa por la tarde mientras él duerme la siesta. Quedé con mi hija para llevar al parque a la niña, pero como está así... no quiero líos.

Se levanta de la siesta, parece que ya no le pasa nada. Me propone ir de paseo, pongo los playeros y salimos por la senda. Ahora está normal.

Son tantos años... ya le conozco bien... Es sólo tener un poco de zurda... Es así, especial.

- El o la docente propone al grupo reflexionar de forma individual y escribir en un papel:
 - ¿Qué sentimientos me ha generado la lectura?
 - Posteriormente recoge las expresiones del alumnado de forma espontánea y libre, y lanza al grupo las siguientes preguntas:
 - ¿Existe maltrato en el relato?
 - ¿Qué siente la mujer del relato?
- Discusión en grupo grande.
- Exposición por parte del o de la docente de los tipos de maltrato incluyendo los micromachismos. Y exposición de la evolución del acto violento.

Material de apoyo docente

- Bibliografía:
 - Micromachismos.
- Documentación:
 - Tipos de violencia: consultar la Guía, Anexo I.
 - Evolución del acto violento: consultar la Guía, Anexo III.
 - Gráfica del poder y control de Duluth.

PUNTOS CLAVES

- Importancia de reconocer los distintos tipos de maltrato.
- Importancia de comprender el proceso de la violencia y la instauración de la dominación.

UNIDAD DIDÁCTICA 3

El papel de las emociones en la mujer que sufre violencia: modelo de persuasión coercitiva

OBJETIVO

- Comprender las emociones de las mujeres que sufren violencia con el propósito de comentarlas con ellas para ayudar en el proceso de recuperación.

CONTENIDOS

- El modelo de persuasión coercitiva.

TIEMPO APROXIMADO

- 45 minutos.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Comenzar directamente con la dinámica.

DINÁMICA

- Se visualizarán todas las escenas, centrando la atención en las emociones que nos transmite M^a Antonia, en la entrevista con la trabajadora social y en la última escena con su médico de familia.
- El o la docente hace al grupo grande las siguientes preguntas:
 - ¿Qué emociones han percibido en M^a Antonia?
- Se recogen las aportaciones en la pizarra.
- Exposición por parte del o de la docente del modelo de la persuasión coercitiva.

Material de apoyo docente

- Bibliografía:
 - Modelo de persuasión coercitiva I.
 - Modelo de persuasión coercitiva II.
- Documentación:
 - Resumen modelo de persuasión coercitiva. Consultarlo en la Guía Anexo IV.

PUNTOS CLAVES

- Las mujeres que sufren violencia se encuentran en un estado emocional que les impide enfrentarse al problema de forma activa. La culpa, vergüenza, soledad y miedo que sienten, junto con el amor o compromiso de pareja, hace que sus demandas sanitarias sean distintas a sus necesidades reales.

UNIDAD DIDÁCTICA 4

Intervención profesional: el trabajo en equipo y la adecuación del acompañamiento

OBJETIVO

- Realizar un acompañamiento profesional adecuado a las fases del cambio, el ciclo de la violencia y los recursos internos y externos.

CONTENIDOS

- El proceso de acompañamiento.
- La importancia de la intervención multidisciplinar.
- Utilización de recursos internos y externos.

TIEMPO APROXIMADO

- 1 hora 45 minutos.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Comenzar directamente con las dinámicas.

PRIMERA DINÁMICA

- Visualizar todas las escenas del caso.
- Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para analizar el proceso de acompañamiento indicando “aciertos” y posibles mejoras.
- Puesta en común en grupo grande.

SEGUNDA DINÁMICA

- En los mismos grupos de 5 ó 6 personas, imaginarse cómo sería la intervención posterior al diagnóstico. Y preparar un guión con dicha escena.
- Exposición por parte del o de la docente de la importancia del proceso de acompañamiento, el seguimiento de las derivaciones, la coordinación entre distintos profesionales del centro y con los recursos externos, el registro de todas las actuaciones en la historia clínica.

Material de apoyo docente

- Diapositivas:
 - Actuación profesional.
 - Acompañamiento.
- Bibliografía:
 - Ponencia La escucha activa. Intervención prioritaria ante una mujer víctima de violencia.

PUNTOS CLAVES

- El acompañamiento posterior a la intervención ha de apoyarse en una intervención multidisciplinar, utilizando para ello los recursos internos y los externos.

TALLER 3

**El caso de Pilar.
Maltrato en una mujer joven**

UNIDAD DIDÁCTICA 1	CONTENIDOS			
	El diagnóstico precoz. Buenas prácticas profesionales. Resistencias y dificultades de los y las profesionales.			
	PRIMERA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Trabajo en grupo grande	Trabajar en el grupo grande la historia clínica de Pilar. Recoger aportaciones en la pizarra		20
	Exposición docente	Exponer indicadores de sospecha y resistencias de los y las profesionales	Documentación: Indicadores de sospecha. Resistencias profesionales. Mitos y estereotipos	20
	SEGUNDA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
Trabajo en grupos pequeños	Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para diseñar una escena alternativa, que mejore la actuación profesional	Guión taller 3	20	
Puesta en común. Role-playing	Puesta en común en el grupo grande. Role-playing: escena alternativa		20	
UNIDAD DIDÁCTICA 2	CONTENIDOS			
	Entrevista motivacional. Elaboración de un plan de cambio de fase.			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Visionar vídeo	Ver todas las secuencias, centrarse en la última, entrevista entre la médica y Pilar	Vídeo taller 3	10
	PRIMERA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Trabajo en grupo grande	Analizar en el grupo grande las preguntas que la médica hace a Pilar		20
	Exposición docente	Repasar cómo motivar los cambios de fase: en este caso, de la precontemplación a la contemplación	Documentación: Entrevista motivacional	20
SEGUNDA DINÁMICA				
TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO	
Exposición docente	Exponer la elaboración de un plan de cambio en situaciones de violencia de género	Documentación: Negociando un plan de cambio	20	

UNIDAD DIDÁCTICA 2	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Trabajo en grupos pequeños	Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para elaborar un guión de la siguiente consulta suponiendo que la mujer exprese que desea hacer cambios en su situación		30
	Role-playing. Exposición docente	Role-playing: guión alternativo. Exponer las preguntas autoevaluativas	Diapositivas: Preguntas autoevaluativas	30

INTRODUCCIÓN

“No entiendo lo que me pasa, trato de hacer las cosas bien pero Pepe ya no está igual”

Este caso muestra a Pilar, una mujer de 24 años que vive con su pareja desde hace tres años. Es independiente económicamente y se encuentra embarazada de cinco meses.

Tiene una relación de confianza con su matrona. En la primera escena se muestra cómo le comenta sus problemas de pareja. La profesional, pese a ser evidente el mal aspecto de la protagonista, resta importancia al comentario, trivializándolo.

La consulta se repite al cabo de los años. Pilar está con tratamiento farmacológico por ansiedad. Acude a atención continuada por una crisis de ansiedad. En esta ocasión se realiza una adecuada detección y acompañamiento.

Alcanzar el diagnóstico precoz de las situaciones de violencia que sufren las mujeres es un objetivo fundamental. Para ello hay que conocer los indicadores de sospecha (Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2007). Nuestra protagonista padece las consecuencias de la falta de observación de la profesional y la dificultad demostrada por ésta para atender los factores psicosociales de la biografía de Pilar.

Los factores determinantes de salud y enfermedad procederán de tres campos: biológicos, psicológicos y sociales. El desgaste físico, el envejecimiento, la verbalización de los conflictos de pareja, la transmisión de tristeza, enfado y abatimiento que muestra Pilar son indicadores implícitos que, sin embargo, explicitan la existencia de violencia de género. No es sino al cabo de los años cuando recibe la atención que precisa.

Pese a ser una mujer trabajadora y formada, se culpa de las quejas que le refiere su pareja. Nora Levinton Dolman (2000) expone cómo las condiciones de vida familiar de la inmensa mayoría de las mujeres entrañan desigualdad frente a los hombres. Esta desigualdad supone el establecimiento de un orden jerárquico que deriva en subordinación y, consecuentemente, en malestar y tensión. La falta de acogida que tienen los reclamos emocionales de comprensión y cuidado funcionan con este mismo grado de distorsión. En una parte importante de las situaciones esta desigualdad opera además como un efecto *boomerang*, ya que retorna como fragilidad, vulnerabilidad o debilidad.

En la última escena su médica de familia pregunta a Pilar por cuestiones tales como el cuidado de la casa, del niño... Incorpora factores relacionales y ocupacionales para afinar y mejorar el diagnóstico. Es una mujer joven, con un síndrome ansioso depresivo de curso constante y con crisis de ansiedad. Acude a yoga y parece saber cómo afrontar los momentos límite; sin embargo, la demanda *vuelve* a la consulta, sin resolución.

La profesional, con preguntas claras y directas acerca de su relación de pareja, con silencios y espacio de escucha, consigue que Pilar ponga nombre a lo que le ocurre, sea capaz de expresarse y comience a *contemplar* su problema de violencia.

UNIDAD DIDÁCTICA 1

Diagnóstico precoz

OBJETIVO

- Realizar un diagnóstico precoz.

CONTENIDOS

- El diagnóstico precoz. Buenas prácticas profesionales.
- Resistencias y dificultades de los y las profesionales.

TIEMPO APROXIMADO

- 1 hora 20 minutos.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Visualizar la primera escena del caso.

PRIMERA DINÁMICA

- El o la docente pide al grupo grande:
 - realizar la historia clínica de Pilar, teniendo en cuenta aspectos biopsicosociales.
 - recoger las aportaciones en la pizarra y determinar la impresión diagnóstica.
 - identificar las dificultades que tiene la profesional para comprender las respuestas de Pilar.
 - recoger aportaciones en la pizarra.
- Explicación por parte del o de la docente del listado de indicadores de sospecha.
- Exposición de las resistencias profesionales.

Material de apoyo docente:

- Documentación:
 - Indicadores de sospecha: consultar en la página 21 de esta Guía: La gravedad de la violencia. Consecuencias para la salud de las mujeres.
- Resistencias profesionales.
 - Mitos y estereotipos sobre la violencia de género: consultar en el Anexo II de la Guía.
 - Resumen sobre las posibles resistencias profesionales.

SEGUNDA DINÁMICA

- Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para diseñar una escena alternativa, que mejore la actuación profesional.
- Entregar en cada grupo el *story* correspondiente a la escena.
- Puesta en común en el grupo grande con un *role-playing* pedagógico.

PUNTOS CLAVES

- Trivializar la queja de las mujeres y no atender aquellas cuestiones relativas a factores psicosociales puede provocar malas prácticas profesionales y desatención.
- Las consultas se convierten en los lugares de excelencia para la detección de casos de maltrato, teniendo en cuenta que la queja física es permitida socialmente y las mujeres acuden a los servicios de salud frecuentemente.

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Intervención profesional para el cambio

OBJETIVO

- Realizar un plan de cambio.

CONTENIDOS

- Entrevista motivacional.
- Elaboración de un plan de cambio de fase.

TIEMPO APROXIMADO:

- 2 horas 10 minutos.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Visualizar todas las escenas pero centrarse en el análisis de la última, la entrevista entre la médica de familia y Pilar.

PRIMERA DINÁMICA

- El o la docente pide al grupo grande que comente la siguiente pregunta: ¿Por qué la médica hace esas preguntas a Pilar?
- Recoger respuestas y repasar cómo motivar los cambios de fase, en este caso de la precontemplación a la contemplación (si el alumnado no hubiera asistido al taller 1 habría que hacer una explicación más extensa de todas las fases del cambio).

Material de apoyo docente

- Documentación:
 - Entrevista motivacional

SEGUNDA DINÁMICA

- Exposición del o de la docente sobre la elaboración de un plan de cambio para las situaciones de violencia de género.
- Continuando con los mismos grupos de trabajo, se propone que elaboren un guión de la siguiente consulta suponiendo que la mujer expresa que desea hacer cambios en su situación.
- Aspectos a tener en cuenta para elaborar el guión:
 - su estilo de vida
 - cómo se siente
 - cómo se relaciona con los demás
 - qué desea
 - qué hacer con el vacío y la tristeza
 - qué hacer con la rabia.
- Puesta en común en el grupo grande y *role-playing* pedagógico de alguna de las escenas diseñadas. Presentar las preguntas autoevaluativas que pueden resultar de apoyo en la consulta para la elaboración de los planes de cambio.

Material de apoyo docente

- Diapositiva:
 - Preguntas autoevaluativas taller 3.
- Documentación:
 - Negociando un plan de cambio.

PUNTOS CLAVES

- Aunque se haya decidido iniciar el cambio, la ambivalencia no suele estar totalmente resuelta. Tenemos que evitar las prisas aunque resulte tentador insistir en esta fase. Conviene realizar con la mujer una valoración realista de las dificultades con que se puede encontrar. Una vez que la mujer haya verbalizado su deseo de cambio, se puede trabajar con ella un plan de acción asumible, con objetivos concretos, alcanzables a corto plazo (retomar el contacto con amigas, hacer alguna actividad social, ir a la piscina, etc.). El hecho de que la mujer verbalice su compromiso aumenta las posibilidades de éxito.

TALLER 4

**El caso de Laura.
Maltrato en una mujer adulta**

UNIDAD DIDÁCTICA 1	CONTENIDOS			
	Detección de lenguaje defensivo y evitación de respuestas. Indicadores de sospecha de violencia de género.			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Exposición docente	Exponer el ciclo de la violencia y los procesos de cambio	Diapositiva Ciclo de la violencia y fases del cambio. Documentación de la guía: El ciclo de la violencia. Los procesos del cambio	20
	Visionar video	Ver la primera y segunda escena del taller 4	Video taller 4	10
	PRIMERA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Trabajo en grupos pequeños	Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas. Identificar lenguaje verbal y no verbal. Indicadores de sospecha	Guión taller 4	30
	Puesta en común	Puesta en común en el grupo grande		10
	Exposición docente	Exponer los indicadores de violencia en mujeres sin lesiones aparentes y los indicadores de violencia en general	Documentación. Detección y valoración de la situación de violencia	20
	SEGUNDA DINÁMICA			
TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO	
Trabajo en grupo grande	En el grupo grande, analizar cómo Laura evita hablar de la violencia y las justificaciones		10	
Exposición docente	Explicar las conductas de resistencia y otras dificultades	Documentación. Modelo persuasión coercitiva	10	
UNIDAD DIDÁCTICA 2	CONTENIDOS			
	Las resistencias de la mujer para salir de la situación. El acompañamiento: dotar de herramientas para la autonomía y desarrollo de capacidades. Aspectos básicos del acompañamiento. Los planes de cambio.			
	PRIMERA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
Trabajo en grupos pequeños	Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para analizar qué impide a la mujer avanzar en sus decisiones	Diapositiva Ciclo de la violencia y fases del cambio. Documentación de la guía: El ciclo de la violencia. Los procesos del cambio	15	

UNIDAD DIDÁCTICA 2	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Puesta en común	Recogida de las aportaciones de los grupos en el grupo grande		20
	SEGUNDA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Trabajo en grupos pequeños	Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para analizar las desviaciones del lenguaje de Laura	Guión taller 4	30
	Puesta en común	Puesta en común en el grupo grande		10
Exposición docente	Exponer diferentes perfiles de los agresores y la actitud profesional	Diapositivas: El hombre que ejerce violencia contra su mujer. Documentación: Micromachismos	10	
UNIDAD DIDÁCTICA 3	CONTENIDOS			
	Análisis de aspectos que diferencian a unos agresores de otros. Actitudes o comportamientos del agresor que pueden contribuir a detectar una situación de malos tratos hacia la mujer. La actitud ante el hombre que maltrata. Qué no hacer.			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Visionar vídeo	Ver la secuencia 5 (discusión del hombre con su mujer y con la médica)	Vídeo taller 4 y secuencia 5	5
	PRIMERA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Trabajo en grupos pequeños	Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para discutir el retrato dibujado, los estilos de respuesta y lo que no se ve de los agresores		20
	Puesta en común	Puesta en común en el grupo grande		10
	Exposición docente	Exponer diferentes perfiles de los agresores y la actitud profesional	Diapositivas: El hombre que ejerce violencia contra su mujer. Documentación: Micromachismos	20
	SEGUNDA DINÁMICA			
	TÉCNICAS	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO
	Trabajo en grupos pequeños	Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para analizar por qué maltratan los hombres		20
	Puesta en común	Puesta en común en el grupo grande		10
Exposición docente	Exponer la actitud profesional ante el maltratador	Documentación: Actitud en la consulta del hombre que maltrata	25	

INTRODUCCIÓN

“Mujeres somos desde el día en que nacemos hasta el que tengamos que morir, no más en una etapa ni menos en otra, sino diferentes en cada momento, tan diferentes como somos las unas de las otras”.

Cristina Caruncho y Purificación Mayobre

Laura es una mujer de 48 años que acude a consulta por un dolor de cabeza. Es la primera vez que acude ya que recientemente ha venido a vivir a Asturias a casa de su suegra. Desde hace mucho tiempo sufre violencia física y psicológica. Tiene un hijo de 15 años.

En el caso de Laura, ni el aspecto ni la comunicación verbal hacen sospechar, a priori, que tenga un problema de violencia. En cambio, su nerviosismo ante la espera de la consulta lleva a pensar que está preocupada y ansiosa. Hay otros componentes en las escenas que hacen intuir que la mujer evita hablar más allá de la demanda explícita que es su síntoma: el dolor de cabeza.

Las investigaciones sobre las repercusiones en la salud física de las víctimas de violencia de género se centraron durante muchos años en las lesiones agudas y, a largo plazo, en las lesiones psicológicas (Koss *et al.*, 1992; Goodman *et al.*, 1993), pero cada vez hay más estudios que asocian la victimización por violencia con la presencia de diversas enfermedades y trastornos físicos crónicos en las mujeres. La diversidad de dolencias crónicas abarca dolores de cabeza, de espalda, faciales, témporo-mandibulares, síndrome de colon irritable y otros. Así, por ejemplo, la prevalencia de abuso sexual y maltrato es elevada entre mujeres con dolor pélvico crónico, con o sin enfermedad demostrada (Walling *et al.*, 1994; Heim *et al.*, 1998). Otros estudios apuntaban que el 53% de las pacientes con dolor estudiadas habían sido víctimas de abusos físicos o sexuales crónicos y que, en todos los casos en los que había violencia y dolor crónico, la violencia precedía al dolor.

En cuanto a las consecuencias en la esfera psíquica (Krug *et al.*, 2003), las mujeres que experimentan malos tratos tienen entre 4 y 6 veces más posibilidades de necesitar tratamiento psiquiátrico que aquellas que no lo sufren. Varios estudios apuntan que en la mayoría de los casos estos trastornos son consecuencia y no causa del maltrato (Roberts *et al.*, 1998). También esclarecen que cualquier comportamiento inhibido se debe a una estrategia de afrontamiento pasiva destinada a preservar la vida y no es indicador de que se esté viviendo cómo-damente la situación.

Queremos hacer mención especial a la disonancia cognitiva (Festinger, 1957) como recurso psicológico utilizado por cualquier persona en los procesos de toma de decisión. La percepción de incompatibilidad de dos o más cogniciones simultáneamente puede llegar a crear una disconformidad en la persona que se ve automáticamente motivada para esforzarse en generar ideas y creencias nuevas que reduzcan la tensión hasta el punto de crear un *encaje*, a veces alejado de la realidad, con tal de buscar tranquilidad y coherencia interna (en el caso de las víctimas, la esperanza de cambio de su pareja, las dudas que esta situación genera...).

La identificación con las respuestas y mecanismos defensivos que utiliza el agresor es algo que hay que tener en cuenta. La negación, generalización, justificación y minimización de los actos por parte de los maltratadores también son estrategias de las mujeres que *relajan* el malestar interno que les genera la situación de violencia (“no me puede estar pasando esto”, “esto es normal en todas las parejas”, “algo hago yo para que él reaccione así”, “él es bueno, lo que pasa es que tiene problemas”...).

Las dificultades que tienen las mujeres para hablar directamente sobre lo que les pasa es algo general en todas las víctimas. La falta de colaboración de la paciente puede confundir al profesional sanitario y en su experiencia subjetiva puede interpretarlo como *un desaire* a su intervención, cuando ésta no es la intención de la mujer. En este sentido, tanto las resistencias sobre el entendimiento de la violencia, los juicios inconscientes/simbólicos respecto a lo que ocurre, el sentimiento de omnipotencia que muchas veces refuerza la intervención, o la impaciencia son cuestiones sobre las que hay que trabajar. Como miembros de la sociedad, el personal sanitario también participa de los mismos mitos y prejuicios respecto al maltrato.

Dedicar tiempo, no tener miedo a la pregunta ni a las respuestas que se produzcan –aunque estas, en ocasiones, pongan en entredicho lo que pensamos– son aspectos fundamentales a la hora de abordar estas consultas.

En las siguientes unidades didácticas aparecerán cuestiones que dependerán sólo del espacio físico, del tiempo de la consulta y del propio rol, y otras, la mayoría, que dependerán de nuestras actitudes y valores y del modo en que acompañemos a las mujeres detectadas como víctimas (tal es el caso de la derivación y el seguimiento de dicha derivación).

UNIDAD DIDÁCTICA 1

Sospecha y detección de violencia de género: atención a los factores psicosociales

OBJETIVO

- Detección e intervención sin estereotipar.

CONTENIDOS

- Detección de lenguaje defensivo y evitación de respuestas.
- Indicadores de sospecha de violencia de género.

TIEMPO APROXIMADO

- 1 hora 50 minutos.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Explicación teórica del ciclo de la violencia y los procesos del cambio (si el alumnado ya hubiera asistido al taller 1 *Caso de María*, no hace falta repetir esta explicación).
- Visualizar la primera y segunda escena del caso.

PRIMERA DINÁMICA

- Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas, para que realicen las siguientes actividades:
 1. Hacer un listado de impresiones sobre lenguaje no verbal, actitudes y aspecto físico de Laura.
 2. Atendiendo a la experiencia de cada profesional, detectar indicadores de sospecha.
 3. Discutir, atendiendo a las escenas vistas, en qué fase del ciclo de violencia y del proceso de cambio se puede encontrar Laura.
- Entregar en cada grupo el *story* correspondiente a las escenas.
- Puesta común en el grupo grande.
- Explicación por parte del o de la docente de los indicadores en mujeres sin lesiones aparentes y los indicadores de violencia en general.

Material de apoyo docente

- Diapositivas:
 - Fases del cambio y ciclo de la violencia.

- Documentación:
 - Consultar en la página 28 de esta Guía: ¿Por qué permanecen las mujeres en la relación violenta? Primer modelo: El ciclo de la violencia.
 - Consultar en la página 30 de esta Guía: ¿Por qué permanecen las mujeres en la relación violenta? Tercer modelo: Los procesos del cambio.
 - Consultar en la Guía: Detección y valoración de la situación de violencia.

SEGUNDA DINÁMICA

- En el grupo grande, analizar las desviaciones en el lenguaje de Laura (evitación de respuestas) que hacen que no hable sobre la situación de violencia.
- Analizar sus justificaciones.
- Explicación por parte del o de la docente de las conductas de resistencia en las mujeres y otras dificultades.

Material de apoyo docente

- Documentación:
 - Resumen modelo de persuasión coercitiva. Consultarlo en la Guía: Anexo IV.

PUNTOS CLAVES

- Tan fundamental es entender aspectos generales de la violencia como comprender las condiciones concretas de la violencia en cada mujer y sus diferentes respuestas: físicas, psicológicas y sociales. La tarea siempre es llegar a lo que vemos y a lo que queda oculto, a lo que nos dicen y a lo que callan, a reflexionar qué nos piden pero también qué cosas no nos piden y qué hacer para que nos las demanden.

UNIDAD DIDÁCTICA 2

Intervención profesional: el acompañamiento

OBJETIVO

- Reflexionar sobre la importancia del acompañamiento profesional en la solución del problema de violencia, siempre respetando tanto los ritmos en la interiorización de lo que le está ocurriendo a la víctima, como en sus decisiones, siempre asegurando un plan de cambio y haciendo a la mujer protagonista de su proyecto de vida.

CONTENIDOS

- Las resistencias de la mujer para salir de la situación.
- El acompañamiento: dotar de herramientas para la autonomía y desarrollo de capacidades.

- Aspectos básicos en el acompañamiento.
- Los planes de cambio.

TIEMPO APROXIMADO

- 1 hora 25 minutos.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Visualizar la cuarta y quinta escena del caso.

PRIMERA DINÁMICA

- Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas, para analizar qué impide a la mujer avanzar en sus decisiones.
- Puesta común en el grupo grande.
- Recogida por parte del o de la docente del listado de las dificultades de la mujer.

SEGUNDA DINÁMICA

- Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas y analizar los siguientes aspectos de la intervención profesional:
 - ¿Cuáles son los aspectos fundamentales del acompañamiento de la profesional de la historia?
 - ¿Qué preguntas hace y qué actitud tiene?
 - ¿Qué piensas que pasó en las sucesivas entrevistas que la mujer y la profesional realizaron antes de dejar a su marido?
- Puesta en común.
- Exposición por parte del o de la docente de los principios generales de los planes de cambio y entrevista motivacional.

Material de apoyo docente

- Documentación:
 - Negociando un plan de cambio.
- Bibliografía:
 - Entrevista motivacional.

PUNTOS CLAVES

- Aunque el proceso de separación del agresor sea largo, complejo y difícil, en medio de una sociedad que no siempre entiende a la víctima, dotar de empoderamiento y de control personal a las mujeres víctimas, ofrecerles estrategias para que comprendan que deben y pueden ser dueñas de sus vidas, es una responsabilidad de todas las personas que tratamos directa o indirectamente este problema.

UNIDAD DIDÁCTICA 3

Actitud profesional ante el maltratador

OBJETIVO

- Incorporar buenas prácticas de actuación frente al maltratador.

CONTENIDOS

- Análisis de aspectos que diferencian a unos agresores de otros.
- Actitudes o comportamientos del agresor que pueden contribuir a detectar una situación de malos tratos hacia la mujer.
- La actitud ante el hombre que maltrata. Qué no hacer.

TIEMPO APROXIMADO

- 1 hora 50 minutos.

DESARROLLO DIDÁCTICO

- Visualizar la cuarta escena (discusión del hombre con la médica y con su mujer).

PRIMERA DINÁMICA

- Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas para discutir el retrato dibujado, los estilos de respuesta y lo que no se ve de los agresores.
- Puesta en común.
- Exposición por parte del o de la docente de los diferentes perfiles de los agresores y posterior explicación de la actitud profesional frente a los mismos.

Material de apoyo docente

- Diapositivas:
 - El hombre que ejerce violencia contra la mujer
- Bibliografía:
 - Micromachismos.

SEGUNDA DINÁMICA

- Separar en grupos pequeños de 5 ó 6 personas, para responder las siguientes preguntas:
 - ¿Por qué maltratan?
 - ¿Es una falta de control?
 - ¿Son conscientes de lo que hacen?
- Puesta en común
- Exposición por parte del o de la docente de algunos consejos sobre lo que no se debe hacer.

Material de apoyo docente

- Documentación:
 - Actitud en la consulta del hombre que maltrata

PUNTOS CLAVES

- En las consultas de atención primaria se da la situación compleja de tener que atender a la mujer víctima y al hombre que la maltrata. Es importante saber que no todos los agresores se comportan igual: algunos exhiben actitudes en las consultas pero otros son más *escurridizos* en evidenciar el control hacia sus mujeres. Hay que tener claro que la responsabilidad del agresor es proyectada hacia su mujer, lo que crea en ella una doble victimización. Por otro lado, si el agresor solicitase ayuda, los y las profesionales deberían clarificar su demanda. La intervención se orientará a que el agresor acepte su propia responsabilidad.
- Atender siempre sola a la mujer o buscar la forma de hacerlo. No tratar de conciliar. Nunca comentar con el hombre lo tratado o hablado con la mujer.

BIBLIOGRAFÍA
Material de consulta

BIBLIOGRAFÍA. MATERIAL DE CONSULTA

Babcock JC, Canady BE, Senior A, Eckhart CI. Applying the Transtheoretical Model to Female and Male Perpetrators of Intimate Partner Violence: Gender Differences in Stages and Processes of Change. *Violence and Victims*. 2005 April; 20(2): 235-250.

Bleger J. *Temas de Psicología (Entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1977.

Boaria D. Disponerse al acaecer de las cosas. En: *Hipatia*. Dos para saber, dos para curar. Madrid: Horas y horas; 2004:67.

Bonino L. Las microviolencias y sus efectos: claves para su detección. En: Ruiz Jarabo C, Blanco Prieto P, directoras. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid: Diaz de Santos; 2004. p.83-100.

Burke, JG, Denison JA, Carlson Gielen A, McDonnell KA, O'Campo P. Ending Intimate Partner Violence: An Application of the Transtheoretical Model. *American Journal of Health Behavior*. 2004; 28(2): 122-133.

Coria C. *El amor no es como nos contaron ni como lo inventamos*. Buenos Aires: Paidós; 2001.

Encuesta de Salud para Asturias 2008. Dirección General de Salud Pública y Participación. Informe breve nº 15: Maltrato, violencia o abuso [acceso 23 de diciembre de 2010]. Disponible en: http://tematico.asturias.es/salud/plan/noticias/imginc/ESAIB_15.pdf

Escudero Nafs A, Polo Usaola C, López Gironés M, Aguilar Redo L. La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. I: Las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2005 Jul/Sep; 25(95): 85-117.

Escudero Nafs A, Polo Usaola C, López Gironés M, Aguilar Redo L. La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género.II: Las emociones y las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2005 Jul/Sep; xxv(95): 59-91.

Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press; 1957.

Frasier PY, Slatt L, Kowlowitz V, Glowa PT. Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence. *Patient Education and Counseling*. 2001; 43: 211-217.

Goodman LA, Koss MP, Russo NF. Violence against women: Physical and mental health effects. Part I. Research findings. *Applied and Preventive Psychology*. 1993; 2(2): 79-89.

Heim C, Ehler U, Hanker JP, Hellhammer DH. Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain. *Psychosom Med*. 1998 May-Jun; 60(3): 309-318.

Heise L. La violencia contra la mujer. Organización global para el cambio. En: Edleson JL, Eisikovits ZC. *Violencia doméstica: La mujer golpeada y la familia*. Barcelona: Granica; 1997. p. 19-58.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending Violence Against Women. *Population Reports, Series L*, No. 11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, December 1999.

Informe Anual del Registro VIMPA de Atención Sanitaria en Violencia contra las Mujeres del Principado de Asturias; 2009 y Separata Registro VIMPA; 2010.

Koss MP, Hesslet L. Somatic consequences of violence against women, *Archives of Family Medicine*. 1992; 1(1): 53-59.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre violencia y la salud. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003. Publicación Científica y Técnica nº 588.

Lagarde y de los Ríos M. Por los derechos humanos de las mujeres: la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. 2007; 49(200): 143-165 [acceso 23 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42120009>

Lazzerini G. Cuando no basta la buena voluntad. En: *Hipatia*. Dos para saber, dos para curar. Madrid: Horas y horas; 2004:77.

Levinton Dolman, N. *El Superyo Femenino: La Moral En Las Mujeres*. Madrid: Biblioteca Nueva; 2000.

Ley del Principado de Asturias 2/2011 de 11 de marzo para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género. Disponible en: <http://www.asturias.es/bopa>.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (29-12-2004), páginas 42166 a 42197 [acceso 23 de diciembre de 2010].

Disponible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2004-21760

III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados. Abril, 2006. Estudio realizado por SIGMA DOS, S. A. para el Instituto de la Mujer [acceso 23 de diciembre de 2010]. Disponible en: http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/violencia%20final.pdf

Memoria Red Regional de Casas de Acogida, Revisión Longitudinal años 2001-2009, Cruz Roja Española e Instituto Asturiano de la Mujer.

Molena R. Trampas y jaulas de (una) paciente. En: Hipatia. Dos para saber, dos para curar. Madrid: Horas y horas; 2004:105.

Montero A. El síndrome de estocolmo doméstico en mujeres maltratadas. Revista Monitor Educador. 2000; 84: 20-28

Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Informe elaborado por el Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS; 2007 [acceso 23 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las mujeres víctimas de la violencia de género. Gobierno del Principado de Asturias. Consejo General del Poder Judicial. Fiscalía del Tribunal de Justicia del Principado de Asturias. Ilustre Colegio de Abogados de Oviedo. Ilustre Colegio de Abogados de Gijón. Federación Asturiana de Concejos. Delegación del Gobierno en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. Oviedo; 2007:9 [acceso 23 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://institutoasturianodelamujer.com/iam/wp-content/uploads/2010/04/Protocolo-Interdepartamental-Violencia.pdf>

Ramírez Hernández FA. Violencia masculina en el hogar: Alternativas y soluciones. México: Editorial Pax; 2000.

Rhodes NR, Baranoff McKenzie E. Why do battered women stay? Three decades of research. *Aggression and Violent Behavior*. 1998; 3(4): 391-406.

Roberts GL, Lawrence JM, Williams GM, Raphael B. The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1998; 22(7): 796-801.

Root MP, Fallon P. The incidence of victimization experiences in a bulimic sample. *J. Interpers. Violence*. 1988; 3: 161-173.

Salber P, Taliaferro E. Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario. Barcelona: Cedecs; 2000.

Sau V. De la violencia estructural a los micromachismos. En: Fisas V, editor. El sexo de la violencia: Género y cultura de la violencia. Barcelona: Icaria; 1998. p. 165-173.

Seligman M. Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: Freeman; 1975.

Valls-Llobet C. Mujeres Invisibles. Barcelona: Debolsillo; 2006.

Velasco Arias S. Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006 [acceso 23 de diciembre de 2010]. Disponible en:
<http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>

Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Trabajo elaborado para el Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid; 2009 [acceso 23 de diciembre de 2010]. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf>

Velázquez S. Violencias cotidianas, violencia de género: escuchar, comprender, ayudar. Buenos Aires: Paidós; 2006.

Walling MK, O'Hara MW, Reiter RC, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstet Gynecol.* 1994; 84(2): 200-206.

Walker LE. The battered woman. New York: Harper & Row; 1979.

Winnicott DW. Realidad y juego. Barcelona: Gedisa; 1972.

Zink T, Elder N, Jacobson J, Klostermann B. Medical Management of Intimate Partner Violence Considering the Stages of Change: Precontemplation and Contemplation. *Annals of Family Medicine.* 2004 May/June; 2(3): 231-239.

Gobierno del Principado de Asturias

Promueven y editan:

Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad. Instituto Asturiano de la Mujer
C/ Eduardo Herrera "Herrerita", s/n. 3.ª planta. 33006 Oviedo

Servicio de Salud del Principado de Asturias
Plaza del Carbayón, 1. 33001 Oviedo

D.L.: AS-1.252/11

Diseño: Ámbitu

