

LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA ANTE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

*la atención sociosanitaria
ante la violencia contra
las mujeres*

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://publicaciones.administracion.es>

[Texto]:

Belén Nogueiras García.
Ángeles Arechederra Ortiz.
Luis Bonino Méndez.

[Coordinación del texto]:

Begoña López-Doriga Alonso.
Programa de Salud y Servicios Sociales.
Subdirección General de Programas.
Instituto de la Mujer.

[Edita]:

Instituto de la Mujer.
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
C/Condesa de Venadito, 34.
28027 Madrid.
www.mtas.es/mujer
e-mail: inmujer@mtas.es

[Diseña]:

PardeDos

[Imprime]:

Grafo, S.A.

[NIPÓ]:

207-07-070-6

[Depósito Legal]:

BI-2.491-06

2.^a edición. 4.^a reimpresión.

[índice]

	<i><u>Pág.</u></i>
PRESENTACIÓN	7
 Primera parte	
CAPÍTULO 1	11
1. La violencia contra las mujeres	13
CAPÍTULO 2	17
2. Factores de vulnerabilidad en la violencia contra las mujeres	19
2.1. Factores socioculturales	19
2.2. La socialización femenina	19
2.3. La socialización masculina	21
2.4. Factores individuales y familiares	24
CAPÍTULO 3	25
3. Los malos tratos en la pareja	27
3.1. Tipos de maltrato	27
3.2. Cómo se produce la violencia en la pareja	28
3.3. Ciclo de la violencia doméstica	30
CAPÍTULO 4	33
4. Factores que favorecen el mantenimiento de los malos tratos	35
4.1. Factores que favorecen el mantenimiento de los malos tratos ..	35
4.2. Factores que dificultan y favorecen el pedir ayuda en los servicios sanitarios por parte de las mujeres	36
CAPÍTULO 5	39
5. Efectos de los malos tratos en la salud de las mujeres	41
 Segunda parte	
CAPÍTULO 1	47
1. Marco de la intervención	49
CAPÍTULO 2	53
2. Detección precoz en consulta	55
2.1. Dificultades en los y las profesionales para la detección e inter- vención en los casos de malos tratos.....	55
2.1.1. Factores socioculturales. Mitos y estereotipos	56
2.1.2. Factores del contexto de la consulta	63

	<i>Pág.</i>
2.1.3. Factores de las propias mujeres maltratadas	63
2.1.4. Variables personales del y de la profesional	65
2.2. Reconocimiento de los síntomas de malos tratos.....	67
2.2.1. Síntomas físicos	67
2.2.2. Síntomas psíquicos y sociales	68
2.2.3. Actitud de la mujer maltratada	69
2.3. Actitudes y habilidades en la comunicación entre el personal sanitario y las usuarias	70
2.3.1. Actitud del personal sociosanitario	70
2.3.2. Actitudes y habilidades que favorecen la comunicación ..	72
2.3.3. Obstáculos en la intervención personal sociosanitario/mujer maltratada	72
CAPÍTULO 3	73
3. Intervención en casos de lesiones y daños	75
3.1. Valoración de lesiones y daños	75
3.2. Informe médico	75
3.3. Tratamiento	76
3.4. Seguimiento y elaboración de un plan de seguridad	77
3.5. Revisión personal y autocuidado por parte de los y las profesionales	77
CAPÍTULO 4	79
4. Prevención de la violencia de género desde el sistema sanitario	81

Anexos

ANEXO I. Intervención psicológica	85
ANEXO II. Intervención en crisis	91
ANEXO III. Intervención social	97
ANEXO IV. Identificación de perfiles de varones que ejercen violencia	101
ANEXO V. Intervención con varones que ejercen violencia	109
ANEXO VI. Prevención dirigida a los varones	115
BIBLIOGRAFÍA	121

[*presentación*]

Hace pocos años que la violencia contra las mujeres se ha planteado como un problema social. Hoy día, sabemos que también es una cuestión sanitaria, un problema de salud pública que requiere que el personal sanitario detecte, diagnostique y trate adecuadamente.

Esta intervención, que ha de ser interdisciplinar y coordinada con otras instituciones implicadas en la resolución de los distintos casos, también necesita una atención específica por parte de los servicios sanitarios de Atención Primaria.

La prevención es una vía eficaz para afrontar la violencia contra las mujeres y los servicios sanitarios pueden considerarse un lugar idóneo para desarrollar este tipo de actividades. En la Atención Primaria los y las profesionales tienen un contacto directo y continuado con las usuarias.

Las mujeres maltratadas por sus parejas o excompañeros acuden a las consultas con síntomas diversos y pueden recibir tratamiento sin que su malestar se relacione con situaciones de violencia y sin que ellas se atrevan a expresar su padecimiento.

Este proceso de detección e intervención supone nuevos retos que se presentan al personal sociosanitario en general y a las facultades de Medicina, Enfermería y Trabajo Social donde sería necesario incluir en el currículum materias que capacitasen al alumnado acerca de este problema sanitario.

El documento que se presenta recoge, en parte, los contenidos impartidos en la formación que el Programa de Salud del Instituto de la Mujer —Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales— viene realizando desde el año 1998 en el tema de los malos tratos a mujeres dirigida a profesionales sociosanitarios de los Equipos de Atención Primaria del INSALUD, en el marco del Convenio de colaboración suscrito entre el Instituto Nacional de la Salud y el Instituto de la Mujer,

contando con la colaboración de personas expertas en violencia de género. Parte de este grupo de profesionales que imparten los cursos han elaborado este texto que deseamos sea un instrumento útil para aplicar el protocolo sanitario.

Este documento contiene cinco capítulos dedicados a plantear el problema de los malos tratos a mujeres, abordando la violencia de género, los factores de vulnerabilidad, los tipos de maltrato en la relación de pareja, el ciclo de la violencia, así como los factores que favorecen que los malos tratos se mantengan y los efectos de este tipo de violencia en la salud de las mujeres.

En la segunda parte se tratan temas básicos para facilitar la detección precoz de los malos tratos a mujeres a partir de la sintomatología que presentan, tratando, previamente, de identificar y dar respuesta a las dificultades ante esta tarea preventiva. También se dan elementos para favorecer la comunicación entre personal sanitario y usuarias, así como líneas generales de intervención.

En relación a la autoría del texto se desea clarificar que para la primera parte se ha contado con Belén Nogueiras García. La segunda parte y los Anexos I, II y III han sido encargados a Ángeles Arechederra Ortiz excepto los capítulos 1 y 4 realizados por Belén Nogueiras. Finalmente, Luis Bonino Méndez ha elaborado todos los textos referidos a los varones: socialización masculina, mitos masculinos, identificación, intervención y prevención con varones.

[*primera parte*]

[*capítulo 1*]

1. La violencia contra las mujeres

Durante siglos la violencia ha servido para controlar, dominar, someter a personas y grupos sociales. A través de la fuerza física o de amenazas, se ha impedido a muchos seres humanos el disfrute de sus derechos, imponiendo y limitando la elección de formas de vida, la libertad de movimientos y la libre expresión.

La violencia se ha basado en la supuesta superioridad de una raza o un pueblo sobre otro, de una clase social, económica o política sobre otra, de una religión, cultura, o ideología frente a otra.

Mujeres y hombres sufrimos muchos tipos de violencia en común: la violencia económica, de raza, de clase, la tortura, la guerra...

Pero existe además una **VIOLENCIA ESPECÍFICA CONTRA LAS MUJERES** que se ha utilizado como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad, las relaciones jerárquicas y de poder de los hombres sobre las mujeres.

La Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos celebrada en Viena, en 1993, aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, que se definió como «cualquier acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que produzca o pueda producir un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico en las mujeres, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad que ocurran en la vida pública o privada».

Lo que diferencia este tipo de violencia de otras formas de agresión y coerción es que el principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

Las mujeres sufren violencias comunes y violencias específicas

La violencia contra las mujeres se produce en todos los países y ámbitos, en el mundo doméstico y en el público: en la familia, en la calle, en los centros laborales, en las instituciones y en los diversos lugares y espacios de relación social. Se ejerce contra mujeres de cualquier edad, raza y condición social.

Es violencia contra las mujeres el maltrato en la pareja, las agresiones y abusos sexuales, el incesto, la violación, el acoso sexual en el trabajo, las mutilaciones sexuales, la prostitución, el tráfico de niñas y mujeres, el turismo sexual, las violaciones masivas como arma de guerra, así como la reclusión en el mundo doméstico, la imposición de roles y comportamientos o una manera de vestir.

En los últimos años, la violencia contra las mujeres se considera una manifestación de la violencia de género, ya que nos referimos a la violencia que ejercen los varones para asegurarse los privilegios que la cultura les ha otorgado y que el rol asignado a las mujeres les proporciona: ser atendidos y cuidados material y emocionalmente, tener una posición dominante, más poder y derechos.

El género es una categoría de análisis utilizada para visibilizar que las relaciones jerárquicas y desiguales entre hombres y mujeres no se derivan de las diferencias biológicas entre los sexos, sino de las actitudes, valores, comportamientos y roles asignados culturalmente y que se incorporan a partir del proceso de socialización.

[1.2] La visibilización de la violencia contra las mujeres

En diferentes épocas, bien a través de la escritura o por medio de las actividades políticas y sociales, se ha puesto de manifiesto la discriminación educativa, laboral, política y la violencia contra las mujeres. Sin embargo, estos análisis y denuncias no tenían eco social y no eran recogidas en el discurso general de la violencia.

En las últimas tres décadas, la violencia contra las mujeres ha comenzado a hacerse visible y a adquirir un reconocimiento social.

A partir de los años setenta, en EE.UU. y en algunos países europeos, las mujeres, de forma colectiva y organizada, inician las primeras acciones contra la violencia que van a tener un mayor impacto social. Realizan campañas que impulsan la toma de conciencia sobre la gravedad y extensión de este problema. Se crean las primeras casas de acogida y centros de ayuda y apoyo. Se anima a las mujeres a denunciar las agresiones sexuales y los malos tratos. Consiguen que la violencia contra las mujeres comience a tener una resonancia pública. La norteamericana Kate Millet autora de la obra «Política sexual» [1] planteó que «lo privado es político», iniciando con gran acierto un cambio de perspectiva en la consideración de la violencia, ya que deja de ser una cuestión de la vida privada para convertirse en un problema que implica a toda la sociedad.

Asimismo, mujeres profesionales que participaban activamente en las organizaciones a favor de la salud: Elenore Walker, Andrea Dworkin, Diana Russell, Susan Browmiller o Graciela Ferreira [2] publican los primeros estudios, análisis, investigaciones y propuestas de acción para afrontar la violencia y de esta manera, contribuir a que se tomara conciencia pública de un problema social que estaba oculto, silenciado e invisible.

Hoy la violencia contra las mujeres empieza a considerarse un grave problema de toda la sociedad y una cuestión de salud pública.

La violencia contra las mujeres ha sido recogida y definida como una forma de discriminación y vulneración de los derechos de las mujeres en numerosas **conferencias de los organismos internacionales**:

- La Asamblea General de Naciones Unidas proclamó 1975 Año Internacional de la Mujer. A partir de este momento, se incluyeron los temas relativos a las mujeres en los programas de la ONU.
- Este mismo año, tuvo lugar, en Méjico, la I Conferencia Mundial sobre las Mujeres en la que se aprobó un Plan de Acción para el Decenio 1975-1985.
- En 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), que han ratificado 163 estados, entre los que se encuentra España desde 1984. Esta Convención afirma que la violencia de género está incluida en el concepto de discriminación contra las mujeres. En 1989, se recomienda a los Estados incluir en sus informes la incidencia de la violencia contra las mujeres.
- Se realizan Conferencias Mundiales sobre la Mujer: Copenhague 1980, Nairobi 1985, Pekín 1995. En esta última, la «Plataforma de Acción» recoge la violencia contra las mujeres como un área específica de actuación.
- En la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos de Viena, en 1993, se reconocen por primera vez los derechos humanos de las mujeres como parte de los derechos humanos universales y se define la violencia contra las mujeres.
- Naciones Unidas, a partir de 1995, ha adoptado una perspectiva de mainstreaming de género en todas las políticas y programas de la organización. Los órganos políticos han seguido adoptando resoluciones sobre la violencia contra las mujeres en temas como tráfico de mujeres, trabajadoras migrantes y prácticas tradicionales nocivas para la salud de mujeres y niñas, como la mutilación genital femenina.
- En 1997, la Comisión Europea incluye la violencia doméstica en el programa político de la Unión Europea. También ha puesto en marcha una campaña de concienciación para movilizar a la opinión pública a favor de una actitud de «tolerancia cero» y ha aprobado resoluciones y documentos dirigidos a los países miembros, a fin de fomentar medidas preventivas y mejorar la protección que se ofrece a las víctimas.

[*capítulo 2*]

2. Factores de vulnerabilidad en la violencia contra las mujeres

[2.1] Factores socioculturales

La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que ha considerado la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asignado diferentes cualidades, roles y espacios en función del sexo.

Hasta hace muy pocos años la restricción en el desarrollo personal y social de las mujeres, la exigencia de su dedicación exclusiva a la familia, su deber de acatar la autoridad masculina eran consideradas como algo normal y natural, validado incluso por las costumbres y la ley. Los roles estereotipados asignaban poder y control a los hombres y sumisión, dependencia y aceptación de la superioridad masculina a las mujeres. En ese contexto, se toleraba socialmente que los hombres utilizaran la violencia en el interior de la familia para afianzar su autoridad.

En las últimas tres décadas, las mujeres han realizado una gran transformación personal y colectiva, que es visible tanto en el mundo público como en el ámbito de las relaciones personales y familiares. Han accedido mayoritariamente a la educación y cada vez más mujeres se plantean conseguir un empleo y una independencia económica, participar en los espacios sociales y culturales y empiezan a estar representadas en instituciones de responsabilidad política, económica, sindical, etc.

También están reflexionando sobre los valores sociales y modificando la forma de vivir las relaciones de pareja, la sexualidad y su vida cotidiana.

Como consecuencia, se ha producido un cambio de actitudes y de mentalidad: ya no está tan admitido, ni tolerado realizar públicamente manifestaciones misóginas, desvalorizar o ridiculizar a las mujeres.

Estos factores pueden hacernos pensar que la violencia y los malos tratos son ya hechos aislados. Sin embargo, demasiadas mujeres soportan todavía un alto grado de violencia en sus relaciones de pareja y en su vida cotidiana. El ámbito doméstico continúa siendo un espacio privilegiado donde ejercer el dominio sobre las mujeres y donde seguir reproduciendo los roles estereotipados. De puertas adentro, una parte importante de los actos de violencia y malos tratos que ya no están bien aceptados socialmente, quedan ocultos e invisibilizados.

[2.2] La socialización femenina

La socialización es el proceso por el que las personas, desde la infancia, vamos adquiriendo conocimientos e interiorizando actitudes, maneras de pensar, sentir y actuar. Hombres y mujeres aprendemos un sistema de valores y comportamientos diferenciados según el sexo.

Tradicionalmente, la educación de las mujeres iba dirigida a desarrollar y potenciar cualidades necesarias para desempeñar los únicos roles a los que estábamos destinadas: ser esposas y, después, madres. Teníamos que encontrar al hombre que iba a satisfacer nuestras necesidades y dar sentido a nuestra existencia. Para ello, se potenciaba en las mujeres el cuidado del aspecto físico, se valoraba la belleza, la capacidad de seducción, el atractivo sexual, saber agradar y complacer.

La valía y el éxito de una mujer dependía de su capacidad para fundar una familia y mantenerla unida. Se nos asignó el papel y la responsabilidad de cuidar la armonía en la pareja y la familia. Era necesario estar siempre disponible, ser sacrificada y abnegada y, llegado el caso, tolerar y perdonar el maltrato u ocultarlo. Incluso se reprochaba a una mujer que no fuese capaz de lograr que un hombre cambiase.

El modelo cultural de amor que se propone para las mujeres (amor romántico) ha implicado la renuncia personal, el olvido de nosotras mismas, la entrega total, el amor sin reciprocidad.

El lugar social asignado a las mujeres era el espacio doméstico, donde debíamos desempeñar un rol adjudicado que exigía: cuidar al esposo, estar atenta a las necesidades afectivas de la familia y satisfacerlas, realizar el trabajo doméstico, educar a hijas e hijos, ser y vivir para otros sin tener un proyecto de vida propio.

La interiorización de estos valores y actitudes y el desempeño de estos papeles ha ido conformando la identidad de las mujeres, potenciando comportamientos de dependencia y sumisión al varón.

Asimismo, **la desvalorización social de lo femenino**, la falta de poder y de reconocimiento de su autoridad han contribuido también a que las mujeres se conviertan en víctimas de la violencia.

Aunque la vida y la identidad de las mujeres ha cambiado en los últimos años, muchas hemos crecido en este modelo que, junto a nuevos patrones, todavía se sigue transmitiendo a través de los medios de comunicación, del cine, la televisión, los cómics, los cuentos, las novelas, y continúa vigente en determinados ámbitos sociales e instituciones.

En la actualidad, existen diversas formas de vida para las mujeres. Se nos valora y estimula en la formación académica para tener una profesión y una independencia económica. Podemos ver a otras mujeres desempeñando múltiples papeles en el mundo profesional y público o viviendo sus relaciones afectivas y amorosas de forma más igualitaria y libre. Sin embargo, antiguas expectativas sociales siguen vigentes y se espera que, a pesar de tener mayor autonomía personal, las mujeres cumplamos los papeles tradicionales.

Los medios de comunicación continúan reproduciendo imágenes y roles estereotipados de las mujeres y los varones, y de las relaciones entre ambos. La publicidad utiliza el cuerpo y la sexualidad de las mujeres como reclamo, reforzándolo como un medio para conseguir el

éxito social, laboral y la atención y valoración de los hombres. Las películas y series televisivas ofrecen modelos de masculinidad basados en el uso de la fuerza y la violencia como forma de resolver conflictos o de obtener poder y siguen presentando, junto a otros modelos, un prototipo de vida para las mujeres centrado en el amor, la dependencia y la sumisión al varón.

[2.3] Socialización masculina

La violencia se enseña, se aprende, se fomenta, se legitima, se autoriza como método de reafirmación y de resolver conflictos durante la vida. Así, se convierte en virtud y cualidad masculina en desprestigio de la palabra y la negociación.

La socialización permite la transmisión intergeneracional de determinados mandatos de género que condicionan, en el caso de los varones, la construcción del psiquismo masculino y la formación de ideales de comportamiento para sentirse «todo un hombre».

Estos **mandatos de género** son:

- Ser hombre es ser autosuficiente e importante, y por tanto tener más derechos para definir las reglas del juego de las relaciones.
- Ser hombre supone tener autoridad sobre las mujeres y poder exigir su disponibilidad como objetos sexuales o su atención y cuidado.
- Ser hombre es ser racional y no emocional. Las mujeres son quienes estimulan en los varones su «naturaleza animal» (sexo y violencia).
- Ser hombre es tener derecho a utilizar violencia como medio para dominar, conquistar y defenderse de quienes ataquen el cuerpo, el orgullo o la virilidad.

A partir de estos mandatos, que se interiorizan en la socialización como ideales de lo que significa ser «un hombre», la mayoría de los varones construyen su subjetividad masculina en la que el dominio y la autodefensa son mecanismos esenciales. Esta construcción promueve el desarrollo de:

- Rasgos de carácter específicos: inhibición y aislamiento emocional, déficit de empatía, necesidad de control, gestión externa de la agresividad, placer de dominio relevante y lógica del todo/nada.
- Predominio de la acción.
- Un tipo de orgullo y amor propio, basado en el sentimiento de tener autodomínio y control sobre lo externo.

- Una forma de relación con las mujeres (autoridad y dominio sobre ellas, y estrategias para colocarlas en «su lugar» de culpables y dominadas).

Así, el cumplimiento va a suponer el ejercicio de comportamientos que contienen elementos generadores de desigualdad hacia las mujeres y elementos mutiladores del desarrollo emocional y empático masculino. Pero no todos los varones desarrollan estas características de igual modo.

A más sometimiento a los mandatos de la masculinidad, más posibilidades de ejercer violencia como método habitual de confirmación o reafirmación de la dominación. Por eso no todos los varones expresan con violencia sus desacuerdos, ni todos la expresan de la misma manera, ni todos necesitan dominar.

Por su posición, para la mayoría de los varones es difícil pensar a las mujeres como iguales: con ellas se tiene una posición de superioridad. Por eso, las relaciones de igualdad se viven habitualmente como algo desconcertante, una amenaza al propio lugar. En tanto para ellos lo normal es la relación dominador-subordinada tienden a pensar que si las mujeres quieren salir de su rol de subordinada, lo que intentan hacer es invertir los papeles, lo que genera la creencia de que las mujeres pretenden dominarles.

La posibilidad de que las mujeres planteen nuevas condiciones para la igualdad o no se muestren como personas sometidas, puede generar en los varones mecanismos de control social e individual hacia el colectivo femenino, a fin de evitar que las mujeres se muevan del espacio que les ha sido asignado.

Estos mecanismos de control pueden ser casi invisibles y cotidianos —**micromachismos**—, que como hábitos, los varones emplean con las mujeres, y que ocupan un lugar especial en el aseguramiento del dominio. O pueden ser más visibles, como los **maltratos graves**, entre ellos, todos los tipos de maltrato físicos, psicológicos, sexuales y económicos.

Las características masculinas de represión emocional, falta de empatía y legitimación de la agresividad juegan un importante papel para que la producción del control y el eventual uso de la violencia se perpetúen.

La **distancia emocional** respecto a otros y el rechazo a las cualidades asociadas con los cuidados y el sustento emocional son características masculinas que pueden crear una barrera rígida ante las demás personas y producir una **habilidad disminuida para la empatía** (ponerse en lugar de la otra persona) y una incapacidad para experimentar las necesidades y los sentimientos de otras personas como algo relacionado con sus propias emociones.

Estos rasgos están presentes en muchos de los varones que cometen actos de violencia contra las mujeres, en la medida que opinan que «ellos realmente no lastimaron a la mujer a quien maltrataron». Estas aseveraciones nos indican que este tipo de hombres se están justificando,

pero otra parte del problema es que pueden no experimentar realmente el dolor que están provocando.

La represión emocional. En este proceso de socialización en el rol masculino, es bastante habitual que los niños aprendan, a una temprana edad, a reprimir sentimientos de temor y dolor y que, posteriormente, sigan experimentando este tipo de respuesta emocional. Además, en muchos hombres, los mecanismos usuales de respuesta, desde la vivencia real de una emoción hasta la expresión de sentimientos, sufren un cortocircuito.

La ira es una emoción legitimada en los varones que permite canalizar frecuentemente un conjunto de emociones —especialmente el dolor psicológico—. Aunque tal canalización no es exclusiva de los hombres (ni en todos los hombres), en algunos son habituales las respuestas violentas ante el temor y el sufrimiento, ante la inseguridad y el dolor, ante el rechazo y el menosprecio.

Esta emoción es particularmente utilizada cuando el sentimiento producido en el varón es el de carencia o falta de poder ante las mujeres o ante otros varones, en la medida que aumentan las inseguridades masculinas: si la masculinidad es una cuestión de poder y control, no ser poderoso significa no ser hombre. Así, la violencia se convierte en el medio para ocultar debilidades y validarse ante sí mismo y ante otros para desactivar la impotencia que pueden sentir en las relaciones de intimidad.

Como resultado de su socialización, el varón ejerce violencia especialmente cuando se siente incapaz de afrontar un conflicto con la mujer —ya sea con ella o con lo que él supone sobre ella—, en el que esté en juego quien tiene la razón (el poder de definir) y el derecho al control. Su entrenamiento «masculino» le condiciona para poder pensar alternativas diferentes a ganar o perder, y le limita en la utilización de la palabra para resolver los conflictos con las mujeres.

La creencia en la superioridad sobre las mujeres que los varones poseen en cumplimiento de los mandatos de género, depende de la aceptación de inferiorización de las mujeres, supone estar siempre atento a que ellas ocupen esta posición. Si las mujeres no aceptan, el varón no sólo siente que pierde su dominio sobre la mujer, sino que lo puede vivir como un atentado a su identidad —a veces, frágil, dependiente e ilusoriamente no necesitada de nadie—, un momento de riesgo en el que su narcisismo queda dañado (incluso hasta derrumbarse cuando su pareja quiere separarse).

La experiencia individual de un hombre que maltrata puede, a menudo, ser consecuencia de la percepción que ese hombre tiene sobre su **derecho a ciertos privilegios**. Si un hombre golpea, insulta o descalifica a su esposa porque ella no tuvo la cena a tiempo, no lo hace sólo por asegurar que no vuelva a ocurrir; es también una indicación de que percibe tener el derecho a que alguien le sirva. En este sentido, **la violencia la perciben como algo justificado como acción viril**, según la creencia de que ser un varón es tener una posición dominante respecto a las mujeres y que esa posición hay que defenderla. Hay varones que se sienten autorizados a ejercer violencia si la mujer no cumple «su papel».

La violencia masculina contra las mujeres deriva de las creencias sociales en las que el varón se socializa y que lo llevan —en el desarrollo de su psiquismo y a través de su experiencia individual—, a pensar/sentir que ser varón es: ser superior a la mujer, tener más derecho que ella a definir las reglas de la relación, y poder usar la violencia como método justificado de control y dominio en determinadas circunstancias. Y actuar en consecuencia cuando la mujer no ocupa o no quiere ocupar su lugar «subordinado».

Factores intervinientes en la producción de la violencia masculina

- Promoción y refuerzo cultural, institucional y familiar de la violencia.
- Experiencias culturales, sociales y psicológicas masculinas.
- Expectativa masculina de sumisión femenina.
- Desarrollo masculino de habilidades de control, maltrato y violencia para asegurar una posición dominante con modos diferenciales de expresión.
- Historia masculina de experiencia individual y familiar de producción y expresión de la ira.

[2.4] Factores individuales y familiares

Las mujeres que siguen siendo socializadas en el modelo tradicional e interiorizan este ideal femenino, tienen mayor probabilidad de sufrir malos tratos si establecen relaciones de pareja con un varón que ha asumido e interiorizado, a su vez, el rol e identidad masculina tradicional.

Creer en una familia en la que las mujeres no tienen autoridad, donde la opinión y la experiencia de las mujeres no tiene reconocimiento, donde su papel es complacer y cuidar de otros sin medida, someterse a los deseos del varón, nos educa en la dependencia, en la sumisión y en el conformismo y dificulta el desarrollo de la autoestima, la autoconfianza y seguridad en una misma. Si de niñas no nos hacen sentirnos capaces y valiosas, no aprendemos el derecho a ser respetadas y cuidadas, a satisfacer nuestras necesidades y tener un proyecto de vida propio.

Además, si la violencia se utiliza como forma de interacción habitual en una familia, se aprenderá que las relaciones afectivas suponen sufrimiento «quien bien te quiere, te hará llorar», el caos es normal, las personas son víctimas o abusadoras, los problemas y conflictos de la vida se resuelven con violencia. Por ello, los comportamientos agresivos y las relaciones destructivas se nos pueden hacer familiares.

[*capítulo 3*]

3. Los malos tratos en la pareja

Consideramos malos tratos contra las mujeres la violencia física, psicológica o sexual que sufre una mujer por parte de su marido, novio, compañero o expareja, incluyendo las amenazas, la coacción o privación de libertad, tanto si se produce en la vida privada como en la pública.

La representación social y mental del maltrato, suele corresponder a formas de violencia casi siempre física, que tiene efectos graves en la salud, o que puede incluso producir la muerte. Así por ejemplo, golpes que causan traumatismos o que necesitan de asistencia médica o ingreso hospitalario.

Sin embargo, cuando hablamos de malos tratos, nos referimos también a la violencia psicológica y sexual que las mujeres soportan en su vida cotidiana, **una violencia menos visible que produce un deterioro de la salud,** de la autoestima, malestar y síntomas psicossomáticos, que también conducen a las mujeres a las consultas y servicios sanitarios.

[3.1] Tipos de maltrato

Malos tratos físicos:

Golpes de diversa intensidad, con el cuerpo, objetos o armas: empujones, patadas, puñetazos, palizas, mordeduras, quemaduras, cortes, intentos de estrangulamiento.

Malos tratos sexuales:

Desde la imposición de una relación sexual no deseada hasta el abuso y violación con uso de la fuerza física. Insultos y acusaciones durante las relaciones sexuales, trato como si la mujer fuera un objeto sexual.

El maltratador utiliza la intimidación, el chantaje o las amenazas como formas de presión. Las mujeres que han sido golpeadas, a veces acceden a tener una relación sexual por miedo a ser forzadas físicamente. La amenaza implícita de la utilización de la fuerza se transmite por medio de un gesto o una mirada.

Malos tratos psicológicos:

Se ejercen por medio de la violencia verbal o a través de miradas, gestos, gritos. Son malos tratos psicológicos: los insultos, humillaciones, burlas, coerción, descalificaciones y críticas

reiteradas, desprecios, enfados, abandono y aislamiento emocional, incomunicación y silencio, chantajes, amenazas de tipo económico o emocional, control de lo que la mujer hace, con quién va.

A veces, los malos tratos se producen en presencia de otras personas, son MALOS TRATOS SOCIALES: humillaciones, ridiculizaciones, descalificaciones y burlas en público, se muestra descortés con las amistades o familia de ella, seduce a otras mujeres en presencia de la pareja o utiliza sus privilegios masculinos para que le sirvan.

Romper y golpear objetos, destrozarse enseres, tirar sus cosas, los MALOS TRATOS AMBIENTALES, son otra forma de violencia psicológica.

Podemos hablar también de MALOS TRATOS ECONÓMICOS: Cuando controla el dinero y le impide disponer de él, conocer el patrimonio familiar, toma decisiones unilaterales sobre su uso, se apodera de los bienes, le dificulta tener un trabajo asalariado, le asigna una cantidad y le exige explicaciones de los gastos realizados.

En una relación de maltrato pueden producirse todos los tipos de violencia descritos o alguno de ellos. Si bien, el maltrato psicológico está invariablemente asociado al maltrato físico o sexual.

[3.2] Cómo se produce la violencia en la pareja

Conocer el proceso de la violencia, cómo se genera y mantiene, así como sus efectos y consecuencias, es fundamental para entender el comportamiento y los sentimientos de una mujer maltratada, para poder detectar las señales de estar sufriendo maltrato y ofrecerle ayuda y alternativas.

Los malos tratos empiezan, a veces, durante el noviazgo. En otros casos, al comenzar la convivencia o durante el embarazo. Existen datos que señalan que entre un 40 y un 60% de las mujeres maltratadas han sufrido violencia física durante el embarazo (Villavicencio, 1999) [3].

En una relación de pareja, un hombre violento que ha interiorizado el rol e ideales masculinos tradicionales, siente que tiene derecho a ser cuidado y atendido, a ser complacido, a que la mujer esté a su disposición. La mujer siente que es su deber, su obligación, cuidarle y atenderle sin reciprocidad, estar disponible para él. Incluso al principio desempeña este papel con gusto, refuerza su autoestima y su autovaloración al saber que está cumpliendo con el ideal de mujer que ha interiorizado como valioso. Pero a medida que la relación avanza, el maltratador aumenta su control y utiliza, si hace falta, la violencia para conseguir más de ella. Quiere la total sumisión.

El maltrato puede comenzar con conductas de abuso psicológico más difíciles de percibir por su apariencia amorosa: son conductas restrictivas y controladoras que van minan-

do la propia capacidad de decisión y autonomía de las mujeres. Ejemplo de ello son los celos, el control y censura sobre la ropa, las amistades, las actividades, los horarios y las salidas de casa. Estas conductas van produciendo dependencia y aislamiento, pero no son percibidas como agresivas, por lo que la mujer, que las admite y minimiza, va desarrollando una situación de indefensión y vulnerabilidad. En muchos casos, las valora como manifestaciones de interés y amor, dada su necesidad afectiva. Si la mujer protesta o no hace lo que espera de ella, él incrementará su violencia.

Luis Bonino (1999) nos recuerda que:

El Objetivo principal de la violencia que el hombre ejerce en la pareja es intentar tener bajo control a la mujer, venciendo su resistencia y quitándole poder para lograr su sumisión y la dependencia psicológica.

Para lograr este objetivo es necesario:

- mantener o incrementar el dominio que ya se tiene,
- conseguirlo, si aún no se tiene,
- reafirmarlo o recuperarlo, si la mujer se rebela a la imposición,
- resistirse al aumento de poder de la mujer, si ésta disminuye su sumisión.

Para asegurar su consecución, el uso de la violencia se convierte en una estrategia válida de forma eventual. En este sentido, **la violencia es un recurso de dominación directo y ejemplar**, porque produce miedo de manera anticipatoria, parálisis, control o daño, según su intensidad.

Este objetivo es importante porque satisface intereses y deseos producto de la socialización que están centrados en lo relacional (intersubjetivos) y en lo personal (intrasubjetivos).

Los **intereses y deseos intersubjetivos** se orientan a preservar una posición dominante con las mujeres, ya que les permite seguir asegurándose ventajas y beneficios materiales y emocionales que les proporciona el tener a las mujeres como «complementarias».

Específicamente, los varones pueden buscar el **mantener el monopolio de la ley** y de las creencias sobre los modos de ser y hacer —imponiéndolas si es necesario—, así como el derecho al protagonismo, al uso libre del tiempo y espacio, a ser cuidado sin reciprocidad, y a creerse con derechos sobre las mujeres.

Los **intereses y deseos intrasubjetivos** están centrados en **afirmar y reafirmar, preservar o incrementar el sentido de identidad masculina**. Ejercer violencia es asegurar el or-

gullo que puede ser herido o amenazado, si la mujer no acepta estar en posición subordinada. **La sienten como necesaria para mantener la pretensión de superioridad y/o la integridad del propio psiquismo.**

La preponderancia e intensidad de uno u otro grupo de intereses y deseos masculinos origina en cada varón la mayor o menor intensidad del objetivo de dominación, del uso o no de la violencia como método, y del tipo de violencia.

El maltratador utiliza diversas **estrategias y tácticas** que tratan de conseguir el poder y el control total sobre la mujer al causarle un estado de miedo, pánico, terror, sumisión, dependencia y destrucción de su autoestima y equilibrio psicológico.

- *Aislamiento* de su entorno familiar, social, de sus amistades, de las relaciones que puedan ser redes de apoyo, para aumentar su dependencia hacia él y evitar que la mujer pueda tener otros criterios, comparar comportamientos, pedir y recibir ayuda. Para ello, desvaloriza a su familia, amistades o cualquier actividad que la mujer quiera emprender fuera de la casa con otras personas, controlando incluso sus salidas, actividades, relaciones.
- La *desvalorización* personal, las humillaciones, los insultos, producen en la mujer baja autoestima, inseguridad, sentimientos de incapacidad e impotencia, destruyen la confianza en sí misma.
- *Demandas triviales* para polarizar su atención en él y en la relación, impidiendo que pueda dedicar su energía a sí misma.
- *Pequeñas concesiones*, que crean una gran dependencia emocional, al no tener la mujer otras fuentes de afecto y relación.
- *Intimidación* a la mujer mediante las amenazas, gritos, la destrucción de objetos, y si es necesario a través de golpes, creándole un estado de pánico y terror.
- *Culpabilización* a la mujer, minimiza la violencia, se hace la víctima, provoca pena, chantajes emocionales que hacen dudar a la mujer de su responsabilidad, le impiden a ella tomar conciencia de ser víctima de malos tratos y paralizan sus intentos de terminar con esta situación.

[3.3] Ciclo de la violencia doméstica

Lenore Walker [2], investigadora estadounidense, describió en 1979 el ciclo de la violencia doméstica para explicar cómo se produce y se mantiene la relación de maltrato. Este ciclo también nos ayuda a entender muchos de los problemas y sentimientos de las mujeres que sufren este tipo de violencia.

El ciclo se desarrolla en tres fases: la fase de tensión, la fase de agresión y la fase de conciliación, arrepentimiento o «luna de miel».

1. La **fase de tensión** se caracteriza por una escalada gradual de tensión que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. El maltratador expresa hostilidad, pero no en forma explosiva. La mujer intenta calmar, complacer o, al menos, no hacer aquello que le pueda molestar a la pareja, en la creencia irreal de que ella puede evitar la agresión. Pero la tensión seguirá aumentando y se producirá la siguiente fase.
2. **Fase de agresión:** En la que estalla la violencia y se producen malos tratos emocionales, físicos y/o sexuales. Esta fase puede durar minutos u horas, aunque algunas mujeres se han sentido atemorizadas durante días y semanas. Es en esta fase cuando la mujer suele denunciar los malos tratos o pedir ayuda.
3. **Fase de conciliación o «luna de miel»,** en la que la violencia y la tensión desaparecen. El maltratador pide perdón, se muestra amable e incluso cariñoso, le hace promesas de cambio, le dice que no volverá a pasar o le hace regalos. Este momento supone un refuerzo positivo para que la mujer mantenga la relación. También le permite ver el «lado bueno», de su pareja, fomentando su creencia de que ella puede llegar a cambiarlo.

El ciclo de la violencia explica por qué algunas mujeres retiran su denuncia, que interponen en la fase de agresión, y al llegar a casa encuentran un hombre que se arrepiente, promete cambiar y que está en plena fase de «luna de miel».

A medida que pasa el tiempo, la duración de las fases de tensión y agresión suele aumentar y la «fase de conciliación» se vuelve menos frecuente o inexistente. Cuando esta última fase desaparece, las mujeres suelen decidir pedir ayuda o separarse, aunque, en ocasiones, hasta que llega este momento han pasado muchos años. Si este ciclo no se rompe a tiempo, las agresiones se repetirán con más frecuencia e intensidad, aumentando su gravedad y el riesgo para la mujer incluso, a veces, cuando la mujer logra salir de estas relaciones, la persecución del esposo o pareja continúa.

[*capítulo 4*]

4. Factores de mantenimiento de los malos tratos a las mujeres

[4.1] Factores que favorecen el mantenimiento de los malos tratos

Los comportamientos de las mujeres maltratadas son, para muchas personas, difíciles de entender: amistades, familiares y también profesionales de la salud, la abogacía, la judicatura y la policía se preguntan por qué las mujeres soportan durante años violencia y malos tratos, por qué no piden ayuda, no terminan la relación y se separan, por qué disculpan, justifican u ocultan los malos tratos, por qué denuncian y posteriormente, retiran la denuncia, o incluso llegan a marcharse de casa y después vuelven.

El hecho de que nuestros interrogantes giren en torno a los comportamientos de las mujeres y no nos preguntemos por qué los hombres son capaces de ejercer tanta violencia o qué dificultades impiden a las mujeres salir de la situación, reflejan el desconocimiento del proceso en los malos tratos y la instauración de la cultura que culpabiliza a las mujeres y resta responsabilidades a los hombres.

Los malos tratos tienen unas características propias diferentes de otros tipos de violencia y producen unas consecuencias específicas en la vida y la salud de las mujeres:

- Los malos tratos los ejerce un hombre con quien mantenemos o hemos mantenido un vínculo afectivo y amoroso, con el que compartimos nuestra vida y que, a veces, también es padre de nuestros hijos e hijas, por lo que los sentimientos hacia él son mucho más complejos y ambivalentes que los que se producen ante la violencia cometida por una persona extraña y desconocida y las secuelas muchas veces más graves.
- En la mayoría de las ocasiones, los hombres que maltratan tienen una buena imagen pública, son incluso seductores y atractivos en los espacios y relaciones sociales (fijémonos en las noticias de la prensa cuando una mujer ha sido asesinada por su marido y preguntan al vecindario sobre él: suelen decir que era un hombre «normal», educado, «no podían imaginar»...). Es en el ámbito privado y doméstico donde los hombres se sienten legitimados para ejercer la violencia.
- Además, **los malos tratos se ocultan**, tanto por los hombres que los ejercen (que aprenden a golpear en lugares que no dejan huellas o utilizan una violencia psicológica encubierta con ataques sarcásticos, observaciones mordaces, ironías, burlas, cinismo, descalificaciones soterradas) como por las mujeres que los sufren. Las mujeres hemos sido socializadas para proteger la imagen de los hombres.

- Los malos tratos **no son hechos aislados**, sino que se prolongan durante tiempo, por lo que van debilitando gradualmente las defensas físicas y psicológicas, generan miedo, sentimientos de indefensión e impotencia.
- Las mujeres maltratadas sienten **vergüenza** de sufrir violencia, de no ser capaces de pararla ni de protegerse a sí mismas y, en su caso, a las hijas e hijos. Se sienten **culpables** por ello y también por haber elegido como pareja a un hombre violento o, incluso, por no haber podido cambiarle. Estos sentimientos impiden a las mujeres contar lo que les pasa y pedir ayuda.
- Las mujeres hemos sido educadas y socializadas para mantener y cuidar las relaciones, para ser buenas esposas y madres, para lo que se han potenciado en nosotras valores y actitudes como la empatía, la comprensión, tolerar, perdonar. Estas actitudes, a veces, se vuelven contra nosotras mismas, ya que tratamos siempre de entender, llegando incluso a justificar, el ejercicio de la violencia por razones de estrés, problemas en la infancia del agresor, etc. A veces **estos sentimientos conducen a minimizar, restar importancia o negar la violencia**.
- La infravaloración de las mujeres y su baja consideración social también se ponen de manifiesto en las ideas y mitos que circulan sobre las mujeres maltratadas: son masoquistas, a las mujeres les gusta que les peguen, algo habrán hecho... Las mujeres maltratadas son las únicas víctimas de violencia que no son consideradas inocentes, sino débiles, cómplices, consentidoras o responsables de la violencia que sufren.
- La violencia contra las mujeres, hasta hace pocos años, no ha sido reconocida socialmente como una realidad de extrema gravedad que hay que enfrentar y eliminar. **Ha estado naturalizada y tolerada**, formando parte de nuestra cultura. Podemos ver la diferencia en el reconocimiento social de otras violencias, como la racista o el terrorismo, a pesar, incluso, de causar menos número de muertes que los malos tratos.
- Las dificultades para reconocer socialmente que la cultura y la identidad masculinas en la que los varones han sido socializados fomenta los comportamientos violentos y el ejercicio de poder de los hombres sobre las mujeres.

[4.2] Factores que dificultan y favorecen el pedir ayuda en los servicios sociosanitarios por parte de las mujeres

Además de los efectos que produce el ciclo de violencia en la psicología y la salud de una mujer, hay que tener en cuenta otros factores que están contribuyendo simultáneamente a que una mujer no pida ayuda desde los primeros episodios de violencia o decida terminar la relación:

Aspectos psicológicos:

- Reconocerse mujer maltratada es muy doloroso. Se sienten responsables, culpables o avergonzadas de no haber sido capaces de evitar la violencia, pararla, o cambiar el comporta-

miento de su pareja. Por eso, lo ocultan o no piden ayuda hasta que la situación es insostenible o la violencia se dirige también hacia los hijos e hijas.

- Haber interiorizado la idea de que el valor social de una mujer depende de ser capaz de mantener la familia unida y, si no lo consigue, ha fracasado como mujer.
- Tener una historia de violencia y educación en la victimización, la obediencia y la sumisión.
- El deterioro en su salud, tanto física, como emocional y psíquica, producto de la violencia sufrida, que le hace sentirse incapaz de iniciar una nueva vida.
- El miedo a que la violencia continúe o sea aún mayor.
- Las amenazas de muerte si se separa.

Aspectos sociales:

- La falta de apoyo familiar, social y económico.
- El aislamiento al que ha estado sometida.
- Las dificultades económicas, sociales, procesos judiciales a las que se tendrá que enfrentar con su salud muy deteriorada.
- Escasez de apoyos institucionales a las víctimas de violencia.
- La impunidad de los maltratadores.

Por el contrario, existen **factores que favorecen que las mujeres pidan ayuda** en los servicios sanitarios:

- En el ciclo de la violencia ya no hay fase de «luna de miel», y la tensión y la agresión se suceden.
- La intensidad de la violencia aumenta y se percibe como grave.
- Sentir que las agresiones ponen en peligro su vida.
- La violencia se ejerce también contra las hijas e hijos.
- La existencia de recursos sociosanitarios accesibles, sensibilizados y con una respuesta específica.
- Contar con el apoyo de la familia o de otras personas cercanas.

[*capítulo 5*]

5. Efectos de los malos tratos en la salud de las mujeres

Diversos organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud recogen en sus documentos las graves consecuencias de la violencia de género en la salud de las mujeres.

Una mujer maltratada ha atravesado situaciones límite, traumáticas y de alto impacto para su salud física, psicológica y social, ha sido invadida en todos sus derechos, incluida la seguridad, la integridad física y psicológica.

La gravedad de los efectos de la violencia en la salud depende del tipo de violencia sufrida, su intensidad y frecuencia, de su intencionalidad, de las consecuencias, de los medios utilizados y los elementos acompañantes (amenazas y medios que indiquen la intención y posibilidad de llevarlos a cabo).

Los efectos no están directamente relacionados con el nivel de la agresión física. Una amenaza con arma blanca aterroriza. A veces las lesiones corporales son leves, pero los daños psicológicos tienen graves consecuencias.

El deterioro de la salud se manifiesta durante el maltrato, pero continúa a largo plazo, aún mucho tiempo después de haber terminado la relación.

Juan Antonio Cobo (1999) [4] clasifica la violencia, según su frecuencia, en aislada, continuada y progresiva. Esta última, conlleva una tendencia a la gravedad, implicando riesgo de muerte o lesiones muy graves. Se produce generalmente durante o después del proceso de separación o cuando las mujeres plantean esta posibilidad. Un porcentaje muy alto de mujeres han sido asesinadas después de haber salido del domicilio conyugal.

Los distintos tipos de violencia se interrelacionan y producen a su vez efectos en todos los ámbitos de la salud.

El *maltrato físico*, además de las lesiones físicas (heridas, fracturas, minusvalías...), también provoca una tensión permanente, dolores musculares, agotamiento, alteración de hábitos alimenticios y anemia, insomnio, el malestar que caracteriza a un cuadro de síntomas psicósomáticos.

El *abuso sexual* produce síntomas similares a los de una mujer violada por un extraño: depresión, sentido de derrota, dolor emocional. Asimismo, puede haber lesiones genitales, anales, bucales, en el pecho, cara interna de los muslos, enfermedades de transmisión sexual, dolor pélvico, enfermedades gastrointestinales, cistitis, síndrome uretral agudo.

El *maltrato psicológico* produce un desgaste psíquico agudo. Asimismo, el clima de terror que generan los malos tratos, produce síntomas físicos como dificultades respiratorias, palpitaciones, angina de pecho, incontinencia urinaria, diarreas, dolores de cabeza, etc.

Las mujeres desarrollan **mecanismos de defensa**, estrategias psicológicas para poder sobrevivir al maltrato, como simpatía con el agresor, defendiéndolo, protegiéndolo o justificándolo; minimizan las agresiones, las niegan, ignoran o tratan de olvidarlas. Algunas mujeres adoptan una pasividad extrema, acatando todo lo que el agresor le ordene sin expresar protesta o resistencia con el objeto de evitar cualquier episodio de enfrentamiento que pueda desembocar en violencia. También motivan a sus hijas e hijos a obedecer a su padre para garantizar su seguridad y centran su vida alrededor de las demandas y necesidades del maltratador.

De este modo, verán a su agresor cada vez más poderoso y onnipotente y a sí mismas más indefensas. Las consecuencias y secuelas son: recuerdos traumáticos, estado de hipervigilancia, angustia, vulnerabilidad a nuevas situaciones estresantes, el síndrome de estrés post-traumático.

SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA:

Conjunto de síntomas que se manifiestan de forma simultánea o combinada, de forma más o menos intensa, dependiendo de la situación vivida por cada mujer, la duración y el tipo de violencia sufrido.

SÍNTOMAS Y EFECTOS DEL MALTRATO EN LA SALUD FÍSICA:

Las mujeres maltratadas tienen una mayor morbilidad y mortalidad.

1. *Efectos derivados directamente del maltrato físico*: huellas de golpes, heridas, fracturas, quemaduras, problemas neurológicos, minusvalías. Se agravan los problemas de salud anteriores: la diabetes, hipertensión, etc.
2. *Efectos derivados de la tensión y el estrés continuado* que produce la violencia: agotamiento y desgaste físico, hipervigilancia, estado de alerta, bajo sistema inmunitario, dificultades respiratorias, cardíacas, dolores de cabeza, espalda, insomnio, pesadillas, problemas relacionados con la alimentación, anemia, anorexia, bulimia, diarreas.
3. Como consecuencia, se da una mayor *ingesta de psicofármacos*, analgésicos, consumo de tabaco y alcohol.
4. *La salud de las mujeres maltratadas es más vulnerable a situaciones de estrés* que puedan producirse en el futuro.

SÍNTOMAS Y EFECTOS EN LA SALUD SEXUAL:

1. Como consecuencia de las relaciones sexuales impuestas, vividas con miedo y con dolor, pérdida del deseo sexual, desarrollo de fobias y dificultades para disfrutar la sexualidad en el futuro.
2. Problemas ginecológicos: Trastornos menstruales, infecciones recurrentes, ETS, dolor pélvico, problemas urinarios.

SÍNTOMAS Y EFECTOS EN LA SALUD REPRODUCTIVA:

1. Embarazos no deseados, abortos, abortos clandestinos.
2. Durante el embarazo: hemorragias vaginales, infecciones y anemia, amenazas de aborto.
3. Parto prematuro, bajo peso de la criatura al nacer.

SÍNTOMAS Y EFECTOS EN LA SALUD PSICOLÓGICA:

La depresión es uno de los efectos característicos del maltrato. El maltrato mina la autoestima y crea dependencia emocional y, por tanto, inseguridad para tomar decisiones, sentimientos de indefensión, incapacidad e impotencia para salir de la situación.

Asimismo, como consecuencia del miedo y el terror, sufren problemas de ansiedad, ataques de pánico, fobias, reviven la violencia de forma intrusiva en pesadillas, o ante estímulos que le recuerden la experiencia, dificultades para concentrarse.

SÍNTOMAS Y EFECTOS EN LA SALUD SOCIAL

Como consecuencia del aislamiento, la desvalorización y el maltrato, las mujeres tienen dificultades para establecer relaciones sociales, sienten desconfianza y manifiestan agresividad debido a los sentimientos de rabia que no han podido expresar con su agresor.

Asimismo, estimaciones del Banco Mundial indican que la victimización de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva.

[*segunda parte*]

[*capítulo 1*]

En la segunda parte trataremos las pautas de actuación del personal sociosanitario en la atención individual en consulta ante casos de mujeres maltratadas.

Para identificar a las mujeres que sufren malos tratos y poder incidir en sus actitudes es necesario conocer los signos y establecer una determinada relación con la usuaria. Se trata de hacer visibles aspectos de la vida privada que requieren una comunicación interpersonal. Establecer este tipo de relación conlleva revisar la actitud del o de la profesional, en la medida que condiciona la posición que asuma la paciente y el resultado de la intervención.

Por tanto, se necesitan instrumentos que posibiliten la intervención para que las usuarias puedan identificar y asumir su situación, para posteriormente ir modificándola, tomar decisiones sobre su seguridad una vez valorados los riesgos, etc.

1. Marco de la intervención

Las mujeres que sufren malos tratos pueden necesitar una intervención desde diferentes ámbitos profesionales: Atención sanitaria, atención psicológica, intervención social, información y asesoramiento legal, intervención policial, intervención judicial.

Las necesidades de atención de las mujeres maltratadas variarán en función de:

- Los tipos de maltrato sufridos.
- La gravedad del maltrato.
- La cronicidad de su situación, el tiempo que llevan sufriendo maltrato.
- El deterioro en su salud, tanto física como psicológica.
- Los recursos personales.
- Los recursos económicos.
- La red de apoyo con la que cuenta.

Es conveniente que todas las mujeres maltratadas reciban atención sanitaria, psicológica e información y orientación legal. Algunas, además, necesitarán la asistencia de los servicios sociales.

Terminar con una situación de maltrato no es fácil. Para hacerlo, las mujeres atraviesan un proceso que necesita un tiempo, en el que se replantean su futuro, valorando su situación econó-

mica, si existe peligro para su integridad física, su propia capacidad para empezar una vida distinta, los apoyos y recursos familiares y sociales con los que cuenta, los sentimientos de sus hijos e hijas.

A veces, cuando las mujeres verbalizan por primera vez los malos tratos que sufren, están empezando a realizar este proceso, por lo que tardarán un tiempo en tomar decisiones. Los distintos momentos en los que se encuentran las mujeres explican las diferentes demandas que realizan, su comportamiento ante la ayuda que se les ofrece, su indecisión, su vuelta al silencio o el uso de mecanismos de defensa, como quitar importancia a la violencia, justificar el comportamiento del maltratador o negar su realidad.

Si bien, esta actitud cambia en la medida que las mujeres se sienten más seguras de poder salir de la situación y aumentan sus recursos personales y sociales, expresando un mayor deseo de terminar con la violencia, sus preocupaciones, necesidad y demandas de ayuda.

Por tanto, es muy importante **el papel de los y las profesionales** de los equipos de Atención Primaria, que pueden estimular y apoyar a las mujeres en el proceso de toma de decisiones y de búsqueda de recursos.

- La escucha atenta y activa permite a las mujeres verbalizar sus sentimientos y dudas e ir avanzando en su proceso.
- Validar sus sentimientos y dudas como parte del proceso necesario para salir de la situación, aumenta la confianza en sí mismas y la esperanza de poder cambiar su realidad.
- Darles elementos para que entiendan que el comportamiento del maltratador responde a unos patrones comunes conocidos, lo que les permitirá ir rompiendo la dependencia emocional generada por éstos.
- Ayudarles a entender su malestar y problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Proporcionarles información sobre las distintas posibilidades que tienen para salir de la situación y los recursos disponibles para ayudarlas, tanto psicológica como legal o socialmente.
- Si existen grupos de apoyo para mujeres en la zona, motivarlas a que participen.
- La información legal sobre sus derechos actuales, sus derechos después de la separación, los de sus hijos e hijas, le ofrecerá mayor seguridad.
- Los servicios sociales pueden proporcionarla recursos en caso de peligro, como las casas de acogida, e informarle sobre prestaciones económicas, de vivienda, empleo o formación.

La ayuda y apoyo por parte de profesionales con experiencia en este tipo de violencia, puede ser muy positiva para avanzar en el proceso y evitar mayores sufrimientos o el aumento de la violencia y el consecuente deterioro de su salud.

Además es importante tener en cuenta que **la mayoría de las mujeres evitan formular denuncias** por el miedo a represalias. Por eso suelen hacerlo solamente cuando existe grave riesgo para su integridad física o la de sus hijos e hijas o cuando la violencia se repite a menudo, en su afán de que alguien intervenga y ponga fin a la misma. La denuncia ha de presentarse como una posibilidad más, no como la única salida ya que, en sí misma, no resuelve su situación.

Los malos tratos son un problema complejo al que no se puede dar respuestas y soluciones simples. A veces, las y los profesionales que reciben las demandas de atención de mujeres maltratadas esperan que tomen decisiones rápidas y las mantengan, que terminen con la violencia de modo inmediato. Olvidan, también por su propia necesidad de ver solucionada una situación grave, que **romper con las relaciones de maltrato, iniciar un nuevo proyecto de vida, a menudo sin recursos y con una salud precaria, exige un proceso personal y un tiempo**. Por tanto, es importante tener presentes los efectos de la violencia y todas las variables que están influyendo en una mujer maltratada. La detección precoz puede evitar que la relación de maltrato se cronifique.

De esta manera se podrá entender mejor el que las mujeres duden, se sientan inseguras, cambien su decisión, pidan ayuda y no vuelvan quizá hasta pasado un tiempo, que terminen sus frases justificando o disculpando al maltratador o culpándose a sí mismas o que quieran que les ayudemos a cambiarle a él para que mejore la situación sin romper la relación.

[*capítulo 2*]

2. Detección precoz en consulta

Existen casos de víctimas de violencia que no son detectados en los servicios sanitarios, por lo que es conveniente que los y las profesionales de Atención Primaria conozcan y se entrenen para reconocer las distintas sintomatologías que pueden presentarse y que pueden hablarnos de situaciones de violencia.

Los y las profesionales de Atención Primaria mantienen un contacto más continuado con las usuarias y por tanto, son quienes disponen de un espacio idóneo para detectar un mayor número de casos de mujeres maltratadas, pero cualquier profesional independientemente de la especialidad, puede tener casos de maltrato que quizá no ha detectado.

La gravedad y la extensión de la violencia contra las mujeres no ha sido reconocida en el ámbito sanitario, entre otras razones, porque:

- La violencia contra las mujeres ha estado naturalizada, normalizada y tolerada durante siglos.
- La violencia ha sido silenciada y minimizada. Muchos actos quedaban ocultos en el mundo privado y familiar. La violencia formaba parte de la vida privada de la pareja.
- Cuando los malos tratos comenzaron a salir a la luz, se consideraban un problema social y no sanitario. El personal sanitario no relacionaba los trastornos de salud con el hecho de estar viviendo en un continuo clima de violencia y miedo, salvo los casos de lesiones físicas graves y urgentes.
- Se producen discursos sanitarios que consideran que la biología de la mujer determina las patologías depresivas, contribuyendo a atribuir sus problemas de salud y su malestar a causas orgánicas.
- La falta de formación del personal sociosanitario para detectar los efectos del maltrato o abordarlos.
- El escaso poder y el aislamiento de las mujeres, el miedo a denunciar, el escaso apoyo familiar y social también contribuyen a que los malos tratos queden ocultos.

[2.1] Dificultades en los y las profesionales para la detección e intervención en los casos de malos tratos

Podríamos hablar de distintas variables que inciden en la dificultad para la detección de víctimas de malos tratos:

[2.1.1] Factores socioculturales. Mitos y estereotipos

Los y las profesionales de los servicios sanitarios, al igual que otros colectivos profesionales y debido a la socialización de género y a la interiorización del imaginario social sobre la violencia contra las mujeres pueden utilizar una serie de creencias y explicaciones habituales sobre los malos tratos que les impidan identificar a aquellos varones y aquellas mujeres que acuden a consulta y que ejercen o sufren malos tratos de su pareja.

A. Mitos sobre la violencia contra las mujeres

Mitos sobre la violencia masculina

«El consumo de alcohol y otras drogas determinan el ejercicio de los malos tratos»

Si bien estas sustancias son factores desinhibidores, lo más significativo de ellas es que permiten al varón autorizarse a llevar adelante una previa intencionalidad y, a la vez, tranquilizar su conciencia y anular su autocritica. (Es decir, se bebe para pegar y no se pega por beber.) Excepto pocos casos, **los varones «saben» cuándo y con quién pueden ser violentos.**

Es llamativo que estos factores suelen ser más empleados como explicación causal de la violencia por los abogados defensores de los varones violentos en los juicios y por determinadas campañas sanitarias, que por los mismos varones.

«Han sufrido violencia durante la infancia o han presenciado violencia entre los padres»

La relación entre haber sido objeto de violencia durante la infancia o haber presenciado violencia entre los padres y ser un hombre maltratador no es una causa en la que haya acuerdo: las investigaciones más recientes encuentran este dato entre un 15 y un 75% de los varones violentos, y consideran que quienes han sido violentados en su infancia tienen tres veces más posibilidades de ser violentos con otros varones en la adultez.

Además, no existen estudios que exploren el número de los varones no violentos que han tenido historias de violencia en el hogar. En cambio, sí se ha estudiado que muchos de los varones activistas en la lucha contra la violencia han tenido este pasado, y les ha servido para rebelarse a él. Por tanto, **no se puede establecer una relación causal entre pasado de violencia y violencia actual** aunque la experiencia de crecer presenciando violencia directa, humillaciones o privaciones y exigencias emocionales, el ser testigo de abusos contra su madre o el sufrirla ellos mismos, donde los niños aprenden que es posible lastimar a una persona amada, es un factor de riesgo.

En algunos casos, estas experiencias personales inculcan profundos patrones de confusión, frustración e ira contenida en la que sólo las manifestaciones de ira pueden eliminar sentimientos de dolor profundamente arraigados.

Finalmente, podemos destacar la importancia del amplio ámbito de la violencia trivial entre los niños. En muchas culturas, los niños crecen con experiencias de peleas, de hostigamiento y brutalización. La mera sobrevivencia requiere, para algunos, aceptar e interiorizar la violencia como una norma de conducta.

«Los varones son “naturalmente” violentos»

No todos los varones ejercen violencia, aunque podrían ejercerla (al igual que las mujeres). La «facilitación» natural para el descontrol que algunos alegan tampoco es tan natural, tanto que, **los varones pueden contener y evitar su violencia si el contexto no lo permite o les pueden acarrear perjuicios** —salvo casos de patología orgánica cerebral o psicopatología grave—.

En cuanto a la testosterona —la hormona masculina— que influye en la sexualidad de los humanos y en el nivel de inquietud psicomotora, su influencia en la manifestación de la agresividad, depende de una compleja trama de permisos/inhibiciones sociales y subjetivas. **Los varones son violentos por razones «culturales» y no naturales.**

«Los varones que ejercen violencia sufren problemas “psíquicos”»

Hasta la creciente deslegitimación de estas acciones, la violencia masculina acotada al ámbito privado era parte de la «normalidad» masculina.

Los varones violentos no padecen especialmente patología psiquiátrica, ni son desequilibrados. Si bien, hay algunos varones —pocos— que por su patología son violentos en cualquier situación, **la mayoría discrimina «muy cuerdamente» en que situaciones se pueden «permitir» ejercer violencia.**

Algunos varones violentos son conocidos como irritables, pero muchos son «gente normal»: buenos vecinos, solidarios con la comunidad. No tienen tampoco doble personalidad, sino que su violencia sólo aflora cuando la mujer no se somete.

«Los varones que ejercen violencia tienen baja autoestima»

Si bien, la baja autoestima puede ser una característica en los varones que ejercen violencia, no es un hallazgo constante. Existe un grupo de varones que, por el contrario, tienen una autoestima elevada, aunque generalmente con características lábiles en tanto depende para su sostenimiento del sentirse superior (y para ello quienes le rodean deben aceptar la inferioridad), y del aplauso de la mujer.

La idea de la baja autoestima como característica general de los varones que ejercen violencia ha surgido especialmente de la observación de varones violentos que reciben atención psicológica o están en prisión debido a sus comportamientos violentos y se han inte-

grado a programas de tratamiento. En realidad, muchos de estos varones tienen un cuadro de inseguridad debido a la vulnerabilidad en la que se hallan por las consecuencias de su conducta (pérdida de familia, proceso judicial, vergüenza pública), y debido a ese episodio su autoestima es baja en ese determinado momento. Algunos la tenían previamente, pero en otros, antes de los episodios violentos lo que predominaba era un exagerado concepto de sí mismo.

«Los hombres ejercen violencia porque no pueden controlarse»

Se considera que los varones responden de forma agresiva frente a presiones o aquello que les molesta, o que expresan su ira de modo exagerado y poco controlado. Sin embargo, el descontrol en la violencia masculina, es «controlado» en función del contexto y de las relaciones de poder.

No es una causa, sino un efecto. El descontrol se ejerce con una persona más débil que él. **Es una violencia selectiva que se expresa exclusivamente en relaciones donde el varón tiene más poder.** Así, podemos observar que no se «permite» descontrolarse con su jefe o la policía o se descontrola menos si hay un extraño.

El varón elige «controladamente» el lugar, la víctima, el momento y las partes del cuerpo de la mujer que habitualmente se golpean.

«Sólo algunos varones ejercen violencia»

En cuanto a la cantidad de varones que ejercen violencia se puede convenir que si definimos como violencia únicamente a la violencia física o sexual y nos fijamos en la violencia que se ejerce a través de acciones físicas y sexuales graves, y si además sólo tenemos en cuenta la violencia que se denuncia, pudiera parecer que no son muchos los varones que ejercen este tipo de violencia.

Sin embargo, no sólo existe esta violencia que se muestra en los medios de comunicación y que es motivo de preocupación, porque supone riesgo para la vida, sino que también existen otros tipos de violencia más cotidianas y menos visibles ejercidas por los varones.

Mitos sobre las mujeres maltratadas

La violencia contra las mujeres está rodeada de prejuicios que justifican a los hombres y responsabilizan a las mujeres de la violencia que sufren.

Estas ideas preconcebidas y erróneas, influyen y predisponen negativamente ante las mujeres víctimas de malos tratos e impiden, en ocasiones, actuar de forma efectiva tanto en la detección precoz, como en la intervención sociosanitaria. Algunos de estos mitos son:

«Pertenecen a sectores socialmente desfavorecidos o marginales y con escasos recursos económicos»

La realidad es que **los malos tratos se producen en todos los niveles socioeconómicos y culturales**. Sin embargo, las mujeres que tienen redes sociales y familiares que las apoyan afectiva y económicamente, no buscan ayuda en los recursos sociosanitarios públicos, ni suelen presentar denuncias, por lo que las características de las mujeres que son atendidas en los servicios sociales refuerzan la idea de que solamente en las familias desestructuradas y con problemas económicos, de marginación o bajo nivel cultural se producen malos tratos. Además, las mujeres de alto nivel socioeconómico se sienten muy presionadas socialmente para ocultar su problemática.

«Los malos tratos los sufren mujeres con unas características determinadas de personalidad o que tienen un comportamiento provocador»

Este mito atribuye a las mujeres el ser las «provocadoras», al mismo tiempo que considera que las mujeres continúan en una situación de malos tratos debido a que el sometimiento les produce placer. Explicaciones consonantes con el lugar de «culpable» que la cultura patriarcal adjudica a las mujeres.

Se responsabiliza a las mujeres del comportamiento de los hombres, ya que se les supone que pueden hacer que un hombre violento cambie si lo tratan con comprensión y paciencia y no lo ponen nervioso.

Se ignora que los maltratadores puedan ver como provocación cualquier actitud femenina que implique una transgresión a su rol tradicional de atención y cuidado del varón. Debido a esta falsa creencia, las mujeres tienden a pensar que si no hubieran adoptado una conducta determinada (si no hubieran sido provocativas) podrían haber evitado la violencia. Sin embargo, **la violencia ejercida no depende de lo que haga o no la mujer, sino de la atribución de significado que el varón da a la conducta de ella**: cualquier cosa (y hoy puede ser una y mañana otra cosa) que él sienta que ataca su estatus o virilidad es provocador.

Un activador «provocativo» frecuente y que, muchas veces, desencadena violencias gravísimas, es la idea de un abandono inminente por parte de la mujer.

Este mito ignora también que en las relaciones, los varones tienden a autoasumir un rol dominante desde el que ejecutan diversos sometimientos, generando vínculos no simétricos de cuyos resultados no se puede responsabilizar a ambas partes por igual: más poder significa también más responsabilidad. Pero, la mujer tiene interiorizada su culpabilidad y los varones siguen pensándose inocentes, sintiendo que están a merced de fuerzas externas (entre ellas la mujer) ante las que no queda otra opción que defenderse.

Una variante de este mito, consiste en responsabilizar a ambos miembros de la pareja de la violencia, desconociendo las diferencias de poder y por tanto las menores posibilidades de libertad de opinión y acción de la mujer. La violencia es una actitud personal del varón que no puede justificarse por provocaciones.

«Las mujeres que continúan y “aguantan” una relación de maltrato durante tiempo, incluso años, es porque quieren»

Hay muchos motivos por los que las mujeres soportan durante años los malos tratos: el estado emocional que produce la violencia (la pérdida de autoestima, la depresión, el miedo, los sentimientos de incapacidad), la falta de apoyo familiar y de relaciones afectivas, la esperanza de que su pareja cambie, las expectativas sociales sobre las mujeres, las dificultades económicas al tener que empezar una nueva vida, los procesos a los que tiene que enfrentarse, la falta de apoyo social... hacen que una mujer tarde en tomar la decisión de terminar con la situación de maltrato.

«Los malos tratos a mujeres son actos o comportamientos aislados»

La violencia grave es sólo la punta del iceberg de una enorme cantidad de violencias: diversos tipos y grados de violencias físicas leves, violencias psicológicas, violencias emocionales, violencias económicas, violencias contra los objetos o personas queridas por la víctima y micro-machismos, que circulan en la cotidianeidad de muchos hogares.

La violencia física, por supuesto, ocupa un lugar destacado entre estas violencias. Pero si partimos de la definición asumida por distintos organismos internacionales sobre la violencia doméstica como «toda acción o conjunto de acciones realizadas en el hogar, que utilizan abusivamente el poder para lograr dominio sobre otra persona, forzándola y atentando contra su autonomía, dignidad, privacidad o libertad», no podemos negar que la violencia que mayoritariamente padecen las mujeres a manos de varones es más generalizada y cotidiana.

Violencia que, en algunos casos, produce daños físicos, pero que siempre produce daños mucho menos visibles y duraderos como son los daños a la autonomía, autoestima y dignidad.

La violencia **no consiste habitualmente en actos o comportamientos aislados sino en un proceso de violentación.**

B. Función y efectos de los mitos

Los mitos no sólo explican sino que plantean una propuesta implícita de acción. Así, al definir la violencia y limitar su complejidad generan respuestas y formas de enfrentamiento específicas a dicho fenómeno. Son abordajes estratégicos que priorizan:

- *La judicialización*: los violentos son sólo delincuentes.
- *La psiquiatrización y psicologización*: los violentos deben ser tratados para eliminar las «causas» que provocan su comportamiento (alcohol, drogas, mal manejo de la ira, baja autoestima, etc.)
- *La individualización del fenómeno*: la violencia es problema de los violentos y la sociedad «sana» debe defenderse de ellos o tratarlos.

Estas repuestas recortan la amplitud de las acciones a realizar, al no tener en cuenta las variables psicosociales que producen y mantienen la violencia, así como las especificidades masculinas que la propician en el comportamiento de los varones.

Los mitos como encubridores

Los mitos sobre la violencia masculina son, en su mayoría, factores relacionados con la violencia, pero no factores causales. Muchos, son factores agregados de riesgo, agravantes, mantenedores o reforzadores, o bien efecto, pero no causa de la violencia.

Pese a su falsedad, estos mitos persisten como verdades en el discurso social, porque cumplen numerosas funciones. Proponen respuestas simples y tranquilizantes a cuestiones sociales complejas y ocultan y encubren aspectos de esa realidad que la sociedad aún no puede asumir, invisibilizando algunas condiciones de su producción social.

Los mitos sobre la violencia sirven para encubrir:

- **La amplitud del fenómeno**, en la medida que únicamente se considera violencia, la violencia física o sexual grave.
- **La causalidad sociocultural del fenómeno y de poder social masculino**, dado que esta violencia representa la forma en que se expresa el ejercicio de poder de los varones contra las mujeres en el ámbito de lo privado e íntimo.
- **El poder asumir los malos tratos como un problema que atañe a todos**, en cuya responsabilidad de producción/perpetuación interviene toda la sociedad.
- **La antigüedad, habitualidad y «normalidad», la legitimación social y tolerancia** al uso de ésta y otras violencias como modo de resolver conflictos a través del abuso de poder, y como una forma de control que se ejerce contra las mujeres.
- **El consentimiento social hacia las formas menos graves** de los malos tratos a mujeres.

■ **El beneficio que proporcionan a los varones (y el perjuicio que ocasionan a las mujeres) porque minimizan la responsabilidad masculina:**

1. Los mitos explican la violencia por *factores ajenos al varón* (factores sociales, trastornos que de un modo u otro suponen descontrol).
2. *Niegan que haya una intencionalidad masculina*, un para qué y una utilidad.
3. *Ocultan el silencio cómplice* masculino que favorece la minimización o el ocultamiento de estos hechos.
4. Colocan a los varones en dos categorías: los violentos y maltratadores (muy pocos según los mitos) y los no violentos (la inmensa mayoría), *ocultando la existencia de un elevado número de varones que ejercen violencias menos graves*, de manera que la mayoría de los varones no se sienten implicados en el problema de la violencia, al que consideran como un problema de las mujeres.
5. *No explican por qué*, si las mujeres también pueden consumir alcohol, drogas, ser pobres, haber sido violentadas de niñas, etc., *son los varones predominantemente, y no ellas, quienes maltratan*.

Los mitos, aliados de los violentos

Las actuales definiciones de la violencia (se considera violencia únicamente cuando los hechos son graves) y los mitos que la explican benefician claramente a los varones, en tanto los ponen fuera de la solución del problema, o como víctimas de su naturaleza, la mujer o fuentes externas aparentemente inmanejables. Tanto es así que quienes ejercen violencia (así como muchos de los que los juzgan o defienden) explican sus comportamientos con los mismos argumentos que lo hacen los mitos, desresponsabilizándose de su comportamiento personal, encontrando atenuantes a su actuación.

La actitud irresponsable, avalada por los mitos, tiene además estrategias específicas de justificaciones y excusas, confusión, minimización y desvío del problema hacia los factores causales (la mujer principalmente).

Los mitos sobre la violencia masculina y las estrategias masculinas de desresponsabilización se refuerzan mutuamente, beneficiando a los varones al confirmar su «inocencia» o su situación de «víctima de las circunstancias».

Los mitos tienen también algunos efectos negativos sobre los varones:

Los mitos, al modelar un retrato del varón que ejerce violencia como alguien desequilibrado o inerte frente a fuerzas «externas» —una caricatura—, impiden que los varones con problemas de violencia puedan reconocerse en él. Les impiden —sobre todo—, al inicio del

vínculo y aunque se perciba y se avergüence de ser violento, reconocerse (o que la mujer lo reconozca) ante terceros y hablar de ello. (¿Cómo decir que existe descontrol, o acciones violentas, si eso equivale a ser etiquetado de monstruo, loco, descontrolado o delincuente?)

Todos los mitos nombrados están tan incorporados en el imaginario social que aun las mujeres maltratadas tienden a evaluar la actitud de su pareja desde estas falsas creencias. Las mujeres tienden a definir como violencia solamente la violencia física. El resto de las violencias tiende a ser disculpada porque no se evalúa como violencia, sino como «descontrol» debido a factores de enfermedad o externos. Esta evaluación contrasta con la que tienen muchos varones violentos que han participado en programas psicosociales de reeducación: ellos llegan a reconocer que **su comportamiento violento excede al momento de la agresión física, y que es parte de un continuo de acciones en un intento de obtener un control global de la mujer.**

Por tanto, los y las profesionales del sistema sanitario, en la medida que puedan cuestionar este imaginario social sobre los malos tratos a las mujeres van a sentirse más capacitadas para identificar este tipo de violencia.

[2.1.2] Factores del contexto de la consulta

La **falta de privacidad** en algunas consultas médicas, sobre todo las de urgencias (donde muchas veces la exposición del problema se hace en el control de admisión, en una sala llena de gente), hace difícil la intimidad necesaria para poder hablar de malos tratos.

En caso de maltrato, puede ocurrir que la mujer no puede estar a solas con el médico o la médica en la consulta, porque **su pareja le acompaña**, apareciendo solícito y preocupado por ella las más de las veces o, por el contrario, distante y despreocupado, pero siempre presente, condicionando la actitud y comunicación de la mujer.

Es función del o de la profesional conseguir que el acompañante abandone la consulta (con motivo de la exploración, por ejemplo); no quiere decir que entonces la mujer se comunique, ya que no hace falta que él esté presente para que sienta miedo, pero por lo menos le facilitaremos la posibilidad de expresarse.

Una dificultad añadida es la **escasez de tiempo disponible** para la atención de cada paciente que acude a la consulta.

[2.1.3] Factores de las propias mujeres maltratadas

Las mujeres maltratadas desarrollan toda una serie de **mecanismos de defensa y supervivencia**, al estar inmersas en una situación de violencia, que muchas veces se cronifica. Son reac-

ciones de miedo, vergüenza, sentimientos de culpa, y de quitar importancia a lo que ocurre, que les dificulta el reconocer y/o asumir que son víctimas de malos tratos.

- **Miedo:** la mujer ha sufrido amenazas contra ella y sus hijos e hijas si cuenta lo que le pasa. Puede tener miedo a las represalias, a que la violencia sea más intensa si dice algo, o denuncia.
- **Vergüenza:** la mujer se avergüenza de vivir esta situación, cree que sólo le pasa a ella, y que ha fracasado en su proyecto más importante: la pareja y la familia. Es el fracaso de su proyecto vital; pueden pensar que es mala madre o esposa; que algo habrá hecho, que *«los trapos sucios se lavan en casa»*... La vergüenza también puede venir por no ser capaz de dejarle, aunque lo haya intentado en otras ocasiones. También en muchos casos, la mujer piensa que las lesiones o secuelas que tiene son poco importantes y no es necesario mencionarlas ante el médico o la médica.
- **Distorsión / Falta de conciencia / Minimización:** la mujer parece no darse cuenta de la gravedad y peligrosidad de su situación; quita importancia y se agarra a fuertes convicciones. Puede decir frases del tipo: *«estoy exagerando, no es para preocuparse tanto...»*, *«son cosas mías...»*, *«estoy segura que nunca me mataría, aunque lo diga»*, *«seguro que no llega tan lejos...»*; *«a los niños no es capaz de hacerles daño...»*; son más deseos que realidades y responden a la necesidad de creer que esto es así, al no poder enfrentar cognitivamente la realidad que están viviendo. En muchos casos las mujeres creen que la violencia no se va a repetir, cuando lo cierto es que no sólo no disminuye, sino que se incrementa en gravedad y frecuencia.
- **Negación:** la mujer niega que ocurra nada, que su situación precise de una ayuda exterior; *«es lo de siempre, no se preocupe, estoy acostumbrada»*, *«sé lo que me hago»*...
- **Resistencia:** a reconocer lo que está pasando. La mujer **justifica, comprende y disculpa a su agresor:** *«perdió los nervios»*, *«está pasando una mala racha»*, *«en el fondo me quiere»*, *«si él es bueno»*...
- **Culpabilización:** la mujer asume la responsabilidad de lo que ocurre; probablemente es algo que su compañero le ha repetido muchas veces: *«él tiene razón, soy un desastre, no tengo las cosas como él quiere»*, *«es verdad que la comida estaba fría...»*, *«los niños hacían tanto ruido...»*, *«yo también... es que tengo poca paciencia, hay que saberle llevar...»*. En muchos casos cree que merece lo que le pasa.

La culpa es uno de los aspectos más presentes y difíciles de neutralizar en el trabajo con mujeres maltratadas. Una educación personal y social basada en la responsabilidad de lo afectivo y familiar, hace que las mujeres se sientan culpables por casi todo: por quejarse, por hacer sufrir (a los hijos y a las hijas, al marido, incluso a los suegros), por querer acabar con el maltrato, por tomar decisiones por sí mismas.

Todas estas respuestas **impiden que las mujeres reconozcan**, y por lo tanto **reaccionen y tomen medidas** para cambiar su situación; estas reacciones les mantienen bloqueadas, confusas, paralizadas. La necesidad de *cuidar, ser buenas madres, mantener unida a la familia*, como mandatos sociales del ideal femenino actúan como fuerzas en el mantenimiento de estas respuestas.

Muchas veces la mujer reaccionará cuando la agresión haya sido tan fuerte, que le haya producido una lesión importante, o cuando vea a sus hijos e hijas en peligro; cuando llega ese momento podemos asegurar que el proceso de violencia y maltrato viene produciéndose desde mucho tiempo antes, y que la mujer está atrapada en ese círculo de violencia del que es tan difícil salir.

Estas reacciones se han considerado similares al «síndrome de Estocolmo» donde la mujer, cuya vida está absolutamente en manos de su agresor, agradece el seguir con vida, y cualquier pequeño gesto que éste le haga, lo valora en exceso.

Además de estas actitudes podemos añadir:

- *Desconfianza en el personal sanitario*: la mujer cree que el personal sanitario no puede ayudarla en estos temas; quizá en alguna ocasión intentó decirselo a algún profesional sanitario sin resultado. Quizá crea que no es su función o no confía en la confidencialidad de la información y teme que su compañero se entere (por ejemplo en poblaciones pequeñas donde «todo el mundo se conoce»...).

[2.1.4] Factores personales del y la profesional

No sólo los factores de las mujeres están presentes; también influyen los factores personales de las y los propios profesionales sanitarios.

Es necesario reflexionar sobre las actitudes con las mujeres que acuden a consulta y sobre la forma de relacionarnos con ellas, descubrir los propios prejuicios sexistas, mitos y estereotipos adquiridos durante la socialización y reforzados en la práctica profesional y en la vida cotidiana.

- ☐ No medicalizar o psiquiatrizar o patologizar la problemática de la violencia.
- ☐ No victimizar más a las mujeres con nuestras actitudes o comentarios, minimizando o responsabilizándola de la situación.
- ☐ No cerrar los ojos a la violencia, aprender y conocer más sus efectos y manifestaciones para abordarla sin miedo.

- ❑ Conocer los recursos sociales y comunitarios existentes que puedan ofrecer ayuda a las mujeres.
- ❑ Cuidar el lenguaje, no utilizar etiquetas o palabras técnicas. Dar información, nombrar la violencia.

Dificultad de la exploración:

- Algunos/as profesionales piensan que si preguntan por los malos tratos van a necesitar mucho tiempo, y que va a ser muy arduo investigarlo.
- También piensan que preguntar es abrir «una caja de truenos» que luego no van a saber contener y tratar. Les da miedo la posible reacción de llanto, crisis emocional...
- Temen que la paciente se ofenda o moleste si se le pregunta por estos temas.
- Pueden sentir una fuerte sensación de impotencia para intervenir en estas situaciones, creyendo que no pueden hacer nada para que cambien. También piensan que es un trabajo más adecuado para los psicólogos y las psicólogas.
- Creen que entre sus pacientes no hay casos de malos tratos; muchas veces conocen a los agresores y no creen que desarrollen esa conducta.
- Pueden pensar que es un asunto privado; o que la mujer provoca ese tipo de situaciones...

Frente a todas estas ideas y actitudes es bueno señalar que:

- Los malos tratos los pueden sufrir cualquier tipo de mujeres con independencia de su condición social, raza, edad, o nivel de estudios. Asimismo, la apariencia de muchos agresores es engañosa y pueden tener una imagen social de personas afables y educadas.
- Un entrenamiento y unas habilidades adecuadas, pueden hacer que la detección de situaciones de maltrato no sean largas, ni laboriosas.
- Preguntar directamente sobre situaciones de violencia que estén en la base de una serie de síntomas, puede ahorrar mucho tiempo en el diagnóstico y en el tratamiento, ya que muchas de estas pacientes están recurrentemente acudiendo a la consulta con diferentes síntomas.
- El papel del personal sanitario en la identificación de los malos tratos es sumamente importante y no se sustituye por la intervención de otros y otras profesionales, sino que se complementa con ellos.
- No hay que desesperanzarse en el trato con mujeres víctimas de malos tratos; si en una primera consulta no ha sido capaz de tomar la decisión de romper con esa situación, puede ser en la siguiente, o quizá en la tercera cuando necesite el apoyo del o de la profesional para dar el paso definitivo.

Por tanto, es necesario que el personal sanitario revise sus conocimientos y actitudes hacia el tema de la violencia. Sus ideas preconcebidas, experiencias personales, prejuicios, miedos, y desconocimiento, van a estar presentes en la consulta e incidirán en que se puedan hacer, o que eviten ciertas preguntas.

[2.2] Reconocimiento de los síntomas de malos tratos

[2.2.1] Síntomas físicos

Para la detección precoz, algunos de los signos a tener en cuenta son:

Molestias físicas recurrentes y mal definidas que no presentan patología orgánica y que son consecuencia de la violencia cotidiana:

- Dolor de cabeza, torácico, de espalda, pélvico.
- Palpitaciones.
- Dificultades respiratorias.
- Trastornos digestivos.
- Hormigueos.
- Mareos.
- Insomnio.
- Cansancio y agotamiento.

También podemos encontrar casos más evidentes que presentan las siguientes *Lesiones y daños físicos*:

- Traumatismos leves o graves en forma de hematomas, quemaduras, erosiones, magulladuras, cortes y fracturas en todo el cuerpo o en cualquier parte del mismo: ojos y cara, cuero cabelludo, espalda, extremidades, pechos, abdomen....
- Hemorragias nasales frecuentes o fracturas del tabique nasal.
- Pérdida de piezas dentales.
- Enfermedades de transmisión sexual.

Hay que prestar especial atención y cuidado a los síntomas en **mujeres embarazadas**. Muchos hombres recrudecen sus ataques durante los embarazos. Pueden aparecer trastornos o incluso abortos «espontáneos» que se deben a agresiones por parte del compañero.

Aunque hay que tener en cuenta que según relatan las mujeres, los agresores «aprenden a pegar». De golpes más generalizados al principio, posteriormente van golpeando en zonas donde se note menos.

[2.2.2] Síntomas Psíquicos y Sociales

- Depresión.
- Ansiedad.
- Angustia.
- Confusión.
- Comportamiento disociativo.
- Hipervigilancia, bloqueo emocional, pensamientos intrusivos repetitivos.
- Trastornos de la alimentación: anorexia/bulimia.
- Abuso de la ingesta de alcohol y, en algún caso, otras drogas.
- Consumo de psicofármacos —sedantes y ansiolíticos—.
- Ideas o intentos de suicidio.
- Incomunicación.
- Aislamiento social.
- Bajas laborales.

[2.2.3] Actitud de la mujer maltratada

En muchos casos la actitud, la manera de estar, y el relato que nos hace la paciente puede indicarnos que está sufriendo malos tratos:

- Mujeres angustiadas y tristes.
- Mujeres asustadas y temerosas, que se alteran cuando, por ejemplo, se abre la puerta.
- Mujeres con una actitud evasiva.
- Mujeres envejecidas prematuramente.
- Mujeres con una actitud sumisa, vergonzosa.
- Mujeres que se desvalorizan, con baja autoestima; no sienten que merecen atención; se califican de incapaces, torpes.

En mujeres con lesiones:

- El relato que hace no concuerda con el tipo de lesión que presenta.
- Presenta un historial de frecuentes «accidentes» (habla de resbalones, caídas, golpes con muebles y puertas).

- Tarda en ir al médico o médica y va cuando las lesiones están curándose. Puede manifestar quejas vagas, difíciles de explorar.
- Habla someramente de «problemas en casa» («estoy más nerviosa y tenemos más discusiones»...).
- Quita importancia, justifica sus lesiones.

También puede detectarse que la usuaria incumpla el tratamiento o falta a las citas concertadas, o incluso las citas son anuladas reiteradamente por ella o por el marido o compañero.

La actitud de la pareja cuando le acompaña a la consulta puede ser un indicador que nos ponga sobre aviso de posibles malos tratos. Puede mostrarse excesivamente preocupado y solícito con el fin de controlar la relación entre la usuaria y el/la profesional o excesivamente despectivo o bien minimiza el malestar de la mujer.

Ante esta situación hay que invitarle a salir de la consulta.

(Ver Anexo IV.)

SEÑALES QUE INDICAN UNA POSIBLE RELACIÓN DEL MALTRATO

- Agotamiento físico y psíquico, síntomas psicosomáticos diversos: dolor de cabeza, espalda, estómago, insomnio.
- Problemas de tipo ginecológico, infecciones recurrentes.
- Inseguridad, actitud de sumisión, miedo, comportamiento tímido, temeroso, avergonzado, evasivo, ansioso o muy pasivo.
- Historia de problemas psicológicos, como depresión, ansiedad, pánico.
- Consumo de psicofármacos.
- Ingesta de alcohol y otras drogas.
- Aislamiento, no tener actividades y relaciones fuera del entorno familiar.
- Historia de accidentes.
- Ideas o intentos de suicidio.
- Maltrato a los hijos e hijas.
- Huellas de golpes en distintos sitios, hematomas, cortes leves.
- Recelos en dar información y lesiones que no corresponden con las explicaciones que ofrece.
- Hablar del marido o pareja como una persona agresiva, temperamental, colérica, incluso afirmar que ha existido algún episodio de violencia y posteriormente justificarlo o minimizarlo.

[2.3] Actitudes y habilidades en la comunicación entre el personal sanitario y las usuarias

[2.3.1] Actitud del personal sociosanitario

Conviene que el/la profesional se sienta seguro/a para poder indagar sobre una posible situación de maltrato, una vez detectados los síntomas. Podemos formular preguntas directas y abiertas o sugerirle que sospechamos que sus lesiones o malestar pueden ser producidos por la situación que vive en sus relaciones familiares.

Ante sospecha de sufrir malos tratos, éstas podrían ser algunas de las preguntas:

- ¿A qué cree que se debe su malestar y sus problemas de salud?
- ¿Está viviendo alguna situación problemática que le haga sentirse así?
- ¿Qué piensa y qué le dice su marido/compañero? ¿Le preocupa que usted se encuentre mal?
- ¿Cómo se siente en su relación con su marido o compañero?...
- Muchas parejas tienen discusiones, ¿qué pasa cuando ustedes discuten?
- Ya sabe que ahora se habla mucho sobre los malos tratos, ¿ha sufrido usted una situación así?
- La encuentro intranquila, ¿por qué no me cuenta qué le está pasando?

En caso de lesiones físicas también se puede preguntar:

- Este tipo de lesión que tiene usted suele aparecer cuando se ha recibido un puñetazo/corte/golpe fuerte/etc. Me gustaría que me contase cómo se lo ha producido...

Estas u otras preguntas son válidas, cada profesional tiene su estilo, su forma de comunicación. Lo importante es no tener miedo a este tema y no evitar, sino favorecer el hablar de su problema en la consulta.

Se trata de crear un clima y una relación que genere **confianza y tranquilidad** para que la mujer pueda hablar.

Si no puede hablar de ello y se sospecha que sufre malos tratos, hay que transmitirle que nos interesa el tema y que en nuestra consulta tiene un lugar donde hablarlo cuando ella quiera o se atreva.

Si la mujer reconoce estar sufriendo maltrato, la actitud del/la profesional de **escucha activa**, permitirá captar no sólo lo que dice, sino también el contenido emocional y la demanda que puede

estar implícita en lo que comunica, haciéndole saber que se cree su versión (que por lo general, no sólo no exagera, sino que normalmente minimiza lo que ha pasado); así, es conveniente que se vea reforzada y entendida con respuestas que vayan encaminadas a **transmitir mensajes** como:

- El derecho a vivir sin violencia.
- Que nadie tiene por qué vivir situaciones de maltrato físico, psicológico o sexual.
- Que no son situaciones inherentes al matrimonio o relación de pareja.
- Que se puede encontrar ayuda y apoyo.

Es importante **dar elementos** para que la mujer pueda entender lo que le está pasando y **ofrecer recursos e información**, motivándola a dirigirse a profesionales especializados que puedan ayudarla.

Es bueno recordar que los mensajes deben transmitirse respetando el proceso de cada mujer y sus posibilidades para enfrentar la situación.

[2.3.2] Actitudes y habilidades que favorecen la comunicación:

Empatía: es la capacidad de percibir y comprender lo que piensa y experimenta la otra persona, y comunicarle esta comprensión en un lenguaje que entienda (evitando la *fusión* con el sentir del otro).

Aceptación: supone acercarse a la otra persona con respeto, sin un juicio previo; aceptándola, lo que no implica «estar de acuerdo».

Congruencia: es la capacidad de ser uno mismo y conocer cómo me afectan personalmente las cosas que escucho. Ayuda a no estar en tensión y a la defensiva, y a no tener miedo a verse desbordado por las situaciones.

Concreción: capacidad para centrar la experiencia, ir a lo importante, evitando generalizaciones y teorizaciones.

[2.3.3] Obstáculos en la intervención personal sociosanitario-mujer maltratada

- Prejuicios y filtros culturales; no entender su «lenguaje» o forma de expresión.
- Exceso de respeto; miedo a implicarse.
- Sentirse excesivamente afectado/a.
- Actuar dando consejos, soluciones.
- Tomar decisiones por ella; querer «solucionarle la vida».
- Emitir juicios sobre la situación.

[capítulo 3]

3. Intervención en casos de lesiones y daños

[3.1] Valoración de lesiones y daños

Tiene que ser exhaustiva y pormenorizada, examinando todo el cuerpo, detectando posibles lesiones anteriores mal curadas, teniendo en cuenta todos los síntomas e indicadores de violencia, que hemos señalado anteriormente.

Es importante informar a la mujer de las exploraciones que se le van a realizar y la finalidad de las mismas.

La exploración se hará sin prisa, serenando a la mujer, y favoreciendo su colaboración.

[3.2] Informe médico

El informe médico es de vital importancia como prueba judicial en caso de denuncia. Aunque la mujer no ponga la denuncia en este momento concreto, lo necesitará y le será de gran ayuda si se decide a hacerlo en otro momento.

Al realizar el informe de lesiones hay que ser extremadamente cuidadosos detallando todas las marcas actuales y anteriores.

La descripción de las lesiones debe hacerse teniendo en cuenta:

- Su naturaleza: contusiones, erosiones, heridas, mordeduras, quemaduras, fracturas...
- Localización.
- Forma.
- Tamaño.

Es conveniente usar unos esquemas corporales que permitan dibujar sobre ellos la localización de las diferentes lesiones, y que completarán el informe escrito. Es importante que el informe escrito sea legible y claro, de manera que pueda entenderlo una persona profana en la materia, pasado un tiempo. Si no será tenido en cuenta por los jueces y las juezas o le citarán en el juicio al no haber entendido su informe. Incluso, si es posible, puede ser muy útil, tomar fotografías de las zonas lesionadas; se harán con consentimiento, a poder ser por escrito, de la paciente, y se hará constar la fecha en que fueron tomadas y por quién. Todo esto se adjuntará al informe.

Hay que hacer referencia a la descripción que la mujer relata de cómo han acontecido los hechos, utilizando sus mismas palabras: la paciente refiere «me cogió del pelo y me golpeó contra la pared de la habitación».

En el informe hay que mencionar explícitamente el estado psico-emocional de la paciente (ansiedad, bloqueo, llanto...), y su actitud durante la exploración.

También hay que indicarle que pueden ser pruebas las ropas rotas o manchadas (sobre todo en casos de agresión sexual), y los objetos con que han sido agredidas; es conveniente que la mujer los guarde para el juicio ayudándola a que dé importancia a estos pasos.

Se indicará el pronóstico según la gravedad y el tratamiento conveniente.

También hay que especificar si precisó hospitalización e indicar el número de días de estancia.

Conviene indicar en el mismo informe, la derivación que se hace: derivación al servicio de salud mental, servicios sociales, u otros servicios especializados. Cada profesional que atienda a esa mujer debe dejar constancia escrita de su intervención; será de gran ayuda para el médico o la médica forense y para el posterior juicio.

Una vez rellenado el informe, se le leerá en voz alta, repasando las lesiones a fin de que la descripción sea lo más exacta posible y puedan determinarse futuras secuelas.

Se le entregará una copia firmada y sellada, con la que debe acudir (preferiblemente acompañada de testigos) a poner la denuncia (Juzgado, Cuartel de la Guardia Civil o Comisaría de Policía).

Otra copia debe quedarse en el centro sanitario junto a su historia clínica, y otra se enviará al Juzgado de Instrucción competente o al Secretario o Secretaria de Juzgado (en pueblos pequeños lo es de oficio el Secretario o Secretaria del Ayuntamiento) [5].

[3.3] Tratamiento

El tratamiento de las lesiones corporales se hará según diagnóstico. En agresiones sexuales se hará un tratamiento preventivo referente a la posible gestación, y a las enfermedades de transmisión sexual. Es imprescindible la derivación para tratamiento psicológico.

Además hay que considerar que el «tratamiento» de una mujer maltratada va más allá de curar sus lesiones. Como hemos señalado, la actitud de acogida, la escucha activa, entre otras, serán imprescindibles en estos tratamientos.

Asimismo se le facilitará información para comprender el proceso que está viviendo, y dará información sobre recursos y teléfonos de emergencia.

(ver ANEXO I, ANEXO II y ANEXO III).

[3.4] Seguimiento y elaboración de un plan de seguridad

Siempre que detectemos peligro para su integridad física es necesario ayudar a elaborar un plan de seguridad para que tanto la mujer como sus hijos e hijas eviten situaciones de riesgo.

Este plan de seguridad puede consistir en:

- Asegurarse de que no haya armas u otros objetos peligrosos, al alcance del agresor.
- Concretar si es posible una señal con algún/a vecino o vecina en caso de peligro.
- Que lleve consigo de manera discreta los teléfonos de emergencia.
- Que tenga preparados por si tiene que huir precipitadamente:
 - Documentos importantes: cartilla médica de ella y los hijos e hijas, cartilla del banco, denuncias e informes médicos, libro de familia, etc.
 - Ropa para estar cómodos y algún objeto o juguete que quieran mucho...
 - Llaves del coche, de la casa...

Es importante, también conocer los recursos de su comunidad para asesorarla y derivarla adecuadamente.

Se deberá garantizar su seguimiento para valorar los resultados de pruebas complementarias, la evolución de las lesiones y su estado psíquico y saber si está recibiendo ayuda psicológica o si ha acudido a asesorarse legal y socialmente.

[3.5] Revisión personal y autocuidado por parte de los y las profesionales

El personal sociosanitario que interviene en situaciones de malos tratos ha de cuidar su propia salud.

Al ser un trabajo que compromete mucho, tanto a nivel subjetivo como emocional, sería deseable tener tiempo para revisar y evaluar la propia resonancia personal y lo que está movilizándolo la intervención en los distintos casos.

El trabajo relacionado con mujeres maltratadas, al igual que otras problemáticas que se atienden en consulta, es duro para los y las profesionales por la complejidad de los distintos casos

o la dificultad en proporcionar una atención continuada. Muchas veces, aparece el sentimiento de desánimo.

Por eso es aconsejable realizar sesiones clínicas con compañeros y compañeras de Atención Primaria.

Conviene atender a la profesionalidad y formación continuada; al conocimiento de los propios límites y dificultades, y al establecimiento óptimo de la variable empatía-distancia.

Es un tema donde el comportamiento actitudinal es muy importante y conviene plantearse qué conceptualización teórica tenemos respecto a la violencia de género y los malos tratos. Nuestra intervención va a estar mediatizada por esa sensibilización y postura, que es preciso conocer y revisar.

Es importante ser consciente de nuestra sensibilidad y límites, para saber hasta dónde puedo trabajar con la otra persona, sin que interfieran mis propios conflictos y limitaciones.

Podemos señalar algunos riesgos a tener en cuenta:

- **Contaminación psíquica:** Es preciso prepararse profesionalmente para no intervenir desde la «buena voluntad» y tener herramientas de intervención para saber manejarse.
- **Sobreidentificación:** Creer que las decisiones de la otra persona son nuestras, o que depende de nosotros/as su vida y el que salga adelante... Lo que muchas veces se llama sentimientos de omnipotencia.
- **Fracaso:** saber manejar la frustración y el fracaso, y la libertad para que la otra persona tome sus propias decisiones, que pueden o no coincidir con las nuestras.
- **Quemarse:** (burn out) «sucumbir en el intento». Hay que intentar cuidarse y cuidar la propia vida, sabiendo tomar distancia, y llamando a las cosas por su nombre con criterios de realidad.

[*capítulo 4*]

4. Prevención de la violencia de género desde el sistema sanitario

Algunas propuestas de actividades preventivas son:

- ❑ La Atención a la salud integral de las mujeres.

En nuestras relaciones con las mujeres es importante fomentar actitudes, valores y actividades que no favorezcan el establecimiento de relaciones de dependencia y sumisión:

- Promover la autonomía personal.
 - Promover la valoración, disfrute y cuidado del propio cuerpo.
 - Transmitir mensajes que favorezcan el ejercicio de sus derechos personales, derechos sexuales, derechos en la relación de pareja.
 - Fomentar la participación en actividades sociales y de desarrollo personal, formación, cultura, relaciones interpersonales, ocio y disfrute del tiempo propio.
 - Favorecer el trabajo en grupos.
- ❑ Los grupos de reflexión dirigidos a la promoción de la salud, son un espacio para cuestionar la educación que hemos recibido, las normas y valores sociales que toleran y fomentan la violencia. Asimismo facilitan que las mujeres que sufren violencia puedan hablar de su experiencia y fortalecerse para terminar con la situación.
 - ❑ Campañas específicas destinadas a prevenir los malos tratos. Ofrecer información, colocar carteles y folletos en lugares visibles, que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria en nuestro centro y en el que podemos ofrecerle ayuda.

TRABAJO EN LA COMUNIDAD

- Realizar actividades de sensibilización y prevención de la violencia en centros educativos, dirigidas al profesorado y alumnado.
- Colaborar con las asociaciones de la comunidad: Asociaciones de mujeres, movimiento ciudadano, a través de charlas, talleres o jornadas sobre la violencia, su impacto en la vida y la salud, las formas de prevenirla, divulgando los recursos de apoyo.
- Iniciar, proponer o participar en acciones, campañas, jornadas, sobre el maltrato o colaborar con las que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.
- Participación en los medios de comunicación.

DESDE EL ÁREA PROFESIONAL

- Conocer y compartir los trabajos que se están realizando sobre la violencia de género. Promover la reflexión y el estudio de este tema en las asociaciones profesionales, debatir y compartir información entre profesionales.
- Colaborar en la investigación y recogida de datos sobre la violencia y sus consecuencias, factores de riesgo, así como nuevas formas de intervención.
- Elaborar o difundir materiales educativos, guías de recursos y actividades que mejoren la atención a las mujeres maltratadas.

[*anexos*]

[*anexo I*]

Intervención psicológica

Ser maltratada por alguien con quien se tiene o se ha tenido una relación afectiva, supone un desgaste y unas secuelas psicológicas muy importantes. Ya sea una situación mantenida a lo largo del tiempo o una crisis sucedida en poco tiempo, la intervención psicológica es imprescindible para ayudar a la mujer y a sus hijos e hijas y posibilitarles el desarrollo de una serie de estrategias y de herramientas (cognitivas, emocionales y conductuales) para poder afrontar las distintas circunstancias que se les presentan y las situaciones derivadas de sus decisiones.

Se podrían esquematizar una serie de pasos a seguir:

a) Toma de Contacto

El abordaje terapéutico comienza con una **Toma de Contacto**, donde en un ambiente de confianza, confidencialidad y empatía la mujer pueda hacer un relato pormenorizado de las situaciones que ha pasado, con tiempo y dedicación por parte del o de la profesional. Quizá nunca ha podido contar de esta manera lo que le pasa, por lo que es muy importante respetar su espacio.

b) Contención Emocional

Hay un segundo momento de **Contención Emocional**, para que la mujer exprese sus sentimientos y vivencias sabiendo que quien la escucha puede contener la descarga emocional, que no se provoca, pero que si aparece puede hacerse cargo de ella.

c) Identificar el Problema

Identificar el Problema, poderle «poner nombre» es esencial en este proceso terapéutico. Es el proceso de ir haciéndose cargo, dándose cuenta de las situaciones que ha vivido, superando las resistencias que le han hecho negarlo o justificarlo hasta ese momento. Si es capaz de reconocer que está sufriendo malos tratos, es un gran paso para poder salir de esa situación.

Hay que prestar atención a las señales de peligro o riesgo que manifieste la mujer: se puede elaborar con ella posibles planes de defensa para preservar su seguridad. Es importante que conozca los datos de la realidad y sea consciente de que la violencia sigue un ciclo, que se repite y que más que disminuir, puede aumentar, en frecuencia y gravedad, por lo que hay razones para preocuparse y preparar una respuesta eficaz.

d) Información/Formación

Es importante, por tanto, que en este proceso se brinde información clara y comprensible sobre la violencia contra las mujeres, las estructura sociales y culturales que la posibilitan; esto ayudará a entender el por qué de muchas situaciones vividas y la hará salir de su caso personal para saber que es algo que sucede a otras muchas mujeres, favoreciéndole conductas de superación y autoayuda.

También suele ser necesario dar información y responder a preguntas que se repiten y que generan mucha ansiedad y tienen que ver con la custodia de los hijos e hijas, el régimen de visitas, la vivienda, etc., que no tienen una respuesta ni solución inmediatas, pero que constantemente interfieren en el proceso de «reconstrucción» personal. Por tanto, es necesario trabajar el tema de la frustración y el afrontamiento de situaciones difíciles.

e) Trabajo con los síntomas

Una vez realizada la evaluación psicológica pertinente, es el momento de poder trabajar a nivel terapéutico con los síntomas que se presenten y con las situaciones que los mantienen. A nivel general hemos señalado como más comunes: ansiedad, cuadros depresivos, miedo, baja autoestima, dependencia emocional, culpa, ambivalencia emocional...

Se trata de posibilitar un trabajo unificado de la persona que abarque todos los niveles (sociales, personales, cognitivos, emocionales...).

A **nivel cognitivo** conviene intervenir sobre los pensamientos distorsionados, las creencias irracionales. Un ejemplo sería el pensamiento de que sí pueden controlar la violencia del otro; lo han intentado con métodos *indirectos* (cambiar ellas, intentando agradar, ser más sumisas...), o con métodos *directos* para intentar cambiar al otro (intentando que acuda a una terapia o tratamiento...) cuando la otra persona no tiene conciencia de problema, ni interés en cambiar. Conviene que vean la ineficacia de esas conductas que actúan en contra de ellas mismas con el consiguiente desgaste psicológico y físico, y que lo que sí pueden cambiar es su propia respuesta ante la violencia (poniendo fin a la victimización, responsabilizándose de su respuesta y sus decisiones, autoprotegiéndose...). Pasar de la creencia de querer cambiar al otro para cambiar ellas y ayudarse a sí mismas. Las ideas obsesivas, manías, repeticiones, etc., son otras manifestaciones cognitivas sobre las que hay que intervenir.

A **nivel emocional**, y en íntima relación con lo anterior, hay que trabajar la autoestima y la asertividad, reconociendo los propios recursos y capacidades, ganando en seguridad; superando el miedo y la indefensión. La falta de reforzadores externos, el aislamiento, el autocuidado, son otros ejemplos de tareas para ir trabajando en la intervención. Además, también es fundamental poder trabajar sobre la culpa y la dependencia emocional que tanto inmovilizan.

Señalamos aquí la importancia de los **trabajos en grupo** que aportan un fuerte apoyo afectivo (esencial para estas mujeres que han vivido mucho aislamiento social y afectivo) y un aprendizaje por modelos, ya que el conocer otras situaciones y cómo otras personas han podido superar situaciones parecidas, estimula el deseo de cambio. La experiencia nos habla de la fuerza de motivación y energía para el cambio que generan los grupos de mujeres, que se realizan con ese fin.

A **nivel de las conductas** conviene establecer tareas con objetivos a corto plazo, y actividades y talleres con unos objetivos a medio y largo plazo. Talleres y Formación en Habilidades Sociales, Asertividad, Relajación, Búsqueda de Empleo, Expresión Corporal, etc., son muy útiles y de

gran ayuda, para las mujeres, y también los que se realizan con los niños y las niñas en forma de juego dirigido, teatro, expresión artística, etc.

Por último, conviene trabajar con técnicas de Resolución de Conflictos y Toma de Decisiones.

El objetivo general de la Intervención es posibilitar que las mujeres víctimas de malos tratos puedan adquirir a una AUTONOMÍA PERSONAL que les permita el control de sus propias vidas y tomar sus propias decisiones en libertad.

[anexo II]

Intervención en crisis

Definimos una situación de Crisis, como un estado temporal de trastorno y desorganización que se manifiesta por un suceso que la precipita. Su característica principal es la incapacidad para poner en marcha los métodos de solución de problemas que habitualmente se utilizan, produciéndose un bloqueo.

Hablamos de:

- a) una **alteración emocional**,
- b) precipitada por un **suceso**, que puede ser puntual o acumulativo,
- c) produciéndose un trastorno en las estrategias de afrontamiento, por una ruptura de expectativas que relacionamos con el mapa cognoscitivo de la persona, es decir, con la significación personal que el suceso tiene para esa persona según su contexto e historia,
- d) es **limitada en el tiempo**,
- e) se puede resolver bien (se integra en la propia historia y es motivo de crecimiento y maduración), o mal (queda sin resolver «enquistado» como un asunto inconcluso que sigue haciendo sufrir a la persona).

La idea de que la resolución inadecuada de las crisis en la vida puede conducirnos a un deterioro psíquico a largo plazo fue una de las bases del desarrollo de la teoría de la crisis (Caplan, 1964). Si se interviene al principio de una crisis, hay una economía de recursos y podemos evitar que se patologicen esas situaciones que quedan sin ser resueltas adecuadamente, y que vuelven a aparecer aunque haya transcurrido mucho tiempo.

Síntomas:

- **Físicos:** cansancio, agotamiento, dolor de cabeza, náuseas, sequedad de boca...
- **Cognitivos:** confusión de pensamientos, impotencia (ilusión de invulnerabilidad).
- **Psicológicos:** ansiedad, falta de concentración, sugestionabilidad (escuchan queriendo seguir exactamente las instrucciones), afectación emocional tanto por exceso (habla rápida, movimientos constantes) o por defecto (bloqueo, inexpressión, impotencia...).
- **Conductuales:** desorganización de actividades: laborales, familiares, sociales...

INTERVENCIÓN en una situación de crisis:

Cuando se presenta una situación urgente, de peligro, o de gran desorganización emocional y cognitiva (shock traumático, ideas/intentos de suicidio, pánico...) se trata de una intervención en crisis con características muy específicas.

La intervención suele ser puntual y con un objetivo inmediato de **apoyar y tranquilizar** a la persona en crisis.

Depende de una serie de variables:

⇒ La **severidad del suceso**.

⇒ Los **recursos personales** que esa mujer tenga, según su historia, y la resolución de las crisis anteriores.

⇒ **Recursos sociales** con los que cuente, en forma de redes familiares o de amistades...

La intervención pretende auxiliar a soportar un suceso traumático de modo que se aminoren los efectos negativos e incrementar la probabilidad de integrarlos de forma positiva y que colabore a su crecimiento de esa persona.

Hay una intervención de primer orden, la primera ayuda que se puede prestar, y una intervención de segundo orden más especializada. Ambas son importantes para la resolución de la crisis. La primera intervención, o primera ayuda psicológica es la que necesita brindarse de inmediato. El personal sanitario, policía o una trabajadora o trabajador social tendrán que hacer esta primera intervención. La segunda intervención o **TERAPIA EN CRISIS** será posterior en el tiempo que proporcionarán terapeutas especializados en estos trabajos.

Esta primera intervención consiste:

1. Hacer contacto emocional, que facilite el desahogo emocional

Invitar a la mujer para que hable de su problema, de los hechos y de sus sentimientos. Mantener una escucha activa, actitud empática y acogida.

Canalizar la emocionalidad intensa (que pueda expresarla y reducir su angustia).

Reflejar su conducta no verbal, el contenido de su mensaje, que sea consciente de su estado emocional.

Ahondar en los pensamientos distorsionados de culpa, fracaso...

2. Examinar las dimensiones del problema

Conocer los hechos, el suceso precipitante.

Conocer los recursos personales (internos) y los recursos sociales (externos).

Examinar las decisiones inminentes.

Transmitir seguridad (no dejarse envolver), cercanía física.

Ayudar con técnicas de respiración y relajación.

3. Explorar las posibles soluciones

Preguntarle por las alternativas que ha intentado dar al problema hasta ese momento.

Explorar otras posibilidades. Priorizar necesidades.

Ofrecer otras alternativas. Redefinir el problema. Preparar un plan de acción.

Valorar los recursos familiares, personales y sociales.

4. Ayudar a tomar una decisión concreta (afrontamiento)

Plan de acción concreto y viable.

Transmitir esperanza

Valorar si la persona es capaz de tomar decisiones por sí misma y, en ese caso, adoptar una actitud facilitadora.

Si no es capaz, valorar el peligro real (antecedentes de suicidio) y adoptar, entonces, una actitud más directiva explorando otros recursos familiares o comunitarios.

5. Seguimiento

Establecer la siguiente cita cercana en el tiempo.

Asegurar que la persona ha encontrado apoyo y que tiene las necesidades inmediatas solucionadas a corto plazo.

[*anexo III*]

Intervención social

Las mujeres maltratadas pueden presentar una serie de problemáticas y carencias específicamente sociales sobre las que las/los profesionales deberán intervenir directamente.

- a) **A nivel informativo:** Muchas de las mujeres víctimas de malos tratos no disponen de información y están desorientadas respecto a los recursos existentes que puede ayudarles en esta situación.

No conocen sus derechos, ni los trámites en caso de separación; no tiene información sobre las casas de acogida y los pasos a seguir para acceder a ellas.

- b) **Problemas económicos:** falta de recursos económicos. Muchas mujeres no cuentan con un trabajo remunerado, o sus ingresos son muy bajos para mantenerse a sí mismas y a sus hijos e hijas. Incluso pueden tener un nivel de vida alto, pero no tienen recursos propios y dependen económicamente de los agresores.

- c) **Cualificación laboral:** un número elevado de mujeres carecen de preparación profesional, lo que dificulta su acceso al mercado de trabajo y su independencia económica.

- d) **Problemas de vivienda:** hay mujeres que necesitan un lugar seguro, por lo que habrá que valorar si, temporalmente, requiere ingresar en una casa de acogida. Las mujeres maltratadas que cuentan con el apoyo familiar y/o de sus amigos y amigas no siempre pueden convivir con ellos, ya que es posible que se vean comprometidos y atacados por el agresor. No es extraño que otros familiares o vecinos/as hayan intentado ayudar a la mujer y hayan sido también víctimas de agresiones.

- e) **Aislamiento social:** debido al aislamiento social y psicológico al que el agresor somete a la mujer, puede carecer de apoyo familiar y social. Muchas veces la familia desconoce la situación de violencia, así como los vecinos/as y amigos/as; lo que supone no tener de redes de apoyo en el momento de querer acabar con la situación de violencia.

Intervención área social:

En estos casos de malos tratos, además de la coordinación con los servicios sociales, es imprescindible una **evaluación y diagnóstico** de la historia y circunstancias que rodean a esa situación de malos tratos.

Áreas a evaluar:

- Evaluar la situación de maltrato, la gravedad del mismo, y el peligro que pueden estar sufriendo la mujer y sus hijos e hijas. Conocer los comportamientos del agresor a nivel familiar y social; si ha habido agresiones a otras personas o familiares.
- Evaluar la situación familiar: recoger información sobre las relaciones familiares, personas que residen en la casa, tipo de vivienda, antecedentes de maltrato, si han acudido antes a

Servicios Sociales. Con estas informaciones podemos ir viendo las redes de apoyo con que puede contar esa mujer, diferenciando apoyo afectivo, económico y de acogimiento.

- Factores de riesgo que faciliten la detección precoz y la intervención posterior.
- Incorporar en la historia de la usuaria los antecedentes familiares y personales a fin de conocer si ha vivido malos tratos o agresión sexual.

La intervención social incluye:

- Conocer la realidad familiar y el entorno social, que influirá en la intervención que se lleve a cabo.
- Realizar un asesoramiento laboral para la búsqueda de empleo o mejora de su formación.
- La información sobre prestaciones económicas, de vivienda, recursos de la comunidad, asociaciones de mujeres, etc.
- Coordinación con otros servicios de salud o servicios sociales de base para completar el diagnóstico y la intervención.
- La realización de informes sociales que puede ser también de gran importancia en las acciones judiciales.

La intervención social se encuentra entre las actividades desarrolladas por los trabajadores y las trabajadoras sociales en los Equipos de Atención Primaria, acompañada de atención a los aspectos emocionales. También realizan, entre otras actuaciones, tareas preventivas y de promoción de la salud a nivel individual, grupal y comunitario, así como las labores de detección, diagnóstico y seguimiento, que quedan descritas en otros capítulos de este documento.

[*anexo IV*]

Identificación de perfiles de varones que ejercen violencia

No todos los varones son iguales, pero todos están marcados por la socialización que favorece la construcción de identidades dominantes. El grado de violencia dependerá del modo en que cada varón asuma esa marca.

Aun sabiendo que la violencia puede manifestarse como un proceso, la mayoría de los perfiles de varones se realizan todavía, hoy en día, teniendo solamente en cuenta el riesgo de violencia física.

Desde el punto de vista operativo y a fin de poder realizar una evaluación de riesgo en dispositivos no específicos de atención a problemas de violencia, podemos considerar lo siguiente:

La necesidad de definir perfiles que permitan «objetivar» personas con riesgo de presentar un problema, es una tendencia importante en las ciencias sociales y de la salud. Dicha necesidad está íntimamente relacionada con el fin de construir perfiles diferenciados de abordaje del problema.

En el caso de los malos tratos a mujeres, **no hay un perfil específico de varón violento**, ya que la violencia en sus diversas formas es un fenómeno masculino que pueden realizar todo tipo de varones. Sin embargo, existen diferentes tipos de varones si nos situamos dentro de un continuum entre igualitarios pacifistas y dominadores violentos. Y esto en relación al grado de sometimiento a las creencias que conforman la identidad masculina, al grado de incorporación de la violencia como método habitual de resolver conflictos, y a la importancia que adquiere para cada varón la ética del respeto y la igualdad.

Es importante *distinguir* al menos a los **varones igualitarios, los dominantes, los que ejercen violencia física, y los que ejercen violencia pero no llegan a la física** en la relación con las mujeres. Esta distinción es muy útil para su inclusión diferencial en las estrategias ante la violencia: los violentos requerirán estrategias muy específicas de actuación, los dominantes estrategias sobre todo preventivas y educativas, y los igualitarios estrategias de crecimiento en la igualdad.

Las investigaciones sobre características específicas de los varones violentos se han centrado sólo sobre los que ejercen violencia física de modo habitual, ya que han podido ser estudiados por estar detenidos o participar en programas de tratamiento y éstos tienen poco en común.

La mayoría de ellos se convierten en adictos a la violencia para lograr el control y resolver conflictos, para librarse de la ira y la depresión y para reducir la tensión frente a heridas a la autoestima, y no conocen medios alternativos para conseguir esos fines.

Los varones que ejercen violencia física contra las mujeres sólo tienen en común los siguientes rasgos:

- Actitud victimista con enorme responsabilización hacia la mujer.
- Gran sometimiento a los ideales de la masculinidad tradicional.
- Gran capacidad de manipulación emocional.
- Gran déficit de capacidad empática e ignorancia del sufrimiento de la víctima.

También han sido estudiados **los varones que ejercen predominantemente violencia psicológica**. En ellos se han podido describir algunos rasgos frecuentes:

- Alta necesidad de reafirmación e intolerancia a no saber/no poder.
- Posesividad y elevada necesidad de control con intolerancia a la negativa de la mujer a adecuarse a algo que el varón desea.
- Rigidez de pensamiento, con fuertes expectativas de autoridad hacia la mujer, y con la creencia de que la razón está siempre de su parte.
- Expectativas elevadas y poco realistas sobre la mujer.
- Aislamiento emocional, con limitación en la expresión y verbalización de emociones, excepto el enfado, y acumulación de frustraciones.
- Minimización de las consecuencias de su conducta.
- No definen su conducta como violenta, justificando sus «excesos» como reacción a sentirse provocado o perjudicado.

Pese a la falta de rasgos o patologías características, algunos expertos que trabajan con varones que ejercen violencia —sobre todo física— han diseñado diversas tipologías. La más conocida —la de Dutton— combina descripciones psicopatológicas, peligrosidad y diferencias en el objetivo masculino de uso del control y la violencia y considera tres tipos:

— **Varones hipercontrolados/hipercontroladores:**

Ejercen violencia para afirmar su supuesta superioridad y/o su supuesto derecho de propiedad sobre la mujer, o cuando sienten que pierden su control sobre ella o para anticiparse a esa po-

sible falta de control. Son claramente controladores (igual que de sí mismos). Su violencia física puede estallar después de haberla contenido silenciosamente durante un largo período. Es una violencia comportamental, que busca preservar el estatus. Puede emerger con más intensidad, en tanto la mujer se muestra más asertiva, acompañada o no de placer de dominio o angustia. Incluso pueden experimentar intenso odio (llegando a situaciones extremas cuando ella decide separarse) porque la autonomía de la mujer afecta su «honor».

Son muy respetuosos de las jerarquías masculinas e institucionales por lo que suelen comportarse de modo muy «obediente» en las terapias reeducativas. Pueden ser activos (dominantes explícitos) o pasivos (su característica es el aislamiento, o su inmadurez, dominando desde su rol de «niño tiránico»).

— Varones cíclicos, emocionalmente inestables:

Son varones que frecuentemente están malhumorados, irritables, cambiantes, celosos, con una identidad frágil, dependiente, necesitados de la mujer para definirse y que suelen sentirse impotentes en las relaciones de intimidad. Cometten actos de violencia física de forma esporádica. Su violencia se concentra en la mujer con la que están emocionalmente ligados y reaccionan con ira cuando ella asume posiciones dominantes o se distancia.

Ejercen violencia para rechazar temores de inferioridad, abandono, impotencia, desorganización psíquica o inadecuación que se despiertan cuando la mujer realiza determinadas acciones que dejan expuesta su vulnerabilidad. Ella en realidad actúa como un pararrayos para todas las tormentas emocionales de su vida, pero es, a la vez, alguien que despierta respeto o temor —ya sea porque puede abandonar o absorberle totalmente.

Es una violencia emocional y compensatoria, que intenta preservar la integridad psicológica, asociada a variados sentimientos, que emerge con más intensidad en tanto la mujer no mantenga la distancia emocional y el afecto «adecuados», especialmente cuando ella abandona, real o imaginariamente. Puede alcanzar grados muy intensos cuando la mujer anuncia un abandono inminente, y allí el varón canaliza los diferentes sentimientos que esto le produce (atentado a su identidad, a su poder, temor a ser abandonado, etc.) por medio de la violencia que busca volver «las cosas —estatus e integridad de la identidad— a su lugar». Es el medio aprendido de autopreservación, que el varón usa para mantener intacto el concepto de sí mismo que la acción femenina, que el llama «provocativa», hace tambalear.

Son los varones descritos en el llamado ciclo de la violencia conyugal. Sienten que algo anda mal sin saber porqué y acusan a la esposa, acumulan tensión hasta que «algo» les provoca y estallan su furia desproporcionada.

Este tipo de varones cíclicos pueden ser **impulsivos/explosivos o alexitímicos/inhábiles vinculares**. Los primeros presentan en el momento del ataque violento, una tremenda excitación física y un cierto estado de furia «incontrolada», ya que la furia los inunda, siendo a la larga adictos a esa forma de liberar tensión y controlar y luego se arrepiente porque quiere congraciarse con su víctima. Los segundos tienden a sentir que toda oferta de intimidad y diálogo supera sus posibilidades y los deja en inferioridad y expuestos a la mujer, ejerciendo sobre todo violencias consistentes en actitudes de abandono. En el período de «estabilidad» suelen ser personas muy afables (las conclusiones de un estudio realizado, en Madrid, que informa que el 75% de los agresores encarcelados en 1998 eran definidos por los vecinos como agradables, algo tímidos y solidarios). Su peligrosidad deriva del carácter privado de su violencia, que es difícil de detectar en otros ámbitos. Han experimentado generalmente en su infancia experiencias derivadas de su relación con padres humillantes y madres ambivalentes, que producen efectos de desconfianza en los demás y en sí mismo, y en los que la ira contenida en dicho contexto puede desplegarse sobre la mujer cuando se encuentra en situaciones de supuesta inferiorización frente a ella. Estos casos pueden pensarse como adicción a la violencia.

— Varones generalmente violentos:

Ejercen violencia dentro y fuera del hogar, y lo hacen con tranquilidad, con placer y sin «descontrol». Obtienen placer de su acción, son crueles y no padecen remordimientos. Son los varones llamados antisociales, y suelen realizar todo tipo de delitos.

Aunque dramática, la violencia física que ejercen estos varones, no es la más frecuente. La más frecuente es la violencia emocional, que aniquila lentamente la autonomía femenina, y que por su poca visibilidad es la más peligrosa a largo plazo.

Preguntas a realizar a mujeres maltratadas para identificar tipología de varones que ejercen violencia

1. ¿Su objetivo principal es obtener sumisión y obediencia?
2. ¿Es minucioso, perfeccionista y dominante?
3. ¿Acumula tensiones sin reaccionar hasta que explota?
4. Frente a los conflictos, ¿toma distancia o se cierra?
5. ¿Utiliza largos monólogos y técnica de «lavado de cerebro» con la mujer?
6. ¿Critica a la mujer, la humilla, pone a los hijos e hijas en su contra?

7. ¿Tiene ideas rígidas acerca de la división de roles y crianza de los hijos y las hijas?
8. ¿Espera que la mujer se adapte a las normas que él considera correctas?
9. ¿Utiliza ataques verbales y/o indiferencia?
10. ¿Se muestra colaborador con los y las profesionales?
11. ¿Los episodios de violencia son esporádicos?
12. ¿Presenta las características de «doble fachada» (imagen pública/ privada diferentes)?
13. ¿La conducta violenta se produce exclusivamente en el espacio privado?
14. ¿Tiende a quitarle importancia a su violencia?
15. ¿Utiliza justificaciones para su violencia?
16. ¿Recurre a la teoría de la provocación?
17. ¿Siente remordimientos después de cada episodio de violencia?
18. ¿Tiene dificultad para identificar y describir sus sentimientos?
19. ¿Es celoso y controlador?
20. ¿Tiene estado de ánimo cambiante?
21. ¿Puede graduar su conducta violenta sin dejar huellas?
22. ¿Tiene antecedentes delictivos, penales o comportamientos antisociales?
23. ¿No experimenta culpa después de los episodios violentos?
24. ¿No es capaz de entender el sufrimiento ajeno?
25. ¿Tiene proyectos de futuro poco realistas?
26. ¿Se resiste a analizar o discutir los problemas del pasado?
27. ¿Ejerce violencia también con otras personas o en otros contextos?
28. ¿Calcula fríamente la utilización de la violencia para dominar?

Interpretación:

Si las respuestas predominan entre 1-10: varones hipercontrolados/hipercontroladores.

Si las respuestas predominan entre 11-20: varones cíclicos.

Si las respuestas predominan entre 21-28: varones generalmente violentos

Preguntas elaboradas por Jorge Corsi, sobre la base de la clasificación de D. Dutton,

[anexo V]

Intervención con varones que ejercen violencia

En el ámbito sanitario de varios países que hace años vienen trabajando en el tema de la violencia contra las mujeres, existen diferentes y escalonados abordajes al problema de la violencia masculina:

- Estrategias de intervención psicosocial para varones previolentos, o con manifestaciones iniciales de violencia física o psicológica.
- Estrategias de intervención psicosocial para varones denunciados por maltratos, agresiones y violencias a mujeres y varones.
- Estrategias de intervención con varones encarcelados por violencia.
- Estrategias de intervención para hijos e hijas de varones violentos.
- Dispositivos específicos preventivos-asistenciales, según el modelo de los centros o teléfonos para «varones en crisis» escandinavos, norteamericanos o canadienses.
- Estrategias de prevención en los dispositivos de atención primaria.

En el momento actual, en España, se están creando algunos programas para el desarrollo de las dos primeras estrategias, en cambio, del resto de las citadas, sólo hay algunas experiencias incipientes.

La cuestión de la detección de la violencia masculina no es un tema fácil, ya que resulta complejo lograr la motivación para el cambio en los varones que ejercen violencia. La experiencia de los países pioneros en las estrategias sugiere que esta motivación parece más viable de conseguir cuanto más costes y menos beneficios tenga para dichos varones el uso de la violencia. O sea, cuanto menos tolerancia social y más consecuencias legales, sociales y emocionales negativas tengan para él, el uso de sus modos dominantes de relación.

Y esta cuestión tampoco es fácil, porque lograr que los varones que maltratan a las mujeres cambien, es mucho más que lograr que los varones no maten, ni peguen. Implica un cambio de estilo de vida, no sólo bloquear un comportamiento agresivo puntual. Es lograr que los varones se planteen comportamientos pacíficos e igualitarios:

- Respetar, en lugar de abusar.
- Cuidar, en lugar de violentar.
- Compartir, en lugar de dominar.
- Dialogar, en lugar de imponer.

Y para ello no basta que los varones aprendan a controlar sus reacciones violentas como proponen algunos programas, sino que es necesario que puedan cambiar las creencias masculinas que legitiman y justifican la violencia y dominar a las mujeres. Si esto último no se puede conseguir, la posibilidad de reincidencia es alta. Además, es importante tener en cuenta que los varones que ejercen violencia física o sexual son la minoría, siendo la mayoría los que ejercen violencia psicológica, la que está poco relacionada con el desarrollo de «reacciones» de violencia.

Objetivos de las estrategias específicas de trabajo con varones que ejercen violencia:

- Modificar las creencias de superioridad y sentimientos de «poco hombre», si se comparte de igual a igual la vida y las decisiones con las mujeres.
- Promover el desarrollo de la empatía, el cuidado, la expresión de sentimientos y la reflexión sobre la acción.
- Desactivar el control y el «permiso» a la agresividad en situaciones de conflicto, y desarrollar habilidades no violentas de resolución de problemas.
- Aceptar las pérdidas y las ganancias de la igualdad.
- Modificar los factores agregados.

INTERVENCIÓN ESPECÍFICA CON VARONES QUE MALTRATAN A SUS PAREJAS

Los abordajes asistenciales con varones que ejercen violencia de modo severo (física, sexual o psicológicamente), llamados habitualmente reeducación, tratamiento o programas para maltratadores, comienzan lentamente a ser ofrecidos en España.

Es fundamental que estos programas sean llevados a cabo por profesionales especializados, dado que requieren un trabajo con formatos específicos, y una metodología que no se alíe a las justificaciones y excusas que los varones siempre manifiestan ante sus comportamientos.

Como sabemos que los profesionales participan, igual que el resto de la población, en la creencia sobre los mitos de la violencia masculina, es indispensable para una tarea de este tipo, un trabajo previo con dichos profesionales para cuestionar estos mitos, así como para autoexaminarse en relación a su posicionamiento respecto a la violencia.

Las **bases del trabajo** en estos programas con los varones es lograr:

- Responsabilización personal y renuncia a las excusas.
- Cambio global de relación con mujeres y no sólo de control de la violencia.
- Conocimiento reflexivo de sí.

No todos los varones pueden beneficiarse de estos programas, ya que sus objetivos suelen ser incumplibles en varones con alta peligrosidad, extrema negación del ejercicio de la violencia, y severa enfermedad mental.

Los programas más efectivos centran sus objetivos en el cambio de posicionamiento de los varones respecto a las mujeres (que es la matriz que permite que ellos se sientan con derecho a violentarlas), y en detención de los comportamientos violentos.

Se considera positivo que el programa se inicie con trabajo en grupos pequeños, ya que, sobre todo al comienzo, estar reunidos varones con las mismas actitudes, permite más fácilmente desenmascarar los comportamientos que tienden a autojustificar y minimizar.

Asimismo, está indicada una terapia individual que permita al varón conectarse más con sus experiencias y solidificar su cambio.

Los programas abordan una serie de temáticas en relación al comportamiento abusivo-violento: la responsabilización, las creencias sobre las posiciones de mujeres y varones y comportamientos consecuentes, los ideales de masculinidad, los distintos tipos de violencia, el desarrollo de habilidades de comunicación, la empatía, la resolución de problemas, la asertividad, la sexualidad, el manejo de emociones negativas y de la agresividad, y las mentiras masculinas.

En este abordaje, así como es fundamental la formación profesional, es importante saber que existen **intervenciones contraindicadas**.

Según la Comisión americana de requisitos mínimos para el tratamiento de varones violentos (Florida, 1994) están contraindicados:

- Cualquier modelo de intervención que culpabilice o intimide a la víctima o la coloque en situación de riesgo.
- Terapias familiares o de pareja. Estas pueden realizarse una vez que, el varón complete un trabajo reeducativo, la mujer pueda tomar decisiones de forma independiente, o en casos donde la violencia se encuentre en sus fases iniciales y la mujer no esté atrapada psicológicamente en las redes de la violencia psicológica.
- Intervenciones que identifiquen los mitos de la violencia masculina como causa primera de la violencia.
- Intervenciones exclusivamente psicodinámicas que no incluyen el riesgo interpersonal, o cognitivo conductuales que se centren exclusivamente en el control de la ira.
- Intervenciones basadas en modelos de terapia familiar que ubiquen a la víctima en el mismo nivel de responsabilidad que la del que ejerce violencia.

Criterios de éxito de los programas para varones que ejercen violencia

Actualmente el mandato social para estas estrategias se limita a pedirles que ayuden a terminar con los comportamientos ilegales y amenazadores. Por ello, muchos programas que se desarrollan en el mundo, sobre todo los propiciados por las administraciones públicas, buscan disminuir los comportamientos (violencia física y amenazas), sin ocuparse demasiado del cambio de estilo de vida.

Hablar del éxito en estos programas depende de qué entendamos por éxito. Como la efectividad de los programas se mide en relación a los objetivos, cuanto más restringido sea el objetivo de trabajo, mayor parecerá su efectividad, como pasa en los programas que no contemplan cambiar en el estilo de vida y en el abuso psicológico.

En los países con experiencia en trabajo con maltratadores, la evaluación de programas que consideran como éxito del abordaje solamente «el completo cese de la violencia física y las amenazas, según el relato de la mujer abusada» muestra que el 50% de los varones que continúan un programa de este tipo, cambian su comportamiento. A este dato es importante agregar otro: el 50% de los que acuden a la primera visita, no regresan. Y esto no es casual: la mayoría de los varones que acuden a estos programas, no lo hacen por propia voluntad, sino derivados por la justicia, o frente a la amenaza de abandono por parte de sus parejas.

Otras intervenciones

En relación a los abordajes del problema de la violencia masculina en fases más precoces, tales como la asistencia a varones en riesgo de ejercer violencia física o psicológica, así como de varones dominantes y controladores que no ejercen violencia física, comienzan a aparecer en nuestro país algunos diseños incipientes.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que entre los varones que utilizan los servicios públicos y privados de salud, se encuentran muchos de los que ejercen las diferentes formas de violencia. En la mayoría de ellos esta problemática está invisibilizada, normalizada, u oculta a los y las profesionales.

Existen, sin embargo, algunos —una minoría en leve aumento— que tiene conciencia de su comportamiento violento, no se sienten satisfechos por ello, y desean cambiar, por lo que buscan asesoramiento psicológico en el ámbito privado. En ambos casos depende de la formación de los y las profesionales que la situación tome caminos diferentes: no cuestionar y justificar, o cuestionar y responsabilizarse de trabajar para el cambio. Con los primeros es fundamental la habilidad de los y las profesionales para desnormalizar, desocultar y visibilizar estos comportamientos como paso previo a su abordaje transformador, y con los segundos para ayudarles a reflexionar y cambiar sin favorecer sus justificaciones, ni dejar naturalizada su necesidad de control sobre las mujeres.

[*anexo VI*]

Prevención dirigida a los varones

Habitualmente, cuando se plantea cómo lograr que los varones no ejerzan violencia, además de las acciones judiciales, se piensa en tratamientos para rehabilitar a los varones que ejercen violencia física. Es un enfoque que deriva de la definición del problema a partir de los mitos sobre la violencia contra las mujeres.

Sin embargo, un abordaje integral debe concebir la violencia masculina como un problema complejo, multideterminado e incidir en la responsabilidad masculina, con una óptica de género y orientado a la prevención.

Para ello se requiere una estrategia articulada y transversal que debe incluir al menos **seis actuaciones básicas**, según los expertos canadienses y escandinavos que son quienes llevan más tiempo estudiando el problema. Estas actuaciones, que implican acciones sociopolíticas generales y específicas en los dispositivos educativos y sanitarios con los varones concretos son:

- **Condenar la violencia de género en todas sus formas, sabiendo que esta violencia es fundamentalmente masculina**, y que supone un atentado a los derechos humanos de las mujeres que, como tal, debe ser considerada socialmente inadmisible.
- **Cuestionar y luchar para transformar las estructuras de poder y privilegios masculinos donde la violencia está enraizada**. Procurar el desarrollo de estrategias de convivencia igualitaria entre mujeres y varones, respetuosa y con modos pacíficos de resolución de los conflictos.
- **Trabajar para redefinir los formatos y prácticas de la masculinidad tradicional y obligatoria** que la cultura propone para los varones. Aunque facilitado en los varones, la posibilidad de la violencia y el deseo de dominio y destrucción son parte de todos los seres humanos. El proceso civilizatorio ha ido logrando su control y sublimación. Es preciso trabajar para romper la actual y estrecha asociación entre masculinidad y violencia, y reemplazarla por otra que homologue violencia con delito.
- **Trabajar en estrategias asistenciales y reeducativas** con los varones que cometen violencia, y con aquellos en riesgo de cometerla o acrecentarla, procurando su detección precoz. Desde la prevención es básico intentar actuar antes y no después de situaciones que luego son muy difíciles de resolver. Si consideramos también la violencia como un problema de salud pública y no sólo educativo o judicial, se pueden plantear estrategias de prevención. La prevención implica un compromiso multidisciplinario e interinstitucional:

P. Primaria: objetivo, reducir la probabilidad de aparición del problema. Por tanto, el esfuerzo está dirigido a transformar los factores de riesgo, y a reforzar habilidades humanas para afrontarlo. Se dirige a grupos y debe apoyarse en sólidos conocimientos sobre la causalidad del problema.

P. Secundaria: objetivo, identificar precozmente el problema e intervenir rápida y eficazmente: es básico intentar actuar antes y no después de situaciones que luego son muy difíciles de resolver. Incluye la reconversión de los recursos profesionales para que comprendan adecuadamente el problema.

P. Terciaria: reducir efectos del problema y evitar recidivas con programas de recuperación y rehabilitación.

Propuestas preventivas:

- Generar **actividades educativas, preventivas y de sensibilización dirigidas a varones niños, jóvenes y adultos** que les permitan involucrarse en la transformación de la (y su) violencia masculina y en el desarrollo de comportamientos respetuosos y cuidadosos. La creación de motivaciones para el compromiso con lo doméstico y con la paternidad participativa es un obligado componente en estas actividades.
- **Comprometer a los varones a romper el silencio** corporativo y trabajar junto con las mujeres en la lucha contra la violencia. Y no sólo contra las grandes violencias, sino también contra las múltiples formas de violencia social, sexual y doméstica contra ellas.

Acciones específicas en los sanitarios y educativos:

- Alentar y fomentar la investigación sobre las situaciones culturales, sociales, familiares y personales que generan y perpetúan que los varones ejerzan violencia y dominación.
- Promover la comprensión crítica sobre la moderna mitología social sobre el varón violento, la identificación de las múltiples formas de violencia masculina, y el desarrollo del aprendizaje de formas alternativas a la violencia para la resolución de problemas y conflictos entre mujeres y varones.
- Ofrecer la necesaria **formación** específica a profesionales del área sanitaria y educativa que puedan trabajar con varones violentos, o que puedan detectarlos.
- Desarrollar en los dispositivos asistenciales abordajes que ayuden a detectar precozmente a potenciales varones violentos en el hogar, en el trabajo y en la calle, antes y no después de las violencias graves.
- En este sentido, dentro de los varones depresivos, separados o desempleados, aquellos que estén muy aferrados al modelo machista pueden ser varones en riesgo.

Además, teniendo en cuenta la existencia no sólo de varones que ejercen violencia, sino de aquellos que son dominantes y de otros igualitarios, es conveniente:

- Desarrollar estrategias preventivas y educativas con varones dominantes para la transformación de su estilo de funcionamiento y la disminución del riesgo de pasaje a la violencia.

- Apoyar a los varones con deseos igualitarios para su crecimiento en la igualdad, el respeto y la paz con las mujeres. Estrategias tan disímiles como su presencia en los cursos de preparación para la maternidad/paternidad, los grupos de reflexión de varones, o su inclusión en campañas antiviolencia destinadas a varones (tales como la del Lazo Blanco, Mercurio, etc.), pueden ser ejemplo de este trabajo.

Específicamente en lo educativo las estrategias deben centrarse en:

- Transformar los estereotipos masculinos violentos en programas transversales.
- Desarrollar programas para la paz, la tolerancia y no violencia.
- Actuaciones para no silenciar el problema.
- Actuaciones para descubrir a los chicos con perfiles de riesgo.
- Actuaciones de estigmatización del varón violento.
- Difundir las acciones de los varones que trabajan contra la violencia.
- Contribuir a la difusión de la campaña europea del lazo blanco y otras campañas similares.

[*bibliografía*]

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] MILLET, Kate: *Política Sexual. Feminismos Clásicos*, Ediciones Cátedra, Madrid, 1995.
- [2] WALKER, Leonore: *Battered women*. Harper y Row Publishers, New York, 1979.
RUSSELL, Diana: *Rape in marriage*. McMillan, New York, 1982.
BROWNMILLER, Susan: *Contra nuestra voluntad*. Ed. Planeta, Barcelona, 1975.
FERREIRA, Graciela: *Hombres violentos, mujeres maltratadas*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1992.
- [3] VILLAVICENCIO, Patricia: *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Instituto de la Mujer, Madrid, 1999.
- [4] COBO PLANA, Juan Antonio: *Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Guión de actuación y formularios*. Masson, Barcelona, 1999.
- [5] *Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos*. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. Madrid, 1999.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, A. (1998): *Guía para mujeres maltratadas*. Consejo de la Mujer, Comunidad de Madrid. Madrid.
- BONINO, L. (1991): «Varones y abuso doméstico». En SANROMÁN, P. (coord.): *Salud Mental y Ley*. Madrid, AEN.
- (1996): «Micromachismos: la violencia invisible en la pareja». *Primeras Jornadas sobre la Violencia de Género en la Sociedad Actual*, Valencia.
- (1998): *Micromachismos en la vida conyugal*. Madrid: Cecom.
- (1999): «Violencia de género y prevención, el problema de la violencia masculina», en UNAF, *Actuaciones sociopolíticas preventivas de la violencia de género*. Madrid: UNAF.
- (2000): «Varones, género y salud mental», en CARABÍ y SEGARRA (coords.): *Nuevas visiones de la masculinidad*. Barcelona, Icaria.
- BROWNMILLER, Susan (1975): *Contra nuestra voluntad*. Ed. Planeta. Barcelona.
- CANET BENAVENT, E.; GARCÍA CUENCA, E. (1999): «Intervención profesional en víctimas de violencia de género. Una perspectiva interdisciplinaria». *Trabajo Social Hoy*, núm. 23.
- COBO PLANA, Juan Antonio (1999): *Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Guión de actuación y formularios*. Ed. Masson, Barcelona.

- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer y el protocolo opcional a la Convención. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Serie Documentos, núm. 25. 1999.
- CORSI, J. (1995): *Violencia masculina en la pareja*. Ed. Paidós, Barcelona.
- DIRECCIÓ GENERAL DE LA DONA (1999): *Intervención Asistencial Especializada en Violencia de Género. Experiencias del Centro Mujer 24 horas de Valencia, 1997*. Conselleria de Bienestar Social Generalitat Valenciana. Valencia.
- DOBASH, E., y DOBASH, R. (1992): *Women, Violence and Social Change*. Rourledge, Nueva York.
- ECHEBURÚA, A. (1998): *Manual de violencia familiar*. Ed Siglo XXI. Madrid.
- FERREIRA, Graciela (1992): *Hombres violentos, mujeres maltratadas*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, A. (1992): «Mujer: Cultura, Identidad y Salud Mental (1)». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XIII, núm. 40.
- INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (1999): *Violencia contra las Mujeres. Ámbito sanitario*, Sevilla.
- INSTITUTO DE LA MUJER (1996): «Violencia contra las mujeres». *Guía de Salud*, núm. XII, Madrid.
- (1999): *Las Conferencias Mundiales de Naciones Unidas sobre las Mujeres*. Serie documentos, núm. 26, Madrid.
- JONNASDÓTTIR, A. (1993): *El poder del amor*. Ed. Cátedra, Madrid.
- KAUFFMAN, M. (1999): *Las 7 Ps de la violencia masculina*. www.eurowcr.org
- LÓPEZ, F., y MAESTRO, A. I. (1989): «Dossier Agresiones», *La Mujer Feminista*, núm. 27.
- LOZOYA, J. A. (1996): *Violencia masculina contra las mujeres*. Ayuntamiento de Jerez, Jerez.
- MILLER, A. (1996): *Terrorismo íntimo*. Ed. Destino, Barcelona.
- MILLET, Kate (1969): *Política Sexual*. Feminismos Clásicos. Ediciones Cátedra, Madrid.
- NATIONAL CLEARINGHOUSE ON FAMILY VIOLENCE (1999): *Canada treatment programs for men who abuse partners*. Ottawa.
- (2000): *Counselling programs who are violent in relationship*. Ottawa.
- PÉREZ DEL CAMPO, Ana María (1995): *Una cuestión incomprensida*. Cuadernos inacabados. Ed. Horas y Horas, Madrid.

- Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos*. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud (1999): Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. Madrid.
- RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE (1996): *Por el derecho a vivir sin violencia*. Santiago de Chile.
- RUSSELL, Diana (1982): *Rape in marriage*. Ed. McMillan, New York.
- SALBER, Patricia, y TALIAFERRO, Ellen (2000): *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*. Ed. Cedecs, Barcelona.
- SALISBURY, J., y JACKSON, D. (1996): *Challenging Machos Values*. Ed. Falmer, Londres.
- SIMÓN RODRÍGUEZ, E. (1999): *Democracia vital*. Ed. Narcea, Madrid.
- SLAIKEU, K. A. (1998): *Intervención en crisis*. Manual Moderno. México.
- VILLAMICENCIO, Patricia, y SEBASTIÁN, Julia (1999): *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Instituto de la Mujer, Madrid.
- WALKER, Leonore (1979): *Battered women*. Harper y Row Publishers, New York.
- WELTSER-LANG, D. (1992): *Les hommes violents*. Cotê-femmes, París.



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

INSTITUTO
DE LA MUJER