



La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública

**Documento de Apoyo para la atención
a la salud de las mujeres víctimas**



Coordinación y Redacción Final del Informe Técnico

M^a Luisa Lasheras Lozano.

Marisa Pires Alcaide.

Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Autoras:

- Paloma Andrés Domingo. Médica. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Centro Municipal de Salud de Centro. Ayuntamiento de Madrid.
- Amalia Balaguer Callejón. Dirección General de la Mujer. Consejería de Trabajo. Comunidad de Madrid.
- Pilar Blanco Prieto. Médica de familia. Centro de Salud de El Escorial. Instituto Madrileño de la Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Rosario Casado González. Trabajadora Social. Dirección General de la Mujer. Consejería de Trabajo. Comunidad de Madrid.
- Valentina Chico Ortega. Trabajadora Social. Dirección General de la Mujer. Consejería de Trabajo. Comunidad de Madrid.
- M^a Luisa Lasheras Lozano. Médica. Técnico Superior de Salud Pública. Área de Promoción de Salud de la Mujer y del Adulto. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Vicenta Llusar Granell. Médica. Técnico Superior de Salud Pública. Jefa de Servicio de Salud Pública. Área 8. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Sonia López Palacios. Enfermera. Subdirectora de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria. Área 3 Instituto Madrileño de la Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Marisa Pires Alcaide. Pedagoga. Jefa de Área de Promoción de Salud de la Mujer y del Adulto. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Maribel Sillero Quintana. Trabajadora Social. Servicio de Salud Pública. Área 9. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.
- Marta Torres Herrero. Abogada. Consultora.
- Belén Zorrilla Torras. Médica. Técnico Superior de Salud Pública. Jefa de Sección de Enfermedades No Transmisibles. Servicio de Epidemiología. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Agradecemos el valioso apoyo documental que nos han prestado las y los profesionales del Centro Regional de Documentación y Publicaciones de Educación Sanitaria del Instituto de Salud Pública, así como del Centro de Información Bibliográfica y Documentación en Ciencias de la Salud de la Agencia Laín Entralgo.

Fecha del informe: mayo de 2003.

Coordinación de la edición:

Servicio de Promoción de la Salud.

Instituto de Salud Pública.

www.madrid.org/sanidad

Depósito Legal: M-31218-2003

I.S.B.N.: 84-451-2527-3

Imprime: **Industria Gráfica MAE**

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 1	
Violencia de pareja contra la mujer	13
1.1. La violencia consierada como problema de salud pública	13
1.1.1. <i>Violencia de pareja contra la mujer</i>	15
1.1.2. <i>Proceso de abandono de una relación de maltrato</i>	17
CAPÍTULO 2	
Análisis de la situación y magnitud del problema	19
2.1. Prevalencia	20
2.2. Denuncias por malos tratos y fallecimientos	20
2.3. Características sociodemográficas y comportamientos asociados a los malos tratos	21
2.4. Consecuencias para la salud	23
2.5. Conclusiones	24
CAPÍTULO 3	
Falsas creencias sobre la violencia contra las mujeres	27
3.1. Sobre la violencia de pareja	27
3.2. Sobre las mujeres víctimas de la violencia	28
3.3. Sobre los hombres violentos	29
3.4. Sobre la intervención sanitaria en la violencia de pareja	30

CAPÍTULO 4

El impacto de la violencia sobre la salud de las mujeres y su repercusión en el sistema sanitario	31
4.1. Consecuencias mortales: homicidio y suicidio	31
4.2. Consecuencias no mortales	32
4.2.1. <i>Síntomas inespecíficos</i>	32
4.2.2. <i>Lesiones traumáticas físicas</i>	32
4.2.3. <i>Afecciones genitourinarias</i>	32
4.2.4. <i>Embarazos no deseados y carencia de autonomía sexual</i>	33
4.2.5. <i>Embarazos de alto riesgo y complicaciones</i>	33
4.2.6. <i>Comportamientos de riesgo</i>	34
4.2.7. <i>Efectos sobre la salud mental</i>	35
4.2.8. <i>Patologías agravadas o desestabilizadas</i>	36
4.2.9. <i>Trastornos cognitivos y relacionales</i>	37
4.2.10. <i>Síntomas en la salud de las hijas e hijos</i>	37
4.3. Repercusiones de la violencia en el sistema sanitario	39
4.4. Otros costes de la violencia	40

CAPÍTULO 5

Actuación de los servicios sanitarios frente a la violencia de pareja	41
5.1. Detección de la violencia de pareja desde los servicios sanitarios	42
5.1.1. <i>Sospechar</i>	42
5.1.2. <i>Identificar</i>	44
5.1.3. <i>Informar</i>	46
5.1.4. <i>Evaluar</i>	47
5.1.5. <i>Cómo establecer un plan de seguridad</i>	49

5.2. Actuación y seguimiento en la consulta de atención primaria ante una mujer víctima de la violencia de pareja	50
5.2.1. <i>Cómo se cumplimenta la historia clínica y/o el informe médico</i>	50
5.3. El seguimiento en la consulta de atención primaria de la mujer víctima de la violencia de pareja	52
5.3.1. <i>Aspectos que deben incluirse en el seguimiento</i>	52

CAPÍTULO 6 (capítulo eliminado por falta de vigencia)

La regulación legal de los malos tratos a mujeres	55
6.1. Los actos violentos y el código penal	55
6.2. Medidas cautelares y protección de las víctimas	56
6.3. El procedimiento penal	57
6.4. El procedimiento civil	59
6.4.1. <i>Las medidas provisionales</i>	59
6.4.2. <i>Medidas en relación con los hijos de parejas no casadas</i>	60
6.4.3. <i>Medidas para la protección de las víctimas menores de edad</i>	60
6.5. Los profesionales sanitarios y la violencia de género	60
6.6. Últimas medidas de orden legislativo	61

CAPÍTULO 7

Actuaciones de prevención de la violencia de pareja y promoción de relaciones saludables	63
---	----

CAPÍTULO 8 (capítulo eliminado por falta de vigencia)

Red de recursos de la dirección general de la mujer de la comunidad de Madrid. Atención a las mujeres víctimas de la violencia de pareja y circuitos de acceso y derivación	67
8.1. Centros residenciales	67
<i>8.1.1. Centros de Emergencia</i>	68
<i>8.1.2. Casas Refugio</i>	68
<i>8.1.3. Pisos tutelados</i>	68
8.2. Centros no residenciales	68
<i>8.2.1. Centro de día</i>	69
<i>8.2.2. Unidad psicosocial</i>	69

CAPÍTULO 9

Glosario de términos	71
-----------------------------	----

CAPÍTULO 10

Referencias bibliográficas	73
-----------------------------------	----

CAPÍTULO 11

Anexos	79
---------------	----

- **ANEXO 1**
Preguntas tipo que facilitan al profesional indagar sobre aquellos aspectos o áreas a explorar para la detección de una situación de violencia de pareja contra la mujer
- **ANEXO 2**
Preguntas tipo que facilitan al profesional la valoración de la situación de violencia que sufre la mujer

- **ANEXO 3**
Preguntas tipo sobre cómo evaluar el riesgo y seguridad de la mujer y de sus hijas e hijos
- **ANEXO 4**
Informe médico por malos tratos
- **ANEXO 5**
Ficha de descripción de las lesiones traumáticas
- **ANEXO 6**
Modelo de autorización para tomar fotografías
- **ANEXO 7**
Relación de teléfonos y/o direcciones que pueden resultar de interés a las mujeres víctimas de la violencia de pareja

PRESENTACIÓN

La violencia contra las mujeres fue reconocida como problema de Salud Pública por la Organización Mundial de la Salud en 1996, poniendo de manifiesto las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene este enorme problema social. La magnitud que ha alcanzado en los últimos años, hace que la violencia se encuentre actualmente entre las prioridades en salud. Es preciso por tanto, concentrar los esfuerzos de modo que las intervenciones para la prevención, la detección y la adecuada atención a las mujeres víctimas sean cada vez más efectivas.

El documento que aquí se presenta, está enmarcado en un conjunto de acciones coordinadas, destinadas a sensibilizar a la población, formar a las y los profesionales de la salud para el abordaje de las víctimas y fomentar la investigación. Todas ellas tienen como objetivo final incrementar el conocimiento del fenómeno de la violencia contra las mujeres.

El origen de este documento está en el proyecto "Prácticas médicas frente a los malos tratos de pareja" incluido en el programa Daphne del Instituto Humanitario de París. El contenido del mismo ha sido elaborado por un grupo multidisciplinar formado por profesionales de la red asistencial pública, de organismos de igualdad y de salud pública, lo que ha permitido integrar el conocimiento actualizado del problema desde distintas disciplinas implicadas en el afrontamiento integral de la violencia de pareja contra las mujeres. Sirva esta presentación para agradecerles el interés y el entusiasmo que han mostrado en la labor que han llevado a cabo.

Resulta satisfactorio presentar esta publicación que esperamos sea una herramienta útil para las y los profesionales entre cuyas actividades cotidianas se encuentra la atención a las mujeres víctimas de la violencia de pareja.

D. Enrique Gil López
Director General
Instituto de Salud Pública
Consejería de Sanidad

Dña. Asunción Miura Biendicho
Directora General de la Mujer
Consejería de Trabajo

Dña. Leticia Moral Iglesias
Directora General
Instituto Madrileño de la Salud
Consejería de Sanidad

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1996 la OMS acordó que la violencia contra la mujer es un problema de Salud Pública e instó a los estados miembros a evaluar la dimensión del mismo, no han dejado de realizarse esfuerzos en todos los países del mundo intentando visibilizarla. Tales esfuerzos se traducen en estudios, investigaciones y grupos de trabajo que desde las distintas áreas de conocimiento tienen como objetivo contribuir a caracterizar el fenómeno. En este sentido es preciso hacer una referencia especial al relevante papel que ha desempeñado el movimiento organizado de mujeres en este proceso. Sus esfuerzos han contribuido por una parte a sensibilizar a la población y por otra a que las Instituciones públicas pongan en marcha medidas para el abordaje de la violencia contra las mujeres.

Actualmente se sabe que se trata de un fenómeno complejo cuya primera dificultad está en el establecimiento de criterios universales para establecer la propia definición. Si bien la Organización de Naciones Unidas ha elaborado definiciones para los distintos tipos de violencia, éstas concepciones son muy amplias y se requiere hacerlas más operativas si se quiere investigar con precisión la magnitud del problema.

Las cifras que se conocen se cree que subestiman la magnitud real de la violencia, ya que la medida de la misma entraña gran dificultad. Además de la dificultad con las definiciones está el hecho de que todavía actualmente es considerada por un gran sector de población un problema privado y por ello existe una gran tolerancia social. Las mujeres, en parte porque comparten tal creencia, en parte por miedo a su maltratador, no denuncian abiertamente su situación, aunque con frecuencia hacen llamadas de atención.

La violencia contra las mujeres tiene gran repercusión en su salud y en el sistema sanitario ya que muchas mujeres que resultan heridas en los episodios de violencia recurren a él en busca de cuidados médicos para sus lesiones. Generalmente tras largos años de violencia cuando la afectación de la salud mental es manifiesta, las mujeres acaban requiriendo también la atención de los especialistas en esta disciplina. Si embargo, el mayor reto probablemente esté en la demanda repetida de asistencia por signos y síntomas inespecíficos de carácter físico o psicológico, en cuyo trasfondo subyace la violencia pero que ni la mujer ni el profesional relacionan con ella. Como consecuencia, se prescriben pruebas diagnósticas y terapéuticas que resultan poco efectivas, incrementando las consultas a diferentes especialistas que tampoco resolverán el problema.

Adicionalmente, las y los profesionales del Equipo de Atención Primaria desempeñan un papel fundamental en el proceso de resolución de la violencia, ya que de ellas y ellos depende la elaboración de los informes que demuestren el carácter de habitualidad de los episodios violentos que servirán para la correcta cumplimentación del parte de lesiones. Todos estos informes son muy importantes para las mujeres puesto que pueden ser la base una sentencia judicial favorable.

Sin embargo, el ejercicio de estas tareas asignadas al sistema sanitario y a sus profesionales, por la necesidad de afrontar la violencia, requieren de la adecuación de los recursos. Adecuación que tiene que ver con la sensibilización, capacitación y formación de los profesionales, con profundización en el conocimiento a través de la utilización de los sistemas de información y vigilancia, así como con el

diseño y ejecución de nuevas investigaciones. Hechos todos ellos que suponen la puesta en marcha de acciones inmediatas que permitan la interrupción rápida y eficaz de los problemas sanitarios derivados de la violencia.

Así mismo, la cooperación y la coordinación interinstitucionales e intersectoriales son imprescindibles dada la complejidad del fenómeno que, como se expresa en este documento, no es un problema estrictamente sanitario, sino un problema social con repercusiones sobre la salud.

Con base en lo expresado en los párrafos anteriores, distintas instituciones nacionales e internacionales han puesto en marcha acciones dirigidas a controlar el fenómeno de la violencia, entre las que se encuentra la Iniciativa Europea Daphne de Lucha contra la Violencia que ha servido de punto de partida en la elaboración del presente documento.

Este informe se inició en el año 2001 con la creación de un grupo de trabajo compuesto por profesionales de diferentes niveles asistenciales y distintos ámbitos de procedencia dentro del sistema sanitario. El propósito de este grupo era la definición de un marco técnico que proporcionase pautas sobre la actuación sanitaria de las y los profesionales de la salud frente a la Violencia de Pareja. Tal marco debería facilitar la actuación en relación con la identificación y manejo del problema en las distintas actividades que se realizan en el sistema sanitario, sean éstas de carácter preventivo o asistencial, y la elaboración de nuevos protocolos en las Áreas Sanitarias donde no los hubiese así como posibilitar la actualización de los ya existentes.

Como punto de partida, además de disponer de los Protocolos de Actuación elaborados por las distintas Áreas Sanitarias de la Comunidad de Madrid, se contó con el Protocolo de Prácticas Médicas elaborado por el Instituto Humanitario de París en el marco de la Iniciativa Europea Daphne de Lucha contra la Violencia citada previamente. Dichos protocolos, han sido utilizados como base de este proceso durante el cual se ha ido construyendo y profundizando en el conocimiento de la violencia hasta llegar al presente informe, que se edita con la voluntad de que sea un documento abierto. Se pretende que, a medida que la dinámica de formación y la experiencia de las y los profesionales lo permitan, vaya incluyendo elementos que contribuyan a la identificación, desde el punto de vista del sistema sanitario asistencial y de salud pública, de aquellas prácticas más efectivas para el afrontamiento de este grave problema de salud pública.

El documento está dirigido a las y los profesionales de la salud en los diferentes ámbitos y niveles asistenciales, incluidos los órganos directivos y de gestión. Pretende ser un instrumento de trabajo y formación útil para quienes en su práctica cotidiana tienen que dar respuesta al problema de la violencia de pareja. Se considera que, más allá de la especificidad que requiere cada disciplina, existe una orientación común, una actitud y una perspectiva que deben presidir el conjunto de las actuaciones.

VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LA MUJER

1.1. LA VIOLENCIA CONSIDERADA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La violencia contra las mujeres ha existido siempre y para muchas de ellas forma parte de su sistema de vida. Ha sido el modo utilizado por los hombres para someterlas y dominarlas. El hecho de que durante mucho tiempo haya permanecido oculta se debe a que con frecuencia las mujeres son maltratadas por miembros de su propia familia (Hilberman, 1980; OMS 1998). La invisibilidad de la violencia contra las mujeres está relacionada con el prestigio social que ha tenido y tiene la institución familiar y la creencia de que los hechos que ocurren en su seno pertenecen al ámbito de lo privado.

A pesar de las dificultades que existen para detectarla, las investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas han puesto de manifiesto que la violencia contra las mujeres es un problema generalizado que, lejos de ser controlado, continúa creciendo (Watts&Zimmerman, 2002).

La magnitud de la violencia contra las mujeres ha alcanzado tal dimensión y gravedad que ha llamado la atención de distintas organizacio-

nes internacionales llegando a ser considerada como un grave problema de salud pública que atenta contra la integridad y los derechos humanos de las mujeres.

Así, la Conferencia Mundial de la Organización de Naciones Unidas (ONU) sobre Derechos Humanos, celebrada en Viena 1993, estableció que *“los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son los objetivos prioritarios de la comunidad internacional”* Igualmente establece que *“la violencia y todas sus formas de acoso y de explotaciones sexuales (.....), son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas”*, instando a los gobiernos a intensificar sus esfuerzos a favor de la protección y la promoción de los derechos humanos de la mujer y de la niña (Naciones Unidas, 1993a).

La Declaración, adoptada por la Asamblea General de esta organización, sobre la

Eliminación de la Violencia contra la Mujer en diciembre del mismo año (Naciones Unidas, 1993b) en su artículo primero especifica que violencia contra la mujer es *"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, incluidas las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada"*.

Como señala el artículo segundo de esta misma declaración, la violencia contra las mujeres incluye los siguientes actos, aunque no se limita a ellos:

A) *"La violencia física, sexual o psicológica en la familia, incluyendo los malos tratos, el abuso sexual de niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia referida a la explotación"*.

B) *"La violencia física, sexual o psicológica que sucede dentro de la comunidad, que incluye la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones dedicadas a la educación o en otros escenarios, el tráfico de las mujeres y la prostitución forzada"*.

C) *"La violencia física, sexual o psicológica perpetrada o tolerada por el Estado donde quiera que esta ocurra"*.

Esta amplia concepción de la violencia plantea problemas operativos a la hora de investigar la magnitud del problema, pero representa un marco teórico que ha resultado de gran utilidad para establecer definiciones más específicas.

La IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas dedicada a las Mujeres, celebrada en Beijing dos años más tarde, aborda también el problema y establece algunas medidas concretas que han de adoptarse para prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres (Naciones Unidas, 1995)

Así mismo, durante la 49ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS), acordó que la violencia es una prioridad en salud pública en todo el mundo e instó a los Estados miembros a evaluar la dimensión del problema en su territorio (OMS, 1996).

El informe sobre violencia contra las mujeres publicado por dicha Organización muestra que ésta se produce en todos los países del mundo, bien sean desarrollados, en desarrollo o subdesarrollados, y afecta a las mujeres en todas las etapas de su vida. Debido a ello, en el marco de los programas de Promoción de Salud de las mujeres aborda de forma específica la violencia y expresa la necesidad de explorar las consecuencias derivadas de la misma en relación con la salud, haciendo algunas recomendaciones sobre las posibles intervenciones tanto gubernamentales como no gubernamentales para prevenir y mitigar sus efectos (OMS, 1998)

En ese mismo documento se muestran resultados de diversas investigaciones llevadas a cabo en diferentes países del mundo. Se puede observar que la violencia contra las mujeres tiene múltiples y variadas manifestaciones que van desde los abortos selectivos en función del sexo hasta el homicidio, pasando por el infanticidio, el menor acceso a la educación o los alimentos, la mutilación genital, la violación, el tráfico de mujeres, el abuso físico, sexual y psicológico, el embarazo forzado, el asesinato o la inducción al suicidio.

Como se ha señalado, el contexto en el que se sitúa con mayor frecuencia la violencia contra las mujeres es la familia, siendo la que proviene de la pareja actual o anterior la forma más común (OMS, 1998; Sharps et al, 2001; Weinbaun et al, 2001; Kyriacou et al, 1999; Wilbur et al, 2001; Watts&Zimmerman, 2002). Este tipo de violencia es conocido con otros nombres, ya que en ocasiones se le denomina: doméstica o familiar. Consideramos que estos nombres sirven también para designar la violencia ejercida contra otros miembros de la familia, motivo por el que en este documento hemos preferido utilizar el término de violencia

de pareja contra las mujeres. Así mismo, esta especificidad en el nombre nos permite distinguirla de los conflictos conyugales en los que la violencia se produce entre dos personas que están en un mismo plano de igualdad.

1.1.1. Violencia de pareja contra la mujer

Podemos definir este tipo de violencia como la expresión de conductas agresivas que desarrolla el hombre frente a la mujer en el contexto de las relaciones de pareja. Son comportamientos recurrentes, basados en una relación de poder desigual (Ferreira, 1992; Varela, 2002).

La violencia que los hombres ejercen sobre su pareja puede adoptar muy diversas formas y generalmente comienza de modo insidioso por lo que con frecuencia es difícil de reconocer incluso por la propia mujer (Larrión & Ochotorena, 2000). En el inicio, los malos tratos suelen manifestarse por actitudes de dominio impuestas por la masculinidad e idealizadas por la fantasía femenina como expresión del sentimiento amoroso y que se identifican culturalmente como pruebas o actos de amor; entre otras cabría señalar la expresión de los celos o las actitudes "protectoras" que impiden la autonomía e independencia de las mujeres (Ferreira, 1992; Varela, 2002). Paulatinamente los actos violentos se van incrementando en intensidad y frecuencia, observándose mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para las mujeres cuando la relación violenta tiene varios años de evolución. Este proceso de instauración gradual que supone un atentado contra la integridad de las mujeres, actúa sobre sus sentimientos, sus emociones, sus relaciones afectivas, familiares y sociales, sobre su sexualidad y sobre su cuerpo dejando una profunda huella (Bergman et al, 1991; Ferreira, 1992; McCauly et al, 1995; Coker et al, 2000 a; Wilbur et al, 2001; Villavicencio&Sebastián, 2001; Varela, 2002).

Aunque se presentan por separado, las diferentes formas que puede adoptar la violencia de pareja contra las mujeres están estrechamente relacionadas y con frecuencia se ejercen de forma simultánea. Con base en la defi-

nición de Naciones Unidas transcrita previamente, se pueden distinguir las siguientes:

- **Maltrato psicológico:** produce en las víctimas un efecto devastador, ya que da lugar a un intenso sufrimiento que conduce a la mujer a la pérdida de la autoestima y de la capacidad para tomar decisiones. Puede manifestarse en forma de insultos, humillaciones, desprecios, descalificaciones, abandono, incomunicación, silencios, chantajes, amenazas o aislamiento social. Puede ejercerse en público o en privado y es extremadamente difícil de detectar cuando el maltratador sólo expresa estos comportamientos en privado.
- **Maltrato sexual:** este tipo de maltrato puede ser considerado como una modalidad del maltrato físico y comprende cualquier actividad sexual no deseada impuesta a la mujer por su pareja a través de intimidación o coacción o bien cuando se produce en otras situaciones de indefensión. Como se desprende de esta definición, el maltrato sexual se produce aunque no haya violación, entendiéndose como tal la penetración vaginal, anal u oral del pene o de cualquier otro objeto. Muchas mujeres se ven forzadas a mantener una relación sexual no deseada por miedo a ser agredidas física o emocionalmente. La prevalencia de mujeres que declaran haber sido violadas por su pareja íntima es alta y alcanza cifras muy elevadas cuando se refiere a mujeres víctimas de otras formas de violencia, indicando que la violación es una manifestación más de los malos tratos (Ferreira, 1992; Varela, 2002).
- **Maltrato físico:** comprende las conductas en las que se usa la fuerza para producir heridas o lesiones corporales en las víctimas, independientemente de que se consiga o no este objetivo. Incluye empujones, golpes, bofetadas, quemaduras, puñetazos, patadas, palizas, utilización de armas u objetos con la intención de hacer daño, intentos de homicidio o asesinato. Este tipo de maltrato incluye también la omisión de ayuda ante enfermedades o lesiones derivadas de las agresiones.

En general, estas formas de maltrato van acompañadas de:

- **Maltrato económico:** dirigido a controlar de forma estricta el manejo de dinero por parte de la mujer que debe rendir cuentas al maltratador de todos los gastos que realiza. Este control se produce independientemente de que la mujer tenga o no trabajo remunerado, siendo, en ocasiones el propio maltratador quien le impide realizar un trabajo asalariado.
- **Maltrato ambiental:** estrechamente unido al psicológico, en ocasiones se asocia también a la violencia física. Pretende intimidar a la mujer dañando el medio que la rodea. Para conseguirlo, rompe objetos de uso personal o a los que ella tiene especial cariño, desparrama la basura, invade la cama con elementos que a ella la atemorizan (pornografía, armas...) o ataca a los animales domésticos.

Se sabe que no todas las mujeres que viven en situaciones de maltrato sufren violencia física, pero todas las que presentan lesiones físicas por malos tratos llevan mucho tiempo padeciendo agresiones psicológicas y sexuales. Así mismo, se sabe que la violencia psicológica proveniente de la pareja tiene consecuencias adversas para la salud física de las mujeres, aunque no se acompañe de maltrato físico. Dolores crónicos, migraña, artritis, dolores de cabeza o colon espástico, son algunas de las afecciones físicas fuertemente asociadas con el maltrato psicológico (McCauley et al, 1995; Coker et al, 2000 a). Sin embargo, como se expondrá más adelante, los efectos más nocivos de los malos tratos continuados se producen sobre la salud mental de las mujeres (Bergman et al, 1991; Ferreira, 1992; McCauley et al, 1995; Varela, 2002:), ya que dan lugar a un traumatismo emocional del que tardan mucho tiempo en recuperarse y del que algunas no se recuperan nunca.

Al analizar la violencia de pareja contra la mu-

jer es preciso, en primer lugar, tratar de entender cómo una mujer puede tolerar por muchos años una situación de violencia. Entre las teorías con mayor protagonismo a la hora de explicar por qué estas situaciones llegan a cronificarse, está la formulada por la investigadora Leonore Walker (1979)¹ que se conoce como "ciclo de la violencia". Este ciclo está compuesto por tres fases que se exponen a continuación: *tensión, explosión o agresión, y reconciliación o luna de miel.*

- En la primera **fase de formación de la tensión** existe un aumento progresivo de ésta, acompañada de un incremento paralelo de la ansiedad y de la animadversión entre los miembros de la pareja. Esta fase suele comenzar con agresiones de tipo psicológico tendentes a minar la autoestima y continúa con otros episodios de maltrato cuya intensidad va creciendo hasta materializarse en franca violencia en la fase siguiente. Durante el periodo de tensión la mujer intenta calmar a su pareja complaciéndola; para ello hace cuanto él le pide (quedarse en casa, vestir como él quiere...) actuando de acuerdo a sus gustos, en la creencia de que puede evitar la agresión. Las investigaciones demuestran que las agresiones son independientes de lo que la víctima pueda hacer o decir; incluso en ocasiones parece que es precisamente este comportamiento sumiso lo que refuerza al maltratador para ejercer la violencia (Ferreira, 1992; Varela 2002). Estos episodios, aislados al principio, se suceden cada vez con mayor frecuencia generando una enorme tensión. Si, afectada por el grado de ansiedad que le genera este proceso, intenta alejarse de su opresor, él retomará el control incrementando la tensión hasta que se hace insostenible. Los sentimientos de las mujeres son una mezcla de angustia, ansiedad, miedo, confusión y desilusión. Suelen acudir al centro de salud por diversos malestares que no son lesiones directas derivadas de las agresiones físicas y que, en general, ellas no asocian conscientemente con la

¹ Walker L.E.A. Battered Women. New York: Harper y Row Publishers, 1979. Obra citada en: Villavicencio Carrillo P., Sebastián Herranz J. Violencia Doméstica: su impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres. Ed. Instituto de la Mujer. Madrid 2001.

relación violenta, pero que tienen su origen en ella (Ferreira, 1992; McCauley et al 1995; Coker et al, 2000 a; Varela 2002).

- La **fase de explosión o agresión** es la más brutal de todas las fases ya que en ella pueden convivir todos los tipos de agresiones previamente descritos. La mujer es consciente de que, llegado este punto no es posible ningún razonamiento con el agresor, no posee pues, ningún control sobre la situación y en ocasiones no opone resistencia porque considera que sólo serviría para incrementar su cólera. La duración de esta fase suele ser corta aunque algunas mujeres han sufrido sus efectos durante días enteros (Ferreira, 1992; Varela 2002; Villavicencio&Sebastián, 2001). Es la fase en la cual las mujeres deciden llevar a cabo la denuncia, aunque normalmente no acuden al centro sanitario hasta pasados unos días, curándose ellas mismas las lesiones. Cuando se perciben claramente signos de violencia en las consultas externas o en los servicios de urgencias es cuando la relación atraviesa por esta fase de **explosión**.
- En la fase de **reconciliación**, también conocida como de **"luna de miel"**, la situación parece volver a la "normalidad". El maltratador cambia de conducta manifestando una actitud protectora y conciliadora, induciendo en la mujer la esperanza de que el cambio es posible. Se arrepiente, pide perdón, promete que nunca más sucederá, que es a ella a quien ama y a quien necesita y que no puede vivir sin ella. Le hace regalos, se muestra amable, cariñoso y atento. Expresa su voluntad de no volver a agredir a la pareja y espera que ella no vuelva a "provocarlo" después del castigo que ha recibido. La mujer, por su parte, retira la denuncia cuando la puso, incluso rechaza las ayudas ofrecidas por la familia, servicios sociales y sanitarios. Esta actitud es alimentada por la creencia de que es su responsabilidad mantener la situación de armonía a la que han llegado. Busca justificaciones como que su pareja tiene problemas y que ella debe ayudarle a resolverlos. Las primeras veces que

esto le ocurre, no comprende lo que es vivir en una relación de maltrato, no se siente una mujer "maltratada". Esta fase al principio de la relación puede ser duradera, pero a medida que se intensifica la violencia, se reduce en frecuencia y duración hasta llegar a desaparecer. Es en ese periodo cuando las mujeres inician sus procesos de separación y/ o buscan ayuda para salir de la situación de maltrato crónico, y es también cuando el riesgo de muerte a manos de su compañero se incrementa desmesuradamente (Kyriacou et al, 1999; Wilbur et al, 2001; Varela 2002).

1.1.2. El proceso de abandono de una relación de maltrato

Salir de una relación de malos tratos y recuperarse de sus efectos es un proceso largo y difícil. Algunas mujeres lo consiguen mientras que otras no logran recuperar el control sobre sus propias vidas y tener una existencia plenamente satisfactoria.

Habitualmente este proceso comprende intentos repetidos de abandonar la relación que pueden hacerse efectivos o no, ya que hasta un tercio permanecen en la relación indefinidamente (Claramunt, 1999). En los primeros intentos las mujeres se plantean acabar con la violencia pero no con la relación. Marcharse puede ser una forma de presionar a la pareja para que cese sus agresiones. Sin embargo, con esta decisión se incrementa el riesgo de que los maltratadores desarrollen nuevas acciones intimidatorias destinadas a persuadirles. En muchos casos esta coacción resulta efectiva y las mujeres desisten. Hecho que, casi siempre es mal comprendido por parte de las y los profesionales que las atienden.

Las y los profesionales que atienden a las mujeres víctimas de violencia deben conocer las dificultades a las que éstas pacientes han de hacer frente cuando deciden terminar con una relación de malos tratos. Sólo así podrán establecer el entorno adecuado y el clima de confianza suficiente que permita a las mujeres ganar seguridad y avanzar en el proceso.

Entre las dificultades que las mujeres han de afrontar para salir de una relación de malos tratos figuran los miedos y las pérdidas. En relación con estas últimas, se puede decir que son numerosas en el proceso de separación, por lo que las mujeres deben aprender a elaborar sus duelos para superarlas. La primera de ellas es la pérdida de una pareja a la que un día quisieron. Pierden también la familia que crearon conjuntamente y las amigas y amigos comunes, cuando los hay. En muchos momentos pueden echar de menos los aspectos positivos de su relación y sentir frustración, soledad o tristeza. En las relaciones de violencia crónica se ha descrito un fenómeno semejante al Síndrome de Estocolmo, en el que las víctimas muestran sentimientos positivos hacia su verdugo.

En cuanto a los miedos, está el riesgo de que la violencia se incremente; las mujeres lo saben y temen por su vida. Las mujeres maltratadas han de enfrentarse a una dura realidad, ya que saben que si permanecen al lado de su pareja la violencia continuará, pero si deciden alejarse de ella el riesgo, lejos de desaparecer, puede incrementarse.

Aunque no siempre, muchas mujeres temen romper la relación debido a la dependencia económica de su pareja, aspecto relacionado con el lugar desigual que ocupan hombres y mujeres en la sociedad. Con más frecuencia que los hombres, las mujeres no trabajan, tienen sueldos menores, pocas oportunidades de encontrar empleo, y parten de una economía familiar débil que resultará insuficiente para pagar una pensión para mantener a las hijas e hijos.

Después de un tiempo de malos tratos, la autoestima de las mujeres está muy lesionada. Además de los sentimientos de culpa y vergüenza por la situación en la que se encuentran, se sienten incapaces de tomar decisiones, de ser autónomas. Es preciso que poco a poco ganen confianza en sí mismas y aprendan a confiar en otras personas, hechos ambos que les darán seguridad.

Cuando las mujeres tienen muy interiorizado el

rol femenino asignado socialmente y se sienten responsables del cuidado de su pareja y de su familia antes que del suyo propio, han de vencer sus contradicciones internas para poder concentrar sus esfuerzos en conseguir su bienestar.

Ante la cantidad de obstáculos que las mujeres han de vencer para finalizar la relación con su pareja, es frecuente que presenten síntomas de ansiedad y depresión que pueden llegar a ser severos. Las mujeres intentarán entender el motivo de su "fracaso". Es preciso que comprendan que ellas no son culpables, que sus reacciones son las normales en la situación que están viviendo. Necesitan tiempo para reflexionar y llegar a comprender lo que ha sucedido como medio de superar el sentimiento de culpa. Las mujeres han de adquirir la capacidad de ver a sus compañeros como parte del pasado e ir paulatinamente adquiriendo autonomía. Han de aprender a asimilar que pueden no ser comprendidas por su propia familia y afrontar esta situación manteniendo con firmeza sus propias decisiones.

Por otra parte, es preciso que hagan una evaluación del riesgo a que están sometidas y adopten medidas de seguridad para su protección.

Como se verá en el capítulo dedicado a las actuaciones sanitarias, las y los profesionales de la salud pueden acompañar a las mujeres en este proceso, ayudarlas a reflexionar, reforzar sus capacidades y sus logros relacionados con una mayor autonomía, apoyar la preparación de un plan de seguridad, pero lo más importante que todo sanitario ha de tener presente es que nunca debe juzgar ni expresar rechazo a las mujeres maltratadas.

En ocasiones este proceso de identificación y comprensión de lo que sucede y lo que para ellas significa precisa de un marco psicoterapéutico. Cuando así lo consideren las y los profesionales de Atención Primaria derivarán a las mujeres al Servicio especializado correspondiente, manteniendo el contacto para realizar un seguimiento como si de otro proceso patológico se tratara.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

La violencia en el hogar o en la familia es la forma más común de la violencia contra la mujer. Las mujeres tienen 6 veces más probabilidades de ser agredidas por un familiar que por un desconocido (Larrión, 2000).

El concepto de violencia de pareja incluye una variedad de agresiones que van desde las de carácter psicológico y sexual, más difíciles de identificar, a los casos de agresiones físicas con consecuencias fatales para la víctima. Con frecuencia son estas últimas las únicas que salen a la luz, motivo que contribuye a que la violencia de pareja contra las mujeres sea universalmente subestimada. La mayor parte de las víctimas no denuncian el maltrato ya sea por miedo al agresor, ya sea por sentimientos de culpa o vergüenza derivados de la creencia generalizada de que la mujer ha provocado la violencia por su desobediencia, su fracaso como esposa o su infidelidad (Watts&Zimmerman, 2002). Adicionalmente, la violencia de pareja contra la mujer ha sido considerada como un problema que atañe únicamente a la familia y que no debe ser desvelada sino que ha de resolverse en el seno de la misma. Todos estos obstáculos sociales han contribuido a mantener en secreto el problema de la violencia de pareja contra las mujeres di-

ficultando todavía más el estudio de su magnitud. A pesar de ello, la información con la que se cuenta permite afirmar que la violencia de pareja contra las mujeres es un importante problema de salud pública tanto por **su frecuencia** como por sus **consecuencias para la salud de las mujeres**.

Las estadísticas disponibles obtenidas de los registros policiales, los centros de mujeres y otras instituciones a menudo subestiman los niveles de violencia y, lo que es más importante, sólo observan una parte del problema y ofrecen una visión parcial de la realidad. En general, se refieren a la violencia física, no estando incluidos la violencia psicológica, la agresión verbal o el abuso sexual.

Las encuestas con entrevistas personales en población general son las herramientas más apropiadas para medir la extensión de la violencia, ya que aportan los datos más exactos (Saltzman&Fingerhut, 2000; Watts&Zimmerman, 2002). Las cifras de prevalencia obtenidas en las investigaciones que utilizan estos instrumentos en población general muestran un amplio rango. Esta inconsistencia en los resultados no debe atribuirse únicamente a las diferencias de frecuencia en los distintos ám-

bitos de investigación, sino también a las diferencias en la metodología utilizada (definición de violencia, población diana, técnicas de muestreo, entrenamiento de los entrevistadores etc.). En relación con la definición, se han realizado esfuerzos para establecer criterios que permitan medir de forma más exacta cada uno de los actos que conforman la violencia contra las mujeres y hacer más fiables las estimaciones obtenidas en las distintas investigaciones (Saltzman&Fingerhut, 2000). Por otra parte, como ocurre en cualquier investigación, la unificación de criterios en la metodología permite la comparación. De este modo, se observa que la utilización del mismo cuestionario para detectar la violencia incrementa la consistencia de los resultados (Hale-Carlson 1996; CDC, 1998).

En base a lo expresado sobre la dificultad para obtener información acerca del fenómeno de la violencia debido a la complejidad del mismo, para mejorar su conocimiento es preciso analizar las distintas dimensiones del problema por lo que deben obtenerse datos de todas las fuentes disponibles (Saltzman&Fingerhut, 2000).

2.1. PREVALENCIA

En los estudios poblacionales llevados a cabo en países industrializados la prevalencia acumulada, es decir, las mujeres que notifican haber sido agredidas físicamente por un compañero **a lo largo de su vida**, se estima entre el 20-29% (casadas alguna vez o en unión consensual o población general de mujeres mayores de 18 años). (OMS, 1998; Bensley et al, 2000; Hathaway et al 2000; Coker et al, 2000 b; Plichta 2001).

Según las estimaciones de varios estudios llevados a cabo en USA con cuestionarios estandarizados, entre el 2 y el 6% de las mujeres ha sufrido algún tipo de maltrato físico de su pareja en el último año (Hale-Carlson 1996; CDC, 1998; Weinbaun et al, 2001). En otros países desarrollados las estimaciones varían entre 6-12% (OMS, 1998). De las mujeres que han sufrido maltrato, entre el 50 y el 60% su-

frío algún tipo de lesión y entre el 20% y el 34% de las que sufrieron alguna lesión solicitaron asistencia sanitaria. (Bensley et al, 2000; Hale-Carlson, 1996).

Entre las mujeres **que acuden a los Servicios de Atención Primaria de Salud** por cualquier motivo, el 20 % declara estar sufriendo malos tratos en la actualidad. De ellas, el 77% sufre malos tratos físicos y el 23% psicológicos (Coker et al, 2000 b).

En España, según un estudio desarrollado en población general por el Instituto de la Mujer en el año 1999 (Instituto de la Mujer, 2000), el 10,1% de las mujeres mayores de 18 años se ha sentido maltratada por alguien de su familia alguna vez en la vida. En este mismo estudio la proporción de mujeres que **declara** haberse sentido maltratada **en los últimos 12 meses** por algún miembro de su familia se eleva al **4,2%**. Más de la mitad de ellas se refieren a su pareja al señalar al maltratador (el 52%).

En esta encuesta, la estimación para la Comunidad de Madrid de mujeres que sufren malos tratos de su pareja es del 9,2%, es decir, 215.593 mujeres mayores de 18 años. El porcentaje de mujeres que *se sienten* maltratadas en el último año por su pareja en esta región, sería del 2,54%, es decir, 59.522 mujeres mayores de 18 años.

2.2. DENUNCIAS POR MALOS TRATOS Y FALLECIMIENTOS

Según fuentes del Instituto de la Mujer, en el año 2001 se llevaron a cabo en España 24.158 denuncias por "malos tratos contra las mujeres producidos por el cónyuge o análogo", de las que 5.983 se tipificaron como delito y el resto como faltas. Los datos disponibles para el año 2002, muestran que las denuncias efectuadas ascendieron a 30.199 de las que se calificaron como delito 7.295. Con base en esta información se puede afirmar que el número de denuncias se ha incrementado en más de 6.000, lo que representa un 25% con respecto al año anterior. Es preciso señalar que este incremento puede ser en parte explicado por el

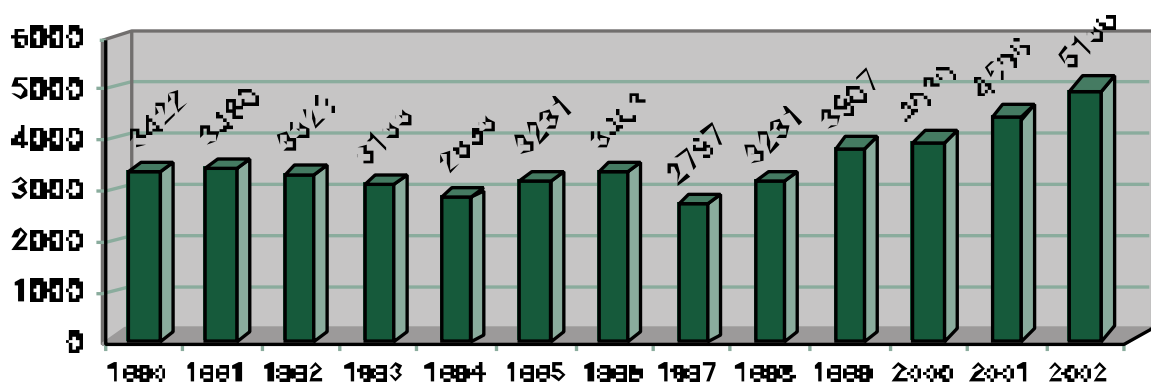
cambio en el concepto de "análogo" que a partir de enero del año 2002 incluyó no solo las parejas de hecho como en años anteriores, sino también ex parejas sentimentales (ex cónyuge, ex compañero y ex novio). Al analizar la distribución de las denuncias en función de la edad se observa que el 55% de las mujeres que denunciaron tenía entre 31 y 50 años, el 35,2 entre 18 y 30, el 8,7% eran mayores de 50 y un 1,1% menores de 18. El número de mujeres fallecidas en el año 2001 fue de 42 y se elevó a 49 en el 2002.

En la Comunidad de Madrid, en el año 2001 se realizaron 4.506 denuncias y en el 2002 se registraron 5136, de las que sólo 999 fueron calificadas como delito. En términos relativos, estos datos indican que se produjeron 1,8 y 1,9 denuncias respectivamente por cada 1.000

mujeres mayores de 18 años. Al interpretar estos datos es preciso considerar que una persona puede hacer varias denuncias en un mismo año. En relación con los fallecimientos, 7 mujeres murieron en el año 2001 a manos de su pareja (Dirección General de la Mujer, 2002) y 4 en el 2002 (Instituto de la Mujer, 2002).

Los datos procedentes de la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas, sobre las mujeres que solicitaron ayuda en el año 2000, indican que únicamente el 30,7% interpuso posteriormente una denuncia; la Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres estimó que las denuncias se producían en el 40% de los casos; entre las mujeres atendidas en los servicios de atención a las víctimas del maltrato en el País Vasco el 35,8% ha presentado denuncia.

Gráfico 1. Denuncias de mujeres víctimas de malos tratos en la C. de Madrid, 1990-2002*



*Fuente: Instituto de la Mujer. Ministerio de trabajo y asuntos sociales

2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y COMPORTAMIENTOS ASOCIADOS A LOS MALOS TRATOS

El interés por conocer las causas de la violencia ha llevado a muchos investigadores a profundizar en el estudio de las características de las personas que la sufren o la ejercen. Pero las dificultades del estudio de la causalidad son importantes dado que los factores perso-

nales son sólo un eslabón de la cadena que incluye además otro tipo de factores sociales y culturales.

Muchas investigaciones han sido realizadas con **poblaciones seleccionadas**, de forma que la información disponible proviene de estudios de personas que llegan a los Servicios Sociales. Muchas víctimas y perpetradores de Violencia en el hogar nunca van a acudir a un servicio de apoyo, por ello, las personas que

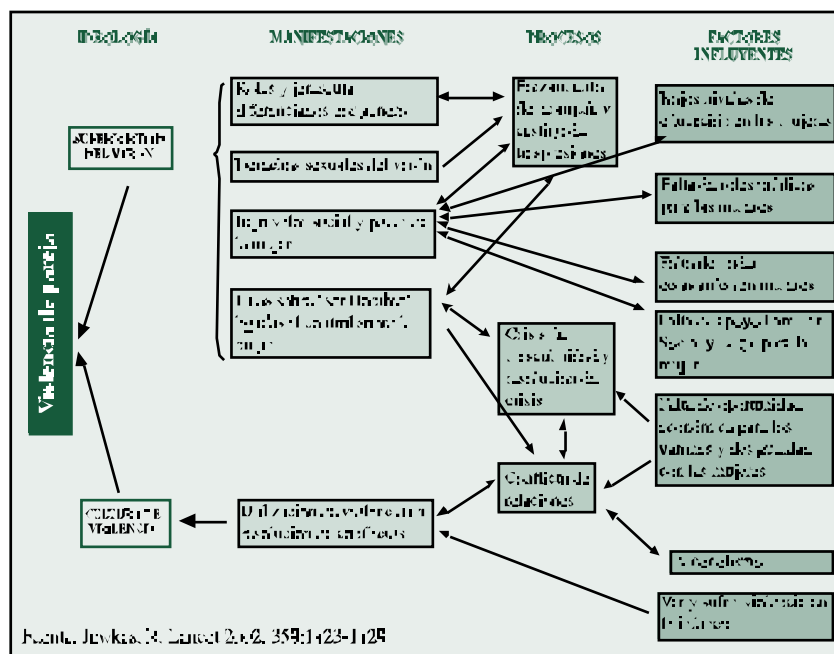
acuden a los centros de ayuda no son representativas de las víctimas-perpetradores ni siquiera de los casos mas graves. En nuestro país, existen varios estudios que cumplen estas características (Emakunde, 2002; Sotomayor, 2000; Informe del defensor del pueblo, 1998). Presentamos aquí los datos de las características sociodemográficas correspondientes al estudio de una muestra de 667 mujeres atendidas en las casas de acogida de la Comunidad de Madrid entre los años 1985 y 1997 (Informe del Defensor del Pueblo, 1998): el 70,6% están casadas y el 28,4 en unión consensual. La edad media es de alrededor de 33 años. El 62% tiene estudios primarios o menos y sólo el 1,34 Universitarios. La media de años de convivencia es de 10 y la media de años de maltrato de 7,5. El 48% de las mujeres atribuye el maltrato al alcohol y el 23,6% al consumo de drogas y/o alcohol.

Por otro lado, disponemos de los estudios llevados a cabo **en población general** en los que se observa que la violencia parece ser mas frecuente en parejas con menor nivel educativo, menor nivel de ingresos y antecedentes de maltrato en la infancia (ya sea como testigo o como víctima). También se ha observado

que el autor del maltrato con más frecuencia está en paro y abusa de alcohol y drogas (McCauley et al, 1995; Hale-Carlson 1996; Hathaway et al, 2000; Coker et al, 2000 c). De los resultados de la encuesta realizada por el Instituto de la Mujer en España (2000) se desprende que las mujeres que declaraban maltrato tenían menores ingresos, parecido nivel educativo y estaban en paro con más frecuencia que el conjunto de mujeres encuestadas. En cuanto a sus parejas tenían menor nivel de estudios, con mayor frecuencia estaban en paro y el 44% de los casos tenían o habían tenido problemas con el consumo de alcohol u otras drogas.

Según refleja un reciente artículo de Jewkes (2002) publicado en la revista Lancet, existen dos causas necesarias en el sentido epidemiológico de la palabra para que se produzca la VPM: Una posición desigual de la mujer en la sociedad y la utilización normalizada de la violencia en la resolución de conflictos. Sin cualquiera de estos dos factores la VPM no ocurriría. Estos factores interactúan con el resto de factores complementarios para producir la VPM (gráfico 2).

Gráfico 2. Causas de la violencia de pareja



Los factores complementarios y el mecanismo de actuación, según el mismo autor, serían los siguientes:

La pobreza es la única característica sociodemográfica consistentemente asociada con el riesgo incrementado de violencia de pareja íntima. Otros factores como la edad o el estado civil de las mujeres parecen más relacionados con los marcos culturales en los que se realiza el estudio que con la propia violencia.

La asociación entre **pobreza** y violencia de pareja estaría mediada a través de la identidad masculina. Los hombres que viven en situaciones de pobreza no consiguen cumplir el rol social establecido de "hombre de éxito" y en el clima de estrés resultante desarrollan comportamientos de malos tratos contra la mujer. La violencia contra la mujer es un medio de resolver la crisis de identidad porque permite la expresión de poder que no consigue en otros ámbitos.

En relación con la asociación del **consumo de alcohol** y ejercer la violencia, explica que las investigaciones sociológicas sugieren que el alcohol, más que estar asociado biológicamente a la violencia, actuaría culturalmente como una señal de "permiso" para desarrollar comportamientos antisociales. De esta forma permitiría al maltratador realizar su acción violenta sin que se le responsabilice de la misma.

En referencia a la **experiencia de maltrato en la infancia**, discute la posibilidad de que la violencia de pareja sea un comportamiento aprendido. La experiencia de violencia en el hogar en los niños les enseña a considerar normal el uso de la violencia. Los estudios multiculturales sugieren que es más frecuente la VPM en sociedades en las que se utiliza "normalmente" la violencia en situaciones de conflicto.

2. 4. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La violencia contra la mujer aumenta su riesgo de mala salud. Los efectos de la violencia pue-

den ser físicos y/o psicológicos y a corto, medio o largo plazo. Los efectos físicos a corto plazo van desde las erosiones, contusiones o heridas superficiales en diversas localizaciones, las roturas de tímpano, fracturas, traumatismos craneales, hasta lesiones que generan discapacidad crónica o la muerte.

En EEUU hasta el 20% de las consultas a los servicios de urgencias de traumatología son consecuencia de los malos tratos (Bensley et al, 2000) y la frecuencia de hospitalización es el doble que para las mujeres que no han sufrido malos tratos (Schafer et al, 1998). La mayoría de las mujeres que mueren por homicidio son asesinadas por su pareja actual o una pareja anterior (Kyriacou et al, 1999).

El embarazo se considera como un factor desencadenante de la violencia y un factor agravante de la violencia preexistente (Richardson et al 2002)

Los efectos sobre la salud física a medio y largo plazo están asociados a los daños psicológicos causados por la violencia de cualquier tipo (física o psíquica). En primer lugar refieren peor percepción de la salud tanto física como psíquica (Instituto de la mujer, 2000; Coker et al, 2000). Se ha descrito una mayor vulnerabilidad a las enfermedades. Se ha sugerido que esta mayor vulnerabilidad se puede deber en parte a alteraciones de la inmunidad como consecuencia del stress que provoca el maltrato (OMS, 1998; Blanco, 2000). Si se comparan con las mujeres no maltratadas las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud graves. Los cuadros de dolor crónico (cefaleas, dolor pélvico, dorso lumbalgias) se asocian a la violencia de pareja, y la probabilidad de padecer problemas menstruales, enfermedades de transmisión sexual o infección de vías urinarias se triplica (Larrión&Ochotorena, 2000; OMS, 1998; Instituto de la Mujer, 2000; Blanco, 2000) (tabla1). Es importante tenerlo en cuenta porque pueden ser los únicos indicios de malos tratos.

Las Consecuencias para la salud mental de la violencia abarcan también un rango amplio de

gravedad y experimentan un enorme sufrimiento psicológico. Tienen entre 3 y 4 veces más probabilidad de necesitar tratamiento psiquiátrico (Schafer et al, 1998). Más de las tres cuartas partes sufren al menos depresión leve o trastornos de ansiedad y hasta 1 de cada 3 están gravemente deprimidas. En alguno de estos trastornos se ha comprobado una relación dosis-respuesta: a mayor duración e in-

tensidad de la violencia, mayor gravedad de los síntomas (Kernic et al, 2000). En la tabla 1, los datos de la macroencuesta del Instituto de la Mujer reflejan la presencia de síntomas en las mujeres que se sienten maltratadas en España. En el caso de los síntomas asociados a la afectación psíquica llegan a ser hasta 2,5 veces más frecuentes que en las mujeres de la población general.

Tabla 1. Frecuencia de síntomas en mujeres que se sienten maltratadas y mujeres de población general. España, 1999.

¿Cuál de los siguientes síntomas ha tenido usted durante el último año con cierta frecuencia?

Síntomas	Mujeres que declaran maltrato* (n = 863)	Total mujeres (n = 20.552)
Dolores de cabeza	53,2%	43,3%
Gripe	27,0%	21,8%
Dolor de espalda o articulaciones	76,4%	64,2%
Ganas de llorar sin motivos	55,7%	31,7%
Cambios de ánimo	78,7%	53,1%
Ansiedad o angustia	63,1%	32,0%
Inapetencia sexual	45,7%	23,6%
Irritabilidad	59,0%	35,1%
Insomnio falta de sueño	55,4%	34,9%
Fatiga permanente	34,9%	16,8%
Tristeza porque pensaba que no vale nada	50,2%	21,3%

*mujeres que declaran haber sufrido alguna situación en el último año en la que se han sentido maltratadas por alguno de su familia.

Fuente: La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. Instituto de la Mujer. 1999.

El riesgo de suicidio es hasta 4 veces mayor en las mujeres maltratadas (Schafer et al, 1998; Kernic et al, 2000; Villavicencio&Sebastián, 2001), y en muchos casos puede estar condicionado por el agotamiento emocional y psíquico. El síndrome de stress postraumático lo llegan a sufrir hasta el 50% de las mujeres que han sufrido maltrato físico (Astin et al, 1995). Este trastorno engloba un conjunto de síntomas de ansiedad que se manifiestan de forma similar en la mayoría de las personas que se enfrentan a un acontecimiento extremadamente traumático que representa un peligro real para su vida o una amenaza para su

integridad física (Astin et al, 1995; Villavicencio&Sebastián, 2001).

CONCLUSIONES

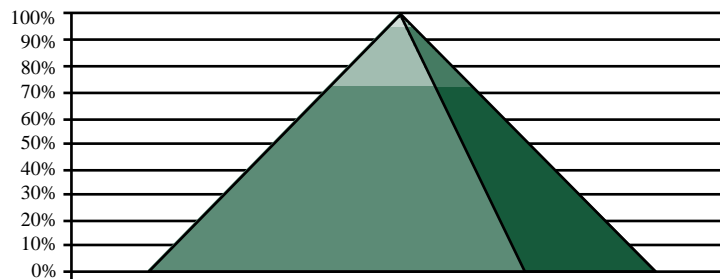
La definición precisa del concepto de violencia de pareja es muy compleja y tiene como consecuencia la ausencia de definiciones operativas, lo que dificulta de manera importante el estudio de su frecuencia. El reconocimiento como problema de salud del maltrato a través de su inclusión en la última versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

(CIE-10) con su correspondiente código T 74 y más específicamente el maltrato físico (T74.1), el abuso sexual (T74.2) y el maltrato emocional (T74.3) es un paso adelante que facilitará el estudio en el futuro. Sin embargo, es preciso concentrar los esfuerzos dirigidos a unificar criterios para obtener definiciones más concretas adoptando las normas aceptadas internacionalmente para hacer factibles las comparaciones.

A pesar de estas dificultades, con la información disponible es evidente que el problema

de la violencia es de enorme importancia para la salud pública tanto por su frecuencia como por su repercusión en la salud de las mujeres. Para abordarlo es imprescindible una mayor sensibilización hacia el problema, en especial, desde los distintos ámbitos sanitarios, así como el desarrollo de investigaciones y de sistemas de vigilancia que permitan obtener información más exacta en el ámbito local tanto de su magnitud como de su impacto en salud.

Gráfico 3. Indicadores de frecuencia de Violencia de pareja contra la mujer en la Comunidad de Madrid



■ Fallecidas**	7
■ C. Acogida**	252
■ Denuncias**	4.506
■ Mujeres que refieren MT físico*	18.747
■ Mujeres que refieren ser maltratadas por su pareja (último año)*	59.522

FALSAS CREENCIAS SOBRE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La violencia de pareja es un problema social que se encuentra rodeado y fuertemente influenciado por toda una serie de falsas creencias, las cuales, a su vez, están profundamente arraigadas en nuestra cultura y en nuestra forma de entender y aceptar el mundo.

Todos los prejuicios que nuestra sociedad ha construido en torno a la masculinidad y a la femineidad contribuyen a enfocar la cuestión de la violencia de pareja como si se pudiera justificar en cierta medida a los hombres que manifiestan un comportamiento agresivo, atribuyendo al mismo tiempo una “cierta responsabilidad” a las mujeres por el hecho de ser maltratadas o agredidas.

Los estereotipos de rol de género juegan un papel dominante en las situaciones de malos tratos. “Echar la culpa a la víctima” (Mullender, 2000) es una tendencia social muy extendida que se focaliza en las mujeres violentadas, prefiriendo ignorar el dominio, poder y control que los hombres han ejercido desde antiguo sobre ellas. La relevancia de los estereotipos de rol es muy significativa porque éstos tienden a “legitimar” la actitud del hombre y a “culpabilizar socialmente” a la mujer.

En este apartado se van a presentar, analizar, cuestionar y refutar algunas de las falsas creencias que existen en torno a los malos tratos y hacia la violencia de pareja.

3.1. SOBRE LA VIOLENCIA DE PAREJA

1. **La violencia de pareja es un “asunto privado de familia” y “los trapos sucios se lavan en casa”.** Esta forma de afrontar los hechos ha provocado que durante años el problema de los malos tratos de pareja fuera ignorado, minimizado e incluso “disculpado”.

La violencia de género no sólo se produce dentro de la familia sino en muchos otros medios y situaciones y, lejos de ser un problema estrictamente privado, es un problema muy grave de índole social que afecta a millones de mujeres en el mundo entero. La violencia de pareja es una forma muy severa de violencia contra las mujeres, contra sus derechos humanos más fundamentales y un ataque directo a su integridad y a su dignidad.

2. **“La violencia de género está de moda, un fenómeno relativamente en alza que**

se incluye con mayor frecuencia en las agendas políticas". Es frecuente asociar la incorporación de la mujer al mundo laboral y a la actividad pública con un "presunto incremento" de los casos de mujeres maltratadas y de la violencia de género.

La violencia de género es un problema social pendiente de solución. Este tipo de problema ha existido siempre, las mujeres son víctimas de los malos tratos desde siempre y las situaciones de injusticia y de indefensión que han soportado son las mismas desde hace siglos. Lo único que cambia es que ahora el problema se empieza a visibilizar y que estos hechos se hacen públicos a través de un aumento de las denuncias y de una mayor sensibilización por parte de los poderes públicos y de los medios de comunicación.

3. **"El problema se está exagerando: no hay tantas mujeres víctimas de violencia de pareja, si fuera tan grave la mujer ya se habría ido de casa"**. Se podría pensar que los casos realmente serios e inquietantes son aquellos que son notoriamente violentos con resultado de muerte o de lesiones graves o muy graves. Por el contrario, parecería que las situaciones cotidianas de indefensión y de sometimiento (emocional, psíquico, económico, sexual,...) en el que viven millones de mujeres no son dignas de mención y no merecen mayor atención, porque si no las mujeres víctimas serían las primeras en denunciarlo.

Sin embargo, la escalada lenta y progresiva de la violencia impide que la víctima distinga lo que es normal de lo que no (Salber&Taliaferro, 2000). La mujer víctima de violencia tiene terror a su agresor y a las represalias que éste podría utilizar si ella decidiera abandonar el hogar (tanto contra ella como contra sus hijas e hijos). Además, la víctima está fuertemente inmovilizada por el trauma físico y psíquico, por el sentimiento de culpa, por no saber a donde acudir a pedir ayuda, por su situación de dependencia económica, y por su "deber de responsabilidad" frente a sus hijas e hijos,

("mantener la familia unida pase lo que pase" y "aguantar lo que haga falta" es un mandato de género para las mujeres).

4. **"La violencia de pareja sólo afecta a sectores social y culturalmente desfavorecidos, marginales y con bajo nivel económico: pobres, inmigrantes, analfabetos, clases bajas, drogadictos, alcohólicos, etc."**. Esta falsa creencia ampliamente extendida ignora que, en realidad, los malos tratos de pareja se producen en todos los medios sociales, económicos y culturales. En los sectores más desfavorecidos y marginales el problema se visibiliza de forma mucho más evidente que en niveles socioeconómicos más poderosos. En estos últimos, las víctimas no se atreven a denunciar y utilizan mucho menos los recursos socio-sanitarios existentes debido a la posición económica que ostentan y a la presión social a la que se ven sometidas. De esta forma se perpetúa la idea, socialmente admitida, de que solamente las familias desestructuradas con graves problemas económicos se ven afectadas por el fenómeno de los malos tratos.

3.2. SOBRE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA

1. **"La víctima es una mujer débil, dependiente, inestable o desequilibrada, con bajo nivel cultural, social, económico y educacional y con hijos a su cargo"**. La experiencia pone de manifiesto que también hay numerosas mujeres víctimas que se podrían calificar de "autónomas", fuertes, con éxito en su vida profesional, sin hijos y con un buen nivel socioeconómico. Investigaciones llevadas a cabo en diferentes partes del mundo muestran (OMS 1998) que tanto las mujeres víctimas como los agresores pertenecen a todas las clases económicas, sociales y culturales.
2. **"La mujer es responsable de la situación en la que se encuentra: ella le ha provocado y se lo ha buscado, o bien, ella lo soporta porque es lo que le han enseñado"**.

do, forma parte de su cultura y de su educación". Estas ideas se repiten constantemente en la conciencia popular y alimentan el prejuicio de que la mujer que es maltratada tiene también buena culpa de ello.

A los hombres les interesa perpetuar el mito de la provocación para atenuar su responsabilidad y para justificar su conducta ante sí mismos y ante la sociedad.

Los hombres no maltratan a las mujeres porque éstas les provoquen o porque se lo merezcan. Ellos maltratan cuando quieren, en cualquier momento y sin ninguna razón. A los hombres se les educa y se les obliga a ser dominantes y controladores y esto tiene como consecuencia lógica los malos tratos a mujeres. (Mullender, 2000).

3. **"La mujer es masoquista y en el fondo le gusta": A la mujer le gusta la violencia, la provoca, la necesita o es adicta a ella. Se trata del llamado "síndrome de la mujer apaleada". La víctima es una débil mental con impulsos autodestructivos y dependiente afectivamente de su pareja.** Este síndrome no existe, no hay diferencias significativas entre la personalidad de una mujer que es maltratada de la que no lo es. Ninguna mujer, independientemente de cuál sea su cultura, su religión o su nivel socio económico desea ni busca ser maltratada, ni mucho menos disfruta con la situación de violencia en la que se encuentra. Este tipo de argumentos ha servido históricamente para justificar la conducta masculina de agresión y de dominación y para presentar a la mujer como una persona que desea ser tratada de esta manera.

3.3. SOBRE LOS HOMBRES VIOLENTOS

1. **"El agresor es un individuo de carácter violento, alcohólico, drogadicto, con un bajo nivel sociocultural, con graves psicopatologías o con situaciones sociolaborales precarias".** No hay hombres alco-

hólicos o drogadictos que agreden, sino sujetos agresivos que beben o se drogan. Además su capacidad agresiva es altamente selectiva: sólo va dirigida contra alguien muy concreto, su pareja. Incluso, cuando desaparecen estas conductas adictivas y mejoran las condiciones de vida de los maltratadores, la violencia no desaparece ni tampoco los episodios agresivos, sino que persiste y se puede incrementar.

Además, no todos los hombres que beben, que se drogan, que presentan psicopatologías o que viven situaciones de precariedad son maltratadores o agresivos. Por el contrario, muchos de los hombres que agreden a sus parejas, pueden tener una imagen social "impecable", un alto status social, profesional, económico y cultural y, en apariencia, pueden llegar a parecer "encantadores". La apariencia externa de muchos maltratadores es altamente engañosa, e incluso el profesional de la salud podría verse confundido por ella pensando que "este hombre en concreto sería incapaz de cometer tales abusos".

2. **"Los hombres son más violentos y/o agresivos que las mujeres".** Se pretende presentar al varón como "naturalmente" violento, justificando el hecho de que es mucho más difícil para el hombre que para la mujer poder controlar sus impulsos agresivos.

Sin embargo, el varón es agresor y violento por razones culturales, no por motivos naturales. Además, como se ha señalado anteriormente, su actitud violenta es selectiva, siempre dirigida hacia la persona sobre la que puede ejercer control y dominación y no sobre aquellos/as sobre los/as que no tiene poder, por ejemplo un jefe o una jefa. Es decir, la pretendida falta natural de "control masculino" siempre se produce dentro de un mismo contexto, el de su pareja, siendo el agresor perfectamente capaz de controlarse en otras situaciones.

3.4. SOBRE LA INTERVENCIÓN SANITARIA EN LA VIOLENCIA DE PAREJA

1. **“Entre mis pacientes no hay casos de violencia de pareja”**. Las y los profesionales sanitarios, desconocedores del problema, pueden pensar que la violencia doméstica no se produce entre sus pacientes. Es preciso recordar que no existe un perfil de mujer violentada y que los síntomas que presentan las víctimas son muy diversos y no es fácil identificar la violencia de pareja a través de muchos de ellos.
2. **“La violencia de pareja es un asunto privado de la paciente y el/la profesional de la salud debe respetar su vida privada y su intimidad”, “las y los profesionales de la salud no pueden hacer nada para solucionar su problema”**. Las y los profesionales sanitarios tienen una baza muy importante en sus manos ya que, de forma rutinaria, preguntan a sus pacientes por asuntos privados que afectan o pueden afectar a su salud y es en el contexto de la consulta donde estos problemas presuntamente “internos y de familia” pueden salir a la luz, empezar a tratarse y buscar soluciones.

El rol de las y los profesionales de la salud es fundamental: las/os profesionales de

Atención Primaria y de servicios de urgencias en la mayoría de las ocasiones son las/os únicas/os que tienen contacto con las víctimas y es el único momento en el que ellas pueden expresar lo que están viviendo. Las mujeres víctimas de violencia de pareja necesitan mucho más que una simple atención médica, necesitan ser escuchadas, apoyadas y protegidas.

3. **“Este hombre no responde al perfil del maltratador: un hombre así es incapaz de maltratar a su pareja”**. En algunos casos las y los profesionales conocen o han conocido al agresor y piensan que es incapaz de realizar un acto de estas características. Creen que son imaginaciones o fabulaciones de la mujer en un intento de llamar su atención.

Nunca hay que dejarse guiar por las apariencias, hay que profundizar en cada uno de los casos. La apariencia externa a primera vista “impecable” de muchos maltratadores y el estado ansioso y/o depresivo de las víctimas no prueban nada. No existen perfiles “tipo” de maltratadores ni de víctimas.

EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES Y SU REPERCUSIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO

Como se ha expresado en apartados anteriores, las manifestaciones de la violencia sobre la salud de las mujeres pueden adoptar muy diferentes formas de presentación, afectando tanto a la esfera física, como emocional y relacional. La aparición de síntomas físicos y psicológicos se ha relacionado con la frecuencia y la duración del maltrato. Así mismo, síntomas de ansiedad y depresión se asocian con la severidad del tipo de agresión (ej.: intento de estrangulamiento o amenaza con armas) (Villavicencio&Sebastian, 2001; Smith et al, 2001). Según la OMS (WHO, 2002), el impacto de la violencia de pareja sobre la salud de las mujeres puede persistir largo tiempo después de que ésta haya terminado.

Como consecuencia de las lesiones y otros problemas de salud generados por la violencia de sus parejas, las mujeres requieren una mayor atención por parte de los servicios sanitarios incluso varios años después de padecerla (McCaughey et al, 1995; Kernic et al, 2000; Bensley et al, 2000; Coker et al, 2000 a; WHO, 2002). Este hecho conlleva un incremento del gasto sanitario, que debe sumarse a los enormes costes personales y sociales que de ella se derivan (Koss et al, 1991; Walker et al, 1999 a; Kappor S, 2000; WHO, 2002).

Si bien el diagnóstico de certeza de los malos tratos depende del grado de colaboración de las mujeres, éste se puede sospechar ante la presencia de ciertos signos y síntomas que, asociados a determinados comportamientos, afloran al elaborar una anamnesis bien dirigida. La identificación de las víctimas permitiría a los médicos de familia crear un marco de confianza apropiado para ofrecer opciones terapéuticas más efectivas.

Las consecuencias que para la salud de las mujeres tiene la violencia pueden clasificarse en mortales y no mortales

4.1. CONSECUENCIAS MORTALES: HOMICIDIO Y SUICIDIO

Ya se ha expresado previamente que la mayoría de las mujeres que mueren por homicidio son víctimas de sus parejas actuales o previas (Ferreira, 1995; OMS, 1998; Smith et al, 1998; Kyriacou et al, 1999; Sharps et al, 2001; Wilbur et al, 2001; Alberdi& Matas, 2002) y que el riesgo de muerte lejos de desaparecer, se incrementa con la separación. Lo más frecuente es que la muerte sea consecuencia de la agresión física directa por parte del maltratador, haya o no intencionalidad.

Un estudio realizado en EEUU pone de manifiesto que la existencia de episodios previos de violencia y disponer de armas de fuego en el domicilio son algunos de los factores asociados con el riesgo de muerte (Bailey et al, 1997). En España está limitado el uso de armas de fuego, lo que conduce al homicida a utilizar otro tipo de armas o incluso las manos (Alberdi&Matas 2002). Las amenazas de muerte y la evidencia de peligrosidad son factores asociados a dicho riesgo (Claramunt, 1999)

El suicidio es la segunda de las consecuencias mortales de la violencia de pareja. Las mujeres maltratadas tienen una probabilidad de suicidarse entre tres y cinco veces mayor que las mujeres cuyas parejas no son violentas (McCauley, 1995; OMS, 1998; Kernic et al, 2000). Muchas mujeres víctimas de una situación de violencia crónica ven en el suicidio la única salida a su sufrimiento, hecho que debe recordar al médico la necesidad de investigar la existencia de malos tratos subyacentes ante cualquier intento de suicidio de una mujer (Bergman et al, 1991).

4.2. CONSECUENCIAS NO MORTALES

Las consecuencias de índole no mortal que para la salud tiene la violencia se traducen en forma de manifestaciones clínicas, que lesionan la integridad de las mujeres que la padecen.

4.2.1. Síntomas inespecíficos. Con frecuencia las mujeres maltratadas acuden a la consulta con síntomas y signos difíciles de filiar que tienen una escasa o nula respuesta a los tratamientos habituales. Suelen ser reflejo de trastornos psicológicos derivados de la situación que padecen, de modo que, además de síntomas físicos como cefalea, dolores de espalda, pelvis o abdomen, se pueden identificar signos como artritis, tartamudeo o infecciones de transmisión sexual (Coker et al, 2000 a). Otros síntomas asociados con violencia son tensión muscular, excesivo cansancio, dificultad de concentración, alteraciones del sueño, tristeza, indiferencia o apatía, pérdida de memoria, irritabilidad, desórdenes gastrointesti-

nales y síndrome del colon irritable (OMS, 1998; Heise 1999;).

4.2.2. Lesiones traumáticas físicas

Estas lesiones producidas directamente por agresiones físicas presentan una gran variabilidad, pudiendo oscilar desde afecciones leves como ligeras abrasiones o contusiones hasta las más severas, resultado de ataques brutales con o sin armas, como los traumatismos craneoencefálicos que en ocasiones conllevan pérdida de conciencia, coma profundo o incluso la muerte. En la exploración clínica es habitual encontrar lesiones múltiples que pueden observarse en diferentes estados de evolución. Investigaciones realizadas en diversos tipos de servicios de salud, así como los testimonios de las propias mujeres, demuestran que pueden verse afectados prácticamente todos los órganos y sistemas del organismo (McCauley, 95; Coker et al, 2000 a; Kernic et al, 2000; Varela 2002; Campbell, 2002). En ocasiones las muestras de la agresión se localizan en regiones descubiertas como cara o cuello, pero con frecuencia el maltratador aprende a no dejar rastro o a concentrar las agresiones en zonas del cuerpo cubiertas por la ropa.

4.2.3. Afecciones genitourinarias

Las investigaciones sugieren que muchas mujeres que sufren violencia física son forzadas por su pareja a mantener relaciones sexuales bajo amenaza explícita o implícita o son francamente violadas (Wats&Zimmerman, 2002; Varela, 2002).

Ciertas afecciones genitales están relacionadas con la violencia sexual directa, pero otros tipos de violencia pueden igualmente producir alteraciones funcionales del aparato genital (Koss et al, 1991). Del mismo modo, se ha descrito que las agresiones sexuales pueden originar también problemas físicos en otros órganos y sistemas así como graves problemas de orden psicológico (McCauley et al, 1995; Plichta&Falik, 2001).

Entre los padecimientos con localización genital se detectan dispareunia, vaginismo, anorgasmia y dolor pélvico crónico. Aunque este último tiene su origen habitualmente en adherencias, endometriosis o infección, en un 50% de los casos no se llega a identificar una patología orgánica (Heise et al, 1999). Menstruaciones irregulares o dolorosas y síndrome premenstrual son otras manifestaciones descritas con mayor frecuencia en las mujeres maltratadas que en las que no lo son. Algunas de estas mujeres muestran reticencias o plantean dificultades para la exploración pélvica.

Infecciones del tracto urinario (vías bajas, vejiga e incluso riñón) así como infecciones de transmisión sexual también se describen con mayor frecuencia entre las mujeres que sufren violencia que en otras mujeres (McCauley et al, 1995; Coker et al, 2000 a).

4.2.4. Embarazos no deseados y carencia de autonomía sexual

Con frecuencia las mujeres se sienten en la obligación de mantener relaciones sexuales con su pareja independientemente de sus deseos siendo en ocasiones abiertamente violadas.

Las mujeres que están sumergidas en un proceso de violencia están paralizadas debido a la relación de dominio que ejercen sus parejas. Como afirma Hirigoyen (2002) en su libro *El Acoso Moral: "el primer acto del depredador consiste en paralizar a su víctima para que no pueda defenderse"*. Así pues, las mujeres no consienten, no son cómplices y no son débiles, sino que el proceso de depreciación a que están sometidas les impide tomar decisiones. No pueden negarse cuando no desean una relación sexual, ni tampoco proponer el uso de preservativos o utilizar otros anticonceptivos, no están en condiciones de negociar. Esta dominación conduce a la mujer a una ausencia de autonomía que se traduce en insatisfacción y contribuye a incrementar la morbilidad y el riesgo de un embarazo no deseado, siendo éste una de las consecuencias más graves de la agresión sexual.

Datos procedentes Estados Unidos muestran que la prevalencia de embarazos no deseados entre las mujeres que llevan a término su gestación está entre 33 y 52% (Gazmararian et al, 1995; Beck, et al, 2002). Estas proporciones subestiman la cifra de embarazos no deseados, puesto que la mitad de los mismos finalizan en una interrupción voluntaria. Las citadas cifras adquieren mayor relevancia debido a que las mujeres con embarazo no deseado declararon tasas más altas de violencia que las que lo desearon. En conjunto las mujeres que no desearon la gestación tuvieron una probabilidad entre 2,5 y 4,1 veces mayor de padecer violencia física que las que la desearon (Gazmararian et al, 1995; Gazmararian et al, 2000).

Además de la violencia, ciertos comportamientos poco saludables como el incremento del consumo de tabaco y alcohol o el retraso en la entrada en un programa de cuidados prenatales, se han asociado con el embarazo no deseado (Beck et al, 2002). Así, en las mujeres víctimas de violencia que quedan embarazadas sin desearlo confluyen los efectos de la violencia y los de una gestación que no desean. Esto contribuye a acelerar el proceso de deterioro en el que la mujer está sumida como consecuencia de la violencia, empeorando tanto su salud percibida como su morbilidad manifiesta.

4.2.5. Embarazos de alto riesgo y complicaciones

La prevalencia de violencia durante el embarazo muestra un amplio rango, pudiendo afectar hasta al 20-23% de las embarazadas adultas (Gazmararian et al, 1996; Curry et al, 1998; Savona-Ventura et al, 2001; Beck et al, 2002; Campbell, 2002) en función de la población de estudio, el marco en el que se lleva a cabo o la frecuencia con que se pregunta sobre su existencia. Estas cifras son más elevadas cuando se trata de mujeres adolescentes (Curry et al, 1998), e indican que la violencia durante el embarazo es más frecuente que ciertas condiciones para las que sistemáticamente se realizan pruebas diagnósticas (Gazmararian et al, 1996).

Hilberman en 1980 señaló que las características de los ataques violentos pueden cambiar durante el embarazo, hecho confirmado posteriormente en otras investigaciones (Gazmararian et al, 1996). Aunque algunas mujeres maltratadas deciden quedarse embarazadas para evitar los ataques violentos de su pareja, lo más frecuente es que tales ataques se perpetúen o incluso incrementen su frecuencia durante este periodo. Algunos autores han observado que una elevada proporción de mujeres que son maltratadas durante un embarazo también sufrieron violencia en embarazos previos (Hedin&Janson, 2000). En las más jóvenes el embarazo puede servir de desencadenante (Curry et al, 1998).

La violencia durante el embarazo lo transforma en un periodo de alto riesgo para la salud de la mujer y del feto. Una de las primeras consecuencias es el retraso en la búsqueda de cuidados prenatales por parte de la mujer, pero el efecto principal es la muerte fetal, materna o de ambos (WHO, 2002). En una investigación llevada a cabo con mujeres suecas se observó que las mujeres maltratadas tenían mayor probabilidad de haber sufrido uno o más abortos que las que no lo habían sido (Hedin&Janson, 2000). Otro efecto que se ha descrito es una mayor probabilidad de ser sometida a cesárea (Cokkinides et al, 1999), hecho que por sí mismo entraña mayor riesgo para la salud que el parto eutócico. Así mismo, se han asociado los malos tratos durante el embarazo con la hospitalización para atender complicaciones maternas tales como infección renal, sangrado uterino, parto prematuro y diversos traumatismos debidos a caídas o golpes en el abdomen.

Ciertas investigaciones mostraron que las hijas e hijos nacidos de mujeres maltratadas durante el embarazo tienen una mayor probabilidad de requerir ingreso en una unidad de cuidados intensivos, de sufrir distrés fetal y de tener bajo peso al nacimiento (Curry, 1998; Heisse, 1999; Jagoe et al, 2000; Campbell, 2002). Otras, por el contrario, expresaron que la asociación entre violencia física durante el embarazo y resultados adversos para el recién nacido no es consistente, insistiendo en la necesidad de profundizar en la investigación para

obtener intervenciones efectivas (Petersen et al, 1998; Gazmararian et al, 2000)

4.2.6. Comportamientos de riesgo

Algunos investigadores afirman que existe asociación entre la violencia que sufren las mujeres y la probabilidad de desarrollar ciertos comportamientos de riesgo para la salud (McCauley et al, 1995; Kilpatrick et al, 1997; Walker et al, 1999 b; Cohen et al, 2000; Silverman, et al, 2001). Según fuentes del Massachusetts Youth Risk Behavior Survey de 1997 y 1999, la violencia física y sexual contra las jóvenes adolescentes estuvo asociada con un incremento del riesgo de abuso de ciertas sustancias (como alcohol, tabaco, cocaína), con comportamientos poco saludables para controlar el peso (uso de laxantes o píldoras y la provocación de vómitos), comportamientos de riesgo sexual (primer coito en menores de 15 años y más de tres parejas en los últimos 3 meses), embarazo e intento de suicidio (Silverman, et al, 2001).

En ocasiones se refiere la existencia de un riesgo continuo ya que las mujeres con historia de abuso en la infancia tienen mayor probabilidad de sufrir violencia en la vida adulta y de desarrollar comportamientos de riesgo (Walker et al, 1999 b). Aunque la mayoría de estos estudios son transversales y no permiten asegurar la direccionalidad causa efecto, los resultados sugieren que la violencia precedió al abuso de sustancias y son consistentes con los observados por otros autores en estudios longitudinales que demuestran que la violencia es un factor predictor de algunos de estos comportamientos de riesgo (Kilpatrick et al, 1997; Cohen et al, 2000).

Debido a la frecuente presencia de sintomatología dolorosa y de alteraciones de la salud mental en las mujeres víctimas de violencia, es común la prescripción de medicamentos con fines analgésicos o con efectos sobre el sistema nervioso central (tranquilizantes, ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos). Este hecho no tendría mayor trascendencia sino fuera porque la dificultad para salir de la situación de

maltrato conduce en ocasiones a perpetuar el consumo de fármacos, haciendo que la mujer se habitúe a ellos y originando una situación de dependencia que contribuye al deterioro de su salud mental. Se sabe que a las mujeres maltratadas se les prescriben más drogas psicotrópicas y las que sufren agresiones sexuales tienen una probabilidad 4,6 veces mayor de abusar de tranquilizantes que las que no las sufren (Mazza, 1996). Con base en estos conocimientos, cuando una mujer acude a consulta para renovar una receta de analgésicos, ansiolíticos, antidepresivos o hipnóticos puede ser la ocasión para investigar posibles malos tratos subyacentes.

4.2.7. Efectos sobre la salud mental

Los efectos de la violencia sobre la salud mental pueden ser tanto o más destructivos que sobre la salud física y están presentes en mayor o menor grado en todas las formas de violencia. El conjunto de manifestaciones está representado por una amplia gama de síntomas psicológicos que en ocasiones se agrupan cumpliendo los criterios para ser identificados como categorías diagnósticas concretas. Entre ellas destacan por su frecuencia los trastornos del estrés y los trastornos del estado de ánimo, cuyos paradigmas en el caso que nos ocupa son el trastorno del estrés postraumático y la depresión respectivamente (Campbell et al 1997; Silva et al 1997; Cascardi et al, 1999; Campbell, 2002).

■ Trastorno por estrés postraumático

Este trastorno lo manifiestan las personas que se han enfrentado a uno o varios acontecimientos que implican una amenaza real o probable para la vida o la integridad física propia o de otros. Describe una respuesta de temor intenso, desamparo u horror y se caracteriza por la persistencia (duración superior a un mes) de uno o más de los siguientes elementos (Silva et al 1997; Reus, 2002):

- Recuerdos o sueños angustiosos recurrentes sobre el episodio traumático.
- Conductas o sentimientos como si el acontecimiento traumático estuviese ocurriendo de nuevo.

- Malestar psicológico o reactividad fisiológica ante claves que simbolizan o recuerdan algunos de los aspectos traumáticos vividos.

Se realizan esfuerzos por evitar los estímulos asociados al acontecimiento en cuestión (pensamientos, actividades, personas), pudiendo aparecer incapacidad para recordar hechos relacionados, disminución del interés de la persona por actividades hasta entonces significativas, sensación de distanciamiento de los demás, restricción de los afectos y sensación de acortamiento del futuro (ausencia de planes futuros).

Otros síntomas persistentes que aparecen a partir del episodio traumático son la dificultad para conciliar o mantener el sueño, la irritabilidad o las expresiones de ira, la dificultad para concentrarse, un estado de hipervigilancia y una respuesta de sobresalto exagerada.

Este síndrome puede o no expresarse en toda su extensión, pero engloba la mayoría de los síntomas que se observan en las mujeres maltratadas. Tales síntomas producen en las mujeres percepción de malestar y deterioro de sus relaciones sociales y laborales

En las mujeres que sufren una agresión grave se ha descrito un **trastorno del estrés agudo** que, con síntomas similares a los descritos, se caracteriza por su aparición temprana (dentro de las cuatro semanas posteriores) y por su duración limitada (de 2 días a 4 semanas). Las mujeres que presentan este trastorno pueden posteriormente desarrollar un trastorno por estrés postraumático.

■ Depresión

La depresión afecta a las mujeres 2,5 veces más frecuentemente que a los hombres. Según una investigadora de la Facultad de Medicina de la universidad de Harvard (Wyshak, 2000), los médicos de los servicios de cuidados primarios a menudo pasan por alto los desórdenes mentales en sus pacientes, sobre todo cuando se trata de mujeres. Este hecho cobra gran relevancia debido a la frecuencia con que se presentan estos trastornos ya que, según la misma autora, la depresión

junto con los trastornos de la ansiedad son responsables del 25% al 30% de todas las visitas a los servicios de atención primaria en el mundo, dando lugar a una mayor discapacidad que muchas otras alteraciones crónicas como diabetes, hipertensión o problemas en la espalda.

Las manifestaciones clínicas pueden corresponder a una depresión mayor con síntomas incapacitantes o bien a una depresión encubierta, caracterizada por una serie de síntomas de larga duración que no producen inhabilitación pero son causa de malestar (irritabilidad, trastornos del sueño, o diversos malestares físicos) (Blichmar, 1995; Campbell et al 1997; Reus, 2001).

La depresión se ha asociado con la frecuencia y la severidad de los malos tratos (Golding, 1999; Cascardi et al, 1999) pudiendo responder para algunas investigadoras a una estrategia de afrontamiento, en un intento de disminuir el malestar generado por la relación de violencia (Polo, 2001). Se han estudiado otros factores que influyen en el desarrollo y la gravedad de la depresión en las mujeres maltratadas, habiéndose observado que la probabilidad de desarrollarla y la severidad de la misma son mayores cuanto menores son los recursos personales y sociales de que disponen las mujeres (económicos, formativos, pocas ayudas institucionales o ausencia de respuesta por parte de familiares y amistades ante sus demandas de apoyo).

Otras investigadoras sugieren que la depresión tiende a remitir una vez que cesa la situación de violencia, hecho que ha servido para considerar que la asociación que se establece entre ambas cumple el criterio de temporalidad de Bradford Hill. Éste, unido al resto de los criterios, apoyaría la implicación causal de la violencia en la depresión que padecen las mujeres maltratadas (Golding, 1999; Campbell et al, 1997; Campbell&Soeken, 1999)

Es importante conocer que en ocasiones los síntomas que manifiestan las mujeres maltratadas no se ajustan a los criterios diagnósticos de una patología bien definida y que se pue-

den observar con mayor o menor intensidad de forma aislada o agrupados. Entre ellos podemos citar: las reacciones de miedo o terror, los sentimientos de rabia, síntomas de intensa ansiedad, respuesta de hipervigilancia, trastornos del sueño, dificultad para concentrarse, baja autoestima, falta de asertividad, conductas de riesgo, sentimientos de vulnerabilidad, ideas e intentos de suicidio.

4.2.8. Patologías agravadas o desestabilizadas

Los primeros trabajos que relacionaron el estrés con una mayor susceptibilidad a las infecciones virales se publicaron en 1960, desde entonces se han llevado a cabo numerosas investigaciones que asocian los factores estresantes con una disfunción del sistema inmunológico (Cohen et al, 1991; Kiecolt-Glaser &Glaser 1995; Mashall et al, 1998; Solomón et al, 2000; Shirinsky&Shirinsky, 2001). El resultado de las mismas indica que en situaciones de estrés se produce una mayor incidencia de las infecciones producidas por ciertos virus (herpes simple, coxsackie B, VIH, rinovirus), la expresión de virus latentes, la aparición de un mayor número de reacciones alérgicas incluido el asma y otras enfermedades autoinmunes (Kiecolt-Gaser &Glaser 1995). Otras investigaciones sugieren que mecanismos psiconeuroinmunológicos pueden estar involucrados en la aparición de arteriosclerosis, enfermedad cardiovascular o artritis reumatoide (Ridker et al, 2000; Solomón et al, 2000:). Así mismo, la depresión es otra de las patologías que incrementa el riesgo de desarrollar enfermedad cardíaca coronaria y enfermedad cerebro vascular, probablemente mediadas por un mecanismo relacionado con activación del sistema inmune (Ferketich et al, 2000; Jonas& Mussolino, 2000). Así mismo, una reciente revisión de la bibliografía llevada a cabo por Smith y Ruiz (2002) sugiere que ciertas situaciones psicosociales como el aislamiento, los conflictos interpersonales y el estrés son factores de riesgo para el desarrollo y la evolución de la enfermedad cardíaca coronaria.

Como ya se ha indicado, el estrés crónico y la

depresión son resultado común de los malos tratos, haciendo a las mujeres más vulnerables ante diferentes agentes internos y externos, de modo que las patologías existentes pueden agravarse e incluso aparecer otras nuevas.

4.2.9. Trastornos cognitivos y relacionales

La forma en que las mujeres perciben su realidad se altera cuando son maltratadas dando lugar a cambios en su modo de vida y en la forma de relacionarse con las personas y con el medio que les rodea (Claramunt 1999; Villavicencio&Sebastian 2001; Martín et al, 2002).

Las mujeres que han experimentado uno o más episodios de violencia se sienten más vulnerables que quienes nunca los han sufrido. En algunos casos este sentimiento de inseguridad se limita a ellas mismas, mientras que en otros casos sienten que también otras personas pueden estar amenazadas. El desequilibrio que se deriva de estos sentimientos se traduce en manifestaciones clínicas como son los síntomas de ansiedad, los sentimientos de indefensión y un profundo malestar psicológico.

En las víctimas de malos tratos se detectan también sentimientos de temor y son manifiestos los sentimientos de culpa por la situación de violencia en que están inmersas. Buscan justificación interna o externa a la permanencia en la relación de violencia para lo que, de manera inconsciente, niegan o minimizan tanto los actos violentos como sus efectos. Estas actitudes pueden servir como mecanismos de defensa, pero también como estrategias de afrontamiento puesto que, a corto plazo, pueden contribuir a controlar la situación reduciendo la ansiedad y la confusión, pero fracasan sin embargo a largo plazo contribuyendo a mantener más tiempo la relación de maltrato. Todo ello desencadena en la mujer un sentimiento de desesperanza y de falta de poder para escapar a nuevos episodios de violencia así como incapacidad para gobernar sus propias vidas.

Las relaciones personales de la mujer maltratada pueden verse bloqueadas desde el comienzo de la relación de malos tratos, ya que el agre-

sor tiende a aislar a la víctima de su entorno familiar y social con el objetivo de controlarla. Posteriormente, cuando el proceso avanza, la capacidad de respuesta a los estímulos externos se ve limitada, se evidencia el distanciamiento de los seres queridos y una reducción de los afectos que interfieren abiertamente en las relaciones de las mujeres con las personas que les rodean. De este modo, las mujeres que permanecen largo tiempo en un proceso de maltrato acaban sometidas a un enorme aislamiento que repercute en la recuperación cuando finalizan la relación violenta (Villavicencio&Sebastian 2001; Martín et al, 2002).

Para explicar los vínculos que mantienen a la víctima unida al maltratador se han mencionado diversas razones como el intento de no perjudicar a la pareja, el miedo a nuevas agresiones, la dependencia económica, la preocupación por el futuro de las hijas e hijos, la incapacidad de la mujer para tomar decisiones o el propio aislamiento al que está sometida (Claramunt 1999; Villavicencio&Sebastian 2001; Alberdi 2002). En algunos casos se describe una intensa dependencia emocional del maltratador, hacia el que la víctima manifiesta actitudes positivas y que se ha denominado "síndrome de Estocolmo" o "unión traumática".

Entre las secuelas en el plano de las relaciones personales que resultan de una relación íntima de malos tratos se encuentra la dificultad para establecer relaciones con una nueva pareja no abusiva. Así mismo, el funcionamiento sexual puede verse alterado y el deseo sexual reducido en las mujeres que establecen una nueva relación (Villavicencio&Sebastián, 2001).

Es importante que la mujer sepa que su caso no es único, que lo que le ocurre a ella les sucede a otras muchas mujeres y que sus reacciones son normales ante una situación como la suya. El no sentirse distinta y el transcurso del tiempo son elementos que le ayudarán en el proceso de recuperación de su salud.

4.2.10. Síntomas en la salud de las hijas e hijos

La violencia de pareja contra las mujeres se

asocia con frecuencia a violencia contra sus hijas e hijos (Caramunt, 1999; García-Moreno, 2000; Varela, 2002). En ellas y ellos se detectan consecuencias nocivas tanto si son víctimas como si son testigos (Hall D et al 1998; Claramunt, 1999; García-Moreno, 2000).

Manifestaciones de intensa ansiedad así como síntomas psicósomáticos pueden ser detectados en quienes presencian episodios repetidos de violencia contra sus madres. El resultado de las experiencias violentas puede dar lugar al desarrollo de un síndrome de estrés postraumático, si bien los síntomas pueden diferir de los descritos para los adultos. El evento traumático en la infancia puede ocasionar manifestaciones de miedo o terror y desesperanza. Sin embargo con más frecuencia se observa una mezcla de síntomas entre los que se incluyen, alteraciones afectivas, cognitivas, síntomas psicósomáticos y cambios del comportamiento. Siendo estos últimos los más frecuentemente descritos.

Otros síntomas asociados son excesiva preocupación, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño, hiperactividad, fracasos escolares, problemas de adaptación, dificultades en las relaciones con otros niños.

Un estudio llevado a cabo en el Reino Unido, investigó el estado de salud de las niñas y niños menores de 16 años alojados con sus madres en refugios para mujeres víctimas de violencia doméstica. Los autores concluyeron que los niños tenían elevadas necesidades en salud y pobre acceso a los servicios sanitarios. En los menores de 5 años se demostró una baja tasa de inmunizaciones, con el consecuente riesgo de infecciones prevenibles, así como el diagnóstico tardío de anomalías del desarrollo y deterioro de la salud mental, también prevenibles. Los autores recomendaron aprovechar el tiempo que los niños pasan en los refugios para realizar revisiones de salud, identificar los problemas e iniciar un proceso de investigación, tratamiento y cuidados (Webb et al, 2001). En esta misma línea de apoyo a las mujeres maltratadas y sus hijas e hijos, investigadores de la Universidad de Houston obtuvieron buenos resultados con

una intervención diseñada para reducir problemas de conducta entre las niñas y niños que residían en refugios para mujeres víctimas de la violencia (Jouriles et al, 2001).

Otra consecuencia de gran relevancia es el resultado a largo plazo de los malos tratos en la infancia. Diversas publicaciones ponen de manifiesto que quienes sufren violencia sexual, física o ambas durante la niñez tienen mayor probabilidad de presentar comportamientos de riesgo, de ser víctimas o de ejercer violencia en su vida posterior (Silverman et al, 2001; Savona-Ventura et al, 2001; Martín et al, 2002; Plichta&Falik, 2001)

4.3. REPERCUSIONES DE LA VIOLENCIA EN EL SISTEMA SANITARIO

El análisis del impacto que tiene la violencia sobre la salud de las mujeres conduce de inmediato a reflexionar sobre la repercusión que ello tiene, a su vez, sobre las y los profesionales de la salud y los servicios sanitarios. Es razonable pensar que el incremento de la morbilidad de una parte importante de la población (recordemos que la prevalencia es alta) conduce al correspondiente aumento de la demanda asistencial. Numerosos trabajos publicados en revistas científicas y documentos de salud aportan información que demuestra de forma consistente que las mujeres maltratadas demandan mayor número de visitas médicas por diversos servicios asistenciales que las que no lo son (Koss et al, 1991; McCauley et al, 1995; Tjaden et al, 1998; McCauley et al, 1998; Heise et al, 1999; Kernic et al, 2000; Plichta&Falik, 2001; Campbell, 2002).

Al analizar, sin embargo, la relación que existe entre el uso de los servicios médicos y la severidad de las lesiones se observan resultados que pueden aparentar ciertas discrepancias. Mientras unos investigadores sugieren que la severidad de la agresión física es el más potente predictor de las visitas médicas y del coste sanitario (Koss et al, 1991), otros no encuentran asociación significativa entre el nivel de violencia y el uso de los servicios de salud

(Plichta&Falik, 2001). Tales divergencias pueden ser debidas en parte a las diferencias en la composición de las muestras estudiadas y en la metodología utilizada.

Se sabe que si no se pregunta expresamente la violencia pasa desapercibida, sobre todo cuando las lesiones no son evidentes y las mujeres no declaran que son víctimas (Bradley, 2002; Richardson, 2002). Esto ocurre con frecuencia debido a la dificultad que tienen para comunicar a sus médicos de forma voluntaria el motivo real de su visita (Plichta&Falik, 2001; McCauley, 1998). Con frecuencia las mujeres se quejan de síntomas ambiguos que conducen a las y los médicos a prescribir exploraciones complementarias y fármacos que no llegan a mejorar el estado de la paciente. Finalmente, ante la impotencia para resolver los problemas, solicitan la intervención de un especialista, hecho que encarece el proceso. Adicionalmente, es preciso considerar los costes directos derivados de la atención a una elevada proporción de mujeres agredidas cuyas lesiones requieren cuidados médicos especializados, hospitalización e incluso baja laboral (Heisse, 1999; Wilbur, 2001).

Algunos investigadores han cuantificado el incremento de la frecuencia de visitas médicas de las mujeres víctimas de violencia respecto a las que no lo son, demostrando que en las primeras se incrementaron entre un 15% y un 24% frente a un 2% en las segundas, durante el año en que se cometieron las agresiones (Koss, 1991). Como consecuencia de este incremento de demanda asistencial, se eleva el consumo de recursos y, por ello, el gasto sanitario directo de la atención médica a las mujeres maltratadas (Koss, 1991; Walker, 1999 a; WHO, 2002), hecho que contribuye a incrementar el coste económico total de la violencia.

Por otra parte, además del gasto sanitario directo de atención a las víctimas de la violencia, es imprescindible valorar la formación de un colectivo que por primera vez en su carrera profesional se enfrenta con este problema. La formación de las y los profesionales permitirá abordar el problema de manera más eficiente

para el sistema, a la vez que más satisfactoria para las mujeres. La capacitación permitirá además del conocimiento profundo del fenómeno, la adquisición de habilidades y destrezas para realizar el cribaje de las pacientes e identificar la posible historia de abuso subyacente, las lesiones físicas y el daño psicológico si los hay, documentar claramente tales hallazgos en la Historia Clínica y derivar a las pacientes a otros profesionales cuando lo precisen. Pero también y sobre todo permitirá valorar la situación de riesgo y establecer un plan de seguridad para proteger a las mujeres en los casos que revistan mayor gravedad (Eidenstat, 1999).

Como ya se ha manifestado, las mujeres no declaran voluntariamente que son víctimas de la violencia de su pareja, pero sí lo hacen cuando se les pregunta al respecto. Por diversas razones esgrimidas en algunas investigaciones, las médicas y médicos raramente hablan con las pacientes acerca de su existencia (McCauley, 1998; Plichta&Falik, 2001). Ante esta situación es preciso tener presente que diversos estudios realizados en servicios de cuidados primarios de salud muestran que cuando se realizan preguntas específicas para detectar los posibles casos de violencia el rendimiento aumenta (Bradley, 2002; Richardson, 2002). En el mismo sentido se manifiestan otros investigadores que han utilizado algún instrumento en las consultas de diferentes servicios de atención especializada (Polo, 2001).

Entre las razones por las que estas/os profesionales sanitarios temen detectar los casos de violencia, aducen la falta de formación para manejar la situación, hecho comprensible dado que en sus planes de formación no se contempla la violencia como tema de estudio (Eidenstat, 1999; Davis&Harst, 2001:).

4.4. OTROS COSTES DE LA VIOLENCIA

Además del sufrimiento humano derivado de la mayor morbimortalidad que padecen las víctimas y del incremento del gasto sanitario, la violencia tiene otras repercusiones sociales

y económicas que deben ser conocidas para una mejor comprensión del fenómeno.

Los costes directos tienen que ver con los bienes y servicios empleados en la atención a las propias víctimas desde los distintos sectores implicados (Kappor S, 2000; WHO, 2002). La policía, el sistema judicial y los servicios sociales están involucrados en la atención directa a las víctimas de la violencia de pareja contra la mujer, lo que genera un consumo de recursos todavía no bien evaluado.

Es frecuente que los hombres violentos limiten el desarrollo de la dimensión social de sus parejas y les impidan desenvolverse libremente por miedo a perder el control sobre ellas (García Moreno 2000; WHO, 2002). Este hecho tiene graves repercusiones sobre el bienestar de las mujeres y da lugar a una mayor dificultad para su integración en el mundo laboral viéndose obligadas a desarrollar trabajos poco cualificados y mal remunerados.

Por otra parte, cuando las víctimas desempeñan un trabajo remunerado, el rendimiento puede verse afectado. En un estudio llevado a cabo con mujeres adultas en Chicago se ha observado que quienes experimentan violen-

cia en sus relaciones adultas sufren rachas de desempleo y un mayor recambio de puestos de trabajo (Lloyd&Taluc, 1999). La capacidad funcional de las mujeres maltratadas se reduce, bien sea por afectación de la salud física o mental. En ambos casos el absentismo laboral emerge y la productividad se reduce dificultando la permanencia en un determinado puesto. Así pues, por unas u otras razones, las mujeres que sufren violencia con frecuencia sufren también los efectos de la pobreza.

Sin embargo, las consecuencias de esta reducción en la productividad no sólo se dejan sentir en el ámbito individual, sino que dada la magnitud de la violencia, se produce un gran impacto macroeconómico que da lugar a una reducción de las ganancias potenciales que obtendría un país incorporando a su sistema productivo un contingente de mujeres en perfecto estado de salud.

Puesto que no se conoce con precisión el coste socio-sanitario que genera la violencia, la prevención y el abordaje precoz de la misma, en este momento, debe tener como objetivo evitar el sufrimiento humano más que generar ahorro.

ACTUACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS FRENTE A LA VIOLENCIA DE PAREJA

Antes de introducirse en las actuaciones de los servicios sanitarios, conviene revisar brevemente los numerosos obstáculos que van a dificultar la identificación de los casos de violencia (Flitcraft et al, 1992; Davis&Harst, 2001; Elliot et al, 2002). En ocasiones tales obstáculos responden a la percepción de las personas más que a una realidad objetivable. Reflexionar sobre ellos y tenerlos presentes evitará la comisión de errores y mejorará la calidad de la atención a las mujeres víctimas de la violencia de sus parejas. Tales obstáculos pueden provenir de la propia víctima, de las y los profesionales o de las instituciones, y con frecuencia ni la una ni las/los otros son conscientes de su existencia y de sus consecuencias.

En el capítulo tercero de este documento se describen los **estereotipos** y las **creencias** así como su influencia en las actitudes y comportamientos de las personas que forman parte de un grupo social con el mismo patrón cultural. Las y los profesionales han de analizar su grado de impregnación de estos estereotipos y esforzarse por controlarlos como medio de evitar su influjo en las actividades laborales que desempeñan.

Otro de los aspectos aducido frecuentemente

como barrera para la detección de la violencia es la falta de formación de las y los profesionales sanitarios. En la mayoría de los planes curriculares de facultades y escuelas universitarias para formación de personal sanitario no se contempla la violencia ni sus consecuencias para la salud, motivo por el que con frecuencia no se interioriza como tarea propia. Adicionalmente, la formación postgrado es hasta la fecha insuficiente para cubrir las necesidades de este problema emergente aunque antiguo. Hay estudios que demuestran que la autoconfianza en la capacidad para reconocer a las víctimas y el entrenamiento de las y los profesionales de la salud contribuyen a incrementar las tasas de cribado en las consultas (Elliot et al, 2002). La incorporación de la violencia contra la mujer como problema de salud a los planes de formación de las y los profesionales sanitarios es una necesidad urgente a la que es preciso responder sin demora.

La falta de tiempo y de recursos es una dificultad mencionada tanto por las y los profesionales como por las propias mujeres. Es más fácil que la/el profesional asuma como competencia suya el abordaje de la violencia cuando su Institución lo ha hecho y ha destinado re-

cursos para ello (Davis&Harst, 2001). Por este motivo, las instituciones tienen un cometido trascendental en la detección y prevención de la violencia contra la mujer. Sin embargo, la o el profesional que asume entre sus atribuciones el diagnóstico de un problema de salud grave como es un carcinoma es difícil que rechace hacerlo por falta de tiempo o de recursos. Exactamente igual debe ocurrir con la violencia.

También es un aspecto que se repite a lo largo de este documento el hecho frecuente de que las mujeres no se reconocen como víctimas de violencia y, cuando lo hacen, por muy diversas razones, se niegan a declararlo. La convicción de que la violencia es un problema de salud, el conocimiento del mismo en igual medida que otros y la sensibilidad para explorar su presencia de forma cuidadosa contribuirán a que las mujeres adquieran la confianza suficiente para expresar su situación.

5.1. DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

En ocasiones, la consulta médica puede ser el principio del fin, la única oportunidad de vencer el ciclo de la violencia antes de que la mujer pueda sufrir lesiones aún más graves, iniciándose este proceso de recuperación una vez que la/el profesional empieza a indagar y preguntar por la situación de violencia (Flitcraft et

al, 1992). La oportunidad que se le ofrece a la mujer en el marco de la consulta para hablar, en un trato de respeto y de confianza, es en sí misma un acto terapéutico de la/el profesional.

La manera más eficaz de identificar la violencia de pareja es pensar en ella y buscar elementos que nos permitan detectarla tanto a través de la entrevista como de la exploración física (la actitud de la víctima, la de su compañero, alguno de los signos y/o síntomas que se describen en este documento, etc.). La exploración rutinaria y sistemática de todas las pacientes, preguntándoles por las relaciones con su pareja, con las hijas e hijos y con sus progenitores, realizando preguntas específicas y directas acerca del maltrato contribuye a detectar los casos de violencia que de otro modo pasarían desapercibidos.

El proceso de detección de la violencia se ha organizado en cuatro fases o momentos diferentes: **sospechar, identificar, informar y evaluar.**

5.1.1. Sospechar:

Si la/el profesional mantiene una actitud alerta y vigilante en su consulta, una serie de signos, actitudes y comportamientos, unidos a la sintomatología ya descrita, pueden hacer sospechar que la paciente es víctima de la violencia de su pareja. A continuación se muestran aquellos más frecuentes:

SIGNOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS QUE ALERTAN FRENTE A UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO, SIN LESIONES APARENTES

- Consultas frecuentes y reiteradas; los síntomas son crónicos, vagos y no cuadran con un diagnóstico de enfermedad orgánica.
- Retraso u "olvido" de las citas, salida precipitada de la consulta o actitud apresurada y atemorizada.
- Acudir tardiamente a control prenatal.
- Embarazo en adolescentes.
- ETS en niñas y jóvenes, "disfunciones sexuales", vaginismo, dispareunia.
- Reparos, dificultad o dolor en el examen pélvico; problemas ginecológicos recurrentes.
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo.
- Agresividad sin causa aparente, actitud evasiva, mirada huidiza, se manifiesta confundida y/o temerosa.
- Envejecimiento prematuro.
- Desvalorización de sí mismas, se califican como torpes e incapaces.
- Ansiedad, actitud deprimida o triste, ingesta crónica de tranquilizantes o consumo excesivo de alcohol. Historia de depresión o intentos de suicidio.
- Aislamiento social: no tiene actividades, relaciones sociales, ni se relaciona con su propia familia.
- Refiera a su pareja como colérico o agresivo; o que tiene celos por cualquier relación amistosa con otros hombres.
- Mujer dependiente de su marido, que tiene miedo, que le mira antes de hablar.
- Si existe maltrato en las hijas e hijos, la mujer puede estar también siendo maltratada.
- Obesidad extrema, anorexia o bulimia, problemas con alcohol o drogas.

SIGNOS Y COMPORTAMIENTOS QUE ALERTAN FRENTE A UNA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO CUANDO SE APRECIAN LESIONES EN LA MUJER

- Incoherencia en el relato de los hechos, lapso demasiado largo entre el accidente y la consulta, negación a explicar el origen de las heridas o de los síntomas: las mujeres víctimas de malos tratos a veces niegan esta violencia, escondiéndola porque les da vergüenza.
- Historial de "accidentes" frecuentes.
- Huellas de golpes, hematomas, en diferentes lugares del cuerpo.

INDICADORES QUE PUEDEN ORIENTAR SOBRE LA PRESENCIA DE UN MALTRATADOR EN LA CONSULTA

- Actitud de gran prevención y desconfianza.
- Responde él en el lugar de su mujer como medio para controlarla e impedir que revele la violencia.
- Violento verbalmente, critica los actos de su pareja.
- Controla a su pareja mediante expresiones del rostro o actitudes intimidatorias. El autor de los actos violentos controla permanentemente a su pareja, aún durante las consultas.
- Conducta muy atenta hacia la mujer, a la que no quiere dejar sola, con la/él profesional.

La mujer puede acudir también a la consulta porque considera que la violencia que ejerce su marido sobre ella se explica porque está “enfermo” y recurre a su médica/o para que lo cure, creyendo así poner término a la violencia. Es una manera de pedir ayuda y suscitar la intervención de un tercero a través de una consulta porque su marido sufre trastornos del comportamiento, consumo excesivo de alcohol u otra toxicomanía, trastornos psiquiátricos, etc.

5.1.2. Identificar:

En este apartado se abordan dos aspectos importantes en el proceso de detección de la violencia. En primer lugar, los aspectos vinculados al clima y comunicación a incluir en el proceso de la entrevista con la paciente, es decir, **CÓMO PREGUNTAR DE FORMA SISTEMÁTICA SOBRE LA VIOLENCIA DE PAREJA** y, en segundo lugar, **QUÉ PREGUNTAS REALIZAR PARA DETECTAR UN POSIBLE CASO DE VIOLENCIA**.

■ La entrevista.

Los aspectos que destaca Venguer (1998) para facilitar la comunicación con las mujeres víctimas de la violencia son los siguientes:

- **Atención:** La paciente debe percibir que se está escuchando con interés, nuestra actitud corporal (firme y orientada hacia ella) debe confirmar ese interés, apoyándonos en manifestaciones como inclinaciones de cabeza, mirándola directamente a los ojos, etc. Cuidar la comunicación no verbal, no mostrando señales de asombro o, por el contrario, desinterés.
- **Empatía:** La escucha activa, sin interrupciones, ni juicios, que la mujer perciba que su relato nos interesa, que podemos entenderla y comprender su sufrimiento. Es importante que ella sienta que es escuchada: repitiendo palabras importantes que dice, haciendo preguntas aclaratorias que nos ayuden a comprender lo que expresa. “Sin la empatía no puede darse una comunica-

ción efectiva, pues se corre el riesgo de estar hablando de dos realidades diferentes”

- **Claridad del lenguaje:** Siempre es necesario adecuar nuestro vocabulario, pero en el caso de las mujeres sometidas a violencia se debe tener especial cuidado ya que están sometidas a unos niveles de ansiedad elevados que pueden dificultar la comprensión y, por tanto, la comunicación.
- **El uso de los silencios:** Cuando se respetan los silencios en el transcurso de la entrevista se facilita la elaboración y la reflexión de la mujer sobre los contenidos abordados a lo largo de la entrevista, se da la oportunidad a la víctima de expresar los sentimientos y al profesional le facilita el conocimiento de la situación por la que atraviesa la mujer. El silencio debe poder “tolerarse” mientras ambos lo deseen, pero si el profesional lo interrumpe debe identificar si ello es debido a sus propias emociones. “El silencio de la paciente requiere de un acompañamiento atento por parte de las y los profesionales de la salud”.
- **La retroalimentación:** Nos va a permitir contrastar si la mujer comprende la información proporcionada a lo largo de la entrevista. Para ello, se puede preguntar sobre los aspectos concretos abordados para que ella pueda identificarlos y los ponga en relación con su propia situación.
- **La eficacia de las preguntas:** cuando se pregunte a las pacientes tendremos que optar por aquellas que requieran una mayor o menor concreción en la explicación por parte de la mujer, dependiendo del momento de la entrevista la animaremos a ser más o menos precisa, con ello le ayudaremos a reflexionar y a ir elaborando su situación.
- **El respeto:** Es muy valioso para la paciente sentirse comprendida y no juzgada. Sus valores y convicciones son quizás la causa de su atrapamiento en la relación violenta. Las y los profesionales de la salud con su actitud deben transmitir apoyo para ayudar a la mujer a salir del proceso de la violencia,

a través de una relación que potencie su autonomía y no su dependencia, en este caso hacia los servicios sanitarios.

Además, podemos señalar otros aspectos que van a favorecer el clima de la entrevista:

- **Crear a la mujer y hacérselo saber:** En ocasiones podemos conocer al agresor y puede parecernos difícil que se corresponda con lo que la mujer nos está relatando ya que generalmente los agresores, fuera del ambiente doméstico, mantienen actitudes normalizadas que nada indican de su comportamiento violento.
- **Validar sus sentimientos:** Lo habitual es que la mujer tenga sentimientos ambivalentes hacia su pareja: de amor y miedo, de culpa y rabia, de tristeza y esperanza. Le ayudaremos a ver que sus sentimientos son normales y comprensibles.
- **Ofrecerle mensajes positivos y señalarle sus capacidades y logros:** Que contrarresten los muchos que seguramente ha recibido que la minusvaloran y la acusan. Por ejemplo: *"Vd no tiene la culpa". "Vd no es la única. Esto les ocurre a muchas mujeres"*. Resaltar los problemas que ha resuelto, las estrategias que ha desarrollado, aunque su esfuerzo no haya tenido éxito. Con el objetivo de recuperar y potenciar sus recursos personales.
- **Apoyar las decisiones de la mujer:** Si bien puede ser útil a la mujer que se le hagan propuestas sobre actuaciones a llevar a cabo, una vez que ha tomado una decisión es preciso ser pacientes y respetuosas/os, aunque no estemos de acuerdo con la misma.
- **Ofrecerle informaciones** que le **ayuden a entender** lo que **está pasando** y trabajar la derivación a otras/os profesionales especializadas/os que le puedan ayudar.

■ Actitudes a evitar durante la entrevista por parte de las y los profesionales

- Pretender dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente

- Dar falsas esperanzas
- Decir que basta con tratar al compañero para que la situación se arregle
- Decir que basta con irse para solucionar el problema
- Culpabilizar a la paciente a través de frases como: *¿Porqué sigue con él?. ¿Qué ha hecho usted para que él sea tan violento?. Si usted quisiera realmente acabar con la situación, se iría*
- Evitar una actitud paternalista ya que ésta implicaría una interferencia en el proceso de adquisición de su autonomía en el que estas mujeres están inmersas.
- Tratar el problema como un simple conflicto de pareja o derivarla a terapia de pareja. **La terapia de pareja está absolutamente contraindicada**, ya que puede poner más en riesgo, si cabe, la vida de la mujer.
- No se pueden imponer los propios criterios y decisiones ya que ante todo está la seguridad de la víctima. Presionar imponiéndose implica utilizar las mismas estrategias del agresor.
- Manifestar prejuicios sobre la violencia de pareja. Para ello es imprescindible reflexionar sobre los propios valores, creencias y actitudes en relación con la violencia de pareja.

RECUERDE

- Cree un **CLIMA DE CONFIANZA**
- Reciba a la paciente **SOLA**
- Pregunte de forma **DIRECTA Y CLARA**
- Escuche el relato de la paciente **SIN INTERRUPCIONES NI JUICIOS.**

■ Qué aspectos o áreas se deben explorar

- Relacionar las preguntas del profesional con el motivo de consulta o con los síntomas que presenta la paciente que hacen sospechar una situación de violencia. Invitarle a reflexionar a lo largo de la entrevista sobre su malestar y las causas a las cuales lo atribuye.
- Preguntar a las pacientes sobre sus relaciones de pareja.

- Si se considera la posibilidad de que la mujer sufra violencia preguntar directamente sobre su existencia y tipo de agresiones sufridas.

Se pueden encontrar una serie de preguntas a este respecto en el Anexo 1 "Preguntas tipo que facilitan a las y los profesionales el abordaje de los aspectos o áreas a explorar sobre la situación de violencia que sufre la mujer".

ATENCIÓN

La detección sistemática debe realizarse especialmente a todas las pacientes que acuden a las consultas de Atención Primaria, Atención Materno-Infantil, Urgencias, Ginecología, Salud Mental y Traumatología.

RECUERDE

Es muy importante que la mujer se sienta **ACOGIDA** (porque en ella hay habitualmente un sentimiento de culpa y de desconfianza), y **ESCUCHADA** (la mujer necesita hablar, no debemos interrumpir sus explicaciones, aunque nos parezca que no estén directamente relacionadas con los síntomas que presenta).

5.1.3.- Informar

A las y los profesionales se les pueden presentar dos situaciones diferentes que han de ser tratadas de distinto modo:

- La paciente se identifica como víctima de violencia por parte de su pareja:

- Asegurar a la paciente la **confidencialidad** de su consulta.
- Transmitirle que **ella no es responsable**, sino su pareja y que nadie merece que le traten mal.
- Explicarle que **no es conveniente** para ella que **comente el contenido de la consulta con su pareja ya que se puede aumentar el riesgo de maltrato** (en ocasiones el marido ha logrado el control sobre ella, obligándola a contarle todo lo que hace). En este sentido, si se facilita algún tipo de información escrita a la paciente se le debe advertir sobre la necesidad de ocultar esta información ya que puede alertar al maltratador y se puede poner en peligro a la mujer.
- Ofrecerle información acerca de que el maltrato es un **problema frecuente** que afecta a muchas mujeres.
- Explicarle que la violencia está penada por la ley y que se encuentra recogida en el Código Civil y en el Código Penal Español
- Confirmarle que no habrá intervención por parte del profesional si ella no lo desea, pero que **precisa ayuda** y hay profesionales que la pueden ayudar².
- **Respetar** sus decisiones, aunque las/los profesionales no las compartan.
- **No poner en duda la veracidad del relato de la mujer**
- Ayudarle a **relacionar los síntomas** que presenta con la situación de **violencia** que está viviendo.

Si la/el profesional no se siente capacitada/o para hacerse cargo de esta situación:

- **Orientará a la paciente** hacia otra/o profesional o hacia un dispositivo asistencial adecuado donde se sepa fehacientemente que va ser atendida.
- **Se preverá al menos otra cita** para asegurarse de que la derivación ha fun-

² Esta afirmación es un tema de debate permanente que plantea problemas éticos entre la obligación de denunciar establecida por la legalidad vigente y el código deontológico que prioriza el secreto y la confidencialidad. Muchos profesionales de la salud expertos en violencia priorizan la segunda opción.

cionado y seguir evaluando con la paciente la situación.

ATENCIÓN

El hecho de que la paciente haya mostrado su confianza verbalizando su situación de maltrato es importante y requiere que no se realice la derivación sin más.

■ Si la mujer no se identifica como víctima de la violencia de su pareja

- Si responde que no ha sufrido violencia pero se muestra evasiva o se niega a dar más detalles sobre la naturaleza de sus problemas y se sospecha sobre la existencia de una situación de violencia aunque la paciente la niegue, se deberá transmitir el mensaje de que se puede ayudar a las mujeres víctimas de violencia doméstica.
- Muchas mujeres, a pesar de los esfuerzos realizados por la/el profesional o de la insistencia de sus preguntas, no se atreverán a reconocer su situación por vergüenza o por miedo; o puede que no sean conscientes de lo que les está sucediendo o incluso considerarlo normal en las relaciones de pareja. En todo caso ellas deben comprender que la/el profesional está disponible para hablar de su problema con ellas y prestarles la ayuda necesaria.

En estos casos es importante que se anime a las víctimas de violencia a acudir a centros o asociaciones de atención a mujeres donde pueda encontrar actividades que aumenten su capacidad de autonomía y puedan llegar a entender lo que les está pasando.

5.1.4. *Evaluar*

La violencia contra la mujer es un proceso que puede ser muy extenso en el tiempo y sólo una

historia clínica exhaustiva y bien documentada podrá servir de apoyo a la mujer si decide abandonar la situación de maltrato e iniciar el proceso judicial correspondiente. Por ello, para evaluar la situación de la mujer se procederá a la indagación de los siguientes aspectos:

- a. Exámenes clínicos: Se realizará una anamnesis y exploración detallada, así como los exámenes complementarios necesarios detectando los síntomas y signos de enfermedad física y sufrimiento mental ya descritos.
- b. Historia de violencia de la paciente:
 - **Antigüedad de la violencia**, separaciones pasadas, acciones ya emprendidas o en curso;
 - **Buscar una historia pasada de violencia** personal (infancia, relación pasada) o familiar.

ATENCIÓN

Las mujeres que han interiorizado los valores tradicionales de subordinación hacia el hombre son más vulnerables a la cronicidad una vez que empieza la violencia, ya que tienen menor capacidad para responder de forma efectiva.

- c. Las formas en que se concreta la violencia contra la mujer: contemplar que la violencia se infringe de múltiples maneras, por lo que se deberán indagar aquellas situaciones en que se ejerzan la violencia verbal, social, sexual, emocional, económica, ambiental y física. Incidir sobre ello dará cuenta de lo que está sucediendo, a la vez que puede ayudar a la paciente a reflexionar sobre su situación. (Anexo 2).
- d. Valorar el grado de aislamiento o de autonomía de la mujer: Conocer los apoyos y recursos con los que cuenta ayudará a calibrar las posibilidades de actuación y de cambio.
 - **Actitud de su pareja**: Indagar sobre si

le controla su asistencia a los servicios sanitarios y si le permite acudir sola a la consulta.

- **Apoyos familiares y sociales:** Indagar sobre si sus familiares están al tanto de su situación de maltrato, o bien si puede contar con ellas/ellos. Averiguar si cuenta con alguien en quien confiar.
- **Recursos económicos:** Disponibilidad e independencia económica
- **Ayuda profesional recibida:** Comprobar si se han establecido contactos con los recursos comunitarios disponibles (trabajo social, otra/o profesional sanitario, asociación, asesoría jurídica, policía).

e. Evaluación del riesgo y seguridad de la mujer y de sus hijas e hijos:

En **CADA CONSULTA** se debe evaluar el riesgo que corre la paciente y sus hijas e hijos, ya que ésto le permitirá tomar conciencia del peligro que reviste la situación y facilita la organización del

seguimiento y la puesta en marcha de los dispositivos de ayuda a la mujer.

En relación con la mujer, habrá que valorar su **seguridad inmediata**, si existe **riesgo de suicidio o de asesinato**. Respecto a las hijas e hijos, habrá que valorar el nivel de riesgo tanto porque sean víctimas directas de maltrato como su madre, como porque puedan resultar dañadas/os durante la agresión a la mujer. El anexo 3 contiene preguntas tipo que facilitan al profesional indagar sobre aquellos aspectos o áreas que han de explorarse.

ATENCIÓN

- **Muchas mujeres minimizan el peligro al que están enfrentadas porque la violencia es común en su vida cotidiana.**
- **A menudo, cuando abandonan su domicilio, son asesinadas**

SEÑALES DE ALERTA: La presencia de por lo menos tres de estos factores indica un alto riesgo de muerte:

- La mujer declara temer por su vida;
- Los episodios de violencia contra la mujer se producen también fuera de su domicilio;
- El marido también se muestra violento con sus hijos e hijas;
- También se muestra violento con otras personas;
- También ha ejercido actos de violencia durante el embarazo;
- Ha sometido a la mujer a actos de violencia sexual;
- Amenaza con matarla y/o matar a los niños y/o suicidarse. Aumenta el riesgo de homicidio-suicidio.
- La frecuencia y la gravedad de los episodios de violencia se intensifican con el correr del tiempo;
- El responsable de los malos tratos abusa de drogas, especialmente de sustancias que agudizan la violencia y la agresividad (cocaína, anfetaminas, crack);
- Ella tiene planeado abandonarle o divorciarse en un futuro cercano;
- El autor de los actos violentos sabe que la mujer ha recurrido a una ayuda exterior para poner fin a la violencia;
- Dice que no puede vivir sin ella, le sigue y le acosa incluso después de la separación;
- La mujer ya ha denunciado lesiones graves y/o muy graves;
- El hombre tiene armas en la casa (especialmente armas de fuego) fácilmente accesibles;
- El autor de los malos tratos ha amenazado a las(os) amigas(os) y parientes de la mujer.

ATENCIÓN

- **Si la paciente no se siente en peligro de agresiones graves o de muerte, pero en cambio, la/el profesional estima lo contrario debe hablar francamente con ella.**
- **Si está en una situación de alto riesgo y planea abandonar a su marido el profesional debe elaborar con ella un plan de seguridad.**

5.1.5 *Cómo establecer un plan de seguridad*

Una vez detectada la situación de violencia es

preciso establecer un plan de seguridad en función de la situación de la mujer, de sus prioridades y de sus propias decisiones. Se pueden producir dos situaciones:

La paciente desea abandonar a su compañero e instalarse temporalmente en un lugar seguro: Puede trasladarse a casa de algún familiar o de una amiga/o. Si desea trasladarse a un centro de emergencia, actuar tal como se explica en el capítulo 8.

Si la paciente desea volver a su casa habrá que prever nuevos episodios de violencia: numerosas mujeres eligen volver a sus casas porque consideran que es la situación más segura dada la naturaleza de las amenazas.

En el caso de que la mujer decida volver a su domicilio, la/el profesional deberá examinar junto con la paciente las estrategias que haya adoptado para protegerse en otras ocasiones y valorar si éstas mantienen su eficacia:

- Evaluar si la presencia en el domicilio de un amigo/a de una/un pariente pudiese disuadir al compañero de realizar actos violentos.
- Definir con ella los posibles recursos existentes en caso de emergencia.
- ¿Tiene intención de llamar a la policía? Si no puede utilizar el teléfono, ¿es posible prevenir de alguna forma a algún vecino?
- ¿Es previsible una escalada de la violencia? ¿Puede tomar precauciones? ¿Puede escaparse cuando perciba que la violencia es inminente?
- Si el compañero tiene armas en casa, ¿puede la mujer hacerlas desaparecer o hacer desaparecer las municiones?.
- Animarle a hablar de la situación a sus amigas/os o parientes para que se sienta menos sola.
- Proponerle esconder en lugar de fácil acceso, o en casa de familiares y/o amigos, los documentos y efectos personales que necesitará en caso de que tenga que abandonar el domicilio de forma precipitada:
 - Partida de nacimiento
 - Documentos personales o de sus hijos (tarjeta de seguridad social, carné de identidad, pasaporte, permiso de residencia, permiso de conducir).
 - Documentos importantes (libro de familia, papeles del coche, recibos de alquiler, papeles de la hipoteca, seguros, diplomas escolares).
 - Sentencia de divorcio u otros documentos legales.
 - Medicamentos y recetas médicas.
 - Números de teléfono o direcciones útiles de familiares, amigos /as u organismos.
 - Ropa y efectos personales para ella y para los niños.
 - Doble del juego de llaves de la casa.
 - Talonario de cheques, tarjeta de crédito, dinero en metálico.

5.2. ACTUACIÓN Y SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE UNA MUJER VÍCTIMA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

Una vez que la/el profesional de salud sabe que su paciente es víctima de malos tratos debe centrar su actuación en la evaluación de su estado de salud, la evaluación de la seguridad de la víctima y la de sus hijas e hijos, la organización del seguimiento y la derivación hacia los recursos específicos y adecuados de atención a la mujer víctima de la violencia (Flitcraft et al, 1992).

La violencia de pareja es un problema complejo y difícil de abordar en el que siempre será necesario un enfoque multidisciplinar que incluya la participación de otras/os profesionales y agentes.

Toda intervención que se realice con una mujer víctima de violencia debe quedar registrada en la historia clínica; cuando así lo requiera la situación, se elaborarán los informes médicos y partes de lesiones correspondientes.

5.2.1. *Cómo se cumplimentan la historia clínica y/o el Informe médico*

La historia clínica y/o el informe médico son documentos que se pueden utilizar en los procesos judiciales que emprenden las víctimas de la violencia cuando deciden denunciar.

En estos documentos debe quedar reflejado de forma exhaustiva el estado que presenta la víctima cuando ésta acude a la consulta, ya sea una consulta a demanda, concertada, o bien de atención urgente.

Documentar la historia de violencia de la víctima exhaustivamente va a permitir "probar" la

existencia de un proceso de maltrato, contribuir a su visibilización, ayudando de esta manera a la erradicación de la violencia y a tomar conciencia de la dimensión real del problema. En el anexo 4 se presenta el modelo de Informe Médico del Consejo Interterritorial contenido en el "Protocolo Sanitario ante los Malos Tratos Domésticos", que puede servir como guía que unifique la actuación ante una mujer víctima de violencia de pareja.

Es muy importante que la atención a una mujer víctima de maltrato contemple y registre los elementos siguientes³:

1. Informar a la mujer de las exploraciones y posibles pruebas que se vayan a realizar, así como la finalidad de las mismas, antes de iniciar cualquier reconocimiento.
2. Realizar un **examen exhaustivo y pormenorizado de todos los aparatos**, explorando todo el cuerpo, buscando síntomas clínicos y antecedentes médicos vinculados a la violencia. Los exámenes pélvicos, rectales, bucofaringeos y de mamas pueden crear un mayor rechazo por parte de la mujer en caso de que haya violencia sexual, dificultando así una exploración minuciosa. Para ello, antes de proceder al reconocimiento, es conveniente transmitirle seguridad y crear un clima de confianza para evitar un mayor sufrimiento. La exploración se realizará sin prisa, tranquilizando a la mujer y estimulando su colaboración para que pueda expresarse libremente.
3. Reseñar las lesiones actuales y las antiguas, haciendo una descripción detallada de las mismas: naturaleza, número, localización, forma y tamaño. En el anexo 5 se presenta un modelo de ficha obtenida del Protocolo Europeo Daphne que permite ampliar y precisar la recogida exhaustiva de información relativa a las lesiones.

³ Estas recomendaciones están basadas en varios documentos: "Violencia Doméstica" y "Estrategias para el tratamiento y la prevención de los efectos de la violencia doméstica en la salud mental", ambos publicados en castellano por la Federación Internacional de Planificación de la Familia. "Protocolo Europeo del Programa Daphne de prevención de la violencia de pareja contra las mujeres" y los Protocolos Sanitarios del Consejo Interterritorial y de las Áreas Sanitarias 3, 9 y 11 de la Comunidad de Madrid (consultar bibliografía).

4. La utilización de un mapa o esquema corporal para situar las diferentes lesiones contribuye a clarificar su descripción y localización (anexo 4).
5. Cuando haya abuso sexual se deben tomar siempre muestras de la víctima, previa autorización por escrito. Debe reflejarse en el informe/historia el resultado de las pruebas diagnósticas solicitadas y de las extracciones realizadas para confirmar un posible embarazo o para realizar un diagnóstico de ETS/ITS. Un examen "negativo" no implica forzosamente ausencia de violencia sexual.
6. Precisar fecha y hora de los hechos, según indica la mujer. Es frecuente que las agresiones se produzcan durante días próximos entre sí, máxime cuando la mujer está decidida a denunciar.
7. Transcribir **literalmente** el relato que hace la mujer sobre los hechos acaecidos. De este modo es más adecuado registrar "mi marido me ha golpeado con una barra de hierro" que " la paciente refiere haber sido maltratada ". Así mismo, se deben describir el escenario de la agresión y los instrumentos utilizados según el relato de la paciente (incluir el uso de armas y cuáles).
8. Reflejar la opinión propia sobre las explicaciones que la víctima ofrece de la causa de las lesiones.
9. Mencionar explícitamente el estado psicoemocional de la mujer (ansiedad, bloqueo, llanto.), señalando la repercusión psicológica que el acto violento ha tenido.
10. Indicar el pronóstico y el tratamiento a seguir, reflejando si precisa ingreso hospitalario o derivación urgente a otros servicios (por ejemplo salud mental).
11. Iniciar un proceso de derivación a los servicios sociales (consultar el capítulo 8).
12. Indicar la necesidad de efectuar el seguimiento de la mujer en el futuro que contemple un nuevo examen y la evolución de las lesiones físicas y de las consecuencias psicológicas.
13. Precisar la duración de la incapacidad laboral si se han producido lesiones somáticas o alteraciones psicológicas que así lo requieran.

Para acompañar la historia clínica/informe médico se recomienda realizar fotografías de las lesiones (Instituto Humanitario de París, 1999). Como prueba para la instrucción de la causa, éstas son esenciales. Si es posible, antes de ofrecer a la mujer atención médica, realizar las fotografías del siguiente modo:

Como prueba para la instrucción de la causa, éstas son esenciales. Si es posible, antes de ofrecer a la mujer atención médica, realizar las fotografías del siguiente modo:

- Sacar fotografías en color, preferentemente máquinas instantáneas (tipo *Polaroid*) y adjuntarlas inmediatamente a la historia clínica
- Sacar fotografías desde diferentes ángulos, vista de conjunto del cuerpo y fotos detalladas por partes
- Incluir en la fotografía un objeto a título comparativo para determinar el tamaño de las lesiones.
- Incluir la cara de la víctima en una de las fotografías.
- Tomar al menos dos fotografías de las zonas más traumatizadas, incluyendo lo más rápidamente posible en el reverso de las fotografías la fecha, el nombre de la paciente, la ubicación de las lesiones, el nombre del fotógrafo y del testigo cuando haya.
- Cerciorarse de colocar las fotografías en un lugar seguro, al que sólo accedan las personas autorizadas.
- Pedir a la paciente que firme una autorización para tomar las fotografías. Se puede encontrar un modelo de autorización en el Anexo 6.

5.3. EL SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA MUJER VÍCTIMA DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

Una vez evaluada la violencia sufrida por la mujer y realizado el diagnóstico, se debe abordar su atención de forma integral, incluyendo el abordaje psiquiátrico ambulatorio, si procede, y la coordinación con los recursos comunitarios de apoyo, siempre y cuando no exista un peligro inminente para la seguridad de la mujer. Para ello, evaluar en cada consulta el Plan de Seguridad. (Flitcraft et al, 1992; Goldman et al 1995)

El seguimiento de la mujer víctima de la violencia debe garantizarse, en primer lugar, **para evaluar de manera constante su seguridad**, además de **valorar los resultados** de las pruebas complementarias, en el caso de que éstas se hayan solicitado, la **evolución del estado de salud** de la mujer, incluidas las lesiones físicas y psíquicas, el **seguimiento del apoyo** social que recibe y, por último, el conocimiento del proceso legal en el caso de que éste se haya iniciado.

Debe ser decidido de forma conjunta con la paciente en función de sus posibilidades, de sus deseos, de su autonomía, de los problemas que ella presente y de su necesidad de apoyo.

Este proceso también debe quedar reflejado en la historia clínica.

ATENCIÓN

Dado que la intervención sanitaria determina el posterior desarrollo del proceso, en el momento que la mujer pida ayuda la respuesta de las y los profesionales no debe nunca demorarse. Se debe prever un tiempo suficiente para atender a la mujer víctima de la violencia de pareja por lo que será preciso establecer las consultas de forma programada.

Tratar en solitario la situación de las pacientes no es ni posible ni suficiente, **es preciso establecer la coordinación del seguimiento entre las y los profesionales del equipo** (matrona, médico de familia, pediatra, trabajador social, etc.).

Además de la competencia profesional que aporta cada uno/a de las y los profesionales implicados en el proceso, el abordaje del problema por un equipo multidisciplinar es beneficioso para cada uno en el ámbito individual, ya que se comparten los sentimientos y emociones ambivalentes que, habitualmente, generan este tipo de pacientes y que pueden originar situaciones nada deseables como la identificación con la víctima o la revictimización de ésta. (Flitcraft et al, 1992)

Según la situación de la paciente y de sus necesidades, se derivará a otros profesionales que puedan ayudar a la mujer. No es suficiente indicar a la paciente que tiene que contactar con estos profesionales, es necesario recomendarle el nombre de una persona con experiencia, o un servicio específico con la dirección precisa. La/el profesional de salud debe realizar previamente el contacto con los servicios a los que se realiza la derivación.

Para los miembros del Equipo de Atención Primaria es conveniente establecer una red de apoyo con otras/os profesionales del ámbito comunitario con quienes abordar esta problemática de forma conjunta.

En la medida de lo posible, la/el profesional de la salud coordinará todas aquellas intervenciones que se realizan entre los distintos profesionales. Si no es así, es deseable poner en contacto a la paciente con otra/otro profesional que se haga cargo.

5.3.1. Aspectos que deben incluirse en el seguimiento

Con frecuencia, las pacientes víctimas de la violencia de pareja pueden precisar, además del seguimiento que se ofrece desde la atención primaria, una atención especializada. En los casos

en los que se requiera derivación a otros servicio, el Equipo de Atención Primaria organizará la atención a la paciente para asegurar el seguimiento durante el proceso de recuperación.

La mujer debe ser informada sobre ello y comprender que el motivo de su derivación no significa en modo alguno que la/el profesional de atención primaria abandona el caso. Si la confianza de la mujer se ve defraudada es posible que ella se repliegue y se inhiba en su proceso de recuperación. Es preciso que de forma continuada en el tiempo se ofrezcan a la mujer las alternativas necesarias para su fortalecimiento

progresivo. Por éste motivo, las y los profesionales socio-sanitarios del Equipo de Atención Primaria organizarán el seguimiento de la mujer, designando un miembro que sirva de referente y al que pueda acudir en caso necesario.

Además del apoyo expresado, con frecuencia habrá que facilitar a la mujer **estrategias que le ayuden a manejar la ansiedad que padece como respuesta a una situación permanente de terror y de peligro** (relajación, reeducación respiratoria, técnicas de distracción para superar pensamientos adversos).

Elementos que pueden facilitar el proceso de seguimiento:

- Prever en la consulta un tiempo y un espacio de escucha donde la mujer pueda expresar sus problemas y sus dificultades.
- Apoyar a la mujer en el proceso de análisis de su realidad y en la toma de decisiones.
- Potenciar habilidades personales de la mujer que favorezcan su autonomía, independencia y la búsqueda de alternativas.
- Ofrecer a la mujer la oportunidad de manifestar sus sentimientos de sufrimiento, enojo, vergüenza, culpa, lealtad al agresor o de secretos de familia que puedan tener relación con él.
- Potenciar una conducta asertiva, ayudando a la expresión de deseos, opiniones y emociones.

En este espacio creado para el apoyo a la mujer, ésta puede verbalizar, analizar e integrar las vivencias y acontecimientos de manera que poco a poco puede iniciar un proceso de recuperación.

La labor que se realice desde los servicios sanitarios puede ser reforzada por el trabajo que realizan otras instituciones, así como por las tareas que llevan a cabo distintos grupos y organizaciones de apoyo a las mujeres víctimas de maltrato. En el capítulo 8 del documento se recogen los recursos de los que dispone la Dirección General de la Mujer para el abordaje específico de las víctimas y los servicios que ofrecen. Así mismo existen asociaciones de ciudadanas que poseen servicios de información apoyo y atención a las mujeres víctimas de violencia.

■ Abordaje familiar

Se valorarán siempre las estrategias pertinentes de abordaje familiar, **asegurando la detección de otras posibles situaciones de maltrato** dentro de la familia.

En el caso de que exista la posibilidad de acceso al agresor desde el Equipo de Atención Primaria se valorará:

- La necesidad de establecer un proceso diagnóstico y si procede terapéutico, sin perjuicio de las posibles actuaciones legales que se hayan producido.
- Asegurar la máxima confidencialidad respecto a la víctima y a la información por ella facilitada. En todo caso, debe ser prioritaria la protección de la seguridad de la persona maltratada.

RECUERDE

- El proceso terapéutico ya se inicia cuando la paciente relata los malos tratos
- La intervención de las y los profesionales sanitarios va a contribuir a **ROMPER EL PROCESO** de violencia en el que está atrapada la mujer
- Un **SEGUIMIENTO PROGRAMADO A CORTO PLAZO VA A IMPEDIR EL AGRAVAMIENTO DE LA VIOLENCIA**. La mujer se debe encontrar segura y bien tratada.
- El seguimiento se organizará con la paciente en función de sus deseos, de sus posibilidades, de su autonomía, de los problemas que ella presente y de su necesidad de apoyo. **NUNCA DECIDIR POR ELLA.**
- Se realizará de forma coordinada entre los profesionales sociosanitarios del EAP, organizando un plan terapéutico específico de intervención y apoyo.
- **SIEMPRE** revisar todos los aspectos relacionados con la seguridad de la mujer y de las hijas/os. Reforzar ideas claves, como que la violencia es inadmisibles y que nadie merece sufrirla.
- **EXPLORAR SIEMPRE CINCO ÁREAS: IDEAS DE SUICIDIO, ABUSO SEXUAL, RIESGO DE HOMICIDIO, CONSUMO ABUSIVO DE SUSTANCIAS Y POSIBLE VIOLENCIA SOBRE LAS HIJAS E HIJOS.**
- Si la mujer acude a consulta por cualquier otro motivo, sin que éste tenga relación con la violencia, conviene siempre evaluar en que fase del proceso de violencia se encuentra, y proporcionarle información y orientación para conservar y mejorar su salud.
- Conocer si la mujer ha incorporado a su vida las recomendaciones ofrecidas por las y los profesionales sociosanitarios (psicoterapia, participación en grupos de relajación, de ayuda mutua) y si ha resultado útil la derivación a otros servicios de la comunidad..

LAS Y LOS PROFESIONALES JAMÁS COMENTARÁN CON EL AGRESOR SU CONOCIMIENTO ACERCA DE LA EXISTENCIA DE MALTRATO EN LA PAREJA

LA REGULACIÓN LEGAL DE LOS MALOS TRATOS A MUJERES

Este documento se elaboró con anterioridad a la promulgación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género (BOE nº 313 de miércoles 29 de diciembre de 2004) y de la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid (BOCM nº 310, de jueves 29 de diciembre de 2005), por lo que, para consultar la regulación legal de la violencia de género, remitimos a la normativa vigente.

Por tanto, el contenido original de este capítulo ha sido eliminado.

ACTUACIONES DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA Y PROMOCIÓN DE RELACIONES SALUDABLES

Como se ha explicitado a lo largo de este informe, la prevención de la violencia contra la mujer, debe ser una meta a conseguir por parte de todos y cada uno de los sectores sociales que trabajan en la comunidad. Esta meta sólo se alcanzará con el firme propósito y la voluntad política necesaria que impulsen, entre otros, los siguientes objetivos preventivos:

- **Concienciar a la comunidad** acerca de la violencia de género en el ámbito familiar entendida como un problema social que hay que condenar en todas sus formas.
- **Desvelar y cuestionar los mitos y estereotipos** culturales de la sociedad patriarcal masculina que sustentan la violencia contra las mujeres.
- Crear **programas educativos** que cuestionen los estereotipos culturales relativos al género; que incorporen valores y conocimientos que promuevan la convivencia en términos de igualdad, respeto y con modos pacíficos de resolución de conflictos; que no acepten como únicas y verdaderas las dicotomías ser superior-ser inferior, amigos-enemigos; que enseñen a aceptar las diferencias y respetarlas, incluso aquellos puntos de vista más distantes; que descarten el odio al otro; que incidan en la impor-

tancia de vivir en un entorno de paz (OMS, 1998; Pérez, 2000).

- Incrementar los **recursos y habilidades personales** de las mujeres más vulnerables.
- Proporcionar **modelos alternativos de funcionamiento familiar**, más democráticos y menos autoritarios que incluyan la paternidad participativa y el compromiso con lo doméstico.
- Promover la **creación de una red de recursos** para ofrecer apoyo y contención a las víctimas.
- Crear **programas de tratamiento y recuperación para víctimas** bajo la premisa de la recuperación integral que evite las recidivas.

Así mismo, la prevención de la violencia requiere una **implicación personal y profesional**. Exige desarrollar capacidades de identificación de mitos y estereotipos de nuestra cultura que por inercia se mantienen y que sustentan *creencias sociales favorecedoras de la violencia*; el cuestionamiento de las propias actitudes y prejuicios ante el problema e, incluso, reconocer la violencia que subyace en nosotros mismos y en nuestras relaciones (incluidas las laborales). Tal implicación personal

y profesional aumentará la capacidad para abordar este complejo problema social facilitando actuaciones más pertinentes.

En general, para poder abordar la violencia doméstica -no sólo la más evidente, si no también sus formas cotidianas y encubiertas- es importante que las y los profesionales sanitarios:

- Aprendan a escuchar de forma activa
- Den visibilidad al problema, evitando el silencio, pues el silencio no evita la violencia. Sólo la sensibilización social frente a la violencia provocará una mayor divulgación, la toma de conciencia y una actitud de rechazo y sanción social ante la situación.
- Conozcan las estrategias de abordaje para modificar aquellas normas atávicas que perpetúan la violencia.
- Vigilen las propias conductas para que las que se utilicen transmitan respeto e igualdad.
- Cuiden el lenguaje sexista.
- Den importancia a las agresiones verbales solapadas y, sobre todo a nuestro pensamiento cuando nos sentimos superiores o inferiores.
- Incorporen actividades dirigidas a la prevención de la violencia y la promoción de la convivencia saludable en los distintos contextos y programas de trabajo.

En la **CONSULTA** se pueden desarrollar diversas actividades:

- Conocer los recursos de la zona que sirvan de apoyo y fomenten la autonomía de las mujeres: grupos de autoayuda, asociaciones y grupos de mujeres, grupos comunitarios que incorporen en sus actividades el fortalecimiento de la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales (OMS, 1998)
- Estar atentas y atentos a la detección precoz de cualquier forma de violencia cotidiana que suponga **situaciones de riesgo**. La detección será más sencilla si se desarrollan capacidades de identificación y reconocimiento de estas situaciones y si se incluyen preguntas directas o indirectas en los protocolos de Atención a la Mujer (se-

guimiento del embarazo, salud sexual y reproductiva, climaterio, mujeres mayores, etc).

- Siempre que sea posible, sin esperar a que el maltrato llegue a tener consecuencias físicas graves, se ofrecerá atención y seguimiento a aquellas mujeres que se encuentren en situación de riesgo.
- Remitir a las mujeres en situación de riesgo a los grupos que se organicen en el centro de salud y a los múltiples recursos que los municipios ofrecen con el objeto de fomentar su autonomía, su autoestima y su desarrollo personal y relacional.
- Procurar que la actitud de la o del profesional, no enjuicie, dañe o culpabilice a las mujeres en los diferentes momentos del proceso. Sólo así se conseguirá que se sientan confiadas, que disminuya su aislamiento y su sentimiento de culpa y que aumenten las probabilidades de que se decidan a buscar ayuda.
- Cuidar los valores que se transmiten con nuestros sistemas de trabajo, evitando aquellos modelos jerárquicos y de desigualdad entre los géneros. Por ejemplo: cuestionamiento de las bajas por enfermedad en embarazadas; pautas y recomendaciones de cuidados dados a las mujeres responsabilizándolas de los cuidados del resto de la familia e incluso culpabilizándolas si no lo hacen.
- Poner a disposición de las y los pacientes carteles y folletos que contribuyan a aumentar la sensibilización sobre la violencia contra las mujeres alentándolas a no soportar o ver normales los golpes, ni las vejaciones en ninguna circunstancia (OMS, 1998).

En las intervenciones con **GRUPOS** de Educación para la Salud organizados en nuestro centro o fuera de él:

- La violencia está presente, entre otras, en las relaciones sexuales, en las relaciones laborales o en el reparto de tareas en el hogar. Por ello, en las actividades grupales que se realizan en el marco del sistema sanitario (de cuidadores principales, de sexo seguro o de prevención de VIH, de prepa-

ración al parto, de alimentación saludable...) pueden incluirse contenidos para abordar la reflexión sobre temas relacionados con la violencia. Entre ellos y, a modo de ejemplo, se destacan el mandato/responsabilidad de género, el significado del amor, cómo aprender a decir no; incluso en algunas ocasiones, dependiendo del tema que se aborde, se pueden incluir contenidos más directos como abuso y coerción en las relaciones de pareja.

- Fomentar los grupos de mujeres y potenciar aquellos que ya existen dentro y fuera del centro de salud. Los objetivos de estos grupos irán encaminados a que la mujer desarrolle habilidades de comunicación, escucha, expresión de sentimientos, toma de iniciativas, resolución de conflictos; que la mujer establezca relaciones de amistad y redes de apoyo que faciliten la salida de su aislamiento; que la mujer reflexione sobre los roles masculinos y femeninos; que la mujer se relacione entre iguales y rompa con el modelo de relación desigual de la violencia; en fin, que la mujer identifique la violencia no sólo como un problema personal, sino también como un problema social (Blanco, 2001; INSALUD, 2000).
- Impulsar y promover cursos y escuelas de madres y padres sobre educación no violenta y resolución de conflictos.

Para cambiar pautas de género que impiden el desarrollo de las mujeres en situación de igualdad y promover otras nuevas es prioritario incorporar actividades en programas **COMUNITARIOS**, incluidos aquellos proyectos que se desarrollen en el ámbito educativo.

- Propiciar y participar en redes comunitarias para diseñar y brindar respuestas coordinadas a la violencia y propuestas que promuevan la convivencia saludable. Estas redes pueden abordar el tema específico de la violencia (las comisiones de atención a los malos tratos); o bien trabajar en un contexto más amplio (las mesas de salud escolar, las coordinadoras de atención a la mujer, los consejos de salud, etc.).
- Promover y participar en foros de reflexión en los que los profesionales y los ciudadanos hablen sobre el problema, sus consecuencias y posibles soluciones.
- Crear espacios en los centros de salud para grupos de apoyo y autoayuda, o colaborar y potenciar aquellos que existen en la comunidad (OMS, 1998).
- Apoyar y participar en iniciativas y programas comunitarios de educación de pares y formación de agentes de salud y todos aquellos que persigan el desarrollo personal de las mujeres, ofrezcan soporte a las víctimas, e información y formación a las mujeres para saber qué hacer en las dinámicas de abuso, en situaciones de violencia doméstica, en caso de violación etc.
- Fomentar campañas y elaboración de documentos que inviten a la reflexión sobre la violencia doméstica y el impacto negativo de la misma. El objetivo es contribuir al reconocimiento de los costes que suponen los comportamientos abusivos y violentos para de este modo motivar el cambio de actitudes. Para conseguirlo debería mostrarse que no ser violento tiene beneficios y no deben reforzar roles negativos basados en abusos.

RED DE RECURSOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE LA MUJER DE LA COMUNIDAD DE MADRID. ATENCIÓN A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE PAREJA Y CIRCUITOS DE ACCESO Y DERIVACIÓN

La situación de la Red de Recursos ha cambiado sustancialmente desde la publicación de este documento, por lo que el contenido original de este capítulo ha sido eliminado.

Para disponer de una información más actualizada, se incluyen las siguientes páginas, procedentes del documento 'Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres' editado por la Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid en el año 2008.

V) Recursos para mujeres víctimas de violencia de género en la Comunidad de Madrid

RED DE PUNTOS MUNICIPALES DEL OBSERVATORIO REGIONAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)

Los **Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género (ORVG)**, organizados en red, bajo la coordinación de la Consejería de Empleo y Mujer, a través de la Dirección General de la Mujer y de su Servicio de Atención Social a la Mujer, tienen como objetivo general, ofrecer servicios básicos desde el ámbito municipal en materia de prevención de la VG y atención a las víctimas y como objetivo específico, entre otros, **ofrecer información, orientación, derivación y acompañamiento, en su caso, a las víctimas de violencia, a los distintos servicios especializados.**

Con el objetivo de mantener la vigencia de esta guía no se ha incluido la relación de los **Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género (ORVG)**. Para obtener la información actualizada de los mismos acceder a la web de la Dirección General de la Mujer: www.recursosmujeres.org

RED DE CENTROS RESIDENCIALES PARA MUJERES

La Red de Centros para Mujeres de la CM tiene por objeto prestar a las víctimas de VG una asistencia multidisciplinar y de carácter integral.

La protección de las mujeres víctimas y de sus hijos e hijas, constituye una acción prioritaria y urgente cuando se produce violencia, facilitándoles alojamiento seguro, así como otro tipo de recursos.

Proporcionan alojamiento temporal y manutención tanto a las mujeres como a sus hijos/as, a la vez que desarrollan programas de apoyo, asesoramiento especializado y ayuda en la búsqueda de alternativas estables.

CENTROS DE EMERGENCIA

En una primera instancia, los centros de emergencia dan, a las mujeres y a sus hijas/os, acogida con **carácter de urgencia y por un tiempo limitado.** En coordinación con los

Servicios Sociales de referencia, se valora el tipo de intervención social que se ha de llevar a cabo.

CENTROS DE ACOGIDA

Constituyen un **segundo nivel de intervención**. Los centros de acogida sirven de **alojamiento temporal mientras se lleva a cabo un plan de atención integral dirigido a facilitar la normalización de la vida de las mujeres que sufren violencia**. Estos centros cuentan con equipos multidisciplinares que dan apoyo tanto a las mujeres como a sus hijos/as durante todo el tiempo de estancia. Tienen siempre cubierto el alojamiento, la manutención, la escolaridad y el material escolar.

Se realiza un seguimiento continuo del proceso de recuperación de cada una de las unidades familiares residentes en el centro. En ellas se evalúan los resultados, se fijan nuevos objetivos y se plantean estrategias de intervención.

PISOS TUTELADOS

Los Pisos Tutelados se utilizan como **salida de los centros de acogida**, en aquellos casos en los que, de acuerdo con la situación de las mujeres, se considera necesario apoyarlas como continuación del proceso ya iniciado. Su **objetivo es conseguir la autonomía personal y familiar**, sin que exista la necesidad de una protección tan amplia como la prestada en los centros de acogida.

OTROS SERVICIOS

SERVICIO DE ORIENTACIÓN JURÍDICA

Ofrece atención jurídica individualizada a las mujeres como una forma efectiva de conseguir la igualdad en el ejercicio de los derechos ciudadanos, eliminando las barreras que impiden la realización personal y profesional de aquéllas.

PROGRAMA DE ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A MUJERES VÍCTIMAS DE VG

Presta información, atención y acompañamiento técnico y especializado a las mujeres que sufren cualquier tipo de VG en la CM. Se dirige fundamentalmente a todas aquellas mujeres que todavía no han presentado denuncia.

Proporciona información y, en su caso, realiza la derivación a los recursos y servicios ya existentes y prestados por parte de la Consejería de Empleo y Mujer (Dirección General de la

Mujer), por un equipo de profesionales (información presencial) formado y experto en materia de VG, en un horario amplio de mañana y tarde que permita dar cobertura a todas las mujeres que lo demanden, y se presta en la sede del Consejo de la Mujer (C/ Reina Mercedes, nº 1 y 3. 28020 Madrid).

Acompañamiento a las mujeres que sufren cualquier tipo de VG, que quieran presentar una denuncia y soliciten el Turno de Oficio de VG.

ASISTENCIA JURÍDICA EN LA DENUNCIA

Servicio de asistencia jurídica en el momento de la denuncia a aquellas mujeres que hayan sido víctimas de VG en el ámbito doméstico o afectivo. Se puede solicitar en las dependencias donde se vaya a realizar la denuncia y con carácter previo a la misma, totalmente gratuito y prestado por Letrados/as del Turno de Oficio con especialización en esta materia.

GUÍA DE RECURSOS PARA MUJERES DE LA CM

Ofrece una herramienta de apoyo al trabajo en el ámbito social, así como un acceso para el público en general a la información sobre recursos disponibles para mujeres en la CM, ofertados por la propia Comunidad, por los ayuntamientos y por asociaciones o fundaciones. Su acceso, a través de la página web *www.recursosmujeres.org*

El carácter on line de esta guía, permite una fácil y ágil búsqueda de recursos adaptada a las necesidades de la mujer demandante de servicios y/o ayudas y se caracteriza por no constituir un mero directorio, sino que describe también las características básicas de los recursos, en relación con los servicios ofertados y los principales colectivos de mujeres destinatarias. Además ofrece herramientas para la intervención de las/os profesionales desde una óptica de género.

CENTRO DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES (CAVAS):

Proporciona orientación apoyo asistencia jurídica a mujeres víctimas de agresiones sexuales y a los miembros de su entorno familiar además de la asistencia directa se realizan actividades de prevención, divulgación, sensibilización y formación. Tel. 91 574 01 10. c/ O'Donnell 42. Madrid 28009

GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. **Ablación de clitoris o clitoridectomía:** consiste en la extirpación cruenta del clitoris. Con frecuencia es llevada a cabo con ayuda de instrumentos rudimentarios o por arrancamiento mediante un imperdible. Es práctica común en las mujeres que profesan ciertas religiones.
2. **Acción positiva:** es una medida correctora o compensatoria de situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres para prevenir futuras desigualdades. Supone vencer obstáculos ideológicos y estructuras. Estas medidas tienen un carácter temporal hasta corregir la situación de desigualdad.
3. **Autoestima:** El concepto del Yo y de la autoestima se desarrollan gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad. El resultado es una autopercepción de la valoración personal, ya sea en sentido positivo o negativo.
4. **Deconstrucción:** Desarrollo de una visión crítica para “desaprender” la propia cultura, la propia subjetividad y para organizar una nueva visión que permita transformar la realidad.
5. **Discriminación positiva:** Acto por el que se corrigen los efectos negativos que distintas formas históricas de trato diferencial han tenido sobre otros grupos sociales.
6. **Discriminación:** Trato desfavorable de un grupo sobre otro basado en categorías tales como la etnia, la nacionalidad, la religión o el sexo. Este tratamiento injusto y antidemocrático tiene que ver con prejuicios y con relaciones de poder desiguales entre grupos sociales sin considerar las valías y capacidades de los sujetos y grupos.
7. **Equidad:** imparcialidad en el trato a mujeres y a hombres permitiendo la igualdad de oportunidades en función de las necesidades
8. **Empoderamiento:** Es el proceso por el cual las personas adquieren capacidades para afrontar las relaciones de poder y cambiarlas. Cuestiona la ideología patriarcal y persigue transformar las relaciones, las estructuras y las instituciones que las reproducen con el objetivo de alcanzar una sociedad democrática y corresponsable en la que hombres y mujeres disfruten de los mismos derechos y oportunidades.
9. **Estereotipo:** Generalización distorsionada, simplificada e inexacta sobre un grupo, institución o acontecimiento. Es una forma de categorizar o agrupar a la gente y generalizar sus características enfatizando las negativas y dotándolas de una fuerte carga emocional. Son códigos comparti-

dos por un gran número de personas que reflejan creencias populares y prejuicios. Su función es ocultar la realidad y conservar o crear diferencias de un grupo respecto a otro, derivando en prejuicios y en comportamientos discriminatorios.

10. **Estigma:** Desde la perspectiva sociológica condena, etiqueta, censura a una persona o grupo, produciendo desigualdad. Genera dos efectos: devalúa la identidad de la persona y la desacredita.
11. **Feminización de la pobreza:** Aumento del número o de la proporción de mujeres entre la población pobre.
12. **Género:** lo socialmente construido (mujer/hombre) a partir de lo biológicamente determinado. Características, funciones, normas, valores, ideas, actitudes, temores, gustos, expectativas etc., que cada cultura asigna de forma diferenciada a hombres y mujeres.
13. **Igualdad:** Concepto que apuesta por las relaciones de equivalencia entre las personas, para que éstas sean libres de desarrollar sus capacidades y de tomar decisiones sin limitaciones producidas por las relaciones de género. No significa tratar igual a todas las personas sino establecer las pautas necesarias para conseguir una sociedad más justa para todas y todos.
14. **Infibulación** es el cosido y cerramiento casi total de los labios mayores y menores de la vulva con diversos materiales: fibras vegetales, alambre, hilo de pescar.
15. **Perspectiva de género:** Forma de interpretar la realidad con el objetivo de intervenir sobre ella para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres. Aplicar esta perspectiva implica realizar un análisis que trascienda la biología como único determinante de las desigualdades entre los sexos y considere los determinantes sociales y culturales como generadores de las desigualdades.
16. **Prejuicio:** Juicio previo o decisión prematura desfavorable acerca de algo que se conoce mal.
17. **Sexo:** lo biológicamente determinado (macho/hembra). Características que distinguen a la hembra del macho y viceversa.
18. **Socialización:** proceso por el que las personas desde la infancia van adquiriendo conocimientos e interiorizando actitudes. Hombres y mujeres integran a lo largo de sus vidas sistemas de valores, comportamientos, reacciones y actitudes socialmente impuestas dependiendo del sexo..
19. **Violencia contra la mujer:** "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada" (definición contenida en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de Naciones Unidas de 1993). Lo que diferencia a este tipo de violencia de otras formas de agresión, es que el principal factor de riesgo es el hecho de ser mujer.
20. **Violencia de género:** violencia ejercida por hombres hacia las mujeres y viceversa. Este término se equipara a violencia contra las mujeres por la elevada frecuencia con que la ejercen los hombres y la padecen las mujeres en base a la subordinación de las mujeres en la sociedad patriarcal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alberdi I, Matas N. La Violencia Doméstica. Informe Sobre Los Malos Tratos A Mujeres En España. Colección Estudios Sociales nº 10. Barcelona: Fundación "la Caixa" 2002.

Astin MC, Ogland-Hand, S M., Foy, DW , Coleman E.M. Post-Traumatic Stress Disorder And Child Abuse In Battered Women. J Consult Clin Psychol 1995. 63(2):308-312.

Bailey JE, Kellerman AL, Somes GW, Banton JG, Rivara FP, Rushforth NP. Risk Factors For Violent Death Of Women In The Home. Arch Intern Med 1997;157:777-782.

Beck LF, Morrow B, Lipscomb LE, Johnson CH, Gaffield ME, Royers M et al. Prevalence Of Selected Maternal Behaviors And Experiences, Pregnancy Risk Assesment Monitoring System (PRAMS), 1999. MMWR 2002;51:1-26.

Bensley L, Macdonald, Van Eenwyk J. Prevalence Of Intimate Partner Violence And Injuries. MMWR 2000;49:589-592

Bergman B, Brismar B. Suicide Attempts by Battered Wives. Acta Psychiatr Scand 1991;83:380-384.

Blanco Prieto, P. Consecuencias De La Violencia Sobre La Salud De Las Mujeres. III Jornadas Sobre La Violencia Contra Las Mujeres. Madrid, Marzo 2000.

Blanco Prieto, P. Abordaje De La Violencia Contra Las Mujeres Desde Los Servicios Sanitarios De Atención Primaria De Salud. En:Consejo De Salud De La Comunidad De Madrid. "Propuestas De Las Asociaciones De Mujeres Para Un Plan Integral Contra La Violencia De Las Mujeres.

Bleichmar E. *La Depresión En La Mujer*. Ed Temas de Hoy.. Madrid, 1999.

Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported Frecuency Of Domestic Violence: Cross Sectional Survey Of Women Attending General Practice. BMJ 2002;324:271

Campbell J. Health Consequences Of Intimate Partner Violence. Lancet 2002;359:1331-1336.

Campbell JC, Kub J, Belknap RA, Templin TN. Predictors Of Depression In Battered Women. Violence Against Women 1997;3:271-293

- Campbell JC, Soeken KL. Women's Responses To Battering Over Time. An Analysis Of Change. *Journal of Interpersonal Violence* 1999;14:21-40.
- Cascardi M, O'Leary KD, Schlee KA. Co-Occurrence And Correlates Of Posttraumatic Stress Disorder And Major Depression In Physically Abused Women. *J Fam Viol* 1999;14:227-249.
- CDC. Lifetime And Annual Incidence Of Intimate Partner Violence And Resulting Injuries. Georgia, 1995. *MMWR* 1998 47(40):849-853.
- Claramunt MC. Mujeres Maltratadas: Guía De Trabajo Para La Intervención En Crisis. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. PAHO/WHO 1999. <http://www.paho.org>
- Cohen S, Tyrrell D, Smith A. Psychological Stress And Susceptibility To The Common Cold. *N Engl J Med* 1991;325:606-612
- Cohen M, Deamant C, Barkan S, Richardson J, Young M, Holman S et al. Domestic Violence And Childhood Sexual Abuse In HIV-Infected Women At Risk For HIV. *Am J Public Health* 2000;90:560-565.
- Coker AL, Smith PH, Mckeown RE., King ,MJ. Frequency And Correlates Of Intimate Partner Violence By Type: Physical, Sexual, And Psychological Battering. *Am J Public Health* 2000;90(4):553-559.
- Coker AL, Oldendick R, Derrik C, Lumpkin J. Intimate Partner Violence Among Men And Women. South Carolina, 1998. *MMWR*, 2000;49(30):691-694
- Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical Health Consequences Of Physical And Psychological Intimate Partner Violence. *Arch Fam Med* 2000; 9:451-457.
- Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical Violence During Pregnancy: Maternal Complications And Birth Outcomes. *Obstet Gynecol* 1999;93:661-666.
- Curry MA, Perrin N, Wall E. Effects Of Abuse On Maternal Complication And Birth Weight In Adult And Adolescent Women. *Obstet Gynecol* 1998;92:530-534.
- Davis RE, Harsh K. Confronting Barriers To Universal Screening For Domestic Violence. *J Prof Nurs* 2001;17: 313-320.
- Eidenstat SA, Bancroft L. Domestic Violence. *N Engl J Med* 1999;341:886-892
- Elliot L, Nerney M, Jones T, Friedman P. Barriers To Screening For Domestic Violence. *J Gen Intern Med* 2002;17:112-116.
- Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression As An Antecedent To Heart Disease Among Women And Me NHANES I Study. *National Health And Nutrition Examination Survey. Arch Intern Med* 2000;160 (9):1261-8.
- Ferreira GB. Hombres Violentos Mujeres Maltratadas. Aportes A La Investigación Y Tratamiento De Un Problema Social. 2ª ed. Buenos Aires: Ed Sudamericana 1992.
- Flitcraft A, Hadley S, Hendricks-Matthews M, Mcleer S, Warshaw C. Violencia Doméstica. Federación Internacional De Planificación De La Familia. Región Hemisferio Occidental. México 1992. http://www.ippfwhr.org/publications/download/monographs/gbv_violencia_domestica.pdf.
- García-Moreno C. Violencia Contra La Mujer. Género Y Equidad En Salud. Publicación ocasional nº 6. OPS. Washington 2000. . <http://www.paho.org/spanish/DBI>
- Gazmararian JA, Adams MM, Saltman LE, Jonson CH, Bruce FC, Marks JS et al. The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. The PRAMS Working Group. *Obstet Gynecol* 1995;85:1031-1038.
- Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. Prevalence Of

- Violence Against Pregnant Women. *JAMA* 1996;275:1915-20.
- Gazmararian JA, Petersen R, Spitz AM, Goodwin M, Saltzman LE, Marks JS. Violence And Reproductive Health: Current Knowledge And Future Research Directions. *Matern Child Health J* 2000;4:79-84.
- Golding JM. Intimate Partner Violence As A Risk Factor For Mental Disorders: A Meta-Analysis. *J Fam Viol* 1999;14:99-133.
- Goldman L, Horan D, Warshaw C, Kaplan S, Hendricks-Matthews MB, Richmond VA. Estrategias Para El Tratamiento Y La Prevención De Los Efectos De La Violencia Doméstica Sobre La Salud Mental. Federación Internacional De Planificación De La Familia. Región Hemisferio Occidental. México 1995. http://www.ippfwhr.org/publications/publication_detail_e.asp.
- Hale-Carlson, Hutton B, Fuhrman J, Morse D, McNutt L, Clifford A. Physical Violence And Injuries In Intimate Relationships-New York, Behavioural Risk Factor Surveillance System, 1994. *MMWR* 1996;45:765-767.
- Hall D, Lynch MA. Violence Begins At Home. *BMJ* 1998; 316: 1551-60
- Hathaway J, Silverman J, Aynalem G. Use Of Medical Care, Police Assistance And Restraining Orders By Woman Reporting Intimate Partner Violence. Massachusetts, 1996-1997. *MMWR* 2000;49:485-488
- Hedin LW, Janson PO. Domestic Violence During Pregnancy. The Prevalence Of Physical Injuries, Substance Use, Abortions And Miscarriages. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:625-30
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending Violence Against Women. *Popul Rep L*, N° 11 1999;27: 1-43.
- Hilberman E. Overview: The "Wife-Beater's Wife" Reconsidered. *Am J Psychiatry* 1980;137(11):1337-47.
- Hirigoyen Marie France. El Acoso Moral. El Maltrato Psicológico En La Vida Cotidiana. Ed Piados. Barcelona 1999.
- Informe Del Defensor Del Pueblo. La Violencia Doméstica Contra Las Mujeres. Oficina Del Defensor Del Pueblo. Madrid 1998.
- Informe Emakunde. La Violencia Contra Las Mujeres. Vitoria 2002. http://www.emakunde.es/actualidad/violencia/inform_c.htm#indice.
- INSALUD. Protocolo De Actuación Ante El Maltrato Doméstico. Área 11. Atención Primaria De Madrid. Instituto Madrileño de la Salud, 2000.
- Instituto de la Mujer. La Violencia Contra Las Mujeres. Resultados De La Macroencuesta. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales 2000
- Instituto Humanitario de París. Programa Daphne. Proyecto "Prácticas médicas frente a los malos tratos de pareja. París 1999. <http://www.sivic.org/esp/site-esp/index.html>.
- Jagoe J, Magann EF, Chauhan SP, Morrison JC. The Effects Of Physical Abuse On Pregnancy Outcomes In A Low-Risk Obstetric Population. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1067-9.
- Jewkes R. Intimate Partner Violence: Causes And Prevention. *Lancet* 2002;359:1423-29.
- Jonas B, Mussolino M. Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. *Psychosomatic Medicine* 2000;62:463-471.
- Jouriles EN, McDonald R, Spiller L, Norwood WD, Swank PR. Reducing Conduct Problems Among Children Of Battered Women. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:774-785.
- Kappor Sushma. La Violencia Doméstica Contra Las Mujeres Y Las Niñas. Centro de investigaciones Innocenti. Serie Innocenti Digest, 6. Florencia 2000. UNICEF. <http://www.unicef-icdc.org>.

- Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates And Relative Risk Of Hospital Admisión Among Women In Violent Intimate Partner Relationships. *Am J Public Health* 2000;90(9):1416-1420.
- Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Psychoneuroimmunology And Health Consequences: Data And Shared Mechanisms. *Psychosomatic Medicine* 1995; 57:269-274.
- Kilpatrick DG, Acierno R, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. A 2-Year Longitudinal Analysis Of The Relationships Between Violent Assault And Substance Use In Women. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:834-847.
- Koss MP, Koss PG., Woodruff WJ. Deleterious Effects Of Victimization On Women's Health And Medical Utilization. *Arch Intern Med* 1991; 151:342-347.
- Kyriacou DN, Anglin D, Taliaferro E, Stone S, Tubb T, Linden JA, Muellman R et al. Risk Factors For Injury To Women From Domestic Violence. *N Eng J Med* 1999;341:1892-1898.
- Larrión Zugasti JL, Paúl Ochotorena de J. Mujer, Violencia y Salud. *Med Clin (Barc)*2000;115:620-24.
- Lloyd S, Taluc N. The Effects Od Male Violence On Female Employment Violence Against Women 1999;5:370-392.
- Lorente m&Lorente JA. Agresión A La Mujer: Maltrato, Violación Y Acoso. Ed. Comares. Granada 1999.
- Marshall GD, Agarwal SK, Lloyd CS, Cohen LK, Henninger EM, Morris GJ (1998) Cytokine Dysregulation Associated with Exam Stress in Healthy Medical Students. *Brain, Behavior and Immunity* 12:297-307.
- Martin SL, Moracco KE, Garro J, Tsui AO, Kupper LL, Chase JL, Campbell JC. Domestic Violence Across Generations: Findings From Northen India. *Int J Epidemiol* 2002;31:560-72.
- Mazza D, Dennerstein L. Psychotropic Drug Use By Women: Could Violence Account For The Gender Difference?. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1996;17:229-234.
- McCauley J, Kern D, Kolodner K, Dill L, Schroeder A, DeChant H, et al. The "Battering Syndrome": Prevalence And Clinical Characteristics Of Domestic Violence In Primary Care Internal Medicine Practices. *Ann Intern Med* 1995;123:737-746.
- McCauley J, Yurk RA, Jenckes MW, Ford DE. Inside "Pandora Box". Abused Women's Experiences With Clinicians And Health Services. *J Gen Intern Med* 1998;13:549-555.
- Mullender A. La Violencia Doméstica, Una Nueva Visión De Un Viejo Problema. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona, 2000;pp76-80.
- Naciones Unidas 1993. Viena Declaration; Part II/C. The Equal Status and Human Rights of Women
- Naciones Unidas 1995. IV Conferencia Mundial Sobre La Mujer. A/CONF.177/L. 5/Add. 20. 15 de septiembre de 1995.
- Naciones Unidas. Declaración Sobre La Eliminación De La Violencia Contra La Mujer. Nueva York, 1994. Resolución N°. A/RES 48/104. de 20 de diciembre de 1993.
- OMS. Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25. Prevención De La Violencia Una Prioridad En Salud Pública. Ginebra 1996.
- OMS. Salud Familiar y Reproductiva OPS, División de Salud y Desarrollo. Violencia Contra La Mujer. Un Tema De Salud Prioritario. Washington. OMS/OPS 1998.
- Pérez Carracedo L. Maltrato. Del Miedo A La Denuncia. OeNeGe, octubre 2000
- Petersen R, Gazmararian JA, Spitz AM, Rowley DL, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS. Violence And Adverse Pregnancy Outcomes A Review Of The Literature And

- Directions For Future Research. *Am J Prev Med* 1998;14:365-366
- Plichta S, Falik M. Prevalence Of Violence And Its Implications For Women's Health. *Women's Health Issues* 2001;11:244-258.
- Polo Usaola C. Maltrato A La Mujer En La Relación De Pareja. Factores relacionales implicados. Tesis Doctoral. Alcalá de Henares 2001.
- Reus, VI. Trastornos psiquiátricos. En: Brauland E, Fauci A, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. *Harrison. Principios de medicina interna*. Madrid 2002. McGraw-Hill. pp 2979-92
- Richardson J, Coid J, Petrukevitch A, Wai Shan Chung, Moorey S, Feder G. Identifying Domestic Violence: Cross Sectional Study In Primary Care. *BMJ* 2002;324:274.
- Ridker PM, Hennekes CH, Buring JE, Ritai N. C-Reactive Protein And Others Markers Of Inflammation In The Prediction Of Cardiovascular Disease In Women. *N Eng J Med* 2000; 352:836-843.
- Salber P, Taliaferro L. Reconocimiento Y Prevención De La Violencia Doméstica En El Ámbito Sanitario. Ed. Cedesc. Barcelona 2000. pp50
- Saltzman LE, Fingerhut LA. Building Data Systems For Monitoring And Responding To Violence Against Women. *MMWR* 2000;49(RR11):1-18.
- Savona-Ventura C, Savona-Ventura M, Drensted-Nielsen S, Johansen KS. Domestic Abuse In A Central Mediterranean Pregnant Population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;98:3-8.
- Schafer J, Caetano R, Clark CL. Rates Of Intimate Partner Violence In The United States. *Am J Public Health* 1998; 88:1702-1704.
- Sharps PW, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sachs C, Xu Xiao. Health Care Providers' Missed Opportunities For Preventing Feminide. *Prev Med* 2001;33:373-380.
- Shirinsky IV, Shirinsky VS. Social Stress Disorders And Immunity. *Russian Journal Of Immunology* 2001;6:208-14.
- Silva C, McFarlane J, Soeken K, Parker B, Reel S. Symptoms Of Post-Traumatic Stress Disorder In Abused Women In A Primary Care Setting. *Journa Women's Health* 1997;6:543-552.
- Silverman JG, Raj A, Mucci LA, Hathaway JE. Dating Violence Adolescent Girls And Associated Substance Use, Unhealthy Weight Control, Sexual Risk Behavior, Pregnancy And Suicidality. *JAMA* 2001;286:572-579.
- Smith DJ, Mills T, Taliaferro EH. Violence: Recognition, Management And Prevention. Frequency And Relationship Of Reported Symptomology In Victims Of Intimate Partner Violence: The Effect Of Multiple Strangulation Attacks. *J Emerg Med* 2001;21(3):323-329.
- Smith PH, Moracco KE, Butts JD. Partner Homicide In Context. A Population-Based Perspective. *Homicide Studies* 1998;2:400-421.
- Smith TW, Ruiz JM. Psychosocial Influences On The Development And Course Of Coronary Heart Disease: Current Status And Implications For Research And Practice. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70:548-568
- Solomon GF, Moos RH. The Relationship Of Personality To The Presence Of Rheumatoid Factor In Asymptomatic Relatives Of Patients With Rheumatoid Arthritis. *Psychosomatic Medicine* 1965;XXVII:350-360.
- Sotomayor E. La Violencia Contra Las Mujeres. Estudio Sobre La Situación Y Características De Las Mujeres En Los Centros De Acogida. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer 2000.
- Tjaden P, Thoennes N. Prevalence, Incidence And Consequences Of Violence Against Women: Findings From The National Violence

Against Women Survey. Research In Brief. Washington, D.C.: U.S. Department Of Justice, National Institute Of Justice, 1998.

Varela N. Íbamos A Ser Reinas. Mentiras Y Complicidades Que Sustentan La Violencia Contra Las Mujeres. 2ª ed. Barcelona: Crónica Actual 2002.

Venguer T, Fawcett G, Vernon R, Pick S. "Violencia Doméstica: Un Marco Conceptual Para La Captación Del Personal De Salud". Documento de trabajo nº 24. Serie INOPAL III. México, DF 1998. Population Council. (<http://www.popcouncil.org/pdfs/inopal/docu24.pdf>).

Villavicencio Carrillo P, Sebastián Herranz J. Violencia Doméstica: su impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres. Ed. Instituto de la Mujer. Madrid 2001.

Walker EA, Gelfand A, Katon WJ, Koss MP, Korff MV, Bernstein D, Russo J. Adult Health Status Of Women With Histories Of Childhood Abuse And Neglect. Am J Med 1999; 107:332-339.

Walker EA, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, Von Korff M, Koss MP, Catón W. Costs Of Health Care Use By Women HMO Members With A History Of Childhood Abuse And Neglect. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:609-613.

Walker L. Battered Women. New York: Harper y Row Publishers, 1979.

Watts C, Zimmerman C. Violence Against Women: Global Scope And Magnitude. The Lancet 2002; 359: 1232-37.

Webb E, Shnkleman J, Evans MR, Brooks R. The Health Of Children In Refuges For Women Victims Of Domestic Violence: Cross Sectional Descriptive Survey. BMJ 2001;323:210-213.

Weinbaum Z, Stratton TL, Chavez G, Motylewski-Link C, Barrera N, Courtney JG, et al. Female Victims Of Intimate Partner Physical Domestic Violence (IPP-DV), California 1998. Am J Prev Med 2001;21(4):313-319

Wilbur L, Higley M, Hatfield J, Surprenant Z, Taliaferro E, Smith DK et al. Violence: Recognition, Management And Prevention. Survey Results Of Women Who Have Been Strangled While In An Abusive Relationship. J Emerg Med 2001;21(3):297-302.

WHO. World Report On Violence And Health. World Health Organization. Geneva 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm.

Wyshak G. Violence, Mental Health Substances Abuse- Problems For Women Worldwide. Health Care for Women International 2000;21:631-9.

ANEXOS

ANEXO 1

PREGUNTAS TIPO QUE FACILITAN AL PROFESIONAL INDAGAR SOBRE AQUELLOS ASPECTOS O ÁREAS QUE HAN DE EXPLORARSE PARA LA DETECCIÓN DE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE PAREJA CONTRA LAS MUJERES

Como ejemplo, si la mujer consulta sobre trastornos del sueño o síntomas de tipo depresivo-ansioso se pueden plantear las siguientes preguntas:

Relacionar con el motivo de consulta:

- *¿Por qué cree que duerme usted mal? ¿A qué atribuye ese cansancio?*
- *¿Qué es lo que le hace estar triste?*
- *¿Existe alguien o algo que le impide dormir o que le produce miedo?*
- *¿Tiene usted muchos problemas?*
- *Muchas mujeres tienen trastornos del sueño debido a las difíciles relaciones que mantienen con sus maridos, ¿es éste su caso?.*
- *A veces cuando tenemos dificultades en las relaciones, nos sentimos mal y nuestro cuerpo emite señales...*

Preguntar a las pacientes sobre sus relaciones de pareja:

- *¿Cómo van las cosas en casa?*
- *¿Cómo se entiende usted con su marido?*
- *¿Ha estado en los últimos tiempos sometida a un estrés particular?*
- *¿Quién marca las reglas en casa?. ¿Qué ocurre cuando Vd. no las cumple?*
- *¿Tiene usted problemas con su compañero? ¿cómo se resuelven las diferencias? ¿discuten a menudo?*
- *Cuando discuten ¿qué pasa realmente?*
- *¿Alguna vez han terminado a golpes, empujones o bofetadas?*

Se puede preguntar más directamente a continuación,

- *¿Alguna vez le ha amenazado o insultado?*
- *¿Le tiene miedo?*
- *¿Alguna vez le ha empujado o agarrado?*

ANEXO 2

PREGUNTAS TIPO QUE FACILITAN A LAS Y LOS PROFESIONALES LA VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA QUE SUFREN LAS MUJERES

Violencia verbal:

- ¿Le grita a menudo? ¿Le habla de manera autoritaria?
- ¿La insulta? ¿La amenaza? ¿La chantajea? ¿La ridiculiza? ¿La menosprecia?

Violencia social:

Recordamos que es el maltrato verbal o psicológico en presencia de terceros y el control de las relaciones externas.

- ¿Le dificulta o impide estudiar o trabajar fuera de casa?;
- ¿Es celoso y posesivo?;
- ¿Le acusa de ser infiel sin motivo? ;
- ¿Le desanima a tener relaciones con sus amistades anteriores? ;
- ¿Trata mal a sus familiares o amigas? ;
- ¿Se hace la víctima en público o la ridiculiza? ;
- ¿Le dificulta relacionarse con su familia de origen? ;
- ¿La obliga a vivir en un lugar aislado?.

Violencia sexual:

- ¿Le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
- ¿Le fuerza a llevar a cabo algunas prácticas sexuales que usted no desea?.

La violencia sexual puede involucrar fuerza física o no.

Violencia emocional:

Destinada a despojar de autoestima a la mujer

- ¿Le llama loca, estúpida, puta o inútil?
- ¿La interrumpe el sueño o la comida?
- ¿La elogia y humilla alternativamente?
- ¿La obliga a hacer cosas?
- ¿La trata como a una niña pequeña?
- ¿Ignora su presencia?
- ¿La amenaza con suicidarse él o la induce al suicidio?
- ¿La deja plantada?
- ¿La culpa de todo lo que sucede?
- ¿La desautoriza frente a los hijos e hijas?
- ¿Desconecta el teléfono cuando se va?
- ¿Abre sus cartas o revisa sus cajones o pertenencias?

Violencia económica:

- ¿Le deja dinero a su disposición?
- ¿La obliga a depositar su sueldo en una cuenta a nombre de él?

- ¿La ha obligado a dejar de trabajar o a cambiar de trabajo?
- ¿Controla sus gastos o la obliga a rendir cuentas?

Violencia ambiental:

- ¿Rompe cosas o tira objetos o golpea las puertas?
- ¿Desordena o ensucia a propósito, desparrama la basura?
- ¿Invade la casa con elementos desagradables o que la atemorizan (material pornográfico, armas de fuego?)

Violencia física:

- ¿Su pareja la golpea o le da bofetadas?
- ¿Qué hace cuando se pelean?
- ¿Le ha echado alguna vez de la casa?
- ¿Qué tipo de violencia física ejerce contra usted?

➤ Sobre el entorno sociofamiliar de la víctima.

Actitud de su pareja :

- ¿Le acompaña durante las consultas?
- ¿Insiste en asistir a las consultas?
- ¿Le impide consultar un médico?
- ¿Tiene que ocultarle que consulta a un médico?
- ¿Es muy celoso o posesivo?

Apoyos familiares y sociales:

- ¿Su familia o sus amigas están enteradas de su situación?
- ¿Se lo podría contar?
- ¿Le ayudarían?
- Si están enterados: ¿Qué le dicen con respecto a su situación?
- ¿Hay alguien de confianza en su entorno con quien usted pueda desahogarse o en cuya casa pueda refugiarse, si fuera necesario?

Recursos económicos:

- ¿Dispone de suficiente dinero?
- ¿Quién dispone del dinero de la pareja?
- ¿Quién es dueño de la casa en que viven?
- ¿Tiene usted un sueldo propio y puede disponer de él?

Ayuda profesional recibida:

- ¿Ya se ha puesto en contacto con una trabajadora social, otro/a profesional sanitario, alguna asociación, asesoría jurídica, la policía?
- ¿Alguien le ha aconsejado ponerse en contacto con ellos?

ALGUNOS EJEMPLOS QUE REFIEREN LOS DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

- **Violencia verbal:** Gritos, insultos, amenazas, chantajes, ridiculización,...
- **Violencia social:** maltrato verbal o psicológico en presencia de terceros y el control de las relaciones externas.
- **Violencia sexual.** Ésta puede involucrar fuerza física o no, coacción para mantener relaciones y/o prácticas sexuales forzadas.
- **Violencia emocional:** Destinada a despojar de autoestima a la mujer, socavando la seguridad en sí misma.
- **Violencia económica:** Control económico al que está sometida la mujer.
- **Violencia ambiental:** destruir o romper objetos, crear el desorden o ensuciar a propósito, invadir la casa con elementos que la atemorizan (material pornográfico, armas de fuego).
- **Violencia física:** golpear o abofetear la mujer, echarla de casa,...

ANEXO 3

PREGUNTAS TIPO SOBRE CÓMO EVALUAR EL RIESGO Y SEGURIDAD DE LA MUJER Y SUS HIJAS E HIJOS

EVALUAR LA SEGURIDAD DE LA MUJER

- **Seguridad inmediata:**

- *¿Su compañero se encuentra aquí o vendrá a buscarla?*
- *¿Debe volver a una hora determinada para evitar que le golpeen?*
- *¿Quiere volver con él? ¿Cree que es mejor volver a su casa por el momento?*
- *¿Quiere que llame a la policía? ¿Quiere esconderse e ir a un refugio?*

- **Riesgo de suicidio:**

- *¿Ya ha estado desesperada a punto tal de no querer seguir viviendo?*
- *¿Dispone de medicamentos, armas, un coche?*
- *¿Ya ha intentado suicidarse?*

- **Riesgo de asesinato:**

- *¿Tiene Ud. miedo de que su pareja la pueda matar?*
- *¿Hay armas en casa?*

EVALUAR LA SEGURIDAD DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS

Las hijas e hijos pueden recibir golpes intencionales (como medio de presión o como arma) o lastimarse accidentalmente (con un golpe que no les estaba destinado).

- *¿Los niños están presentes cuando se producen escenas violentas?*
- *¿Ya han resultado heridos?*
- *¿Su marido amenaza con herir, matar o secuestrar a los niños?*
- *¿Qué tiene planeado hacer con los niños si se va de la casa?*
- *¿Tiene algún lugar donde alojarlos mientras espera que la situación se estabilice?*
- *¿Amenaza con vengarse con los niños?. ¿Los golpea?*

ANEXO 4

INFORME MÉDICO POR MALOS TRATOS⁵

⁵ Modelo de Informe Médico obtenido del "Protocolo Sanitario ante los Malos Tratos Domésticos". Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud.

D/D^a

Médico/a colegiado/a en con el n°

con ejercicio profesional en (centro y lugar de trabajo)

.....

PARTICIPA A VI. : que en el día de hoy, a las..... horas,
 he atendido en (Consultorio, Centro de Salud, Hospital, denominación del centro y lugar de trabajo,
 localidad, calle)

.....

a D/D^a..... ; de..... años;

con domicilio en (calle y número)..... ;

Código Postal y Localidad

Provincia..... ;Teléfono..... y

le **REMITE** el informe médico por presuntos malos tratos, que se acompaña.

Fecha y firma:

ILMO/A. SR/A. JUEZ DE

INFORME MÉDICO POR MALOS TRATOS⁶

1. DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA:

Nombre y apellidos

Sexo: Mujer Hombre

Fecha de nacimiento / /

Estado Civil:

Dirección:

.....

Teléfono de contacto:

.....

2. EXPOSICIÓN DE LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA: (Reflejar fecha, hora y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS: (En relación con las lesiones).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

⁶ Corresponde a los Servicios de Salud facilitar impresos de este informe médico a los centros y servicios públicos, y a las Administraciones Sanitarias difundirlos para su utilización en los centros privados. Se recomienda editar estos modelos en hojas autocopiativas por triplicado (ejemplar para el Juzgado para la historia clínica y para la interesada).

4. EXPLORACIÓN FÍSICA: (Descripción de las lesiones, sin olvidar la fecha aproximada)

.....

.....

.....

.....

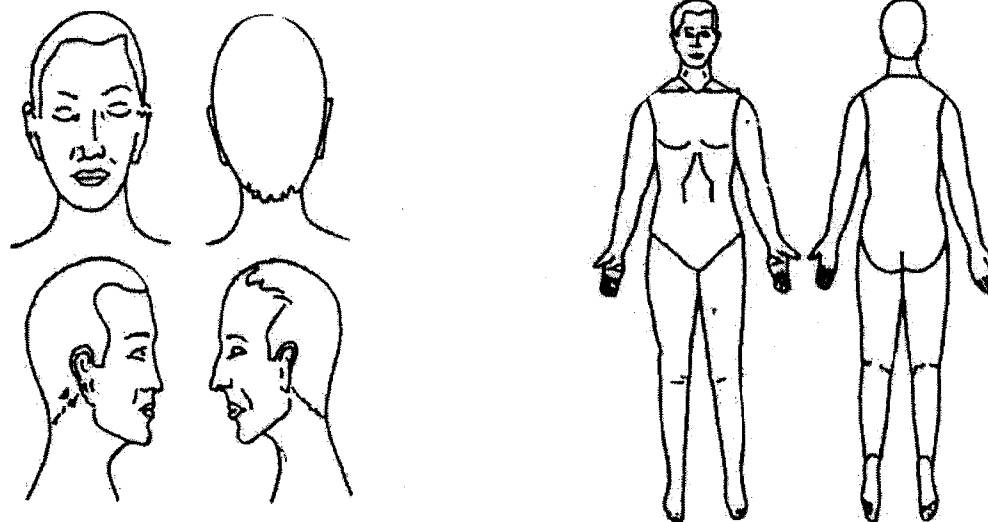
.....

.....

.....

.....

ESQUEMA CORPORAL:



5. ESTADO EMOCIONAL ACTUAL

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (si las hubiera)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. DIAGNÓSTICO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. TRATAMIENTO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. PLAN DE ACTUACIONES Y OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO 5

FICHA DE DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS⁷

⁷ Obtenido del proyecto "Prácticas Médicas frente a los Malos Tratos de Pareja" del programa Daphne. Instituto Humanitario de París.

Lesiones traumáticas: cantidad, tamaño, fase de resolución

	Equimosis	Hematoma	Herida superficial	Herida profunda	Quemadura	Fractura	otras
Cráneo							
Oído							
Nariz							
Mejillas							
Labios							
Cavidad bucal							
Cuello							
Hombros							
Brazos							
Manos							
Tórax							
Abdomen							
Espalda							
Órganos genitales							
Glúteos							
Piernas							
Pies							

Causa de las lesiones:

Explicaciones dadas por la paciente:

Argumentos del médico:

Esquema corporal:	sí	no
Fotografías:	sí	no
Autorización para fotografiar:	sí	no

Síntomas y patologías diagnosticadas, tratamientos iniciados:

Resultados de los exámenes complementarios:

Exploraciones por imágenes:

Extracción de muestras citológicas:

Biología:

Orientación hacia otros profesionales: Nombre y dirección

Policía:

Asociación, refugio:

Asistente social:

Profesional sanitario:

Psicólogo:

Medidas de seguridad adoptadas:

ANEXO 6

MODELO DE AUTORIZACIÓN PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS⁸

⁸ Obtenido del protocolo de actuación sanitaria frente a la violencia de pareja. Proyecto Daphne. Institut de L'Humanitaire. Dirección General de la Mujer.

La que suscribe autoriza a..... a tomarle fotografías en el marco de la atención que él / ella le dispensa, aceptando asimismo que los negativos o las fotos reveladas se archiven cuidadosamente, en sobre separado, para su eventual utilización futura como elementos de prueba.

Las fotografías serán utilizadas únicamente por las autoridades competentes cuando la que suscribe otorgue la autorización correspondiente.

La que suscribe no autoriza utilizar estas fotografías para ningún otro uso.

Fecha:

Firma de la paciente:

Dirección completa de la paciente:

Apellido, nombre, dirección y firma del testigo:

ANEXO 7

RELACIÓN DE TELÉFONOS Y/O DIRECCIONES QUE PUEDEN RESULTAR DE INTERÉS A LAS MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

ORGANISMO/INSTITUCIÓN	TELÉFONO
Servicio de Atención a la Mujer(SAM). Policía Nacional C/ Doctor Federico Rubio y Galí, 5 28039	91 322 35 54/55 91 322 55 56/57/58
Equipo Mujer y Menor (EMUME). Guardia Civil. C/ Escultores, 10. Tres Cantos.	91 807 39 00
Emergencias Generales	112
Policía Nacional	091
Policía Local	092
Servicio de Atención a la Violencia Doméstica (SAVD). AYUNTAMIENTO DE MADRID	91 758 00 92
SITADE (Servicio de Información Telefónica Atención de Emergencia)	900 100 333

DOCUMENTOS DE SALUD PÚBLICA PUBLICADOS

- Nº 1** Guía para el diagnóstico y manejo del Asma.
- Nº 2** Sida y Escuela.
- Nº 3** La salud bucodental en la población infantil en la Comunidad de Madrid.
- Nº 4** El discurso de las personas ex fumadoras en torno al consumo de tabaco.
- Nº 5** Alcohol y Salud.
- Nº 6** Actualizaciones sobre Tabaco y Salud.
- Nº 7** Protocolo de actuación en brotes causados por la ingesta de alimentos.
- Nº 8** Mortalidad por cáncer en la Comunidad de Madrid, 1986-1989. Análisis geográfico.
- Nº 9** La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 10** Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 11** Discurso del personal sanitario de la Comunidad.
- Nº 12** Protocolo de actuación ante una meningitis de cualquier etiología.
- Nº 13** Residuos de plaguicidas organoclorados en alimentos de origen animal consumidos en la Comunidad de Madrid.
- Nº 14** Manual de Inmunizaciones.
- Nº 15** Recomendaciones para el control de emergencias epidemiológicas en centros escolares.
- Nº 16** La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 17** Actitudes ante el Asma. Los asmáticos y profesionales opinan.
- Nº 18** Encuesta de nutrición en la Comunidad de Madrid.
- Nº 19** La cultura del alcohol de los adultos en la Comunidad de Madrid.
- Nº 20** Encuesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid.
- Nº 21** Protocolo de actuación ante la fiebre tifoidea.
- Nº 22** Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario.
- Nº 23** Factores determinantes de los hábitos y preferencias alimenticias en la población adulta de la Comunidad de Madrid.
- Nº 24** Guía para realizar un análisis de riesgos en la industria.
- Nº 25** Guía para la realización de Auditorías medioambientales en las empresas.
- Nº 26** Guía de actuación frente a la zoonosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 27** La influencia de los adultos en los comportamientos de los adolescentes de 14 a 16 años escolarizados en la Comunidad de Madrid.
- Nº 28** Encuesta tuberculina. Comunidad de Madrid. Curso 1993-1994.
- Nº 29** II Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid.
- Nº 30** Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid.
- Nº 31** Manual de buenas prácticas higiénico-sanitarias en comedores colectivos.
- Nº 32** Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid.
- Nº 33** El VIH en las relaciones heterosexuales de alto riesgo.
- Nº 34** La actividad física en la población adulta de Madrid.
- Nº 35** Los accidentes infantiles en la Comunidad de Madrid.
- Nº 36** Factores que determinan el comportamiento alimentario de la población escolar en la Comunidad de Madrid.
- Nº 37** La diabetes del adulto en la Comunidad de Madrid.
- Nº 38** Diagnóstico microbiológico de tuberculosis en laboratorios de primer orden.
- Nº 39** La salud bucodental en la población anciana institucionalizada de la Comunidad de Madrid.
- Nº 40** Fauna tóxica en la Comunidad de Madrid.
- Nº 41** La menopausia en la Comunidad de Madrid. Aspectos sociosanitarios.
- Nº 42** Dietas mágicas.
- Nº 43** Guía de aplicación del sistema A.R.I.C.P.C. en establecimientos de producción y almacenamiento de carnes frescas.
- Nº 44** Guía para la prevención y control de infecciones que causan meningitis.
- Nº 45** Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños.
- Nº 46** Programa regional de prevención y control de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 47** Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid.
- Nº 48** Las representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid.
- Nº 49** Manual de buenas prácticas para el control de vectores y plagas.
- Nº 50** Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños.
- Nº 51** Actitudes y creencias frente al cáncer de mama de las mujeres de 50 a 65 años de la Comunidad de Madrid.

- Nº 52** La infestación por piojos.
- Nº 53** Manual de mantenimiento para abastecimientos de agua de consumo público.
- Nº 54** Ideas actuales sobre el papel del desayuno en la alimentación.
- Nº 55** La Tuberculosis: Un problema de Salud Pública. Material docente de apoyo para profesionales sanitarios.
- Nº 56** Guía de autocontrol en obradores de pastelería.
- Nº 57** La mortalidad de la infancia en Madrid. Cambios demográfico-sanitarios en los siglos XIX y XX.
- Nº 58** Guía para la prevención de la Legionelosis en algunas instalaciones de riesgo.
- Nº 59** Anuario 1.999. Sociedad Madrileña de Microbiología Clínica.
- Nº 60** Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo.
- Nº 61** La enfermedad celíaca.
- Nº 62** Programas de Salud Pública 2.000.
- Nº 63** Memoria 1.999. Programas de Salud Pública.
- Nº 64** Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Período 2.000-2.003
- Nº 65** Memoria 1.996-1.999 del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 66** Aplicación de técnicas de análisis espacial a la mortalidad por cáncer en Madrid.
- Nº 67** Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid.
- Nº 68** Guía de actuación frente a las zoonosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 69** Manual de notificación. Sistema de enfermedades de declaración obligatoria.
- Nº 70** Polen atmosférico en la Comunidad de Madrid.
- Nº 71** El farmacéutico agente de salud.
- Nº 72** Comportamientos sexuales y medidas de prevención entre hombres que tienen relaciones con hombres.
- Nº 73** Plan de eliminación del sarampión en la Comunidad de Madrid.
- Nº 74** Ciudades saludables y sostenibles. Plan de salud municipal.
- Nº 75** Tratamiento de la pediculosis de la cabeza.
- Nº 76** Programas de Salud Pública 2.002.
- Nº 77** Mortalidad en Vallecas.
- Nº 78** Planes y Programas de Salud Pública 2.003
- Nº 79** Guía para el diseño e implantación de un sistema HACCP y sus prerrequisitos en las empresas alimentarias.
- Nº 80** Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria del Área 3.
- Nº 81** Control sanitario del Transporte de Alimentos
- Nº 82** Perfil alimentario de las personas mayores en la Comunidad de Madrid.
- Nº 83** Esporas atmosféricas en la Comunidad de Madrid.
- Nº 84** Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid.
- Nº 85** Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid.