

3. PROCESOS DE ACTUACIÓN

A) PROCESO DE ACTUACIÓN CON LAS MUJERES EN EL ÁMBITO SANITARIO

Las mujeres que han sufrido violencia habitualmente son atendidas en los servicios de salud. Es probable que el personal de salud del sistema sanitario sea el primero al que recurran las mujeres que sufren actos de violencia. Las mujeres han indicado que son en los y las profesionales de la salud en quienes más confiarían ante situaciones de abuso. Por ello, se necesita una respuesta de apoyo de primera línea para abordar los casos de mujeres que sufren un deterioro de su salud como consecuencia de la violencia recibida.

Otras muchas mujeres acuden a los servicios sanitarios con síntomas consecuencia de las situaciones de abuso pero, sin revelar la causa de sus dolencias. Y algunas de ellas, ni siquiera son conscientes de que los síntomas que presentan están relacionados con la violencia.

Los y las profesionales de salud deben estar capacitadas para identificar los signos propios de los actos de violencia y sus consecuencias. Ponerlos en evidencia cuando no son comunicados de entrada. Y facilitar una respuesta adecuada e integrada que requiere una estrategia global en coordinación con otras instituciones: servicios sociales, policiales, jurídicos, etc. que pueden ayudar a las mujeres en su proceso.

Las personas expuestas a la violencia requieren servicios de salud integrales y sensibles a las cuestiones de género, que aborden las consecuencias de la violencia para la salud en el sentido más amplio de la palabra.

Teniendo en cuenta que la actuación para el diagnóstico y tratamiento constituye el pilar fundamental, hay que considerar al sistema sanitario como fundamental en tres niveles de actuación:

- **La prevención:** ¿Qué se puede hacer para disminuir la incidencia de los casos de violencia de género? Estrictamente conocida como PREVENCIÓN PRIMARIA.
- **La detección precoz:** ¿Qué se puede hacer para detectar los casos de forma temprana? PREVENCIÓN SECUNDARIA.
- **La intervención profesional adecuada:** ¿Qué hacer para abordar el problema y minimizar sus consecuencias? PREVENCIÓN TERCIARIA

Y estos retos son independientes de que el personal de salud pertenezca a una categoría profesional u otra, al ámbito de la Atención Primaria o al de la Atención Hospitalaria, en un contexto de urgencia o en una consulta programada, en atención ambulatoria o de ingreso. El conjunto del sistema y de los y las profesionales están implicados en poder colaborar con los tres pilares de la prevención.

La violencia de género es un problema que impacta sobre la salud de las mujeres de forma significativa. Aun siendo así, no podemos olvidar que se enmarca en un problema social que supera y engloba a lo estrictamente sanitario. Eso nos obliga a tener una visión amplia donde un o una profesional de forma aislada no puede abordar el problema en su conjunto. Y tampoco el sistema sanitario solo podrá hacerlo. Las interfases entre profesionales y servicios siempre son ámbitos que precisan especial cuidado y nos generan al menos, cuatro nuevos retos:

- La atención es responsabilidad de cualquier profesional y servicio que detecten el problema en una **actuación inicial básica**.
- El adecuado acompañamiento por parte de los servicios con mayor longitudinalidad y continuidad asistencial en una **actuación de apoyo y seguimiento**.
- La **implicación de otros servicios y recursos sanitarios** por los que transita la paciente en su proceso de atención.
- La **coordinación** con otros recursos del sistema de protección social, servicios jurídicos y policiales que faciliten un abordaje del caso en todas sus vertientes con eficacia.

Asegurar los tres niveles de actuación y colaborar en superar los cuatro retos es motivo de este capítulo de la presente guía.

1. PREVENCIÓN PRIMARIA

¿Qué se puede hacer para disminuir la incidencia de los casos de mujeres que sufren violencia por el hecho de pertenecer al género femenino en una cultura machista?

La violencia de género es un problema social estructural, de extremada complejidad y de causa multifactorial. La prevención primaria es un reto social fundamentado en causas personales y comunitarias de fuerte enraizamiento social. En este sentido, sólo la transformación de los valores en torno a la igualdad en un contexto cultural cambiante, puede hacer que la sociedad camine hacia actitudes y acciones igualitarias. El empoderamiento progresivo de las mujeres debe seguir avanzando y constituye la meta hacia la que la prevención primaria debe mirar para superar este reto.

Cuando hablamos de prevención primaria estamos refiriéndonos a colaborar con un doble reto social:

Vivimos en una sociedad violenta donde ésta se ejerce como forma de relación y resolución de los conflictos. Visibilizada en múltiples formas: acoso entre compañeros y compañeras (bullying), violencia contra las personas mayores, violencia de hijos e hijas a progenitores violencia política e institucional, etc. Tendremos que actuar sobre la violencia estructural como forma legitimada de relación para poder actuar sobre la violencia contra las mujeres.



Vivimos en una sociedad patriarcal y machista donde el género condiciona las relaciones sociales, los intereses, las motivaciones, las actitudes, etc. Y también la forma de enfermar, la atención sanitaria y la organización social de los cuidados. La expresión máxima de pérdida de salud se manifiesta en los asesinatos de mujeres por parte de sus parejas y exparejas y otras expresiones de máxima crueldad con importantes secuelas físicas y psicológicas. Los comportamientos machistas generan un deterioro importante de los indicadores de salud percibida en muchas mujeres.

Por todo ello el personal de salud debe trabajar para fomentar la igualdad, promover la autonomía, el empoderamiento y la dignidad de las mujeres siendo conscientes de esta dinámica de poderes. Actuando sobre las normas que perpetúan la violencia contra las mujeres, reafirmando su valor como personas, escuchando, dando credibilidad y acogiendo con responsabilidad sus relatos y sus síntomas para ayudarles a tomar sus propias decisiones.

Los y las profesionales de la salud debemos incorporar la perspectiva de género también en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud. Ser conscientes que mujeres y hombres no enfermamos igual y no tenemos las mismas herramientas para enfrentarnos al cuidado y autocuidado. Progresivamente las investigaciones tienen más en cuenta los aspectos diferenciales de género y estos deben ser incorporados en nuestras prácticas asistenciales.

El abordaje preventivo de la violencia es una cuestión compleja con intervención tanto en el ámbito individual, familiar y comunitario. Y en los tres tiene incidencia el sistema sanitario, pero no será solo ni de forma independiente como se podrá empujar ese cambio. El sistema educativo, los medios de comunicación, el sistema judicial y la política deben estar implicados y coordinados en ello. El cambio hacia una cultura igualitaria tiene que impregnar a toda la estructura social y exige el compromiso de gobiernos, instituciones y ciudadanía. En este punto, existen plataformas sociales donde diferentes colectivos trabajan de forma coordinada por la igualdad. Será necesario que el sistema sanitario participe en estas instancias con una doble actitud: reconocer lo que otros pueden enseñarnos para trasladarlo a nuestra organización y, por otra parte aportar lo específico de nuestro saber en las instancias sociales para impulsar un cambio. En esta mirada comunitaria la Atención Primaria tendrá un papel fundamental por su esencia, la formación de sus profesionales y la capacidad de acción en los ámbitos más locales.

1.1. IDENTIFICAR SITUACIONES DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Las actuaciones que se presten a las mujeres en situaciones de violencia de género tienen que estar libres de estereotipos sexistas, puede afectar a cualquier mujer, no existiendo un perfil de mujeres en situación de maltrato, por lo que es más apropiado hablar de situaciones de mayor vulnerabilidad.

El personal de salud tiene que tener presente que hay mujeres que presentan mayor dificultad para acceder a los servicios sanitarios. Para identificar a estas mujeres se alude a la dimensión de la interseccionalidad, desde donde el maltrato es producto de la intersección e interdependencia de los ejes de desigualdad de clase, raza y/o género. El reconocimiento de estos factores puede ayudar a prevenir o disminuir esta violencia:

- Situaciones relacionadas con los cambios vitales: el noviazgo, el proceso de embarazo, parto y puerperio, el proceso de separación y la jubilación.
- Situaciones relacionadas con la dependencia, la diversidad funcional, la migración, las dificultades laborales o de desempleo, el aislamiento social, la dependencia económica. En definitiva, las situaciones de riesgo de desprotección de explotación y de exclusión social.

Por tanto, las mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio, así como las mujeres inmigrantes, las mujeres con diversidad funcional física o mental, las que padecen enfermedades mentales o adicciones, las mujeres que viven en núcleos rurales, y las mujeres mayores son susceptibles de mayor vulnerabilidad y deben estar especialmente consideradas en las acciones de prevención primaria.

1.1.1. Embarazo

En una relación en la que se sufre violencia, “el embarazo es una etapa de especial susceptibilidad y riesgo. En ocasiones, es en esta etapa cuando la violencia empieza a ser franca y evidente. Esta violencia puede suponer graves consecuencias para el desarrollo del feto y para el recién nacido, además de las graves consecuencias físicas y psicológicas habituales. Podemos afirmar que la violencia de género constituye un factor de riesgo gestacional, motivo por el que todo embarazo en una mujer que sufre malos tratos se considera de alto riesgo por suponer un aumento de la morbimortalidad materna y perinatal”¹⁴.

El embarazo es un momento de especial vigilancia para la prevención y detección de la violencia de género ya que su seguimiento facilita que los y las matronas tengan un mayor contacto y relación con las mujeres y se convierten en profesionales de referencia que puedan observar cualquier signo de alarma a lo largo de este seguimiento. En los cursos de preparación al parto deben abordarse temas como la relación de pareja, la corresponsabilidad, la parentalidad positiva, el buen trato o la violencia.

El puerperio es otro momento vital de riesgo para sufrir violencia debido a los cambios de roles que implica ser padres y madres.

¹⁴ Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista en las Illes ...
www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456Z1234057&id=234057



Es importante que en el proceso de atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio tengamos en cuenta la violencia como causa de problemas de salud y que ofrezcamos la posibilidad de que pueda ser verbalizado por parte de la mujer para hacer un adecuado enfoque del problema. Los y las profesionales de la salud que atienden este momento **es importante que estén en continua alerta de los síntomas y signos específicos de violencia durante el embarazo, parto y puerperio** en un ambiente en el que las mujeres se sientan seguras indagando en este tipo de situaciones siempre que se sospechen.

1.1.2. Migración

Existen factores y contextos específicos de los procesos migratorios que sitúan a las mujeres en lugares de mayor indefensión frente a la violencia.

La inseguridad de su situación personal, situaciones administrativas irregulares y el miedo de ser expulsadas del país, el desconocimiento de sus derechos y recursos, la mayor dificultad de acceso al sistema sanitario, a los servicios sociales, la falta de redes, la dependencia económica del agresor o las barreras lingüísticas son algunos de los factores sociales que inciden en encontrar dificultades añadidas para escapar de la espiral de la violencia machista.

La mujer migrada que sufre maltrato además debe enfrentarse a un duelo migratorio, en el que va a perder referentes en cuanto al apoyo social (familia, amistades.), se enfrenta a discriminaciones, además de preocupación permanente en caso de menores a su cargo en el lugar de origen.

Hay que tener en cuenta que las ideas y prácticas que desarrollen estas mujeres dependen de los significados de la salud de los países de origen donde la cultura o religión puede influir en la práctica del cuidado. Las situaciones de inmigración son ya un factor de riesgo para la salud.

Dentro de nuestras actuaciones es conveniente reconocer aspectos culturales y establecer criterios de sospecha cuando se observe:

1. Falta de control sobre la salud reproductiva y sexual.

- Mujeres a las que no les autoriza su pareja a utilizar métodos anticonceptivos.
- Precariedad económica para costear métodos anticonceptivos.
- Falta de información, por falta de estudios.

2. Falta de control sobre la economía familiar.

- Mujeres con prohibición de trabajar por parte de su pareja.
- Mujeres a las que no les autoriza la pareja a decidir sobre la economía familiar, aunque tengan ingresos propios.

En algunos colectivos de inmigrantes hay que tener presente la mutilación genital femenina, como una forma terrible de violencia contra las mujeres.

1.1.3. Diversidad funcional

Actualmente se adopta la nomenclatura diversidad funcional como “personas que funcionan de una manera no habitual, en vez de aquella acepción según la cual carecen de capacidades”.

En España, las mujeres ya constituyen el 59,8% de las personas con discapacidad. En Euskadi, el 11,5% de las mujeres residentes presentan algún tipo de dependencia o limitación, según la Estadística de Demanda de Servicios Sociales (EDSS), Encuesta de Necesidades Sociales (ENS) de 2014.

La macro encuesta de violencia contra la mujer 2015 dedica un capítulo a las mujeres con discapacidad, aunque el porcentaje de entrevistadas en esta circunstancia era solamente del 4,5% muy inferior al real y tan sólo se ha incluido dentro de este grupo a aquellas que poseen un reconocimiento de discapacidad. Esta investigación concluye que las mujeres con discapacidad acreditada, es decir, superior al 33% presentan una prevalencia de cualquier tipo de violencia en la pareja superior al resto de las mujeres tanto en el momento actual, como a lo largo de la vida.

El II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual, constató la necesidad de elaborar un marco integrador donde se incorpore el triple enfoque desde la perspectiva de derechos humanos, género y discapacidad, que permita que las políticas y los servicios que se desarrollen en materia de violencia contra las mujeres estén pensadas para todas las mujeres y niñas, integrando las peculiaridades y posiciones de las mujeres con diversidad funcional.

Factores que incrementan el riesgo de violencia de género en general para todas las discapacidades:

- La mayor dependencia de la asistencia de otras personas que, en ocasiones, pueden ser quienes les maltratan, con el miedo a la pérdida de cuidados que conlleva la ruptura.
- Percepción por parte de las mujeres con diversidad funcional de que están en deuda con las personas que les prestan asistencia y/o con aquellas de las dependen económicamente.
- La percepción por parte del agresor de una mayor indefensión.
- Menor autoestima y empoderamiento.
- Mayores dificultades para la participación social y para la autonomía económica.
- Dificultades en el acceso a la educación y/o al mundo laboral, produciéndose así una mayor dependencia económica. Menor prevalencia de trabajo fuera de casa, lo que les aísla en el ámbito



doméstico e incrementa sus posibilidades de sufrir dependencia económica respecto de su agresor.

- Mayores dificultades para expresar los malos tratos debido a: problemas de comunicación, existencia de códigos comunicativos diferentes y falta de información sobre la violencia.
- Hay que tener en cuenta la situación de las mujeres que no tienen discapacidad, cuyos hijos/as sí la presentan.
- Las mujeres que inicialmente no tienen discapacidad, y la adquieren como consecuencia de una situación puntual o reiterada de violencia, pueden encontrarse en ese momento en una situación de especial indefensión, dada la nueva situación sobrevenida.
- Tendencia social a dar menor credibilidad a las situaciones manifestadas por las mujeres con discapacidad, especialmente en algunos casos, en función de la discapacidad concreta de la que se trate.
- Enfrentamiento entre los papeles tradicionales asignados a las mujeres y su negación en las mujeres con discapacidad.
- Falta de foros adaptados a sus necesidades donde compartir sus experiencias de vida y aprender a su vez de la de las demás.
- Políticas públicas sin perspectiva de la discapacidad y tendencia a homogeneizar las necesidades de las mujeres con distintas discapacidades.
- Servicios y recursos públicos no accesibles.
- Carencias en la sensibilización y formación de profesionales susceptibles de atender a víctimas de violencia de género con discapacidad: sector educativo, de la salud, jurídico, social, de las fuerzas y seguridad pública, etc.

Recogemos la necesidad de incorporar esta perspectiva de la discapacidad y evitar la tendencia a homogeneizar las necesidades de las mujeres en los servicios sanitarios. Hay que realizar un esfuerzo para garantizar el derecho a la información, haciéndola accesible y adaptada, trabajar con una perspectiva desde el empoderamiento y autonomía personal de estas mujeres, incluir en los protocolos de coordinación la diversidad funcional, prestar especial atención a la exclusión y el aislamiento que muchas veces padecen, mejorar el proceso de intervención y atención desde el primer momento de la recepción de la demanda y realizar una escucha activa de las necesidades. No hay que olvidar, por ejemplo, que las mujeres con discapacidad habitualmente acuden a la consulta acompañadas por su pareja. Por ello, es preciso que busquemos espacios de intimidad para poder valorar las situaciones de malos tratos.

1.1.4. Trastorno Mental Grave (TMG)

En las guías de actuación ante la violencia de género en los servicios de Salud Mental queda reflejada la relación directa e indirecta que tiene la violencia de género sobre las mujeres con una enfermedad mental. Aun así, la enfermedad mental es un concepto muy amplio que abarca múltiples diagnósticos tanto en psiquiatría como en psicología. Esta guía se centra en la vulnerabilidad y el abordaje específico de la violencia de género en mujeres con el diagnóstico de trastorno mental grave (TMG).

Una mujer que padece un trastorno mental grave es una paciente especialmente vulnerable, lo que dificulta enormemente su abordaje a nivel sanitario y social. Entre los factores de riesgo específicos de este colectivo se encuentran:

1. Doble victimización: Enfermedad mental y ser mujer.
2. Menor credibilidad que se le da a su relato por parte de las y los profesionales.
3. Mayor dependencia de la asistencia de otras personas, frecuentemente de sus parejas. Carencia de autonomía y/o carencia de empleo.
4. La tendencia a la psicopatologización.
5. Mayor dificultad de acceso a la información y servicios, en parte relacionadas con su enfermedad y al estigma asociado a ella. Menor nivel educativo.
6. Menor grado de autoestima y reconocimiento personal, secundario a la discriminación social que sufren.

El diagnóstico de TMG se basa en criterios específicos. Las dimensiones que constituyen el TMG, en su definición de mayor consenso en la bibliografía, son:

- Diagnóstico clínico, fundamentalmente trastornos psicóticos.
- Duración del trastorno, normalmente superior a 2 años.
- Discapacidad, es decir, la disfunción moderada o severa en el funcionamiento de la mujer a nivel social, familiar y laboral.

Las mujeres diagnosticadas de un TMG sufren 4 veces más violencia por parte de la pareja o expareja que las que no están diagnosticadas, y la violencia es más grave. Estudios de prevalencia de este tipo de violencia en estas mujeres revelan datos de un 40,3% en los 12 meses previos a la entrevista y 74,1% a lo largo de sus vidas.

Ante cualquier intervención en este colectivo hay que tener en cuenta que:

- Son patologías que se inician en la adolescencia o juventud y a menudo persisten durante toda la vida.
- El impacto del TMG en sus vidas, sus familias de origen y en la creación de sus propias familias, en sus relaciones sociales, la integración laboral, el alcance de metas personales, e incluso la libertad y toma de decisiones personales.



- Sufren asimismo problemas de salud física de forma más precoz y frecuente que la población general, así como riesgo de suicidio y muerte violenta.
- Sufren un elevado riesgo de exclusión social, estigma y discriminación en muchos espacios, inclusive los sanitarios.

1.1.5. Las adicciones

Se estima que el 80% de las mujeres con problemas de adicciones sufren violencia de género. Los estudios de prevalencia realizados a partir de una gran variedad de fuentes (encuestas nacionales, con muestras de la comunidad o de grupos específicos de población) han establecido de manera sólida la coexistencia del consumo de drogas y la violencia de género¹⁵.

Las mujeres con adicciones padecen una doble victimización, por ser mujeres y por ser adictas. Se ven envueltas en el círculo de la violencia y la adicción. Por un lado, las mujeres adictas están más expuestas a la violencia física y sexual y por otro, la violencia de género aboca a la adicción¹⁶. Al mismo tiempo, debido a las construcciones de género, sufren instrumentalización de su sexualidad. Mientras que los hombres tienden a la agresividad y a la transgresión violenta en forma de robo o atraco para autofinanciarse el consumo, las mujeres tienden a utilizar su sexualidad y sus cuerpos para seguir consumiendo¹⁷.

Socialmente, actitudes como el abuso de sustancias u otras adicciones consideradas impropias para los hombres, son inadmisibles en las mujeres. Por ello, las mujeres adictas padecen un mayor estigma social, tienen mayor sentimiento de culpa, mayor presión familiar y están más invisibilizadas que los hombres adictos.

Dichas mujeres acceden con menos frecuencia que los hombres a los recursos asistenciales de las adicciones y la adherencia al tratamiento es inferior¹⁸. El hecho de que los programas de tratamiento hayan sido diseñados desde una perspectiva androcéntrica, sin reparar en las necesidades específicas de las mujeres, una fuerte dependencia del compañero aunque existan malos tratos y el miedo a perder la custodia de sus hijas e hijos son las principales barreras identificadas¹⁹.

¹⁵ Rivera, E. A. 2015

¹⁶ Simonelli Alessandra. 2014.

¹⁷ Salamanca Fernández Alicia. 2017.

¹⁸ Center for Substance Abuse Treatment. 2009.

¹⁹ Gobierno Vasco. Departamento de Salud. VII Plan de Adicciones. 2017.

En cuanto a la protección de las mujeres que sufren violencia de género, las medidas puestas en marcha desde los servicios sociales tienen dificultades para atender adecuadamente a las mujeres adictas. La prohibición de los consumos en los espacios residenciales hace inviable el acceso de estas mujeres que, además de la protección frente a la violencia, requieren el tratamiento de su adicción.

Por todo lo anterior, resulta imprescindible establecer medidas que den soporte de manera efectiva a las víctimas, teniendo en cuenta todas las variables asociadas a la adicción y a la violencia de género. En primer lugar, se recomienda elaborar un protocolo para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención, y en segundo lugar, diseñar y pilotar un modelo de recurso de apoyo residencial específico para mujeres con problemas de adicciones víctimas de violencia de género ²⁰.

Otro fenómeno relacionado con el abuso de sustancias y la violencia de género es el acoso y otras violencias sexuales en los contextos de ocio nocturno donde, al operar el espejismo de la igualdad, las chicas creen que pueden divertirse libremente y sin peligro de igual manera que los hombres. Es importante dar a conocer que la mayoría de los casos de sumisión química se producen por el alcohol y que, a pesar de no ser el responsable de la violencia que se genera contra las mujeres, o entre los hombres, su consumo favorece el modelo patriarcal que conlleva el uso de la misma.

Durante años, una de las expresiones de la dominación de los hombres sobre las mujeres ha sido la alta tolerancia social a los comportamientos abusivos de carácter sexual, especialmente bajo el efecto de las drogas, que ha contribuido a invisibilizar el fenómeno. Todavía hoy en día, en los casos de violencia sexual contra las mujeres, el consumo de drogas culpabiliza a las mujeres pero legitima y desresponsabiliza a los hombres, es decir, actúa como un atenuante para el agresor y como un agravante para la víctima²¹.

Para darle la vuelta a esta situación de injusticia es necesario hacer frente a la violencia sexual de manera conjunta y coordinada desde todos los ámbitos: profesionales de diferentes sectores, administraciones públicas, entidades, sociedad civil organizada, ciudadanía en general y movimientos sociales²².

1.1.6. Residentes en municipios pequeños

En el informe Análisis e interpretación de datos estadísticos sobre violencia contra las mujeres en la CAPV-Datos estadísticos 2017 se recogen los siguientes datos:

²⁰ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020

²¹ Arana Xabier. 2017.

²² Fundación Salud y Comunidad. 2017.



El 68,93% de las victimizaciones de Euskadi se produjeron en los municipios grandes (municipios de más de 10.000 mujeres) y las victimizaciones en municipios de menos de 1.000 habitantes representaron un 2,70% del total. Ahora bien, de entre todos los municipios que registraron alguna victimización el 38,32% son de menor tamaño y en el 11,98% de los más grandes.

Tabla 4. Municipios con victimización

| Nº DE MUNICIPIOS CON VICTIMIZACIONES SEGÚN TAMAÑO DE MUNICIPIO POR TT.HH. Absolutos y % 2017 | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| | ÁLAVA | BIZKAIA | GIPUZKOA | TOTAL | % |
| MUNICIPIOS > 10.000 MUJ. | 1 | 11 | 8 | 20 | 11,98 |
| MUJERES 5.001 A 10.000 MUJ. | 2 | 9 | 14 | 25 | 14,97 |
| MUNICIPIOS DE 1.000 A 5.000 MUJ. | 6 | 33 | 19 | 58 | 34,73 |
| MUNICIPIOS < 1.000 MUJ. | 19 | 30 | 15 | 64 | 38,32 |
| TOTAL | 28 | 83 | 56 | 167 | 100,00 |
| % sobre total municipios | 54,90 | 74,11 | 63,64 | 66,53 | |

Fuente: Departamento de Seguridad, Dirección de Coordinación de Seguridad

La última macroencuesta sobre la violencia de género publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad apunta datos relevantes sobre mujeres que han sufrido violencia de género y que viven en municipios de menos de 10.000 habitantes. En ella se indica que el 50,7% de las mujeres rurales que declaran estar en una situación de violencia de género se encuentra en una edad comprendida entre los 40 y 59 años y trabajan de forma habitual en el entorno rural.

Aunque no se conoce si la prevalencia de la violencia de género es mayor o menor en el medio rural, abordar estas situaciones es más difícil lejos de las grandes urbes. Menos información, más presión y más miedo a la hora de denunciar y peor acceso a los recursos disponibles son algunas de las barreras que afrontan las mujeres en estos municipios pequeños. La última macroencuesta refiere no encontrar diferencias significativas cuando se contrasta la frecuencia relativa de quienes han activado recursos (policía, servicios sociales o sanitarios, familiares o personas conocidas) y las que no, entre las mujeres de municipios menos poblados y municipios mayores. Tampoco se encuentran diferencias significativas por tamaño de municipio de residencia en los motivos por los que no se llegó a denunciar los hechos en la policía o los Juzgados.

Sin embargo, en estudio posterior se establecen algunos factores que se convierten en factores de riesgo para las mujeres que residen en municipios

rurales ante la violencia de género. Estas mujeres viven en contextos donde entre otras cosas están acentuados los estereotipos de género, existe un mayor control social y donde hay un acceso más restringido a los recursos disponibles, así como al mercado laboral. En el entorno rural la idea de que los problemas personales permanezcan dentro de la familia se convierte en una dificultad.

1.1.7. Envejecimiento

Entre los factores que hacen que las mujeres mayores sean consideradas un grupo vulnerable ante la violencia de género cabe señalar la dependencia económica, un mayor aislamiento y soledad, la falta de apoyo, la persistencia de los roles tradicionales de género o el daño producido por el maltrato continuado. Se ven particularmente afectadas por las tradiciones sexistas y la asunción de los roles de género tradicionales, lo que dificulta la visibilización de las situaciones de maltrato y la presentación de denuncias.

En la etapa de la jubilación, el número de horas de convivencia con la pareja aumenta, y algunos hombres intentan tener un mayor control sobre el tiempo, actividades y relaciones de las mujeres, exigiendo, con violencia, su disponibilidad y presencia para acompañarles y atenderles. En esta etapa de la vida, hay mujeres que también pierden el apoyo cotidiano de sus hijos o hijas, lo que las hace vivir una violencia sin testigos ni mediación. Es frecuente, también, la dependencia económica de la pareja y los escasos ingresos procedentes de las pensiones de las mujeres. Las que llegan a la vejez con un deterioro en la salud o alguna discapacidad que disminuye su autonomía personal, tienen mayor riesgo de sufrir maltrato o de que aumente la intensidad y gravedad del que ya venían sufriendo.

“... El hecho de que la mujer víctima de la violencia de género sea una mujer mayor implica un mayor grado de vulnerabilidad, una mayor dificultad de acceso a los recursos y dispositivos sociales e institucionales diseñados como respuesta, así como una serie de obstáculos específicos a la hora de salir del círculo de la violencia. La LO 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, considera la violencia que se ejerce contra una mujer por parte de su pareja o ex pareja como un supuesto de violencia de género sin distinción de edad. No obstante, desde un punto de vista más amplio, la categoría de violencia familiar de género contra las mujeres mayores es frecuentemente contemplada por las profesionales y los profesionales de diversos campos intervinientes en la respuesta desde una perspectiva doble: como violencia de género y como violencia contra las personas mayores. La construcción social de esas categorías es, no obstante, muy diferente. En estos casos la visión estereotipada de ambas formas de violencia (según las cuales las víctimas de violencia de género son preferentemente mujeres jóvenes o de mediana edad y la causa de la violencia contra los mayores tiene su origen en el estrés que genera el



cuidado) puede redundar en una respuesta ineficaz e incluso potencialmente peligrosa para la víctima. Esa diferente construcción social como problema de estas formas de violencia incide en la respuesta que se articula frente a las mismas: habitualmente más inclinada, en el caso de la violencia contra las personas mayores, hacia intervenciones más centradas en la compasión (terapias, apoyos a la persona cuidadora), que en el control (intervención de la administración de justicia, alejamiento del agresor), que suelen asociarse más claramente con el paradigma de la respuesta hacia la violencia de género contemplada por la LO 1/2004. Respuesta que, como debe ocurrir ante cualquier manifestación de violencia en el seno de la familia, presenta como un elemento esencial la necesidad del empoderamiento de las mujeres víctimas de violencia, por supuesto también cuando éstas son mayores”²³.

1.1.8. Situaciones de explotación sexual y trata de mujeres y niñas

La explotación sexual está relacionada con la desigualdad, la discriminación de género y la discriminación interseccional. Las mujeres en situación de explotación sexual mayoritariamente son mujeres migrantes con dificultades económicas y con red de apoyos muy deficientes

El anexo del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad sobre actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual se señala: **La trata de seres humanos es una extendida forma de esclavitud.** Es un delito. Obtiene importantes beneficios derivados de la utilización de las personas como objeto de consumo, desplazando a las personas entre regiones y países, aprovechando su situación de pobreza, la falta de oportunidades, la desigualdad y la discriminación que padecen, fundamentalmente mujeres y niñas. Son las causas estructurales relacionadas con la feminización de la pobreza, el desempleo y el endeudamiento lo que concurre en la trata.

La forma más extendida de trata es aquella que tiene como finalidad la explotación sexual, llegando a ser las víctimas en el 95% de los casos mujeres y niñas. La OIT (Organización Internacional del Trabajo) estimó que 40,3 millones de personas han estado sometidas a la esclavitud moderna (explotación laboral, matrimonio forzoso, y explotación sexual). La mayoría de las víctimas de la UE (65%), principalmente de Rumanía, Bulgaria, Países Bajos, Hungría y Polonia. Gran parte de las víctimas de países no pertenecientes a la UE proceden de Nigeria, China, Albania, Vietnam y Marruecos.

Se considera trata de seres humanos conforme a lo dispuesto en el artículo 177 bis del Código Penal la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, incluido el intercambio o transferencia de control

²³ Gracia Ibáñez, J. junio 2012.

sobre esas personas, cuando se emplee violencia, intimidación o engaño, o se abuse de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de una víctima, ya sea nacional o extranjera, o cuando medie la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de la persona que posea el control sobre la víctima, con alguna de las finalidades siguientes:

- a) La imposición de trabajo o servicios forzados, la esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, a la servidumbre o a la mendicidad.
- b) La explotación sexual, incluida la pornografía.
- c) La explotación para realizar actividades delictivas.
- d) La extracción de sus órganos corporales.
- e) La celebración de matrimonios forzados.

Desde el sector salud se debe garantizar la atención sanitaria a estas mujeres víctimas de trata promoviendo la sensibilización y formación para reconocer los signos y promover actuaciones que identifiquen a estas mujeres y niñas. Estos signos y señales que podamos identificar son una fase previa a la identificación formal que siempre corresponde a la autoridad policial.

Requiere especial atención garantizar un entorno de total confidencialidad, rechazando la presencia de cualquier persona del entorno y no debemos compartir información alguna.

2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

La detección precoz de los casos de violencia de género es considerada una prioridad social para poder acompañar el proceso adecuadamente y prevenir complicaciones mayores. Sin embargo, la infra-detección es una realidad generalizada y además, en muchos casos se realiza con una importante demora. En Euskadi se está muy lejos de la cifra del 10% de prevalencia que indican los estudios. Esto se debe a múltiples causas, por ello es necesario implementar medidas que favorezcan una intervención temprana.

Además, existe un problema de infra-registro. Muchas de las intervenciones que los y las profesionales desarrollan no quedan reflejadas en la historia clínica de la mujer por razones de confidencialidad, complejidad de los datos, deseo de la mujer de que no quede constancia... Cuestión que dificulta la visibilización y la continuidad de los casos.

Se dan en nuestro medio circunstancias que pueden favorecer la detección en el sistema sanitario como son la accesibilidad, la atención en situaciones de especial fragilidad y la alta valoración por parte de la población en los y las profesionales



de la salud en quien saben que pueden confiar. En este sentido, se ha indicado que el contexto clínico es uno de los más adecuados para identificar situaciones de violencia, ya que muchas de estas mujeres buscan asistencia sanitaria para las lesiones y problemas de salud derivadas de las agresiones. La Atención Primaria de Salud es lugar privilegiado para detectar y acompañar este tipo de procesos siempre que se den las condiciones de longitudinalidad necesaria. Pero, no nos podemos olvidar que cualquier contexto asistencial (atención urgente, consulta externa hospitalaria u hospitalización) puede ser una oportunidad para poner encima de la mesa un problema que afecta sobremanera a la salud de las mujeres.

2.1. ESTRATEGIA DE DETECCIÓN PRECOZ: PREGUNTAR

No existe un claro consenso respecto a la recomendación de hacer un uso universal del cribado (screening) en contextos sanitarios. Constituye un asunto controvertido a causa de la insuficiente y poco concluyente evidencia científica acerca de sus beneficios y perjuicios.

La OMS²⁴ no lo recomienda como práctica habitual. Sin embargo, la Task Force²⁵ americana sí recomienda el screening en mujeres en edad fértil con moderados beneficios reconociendo la ausencia de evidencia de efectividad en mujeres que han pasado la edad fértil. Si bien algunas Comunidades Autónomas lo han implementado en su ámbito, los resultados y valoraciones no son concluyentes para su generalización por lo que la guía del Ministerio de Sanidad deja el tema abierto para su implementación.

Por todo ello, la estrategia recomendada es la búsqueda activa de casos para aumentar la detección. Lo más importante es la actitud de búsqueda y la sensibilización que facilite contemplar la violencia como un factor presente en las consultas, con atención especialmente a los grupos más vulnerables y que se han descrito previamente en esta guía. Además hay que tener en cuenta que existen situaciones que incrementan la sospecha en las que hay que mantener una actitud especialmente de búsqueda:

- Antecedentes de violencia en la infancia o con anteriores parejas.
- Antecedentes de lesiones frecuentes o utilización particular de los servicios sanitarios: periodos de hiper-frecuentación y otros de abandono, incumplimiento de citas y tratamientos, uso repetitivo de urgencias, frecuentes hospitalizaciones...
- Lesiones físicas discrepantes entre la exploración y el mecanismo de producción referido, retraso en la petición de consulta, en diferente estadio evolutivo o consultas reiteradas. Lesiones bilaterales, de patrón

²⁴ MOPS-OMS. 2006

²⁵ US Preventive Services Task Force. 2013.

central (cabeza, cuello, tórax o abdomen) y aquellas que indican una postura defensiva.

- Actitud y estado emocional de la mujer: temor, nerviosismo, tristeza, confusión, vergüenza, baja autoestima, culpabilidad,... Falta de cuidado personal.
- Quejas crónicas e inespecíficas de mala salud: cefalea, cervicalgia, dolor, mareo, molestias gastrointestinales, pélvicas, insomnio, etc.
- Problemas gineco-obstétricos: lesiones, dispareunia, abortos repetidos, bajo peso al nacer, ausencia de control de la fecundidad, etc.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Aislamiento social, escasas relaciones y exclusión social.
- Actitud de la pareja: excesiva preocupación o control o bien excesivo desapego y banalización de los hechos.
- Que los hijos e hijas sufran daños o lesiones corporales, retraso del desarrollo, enfermedades psicosomáticas, accidentes frecuentes, dificultades en las relaciones, depresión, ansiedad, intentos autolíticos,...
- Información de violencia a través de familiares, amistades u otros profesionales.

Realizando las preguntas de una forma adecuada:

- Ante todo, el manejo en consulta de una situación de sospecha que exige preguntar precisa de un extremado respeto por la mujer. Respetar sus tiempos, sus silencios, su proceso y su propia construcción vital es una actitud fundamental del o de la profesional.
- Buscando una contextualización de la pregunta de forma que el desarrollo de la entrevista nos lleve a ir introduciéndonos de forma progresiva en el asunto del maltrato que en muchas ocasiones resulta incómodo. En ocasiones la pregunta merecerá una introducción adecuada incluso para explicitar las dificultades propias del o de la profesional para realizarla.
- La pregunta debe ser lo más adecuada posible. Sabiendo que el término adecuada es diferente para cada situación y para cada persona. Existen modelos de preguntas facilitadoras, pero cada profesional debe buscar aquellas con las que se encuentre más cómodo o cómoda y se realice de forma natural.
- El espacio de consulta debe asegurar la confidencialidad para poder facilitar la expresión lo más libre que se pueda.



- Dedicando el tiempo que cada situación precisa. El factor tiempo tiene sus limitaciones en las consultas y se debe gestionar con destreza en cada situación para abordar las cuestiones claves y dejar otras para otro momento o profesional.
- Desde un abordaje directo y sin eufemismos que contemple la violencia como un escenario posible abordable en el contexto clínico.

El cuestionario WAST (Woman Abuse Screening Tool), herramienta de cribado y diagnóstico que identifica y valora el abuso emocional y/o físico por parte de la pareja en las mujeres usuarias de los servicios sanitarios, ha sido validado en español. A pesar de que sus datos de sensibilidad y especificidad ofrecen dudas sobre su efectividad en nuestro medio, las dos preguntas iniciales del WAST sirven de orientación para el inicio de la intervención:

1. En general, ¿cómo describiría su relación de pareja?
2. Usted y su pareja ¿con qué grado de dificultad resuelven las discusiones?

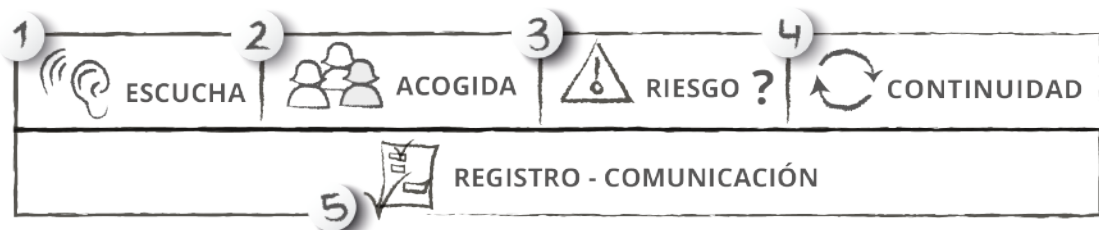
3. PREVENCIÓN TERCIARIA

Una vez que el caso ha sido detectado se establece un protocolo de actuación que permite proceder de una forma estructurada y homogénea para asegurar un proceso de atención adecuado y una minimización de las consecuencias de la violencia.

La valoración debe ser global asegurando la continuidad y la integralidad respondiendo a las necesidades de la mujer.

Se propone la consulta mínima de inicio a desarrollar por el personal de salud que detecta el caso y la consulta de actuación de Apoyo y Seguimiento, reservada para profesionales de referencia para la paciente que puedan hacer una valoración y plan de acción a más largo plazo.

3.1. ACTUACIÓN INICIAL BÁSICA



Está diseñada para cualquier profesional que realice la detección de un caso. Pretende sistematizar la intervención y ofrecer un esquema sencillo de actuación a quien no se ha encontrado con este tipo de procesos o no dispone del tiempo y la longitudinalidad suficiente para poder desarrollarlo.

Esta intervención se pondrá en marcha independientemente del contexto asistencial en que se produzca: urgencias, atención primaria, consulta externa, hospitalización u otro.

Sus ítems pueden ser desarrollados en distinto orden o con la habilidad propia de cada profesional, pero será importante asegurar que todos los ítems han sido atendidos.

La actuación inicial básica incluye:

- **ESCUCHA** a la mujer. La escucha activa y empática es en sí misma una herramienta terapéutica de primer nivel. Dedicar un tiempo a la escucha en un lugar adecuado prestando atención a lo que dice y a cómo lo dice. Asegurando la confidencialidad. Reconociendo sus preocupaciones, sus necesidades y sus expectativas en este momento del proceso. También se deben explorar mínimamente los apoyos familiares, materiales y sociales que la persona tiene y que valora como un recurso para poder solicitar ayuda si la necesitara.
- **ACOGIDA Y EMPATÍA.** El o la profesional establece un clima de confianza manifestando que entiende la situación; manifiesta su posicionamiento firme contra todo tipo de violencia y la desaprobación a este tipo de comportamientos desculpabilizando a la mujer; asigna sus síntomas a la situación de maltrato y no busca otras causas de estos cuando no es razonable que éstas existan; abre la posibilidad de cambio y mantiene la esperanza en la mejoría de este tipo de situaciones.
- **VALORACIÓN DE RIESGOS.** Es importante evaluar los riesgos para la vida de la mujer y de sus hijos e hijas. Atender los signos y síntomas de urgencia vital si los hubiera y el riesgo psicológico que en su máxima expresión sería el riesgo de suicidio. Hay que tener en cuenta que la situación social también puede verse en peligro por la relación con el agresor, la falta de seguridad, el aislamiento y la situación de los hijos e hijas si los hubiera. Todas estas situaciones requerirán la coordinación y remisión a los servicios de urgencias, para valoración física, psicológica o social en los distintos recursos existentes en la Comunidad, sin olvidar los servicios municipales para la atención de urgencias sociales.

Cuando exista una agresión sexual reciente la víctima deberá ser derivada lo antes posible al hospital más cercano, para valoración ginecológica y forense (Ver apartado "Proceso de actuación ante agresiones sexuales").

En cualquier caso, siempre que se remita la paciente a otro servicio se hará de forma coordinada y en el momento adecuado, garantizando la seguridad y extremando la confidencialidad.



- **CONTINUIDAD Y DERIVACIÓN.** Se debe asegurar la continuidad de la asistencia buscando que la mujer pueda seguir siendo atendida por su profesional de salud de referencia que pueda hacer una intervención de apoyo y seguimiento pausado y planificado. Esta derivación se realizará de forma proactiva, no sólo recomendando a la paciente ponerse en contacto con su profesional. Se establecerán canales de comunicación que faciliten que su profesional habitual tenga conocimiento de la situación y tome partido en el asunto. En el Sistema Vasco de Salud será la Atención Primaria quien pueda ofrecer la intervención que asegure la continuidad y el acompañamiento necesario al proceso la mayor parte de las ocasiones. Es de utilidad proporcionar información de apoyo: teléfonos, páginas web o recursos que puedan ser de interés para la mujer (Ver Anexo 4 - Recursos).
- **REGISTRO.** Toda la actuación debe quedar registrada ya que la historia clínica de la mujer es la herramienta fundamental de continuidad asistencial, de aporte de información a la propia mujer o a las instancias judiciales y en muchos casos el inicio de la coordinación entre profesionales de distintos ámbitos. Además, el registro es una fuente de información que sirve para visibilizar y conocer la prevalencia real del problema. Es responsabilidad del y de la profesional codificar el maltrato de forma adecuada preservando la confidencialidad y la seguridad de la mujer (Ver Anexo 4 - Registro).
- **COMUNICACIÓN JUDICIAL.** El o la profesional responsable de la asistencia cumplimentará el modelo de parte de lesiones correspondiente informando a la mujer y enviando una copia al juzgado, teniendo en cuenta las siguientes circunstancias:
 - Siempre que la mujer lo solicite o lo consienta.
 - Cuando se valore un alto riesgo y cercano en el tiempo de que la mujer sufra un episodio grave de violencia, aunque no consienta.
 - Si no se valora alto riesgo, se enviará cuando la mujer esté convencida de la utilidad y la bondad de hacerlo. Es decir, cuando se encuentre en un proceso de recuperación personal, haya tomado decisiones sobre aspectos concretos acerca de su futuro y tenga una estrategia preparada para empezar a cambiar su situación vital.

Estas consideraciones quedan desarrolladas en mayor profundidad en el apartado de cuestiones éticas y en el anexo de Parte de lesiones (Ver Anexo 2).

Hay que tener en cuenta que esta comunicación sirve para que el sistema judicial desencadene un proceso cuyo fin es el castigo de la comisión de un delito, lo que nunca sustituye al plan de acción para colaborar en la

recuperación de la mujer en su salud, en el más amplio sentido de la palabra. En el caso de las agresiones sexuales la comunicación judicial se explicita en el apartado "Proceso de actuación ante agresiones sexuales".

3.2. ACTUACIÓN DE APOYO Y SEGUIMIENTO



Una vez que el o la profesional que detecta el caso ha desarrollado la actuación inicial básica es momento de asegurar la continuidad en el contexto asistencial más próximo a la mujer y que mejor asegure la longitudinalidad de la atención. En la mayor parte de los casos esas circunstancias se dan en la Atención Primaria y serán las y los profesionales de medicina y enfermería de familia quienes desarrollan la fase de **APOYO y SEGUIMIENTO**.

En algunas mujeres que estén siendo atendidas por la Unidades de Salud Mental podrá ser este espacio el responsable de la actuación y seguimiento de apoyo en coordinación con sus profesionales de referencia en Atención Primaria.

La actuación de apoyo y seguimiento está estructurada en las siguientes acciones:

1. EVALUACIÓN

Es momento de retomar lo realizado en la consulta inicial básica para fortalecer lo conseguido y abordar nuevos retos:

- **ESCUCHA** en similares condiciones, pero ayudando a retomar el relato y reelaborar el proceso vivido entrando en detalles de antecedentes y situación actual en la que la mujer se encuentra. Será importante determinar los tipos de violencia sufridas y el momento del ciclo de la violencia en el que se encuentra. Cuestiones claves que pueden influir en el plan de acción a establecer.
- **ACOGIDA** en similares condiciones manifestando nuestra posición clara y rotunda de rechazo de todo tipo de violencia.

Expresando el apoyo explícito, pero sin ofrecer lo que no se pueda cumplir o lo que no esté al alcance conseguir.

Desculpabilizando a la mujer que durante largo tiempo ha sufrido la violencia como supuesta consecuencia de sus actos según su maltratador. Explicitar la falta de culpa es liberador y necesario para el proceso terapéutico de quien ha sufrido violencia de género.



Reelaborar los síntomas y contextualizar la violencia como razonable causa de ellos.

- Retomar la situación para volver a evaluar los **RIESGOS**: físicos, emocionales y sociales. Una exploración detallada que permitirá abordar situaciones urgentes y prevenir otros riesgos que podrán venir en el futuro.

Es importante objetivar los riesgos y también la percepción que la mujer tiene de ellos. Cuando los riesgos percibidos por el y la profesional no son contemplados por la mujer éstos se pueden agravar y llevar a situaciones de extremo peligro. Será momento de escenificar algunas de las posibles situaciones que pudieran darse en el futuro para dotar a la mujer de herramientas que le permitan reflexionar sobre ellos y actuar si llegara el caso.

- Evaluar los **APOYOS** y oportunidades con los que la mujer cuenta. Es momento de explorar sus relaciones familiares y de amistad, las personas que conocen la situación en mayor o menor medida, los recursos disponibles en la comunidad... Dar la importancia que tienen esos apoyos ayudará a la protección de la mujer y a que se sienta empoderada para las situaciones que pudieran ocurrir.
- Cualquier **PROCESO DE CAMBIO** tiene unas fases y unos ritmos que es bueno evaluar para hacer propuestas de acción adecuadas al momento que la mujer está viviendo. El modelo de Prochaska y DiClemente ayuda a ello porque es utilizado con frecuencia en el medio sanitario para abordar la deshabitación tabáquica (modelo de cambio de conducta). Si bien no son situaciones equiparables (no es lo mismo la dependencia a una sustancia que una situación de relación de pareja violenta), este modelo de cambio ofrece una estructuración en fases que permite tomar conciencia del momento en el que se encuentra la mujer:
 - Cuando la mujer no reconoce la violencia como problema es la **Fase de pre-contemplación o de relación con abuso aceptada**. Puede no ser consciente de su problema, darle poca importancia o aceptarlo como inmodificable o inevitable. Lo característico de esta etapa es la aceptación de la relación en la que se produce el maltrato porque se valora como algo aceptable o poco problemático o porque se ve como algo inevitable e imposible de cambiar. Es habitual que la mujer esté intentando que las cosas mejoren centrando su acción en que su pareja cambie. Por todo ello, muchas veces la violencia se mantiene en secreto e intenta afrontarla sola.
 - En la **Fase de contemplación o de relación de abuso cuestionada** la mujer empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva,

aunque no se ha comprometido con el paso a la acción, no sabe qué ni cuándo puede empezar a hacer algo. Muchas mujeres en esta fase reconocen el abuso para sí mismas, pero prefieren que sea secreto e intentan que el agresor busque ayuda para cambiar. La dinámica de fondo de esta etapa es el cuestionamiento de la idea de que su pareja va a cambiar con el tiempo y de que merezca la pena seguir así. Sólo cuando las mujeres se convencen de que la relación no cambiará, empiezan a planificar su marcha.

- En **Fase de preparación o de decisión de cambiar la relación**, además de ser consciente del problema, toma la decisión de cambiar su conducta y puede ir diseñando un plan a realizar para abordar la situación.
- Cuando llega la **Fase de acción** ya hay un plan de cambio establecido que se empieza a poner en práctica. Modifica su conducta, experiencia o entorno a fin de superar el problema. Elige romper el vínculo que le une con su maltratador o luchar por una vida sin violencia dentro de la relación, pero lo hace sin esperar ya colaboración por parte de su pareja.
- Y durante la **Fase de mantenimiento** se establecen y consolidan esos cambios pese a los obstáculos que se presenten. Esta etapa implica consolidar los pasos dados, prevenir las recaídas y establecer un proceso de reconstrucción vital. El objetivo final es consolidar una vida sin violencia.

Durante la fase de acción y mantenimiento se extienden en un ciclo de 3 etapas:

- Aunque la mujer ha emprendido cambios para vivir sin violencia, se mantiene el abuso.
 - La situación de abuso desaparece.
 - El tiempo para proseguir la reconstrucción vital
- En algunos casos puede producirse una **Fase de recaída** que se manifiesta por dar marcha atrás a cambios establecidos e incluso volver a generarse situaciones de violencia que obligan a manejar el problema desde las fases anteriores. El círculo del cambio se cierra porque tras la recaída vuelve a establecerse un nuevo proceso de cambio que no se suele iniciar en pre-contemplación sino que va directamente a contemplación o preparación por la experiencia previa vivida.



ALGORITMO 3

PLAN DE ACCIÓN



VIOLENCIA DE GÉNERO DETECTADA
PLAN DE ACCIÓN



En el transcurso de este proceso puede haber avances y retrocesos. Las etapas son orientativas y no siempre se presentan de forma nítida y unívoca. Valorar en qué punto está la mujer facilita la intervención adecuada.

2. PLAN DE ACCIÓN

Teniendo en cuenta la fase del cambio en la que se encuentra la mujer se propone un plan de acción genérico que pueda servir de ayuda al o a la profesional para establecer pautas a seguir. Cada situación y cada profesional deberá adaptarse a las necesidades y condicionantes que se presenten.

- **FASE DE PRECONTEMPLACIÓN.** El objetivo en esta fase es fomentar la duda respecto a la aceptabilidad de la situación de maltrato. Aumentar la conciencia de que es un problema importante y disminuir la tolerabilidad.

En muchas ocasiones cuando una mujer solicita ayuda en esta fase es por presión de una tercera persona.

La intervención breve consiste en hacer una devolución a la mujer de su estado de salud relacionando el motivo o síntoma con la situación de violencia y así, identificar el maltrato con la pérdida de salud. También, puede ser necesario hacer una toma de postura personal manifestando la no justificación de la violencia y que la mujer disponga de una persona referente explícita que le haga replantearse sus creencias. Explorar la situación de abuso con detalle y enumerar las circunstancias vividas es una herramienta terapéutica en sí misma al aumentar la visibilidad de lo explorado. Explicar el círculo de la violencia puede hacer que muchas mujeres reconozcan la secuencia de su vida y objetiven los momentos malos de su relación.

No se deben proponer derivaciones ni comunicaciones excepto que haya una situación de alto riesgo que lo requiera. Es importante dejar la puerta abierta para retomar el tema en el futuro y proponer información general acerca del derecho al buen trato.

Dependiendo de las circunstancias se puede explorar el conocimiento de algunas medidas a tomar ante una posible situación de violencia extrema: la disposición de personas a quién recurrir, el conocimiento de números de teléfono y organismos donde pedir ayuda de forma urgente o formas de proteger a las y los menores cuando existan. Dialogar sobre estas medidas ayudará a que le permita tomar mayor conciencia de la situación.

- **FASE DE CONTEMPLACIÓN.** El objetivo es aumentar la toma de conciencia y solucionar la incertidumbre a favor de establecer cambios.

Se puede hacer una identificación de las razones para seguir o no con la relación como ejercicio de reflexión. Analizar los obstáculos y los miedos para el cambio revisando tanto las dificultades actuales como las que hubo en los intentos previos.



Hay que revisar las redes sociales que la mujer tiene y cómo se posicionan ante la situación que la mujer está viviendo. Cuando existen personas cercanas sus opiniones son fundamentales para emprender cambios, especialmente las de sus hijos e hijas cuando por su edad así lo permite.

Establecer contactos con agentes sociales e institucionales que disponen de recursos permite a la mujer dibujar las opciones y sentirse arropada por una red que facilita el cambio.

Explorar expectativas de futuro y objetivos permite poner sobre la mesa la discrepancia entre el momento actual y sus proyectos.

Desarrollar la idea de que su pareja cambie entrando en detalles de cuándo, cómo y a qué ritmo puede poner en evidencia la discrepancia sobre la experiencia de cambio vivido y facilitar la toma de decisiones.

Manejar la ambivalencia mediante el modelo de la entrevista motivacional permitirá que sea la propia mujer la que presente las razones para cambiar y no el o la profesional quien imponga sus propios criterios.

Es importante establecer un plan de seguridad y huida en caso de que se produjera una situación de riesgo que así lo requiera:

- Disponer de un teléfono móvil y de los números de los organismos policiales, asociaciones de víctimas, familiares o personas de confianza, que sepan que una llamada suya puede significar una situación de riesgo.
- Tener un plan de huida donde tener preparado con antelación documentación, ropa, llaves de casa, informes médicos y medicamentos y, si las hubiera, denuncias previas. Dinero y tarjetas de crédito.
- Si tiene hijos o hijas preparar todo aquello que pudieran precisar ante la huida o establecer con ellos o ellas situaciones de alerta que obliguen a la salida de la casa.

- **FASE DE PREPARACIÓN.** El objetivo es acompañar a la mujer para ayudar a determinar el mejor plan a seguir para poder implementar algunos cambios.

Es momento de analizar la situación actual de la forma más objetiva posible y escuchar los planes de la mujer valorando los pasos realizados. Anticipar problemas y objetivar los riesgos especiales que este momento puede tener. Es imprescindible valorar y consensuar la derivación y/o coordinación con trabajador o trabajadora social de salud y/o servicios sociales para tener en cuenta los recursos disponibles en la zona.

En esta situación, es tiempo de trabajar sobre la ambivalencia que como es lógico aparece frecuentemente en esta fase de cambio. Evitar

la precipitación o la persuasión, valorar las expectativas de la mujer y estudiar con detenimiento los contextos ayudarán a poder tomar decisiones firmes y medidas.

De la misma manera que en la fase anterior, el plan de seguridad y huida deberá ser valorado con la mujer por la violencia que se pudiera producir.

- **FASE DE ACCIÓN.** El objetivo de esta fase es acompañar a la mujer en sus acciones de cambio para que no se sienta sola y ayudarle a reafirmar su proceso.

Se trata de generar y favorecer afirmaciones auto-motivadoras que den seguridad a la mujer. Es momento de explicitar sus preocupaciones y sus esperanzas para poder enfrentar las situaciones con realismo. Mirar hacia atrás ayudará a visualizar el camino recorrido y poner en valor el momento actual. Mirar hacia adelante permitirá favorecer las decisiones tomadas y replantear los objetivos si hiciera falta.

En este momento es especialmente delicada e imprescindible la priorización de la seguridad y protección de la mujer e hijos e hijas.

Las circunstancias no serán las mismas si la mujer decide luchar por una vida sin violencia dentro de la pareja o si decide romper su relación de pareja. Una u otra decisión generará conflictos, obstáculos y miedos diferentes que habrá que acompañar. Otro punto de conflicto puede ser la relación obligada por la existencia de hijos o hijas en común.

Es especialmente relevante que el plan de seguridad y huida (tal y como se ha desarrollado en la fase de contemplación) sea consensuado con la mujer ya que en la fase de acción pudiera producirse una situación de especial violencia que precisara de ser puesto en marcha.

- **FASE DE MANTENIMIENTO.** El objetivo es ayudar a mantener las acciones emprendidas, a identificar estrategias para prevenir recaídas y mantener la vigilancia del riesgo.

Si el abuso permanece a pesar de su decisión de cambio ese es el problema prioritario para abordar y gestionar, valorando el margen de maniobra que la mujer tenga. Cuando el abuso cesa cobra más protagonismo la recuperación de las consecuencias del abuso y reparar los daños causados.

Se establece un proceso de reconstrucción a nivel personal, familiar, social, económico y laboral.

Estimular una vida social normalizada dentro de lo posible de cada situación dando valor a todas las facetas de una vida saludable. Los grupos de mujeres y otros recursos comunitarios pueden ser un recurso



muy útil para evitar el aislamiento y fortalecer su voluntad de una vida libre de violencia. Analizar el ciclo de la violencia nos ayudará a proteger las recaídas en torno a las fases de luna de miel que son momentos de especial vulnerabilidad para recaer.

Muchas veces la mujer se enfrenta a un proceso de duelo por la pérdida de la pareja con sentimientos ambivalentes de extrañar a la persona que le ha maltratado. Estos sentimientos deben ser expresados y aceptados como parte del proceso de reconstrucción y nunca criticados como probablemente lo serán en su entorno por miedo a que anuncie una reanudación de la relación.

No debemos olvidar repasar el plan de seguridad y el escenario de protección para ella y sus hijas e hijos.

Es este un proceso de reconstrucción personal, familiar, social, económica y laboral.

- **FASE DE RECAÍDA.** El objetivo es ayudar a la mujer a reconducir el proceso hacia la contemplación, determinación y acción sin que aparezcan bloqueos o desmoralizaciones por la recaída.

Mostrar nuestra empatía y cercanía a pesar de la recaída y evitar sentimientos de fracaso son tareas fundamentales de este momento. Al igual que recordar el ciclo de la violencia, revalorizar los pasos dados y reconocer que nadie vuelve a la posición inicial, sino que el proceso ha generado cambios que ya se hacen irreversibles y esperanzadores para retomar la situación. (Ver Anexo 3).

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El plan de cuidados de enfermería en mujeres que sufren violencia de género se establece como plan de intervención y seguimiento dentro del marco conceptual propuesto desde el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y Prochaska, 1993). Este modelo es un proceso dinámico en donde las enfermeras o enfermeros necesitan conocer las necesidades de las mujeres según las diferentes etapas por las que éstas pasan. Desde este modelo las enfermeras o enfermeros pueden entender mejor los comportamientos de las mujeres y adecuar los diagnósticos de enfermería según las etapas, brindando orientación sobre el tipo de cuidado que necesitan las mujeres y comprender las complejidades y las decisiones a las que se enfrentan, sus decisiones, deseos., teniendo muy en cuenta el empoderamiento de la mujer. Las decisiones son de la mujer y no de la persona que la atiende, siendo aquella la principal responsable en la toma de decisiones, dejando a un lado el paternalismo. Al ver a las mujeres solo como víctimas se ignoran sus fortalezas y recursos y se excluyen sus expectativas.

El proceso de cambio de comportamiento es a menudo cíclico, las mujeres progresan y recaen entre las distintas etapas antes de alcanzar exitosamente la etapa de mantenimiento. Es necesario adaptar las intervenciones sanitarias a las etapas, evitando patologizar a las mujeres. Una mujer que esté en esta situación puede pasar de la etapa de precontemplación a la de preparación y regresar a precontemplación sin llegar a la etapa de acción. Este modelo ayuda a comprender el comportamiento de la mujer y, por ello, permite acompañar y apoyar a las mujeres sin empujar en una dirección que no quieran ir o para la que no estén preparadas. Las mujeres que sufren violencia de género a menudo tienen poco o ningún control sobre el comportamiento de su pareja; pueden permanecer en la relación de violencia como estrategia de supervivencia, no siendo una conducta pasiva. Una mujer puede estar preparada emocional y cognitivamente para abandonar a la pareja, pero puede tomar otras medidas por seguridad.

Es importante adaptar las intervenciones clínicas a estas etapas para comprender que una mujer no puede abandonar la situación de violencia de género de inmediato y para evitar patologizar a estas mujeres. La preparación para el cambio de comportamiento es un proceso por etapas, no un suceso único.

Las enfermeras y los enfermeros, al comprender las complejidades y las decisiones a las que se enfrenta la mujer en el proceso de terminar con la violencia, tienen mayores herramientas para respetar sus decisiones, tomar decisiones colaborativas, con resolución holística de problemas y empoderamiento de la mujer. No todas las mujeres están listas para la etapa de acción.

3. COORDINACIÓN INTERNA SANITARIA

Dentro del sistema sanitario existen condicionantes del caso que necesitan de la colaboración con otros dispositivos asistenciales o profesionales.

Las hijas e hijos son víctimas directas de la violencia del agresor por testigos o por sufrir directamente las consecuencias de ésta sobre ellas y ellos. Así se ha reconocido recientemente también por parte del sistema judicial. En la mayor parte de los casos las hijas e hijos se atienden por los y las profesionales de pediatría de nuestro sistema sanitario. La comunicación inicial ayuda a recomponer la situación y a enriquecerla con lo que el personal de pediatría puede aportar. La coordinación posterior ayuda a fortalecer las intervenciones en una misma línea en todos los dispositivos.

Muchas mujeres víctimas llevan tiempo siendo atendidas por las unidades de salud mental. A veces con diagnósticos que son consecuencia de la situación de violencia. En muchos casos estas situaciones no han sido detectadas en los servicios de salud mental. La comunicación y coordinación con estos y estas profesionales que atienden a las mujeres (o a sus hijas e hijos) ayuda a



establecer criterios de consenso sobre el acompañamiento y la necesidad de des-medicalizar la situación poniendo el acento en poner fin a las situaciones de violencia.

Si la mujer está siendo atendida por otros dispositivos o profesionales y se sospecha que su situación de violencia de género puede tener repercusión sobre la atención, será comunicado y se establecerán mecanismos de coordinación y trabajo conjunto.

4. COORDINACIÓN EXTERNA SOCIOSANITARIA

El sistema sanitario y el social constituyen dos de los ámbitos con mayor grado de responsabilidad en la atención a mujeres que están sufriendo una situación de violencia. Es responsabilidad de ambos desarrollar acciones coordinadas y coherentes con una efectiva coordinación institucional e interinstitucional máxime cuando en Euskadi los servicios sociales tienen una dependencia municipal y foral.

Este abordaje conjunto se articulará sobre la base de los equipos de atención socio sanitaria, compuestos principalmente por profesionales del ámbito de la atención primaria y de los servicios sociales municipales que realizan un trabajo conjunto en la identificación, atención, asesoramiento y orientación hacia los recursos disponibles para estas mujeres y sus hijos e hijas.

Los servicios sociales de base y especializados disponen de recursos (Ver Anexo 4) para la atención al problema de la violencia de género: recursos de acogida en las situaciones de ruptura de la relación de pareja, así como atención psicológica, orientación jurídica y medidas de protección para toda la familia.

Aunque los servicios sociales son fundamentales en la atención y seguimiento de estas mujeres, también pueden existir otros recursos y profesionales que puedan ser motivo de coordinación o derivación. Hablamos de servicios de apoyo psicológico, asistencia jurídica, asociaciones de mujeres, etc.

5. REGISTRO

Toda la actuación quedará registrada ya que la historia clínica de la mujer es la herramienta fundamental de continuidad asistencial y de aporte de información a la propia mujer o a las instancias judiciales. Además de ser una fuente de información que sirva para visibilizar y conocer la prevalencia real del problema. Es responsabilidad del o de la profesional codificar el maltrato de forma adecuada preservando la confidencialidad y la seguridad de la mujer (Ver Anexo 1 - Registro).

6. COMUNICACIÓN JUDICIAL

El o la profesional responsable de la asistencia cumplimentará el modelo de parte de lesiones correspondiente informando a la mujer y enviando una copia al juzgado, teniendo en cuenta las siguientes circunstancias:

- Siempre que la mujer lo solicite o lo consienta.
- Cuando se valore un alto riesgo y cercano en el tiempo de que la mujer sufra un episodio grave de violencia, aunque no consienta.
- Si no se valora alto riesgo, se enviará cuando la mujer esté convencida de la utilidad y la bondad de hacerlo. Es decir, cuando se encuentre en un proceso de recuperación personal, haya tomado decisiones sobre aspectos concretos acerca de su futuro y tenga una estrategia preparada para comenzar a modificar su situación vital.

Estas consideraciones generales quedan desarrolladas en mayor profundidad en el apartado de cuestiones éticas y en el anexo de Parte de lesiones. (Ver Anexo 2).

Esta comunicación sirve para que el sistema judicial desencadene un proceso cuyo fin es el castigo de la comisión de un delito, lo que nunca sustituye al plan de acción para colaborar en la recuperación de la mujer en su salud, en el más amplio sentido de la palabra.

3.3. "NOT TO DO"-Qué NO HACER EN ATENCIÓN a la violencia de género.

1. MINIMIZAR

Considerar que se trata de un problema de ámbito personal, familiar, privado, etc. que no afecta a la salud de la mujer.

Dejar pasar el problema suponiendo su resolución espontánea.

2. CONSIDERAR QUE NO ES RESPONSABILIDAD MIA

Cualquier profesional sea de la especialidad que sea y en el contexto clínico que sea (urgencia, consulta, hospitalización...) debe hacer una Intervención Inicial Básica y asegurar la continuidad asistencial con su profesional de referencia para poder hacer un seguimiento de la situación de violencia.

3. JUSTIFICAR LA VIOLENCIA

Manifestar la situación como normal, como posible o como justificable. Banalizar o dar explicación a la actitud del agresor frente a la mujer.

Hay que manifestar que la violencia nunca es justificable ni tolerable en una situación de pareja.



4. INFRAVALORAR EL RIESGO

No hacer una clara valoración del riesgo por las actitudes del agresor y por la manifestación de miedos e inseguridades de la mujer.

Hay que asegurar en todo momento la protección de la mujer y establecer un clima de confianza.

5. MANTENER UNA ACTITUD PATERNALISTA

Indicar a la mujer lo que tiene que hacer para solucionar esta situación.

El complejo problema de la violencia de género precisa de una valoración detallada de la situación que exige acompañamiento para que la mujer pueda tomar decisiones de lo que quiere y hasta dónde quiere (o puede) hacer.

Valorar con detenimiento y apoyar sus decisiones es la actitud necesaria para este tipo de acompañamiento.

6. PRESCRIBIR FÁRMACOS

Como norma general, no se trata de prescribir ansiolíticos (o antidepresivos) ante este tipo de situaciones. Estos fármacos disminuyen la capacidad de reacción y nunca son la solución a la situación de violencia.

Pueden estar indicados ante situaciones de ansiedad extrema y deben ser prescritos cuando el/la profesional y la mujer tengan un objetivo claro de su indicación y siempre por un periodo de tiempo limitado.

7. INDICAR TERAPIA DE PAREJA

Siempre se debe entrevistar a la mujer sola. Asegurar confidencialidad y un tiempo adecuado. Nunca contrastar la información con el agresor ni hacerle partícipe de lo que la mujer nos ha confiado. La terapia de pareja o la mediación familiar está contraindicada en este tipo de situaciones. La situación de partida es de tanta desigualdad que precisa de un tratamiento individual.

8. NO VALORAR A LOS HIJOS E HIJAS COMO VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA

Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los y las menores que se encuentran en su entorno familiar. Los estudios indican graves consecuencias para los hijos e hijas que son víctimas de esta violencia. Es necesario hacer siempre una valoración de las y los menores, asegurar su protección y establecer un proceso de ayuda para abordar las consecuencias de esta situación vivida y restaurar la condición psicológica de los y las menores. Así se contempla también en la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

9. DERIVAR COMO PRIMERA Y ÚNICA MEDIDA

No se trata de derivar a otro u otra profesional de forma inmediata cuando la mujer nos ha confiado una situación así. La intervención mínima inicial y las consultas de apoyo siempre serán necesarias. La coordinación interprofesional e interinstitucional, cuando sea necesaria, se realizará con unos objetivos claros y consensuados, asegurando la confidencialidad y el respeto, nunca para eludir responsabilidades sino para buscar aquellos o aquellas profesionales que mejor puedan ofrecer los recursos para salir de esta situación de violencia.

10. NO REGISTRAR NI VALORAR LA NECESIDAD DE COMUNICACIÓN JUDICIAL

No registrar ni comunicar esta situación colabora con la invisibilización del problema y hace que no quede constancia del trabajo para asegurar la continuidad asistencial y prevenir situaciones de mayor riesgo.

Las situaciones de violencia son complejas y están sujetas a múltiples condicionantes que el o la profesional (junto con la mujer) tendrá que valorar con detalle para registrar, comunicar y actuar con prudencia.

Lo deseable no es el registro ni la comunicación sistemática sino la valoración de cada caso que asegure una asistencia de ayuda, un registro adecuado y una comunicación judicial correcta.