



**“VIOLENCIA CONTRA LA MUJERES.
UNA MIRADA DESDE LA SALUD”**

Leonor García de Vinuesa Garijo

Médica de Atención Primaria y Psicoterapeuta

garciaevinuesaleonor@hotmail.com

Centro de Salud de La Carlota

Avenida de la Paz, s / n

14100 La Carlota. Córdoba

Telf. 957 272 645

Fax 957 302 063

VIOLENCIA CONTRA LA MUJERES. UNA MIRADA DESDE LA SALUD

Leonor García de Vinuesa Garijo
Médica de Atención Primaria y Psicoterapeuta

Se calcula que en España existen en este momento unos dos millones de mujeres en situación de maltrato por su pareja.

Muchas de estas mujeres, unas 50 o 60 cada año, como conocemos ahora a través de los medios de comunicación, mueren a manos de esas personas que han constituido su relación sentimental.

Otras muchas, la mayoría, aproximadamente un millón setecientas mil, viven inmersas en una situación de malestar y tensión, que va deteriorando su autoestima y minando su salud.

La forma en que las vivencias afectan a su salud y a su forma de enfermar, es una de las claves que permiten detectar a las mujeres que se encuentran en situación de riesgo, de forma precoz, desde el sistema sanitario.

Para poder avanzar en la prevención es muy importante conocer los mecanismos de producción y la forma en que se puede revertir el proceso.

No podemos olvidar que esta violencia contra las mujeres existe porque la permitimos. Esto se produce en diferentes formas:

- La sociedad la tolera y la excusa apoyándose en las costumbres, los modelos tradicionales, la cultura y la religión.
- Los hombres la niegan.
- Las mujeres la ocultan normalmente por vergüenza o miedo.

LA SALUD Y EL BUEN TRATO

Cuando hablamos de salud y enfermedad son solo formas de nombrar dos situaciones que no pueden ser absolutas en la realidad. La salud total o la enfermedad total no son posibles. La

persona más enferma tiene órganos y sistemas sanos y la más sana atraviesa con frecuencia por malestares y dolores.

El maltrato y el buen trato también son dos polos de un mismo eje.

La prevención de la enfermedad consiste, por tanto, en fomentar la salud.

Cuando hablamos de violencia la prevención consiste en fomentar unas relaciones de buen trato, que actúan a su vez como una forma de educación para salud.

Podemos decir que al igual que tenemos un cuerpo físico, tenemos constituido un cuerpo teórico o mental y un cuerpo emocional, que cambian continuamente.

La estructura de la personalidad no es permanente, en la vida de las personas se producen incidentes, episodios y eventos que dan lugar a cambios y crisis que permiten la posibilidad de interiorizar otros valores y otros comportamientos más saludables.

Las vivencias personales afectan directamente a nuestra salud de varias formas:

- Cambios cognitivos: los cambios en nuestras necesidades y en nuestras creencias, van cambiando nuestro modo de pensar. Esto da lugar a:
- Cambios emocionales: desencadenando alegría, tristeza, miedo o rabia. Que a su vez se manifiestan en:
- Cambios biológicos: ya que las emociones, las vemos expresarse en nuestro cuerpo, con una manera de respirar, con una tensión corporal, con una manera de mirar y con una posición del cuerpo, en la que nos situamos frente a la vida y frente a los otros.

LA SALUD EMOCIONAL

Cuando se produce un estímulo sentimos una emoción, un deseo y unas expectativas.

Si los acontecimientos se producen como esperamos, tenemos unas emociones, que dan lugar a una experiencia y que nos confirman en nuestro pensamiento.

Si los acontecimientos no resultan como esperamos, se produce una frustración. La frustración de nuestras expectativas, precisa que nos despedamos de ellas y por tanto realizar un *duelo*.

Las emociones no son ni buenas ni malas, son formas de sentir, manifestaciones energéticas del organismo. Sin embargo algunas son consideradas positivas porque producen un estado de

ánimo agradable, como ocurre con la alegría, mientras que otras, como la ira, el miedo o la tristeza se consideran negativas por ser experimentadas como un malestar o desagrado.

Las emociones aparecen, desaparecen, se transforman, o se reciclan.

Cuando no se pueden manejar se bloquean o cronifican y es así como nos pueden causar daño y enfermedad. Esto ocurre cuando tenemos que manejar estímulos negativos de forma crónica, o estímulos displacenteros masivos, tales como tensión angustia, miedo, vergüenza, que se hacen imposibles de asumir y elaborar de forma sana.

Cuando esto ocurre ponemos en marcha mecanismos de protección / defensa, tales como:

- La disociación, no acusar el daño sufrido, separarnos del sufrimiento
- La minimización, disminuir la gravedad de los hechos
- La normalización, pensar que le ocurre a todo el mundo igual
- La disculpa, ocurre por que la persona tiene un problema
- La negación de posibles alternativas

LAS EMOCIONES DE GÉNERO

Podemos decir que existen emociones de género, es decir que según se nace hombre o mujer aprendemos a expresar o a inhibir, según los mandatos sociales unas emociones u otras.

Los hombres tiene permitido expresar la cólera, en la construcción de la identidad masculina, dentro de una sociedad patriarcal la expresión de cólera es una forma de aprendizaje para la pelea, la lucha, la competitividad, la dominación. Sin embargo, a los hombres, se les prohíbe expresar la tristeza y el miedo; "los hombres no lloran", "los hombres no tienen miedo", son mandatos sociales.

Las mujeres interiorizan que pueden ser dañadas, agredidas y que tienen que ser buenas. Manifiestan fácilmente el miedo y la tristeza, que expresan como quejas o incluso en forma de estados depresivos, en su cuidado en evitar salir solas o ir vestidas de determinada manera. Sin embargo, aprenden a inhibir la cólera.

La cólera, la tristeza o el miedo tiene una forma de expresarse, un lenguaje del cuerpo. Cuando una persona no se puede permitir expresar una emoción, aprende en la infancia a expresar su malestar de forma automática con otra emoción que sí le esté permitida.

Algunas mujeres debajo de su queja y de su estado depresivo, lo que en realidad guardan en su interior, es cólera que no se pueden permitir manifestar hacia afuera. Las emociones de género son complementarias y actúan como una estructura de relación; frente a la cólera sentimos miedo y frente al miedo se puede expresar más cólera.

Es frecuente que cuando se profundiza en algunos estados coléricos de los hombres, lo que encontramos en su profundidad es miedo o tristeza que no pueden reconocer y experimentan con una reconversión automática en un comportamiento que refuerza su identidad masculina: la cólera.

La violencia es una manera infructuosa de tratar de resolver algunos malestares que en realidad se identifican con emociones no permitidas.

LA FRUSTRACIÓN

La capacidad de tolerancia a la frustración es algo que se aprende.

Cuando una pareja establece una relación afectiva, elabora unas expectativas de futuro, tiene un ideal de pareja formado en su fantasía. Esa imagen ideal, se elabora desde la infancia, a través del modelo de pareja que fueron sus progenitores y del modelo de relación que tuvo la persona con ellos, a partir de la cual la persona ha elaborado su autoestima.

La gestión necesaria para elaborar la diferencia que se produce entre lo imaginado en su fantasía y lo que se va siendo capaz de construir en su vida, es lo que da salud a la relación de pareja. Si esta gestión no se realiza la relación se va deteriorando.

Continuamente las cosas cambian y es preciso despedirnos de lo que acaba, para abrirnos a otros momentos de la vida.

El duelo es una transformación dolorosa que permite soltar una etapa y abrirnos hacia una nueva.

Cuando una persona no cierra bien el duelo de una etapa de su vida, no termina de despegarse de ella, queda, en cierta forma, “pillada”, enganchada a algunas emociones, que se bloquean o se hacen crónicas, queda impactada por experiencias que le confunden el presente y pasado, y no le permiten vivir sanamente. En ese caso las tensiones y los asuntos no resueltos, se van acumulando en su interior en forma de malestares y conflictos internos.

EL DUELO

Aprender a hacer duelos desde la infancia significa a aprender a hacer buenas despedidas, manejando las emociones, conectando con ellas, transformarlas y elaborarlas, dejar que fluyan, se expresen y desaparezcan, hasta alcanzar la relajación para poder marcar la distancia necesaria frente a las cosas que nos perturban.

Aprender a reconocer que hay situaciones frustrantes que tenemos que tolerar, reconocer el malestar que nos producen.

Aprender a negociar la situación hasta producir los cambios necesarios, o bien cambiar nuestra actitud hasta que nos permita transformarla en una situación favorable.

Aprender a salir de la relación, cerrando el duelo, cuando la situación no cambia o no podemos colocarnos en una posición en que la relación no nos haga daño.

El conocimiento de las fases del duelo nos permite reconocer y aceptar las emociones que este proceso nos invita a vivir para poder elaborarlas en el plano simbólico y no bloquearlas ni cronificarlas.

Estas fases podríamos describirlas de la siguiente forma:

- **Negación:** Consiste en una negativa a reconocer que esto que acontece nos ocurre a nosotros. Negarse a renunciar al ideal, a mis expectativas.
- **Ira:** Es sentir el enfado o la rabia que nos produce el que esto me ocurra precisamente a mi.
- **Negociación:** Es el intento de frenar el proceso a cambio de algún sacrificio.
- **Depresión:** Es el sentir la desgracia en uno mismo. Permitirse sentir y aceptar todo el dolor que la pérdida supone
- **Perdón:** Es la necesidad de saldar las cuentas pendientes con la otra persona.
- **Aceptación:** Cuando se experimenta frente al suceso una sensación de paz interior y de distancia interna, como algo que ya ha pasado.

Elaborar un duelo es un proceso que implica una situación de crisis, que precisa una elaboración y una gestión de emociones que cada persona atraviesa con un ritmo y unos tiempos internos diferentes.

Cuando alguna de estas emociones no se ha elaborado en el plano simbólico, se bloquea en el interior de una persona, desencadena una tensión interna que se hace a veces difícil de contener y puede producir una descarga en el plano de lo real, dando lugar al acto violento.

La aceptación auténtica del duelo, da lugar a una distancia interna, cuando el asunto queda verdaderamente cerrado. Pero, es frecuente confundir el distanciamiento exterior que se produce en algunas separaciones o divorcios. De modo que estando separados en el espacio, la pareja cree que tiene asegurada la distancia interna, cuando en realidad puede seguir sintiendo una gran cercanía y dependencia emocional.

RELACIONES SALUDABLES. EL BUEN TRATO

El amor es un sentimiento universal, pero la forma en la que lo expresamos está basada en formas culturales.

Para conseguir relaciones saludables es preciso que éstas favorezcan el desarrollo mutuo y el bienestar de ambos.

Las relaciones saludables se basan en tres pilares:

- El respeto
- La negociación
- Los duelos

La prevención de la violencia se puede hacer en el ámbito de lo social, de lo relacional, de lo interno o individual.

Las relaciones saludables en lo social se basarían en la paz, el respeto, el reconocimiento a las diferencias, manejando los conflictos a través de la negociación, buscando una equidad solidaria.

La negociación se apoya en la comunicación donde se puedan expresar las emociones, negociar las diferencias y elaborar las despedidas.

Sería deseable empezar a trabajar la prevención de violencia, desde los procesos internos y la construcción subjetiva de nuestros vínculos afectivos.

Para establecer relaciones saludables, es necesario partir del respeto hacia uno mismo, la autoestima, es el autocuidado, la auto responsabilidad.

AFECTACIÓN DE LA SALUD. LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA

Muchas autoras y autores relacionan los modos de enfermar de las mujeres con el aprendizaje del rol femenino, que incluye:

- Inhibición de la agresividad y la asertividad
- Carencia de autonomía
- Ausencia de control sobre la propia vida
- Falta de poder

Todas estas características dan lugar a experimentar sentimientos negativos frecuentes y mantenidos.

La relación entre la alta emocionalidad negativa mantenida con la depleción del sistema inmune en humanos fue ampliamente estudiada por O`Leary 1990.

Se producen tres etapas en el desarrollo de la enfermedad psicosomática (H.Selye 1978):

- Alarma
- Resistencia
- Agotamiento

Entre este tipo de enfermedades destacan procesos que distintos estudios han relacionado, tales como:

La fibromialgia, la miopatía tiroidea, y otras enfermedades auto inmunes.

Estas etapas de producción de la enfermedad psicosomática, se pueden fácilmente relacionar con las etapas que atraviesan las mujeres que mantienen relaciones no saludables, estas etapas se desarrollan de la siguiente manera:

LA DUDA

Cuando una mujer, que se casa por amor, es mal tratada por quien debería darle afecto, encuentra muy difícil dar sentido a su relación, primero intenta negar o minimizar lo sucedido.

Al principio la mujer intenta comprender y justificarse, pero cada vez con menor seguridad en sí misma, poco a poco va asumiendo la posición de culpable.

Se produce una tendencia de estas mujeres a no fiarse de su propio juicio, cosa que va produciendo cambios en su esquema cognitivo.

LA RENUNCIA

El agresor ataca con pequeños toques indirectos sin provocar abiertamente un conflicto, ante lo cual la mujer se somete, renunciando al enfrentamiento por miedo a que se produzca el conflicto. No negocia.

LA CONFUSIÓN

La mujer duda si es responsable de aquello de lo se la acusa, lo cual le crea confusión y le impide quejarse.

Va soportando los ataques sin protestar y esto le va creando tensión creciente y estrés.

Para soportarlo va construyendo como una especie de bloqueo, que la anestesia y le facilita el seguir aguantando.

Esta supuesta pasividad ante la agresión le va haciendo perder valor ante sí misma y ante el agresor que, poco a poco, va endureciendo sus críticas.

EL ESTRÉS

La sumisión supone rabia contenida, no expresada, y a veces no reconocida, lo cual supone pagar un precio importante de tensión interior, que va saliendo en forma de quejas.

Hoy día se sabe que una persona que se ve obligada a afrontar agresiones crónicas va a sufrir un agotamiento progresivo y una disfunción neurovegetativa.

Los primeros signos de estrés dependen de la susceptibilidad de cada mujer, ya que la vulnerabilidad al estrés varía de una persona a otra, pudiendo comenzar por palpitaciones, sensación de opresión, de ahogo, de fatiga, trastornos del sueño, nerviosismo, irritabilidad, cefaleas, trastornos digestivos, ansiedad, etc.

EL MIEDO

La mujer vive en tensión siempre pendiente de que se produzca la reacción violenta y el miedo le hace mostrarse cada vez más conciliadora y amable, sin que con eso consiga mejorar la situación.

Si estas presiones se prolongan durante largos periodos, la resistencia del organismo se agota y se vuelve incapaz de evitar la emergencia de la ansiedad dando lugar a trastornos neuro hormonales, desórdenes funcionales y orgánicos.

EL AISLAMIENTO

Al afrontar estas situaciones la mujer se siente sola.

Percibirse como víctima ahuyenta a las personas de su entorno, de quien comienza a sentir rechazo y este rechazo le va ocasionando dificultad para buscar otras relaciones.

Los allegados, por muy cercanos que sean, suelen mantenerse al margen, “yo prefiero no entrar en eso” y ellas, de cara al exterior, acaban por defender a quienes las agreden, con el fin de no echar más leña al fuego.

ETIOLOGÍA

Las Naciones Unidas señalan que para erradicar la violencia contra las mujeres en primer lugar hay que erradicar las desigualdades de género. Es decir, hay que saber que la violencia arraiga en comportamientos profundos y generalizados basados en la desigualdad en las relaciones entre hombres y mujeres.

Causas personales

- Haber sufrido o presenciado violencia en la infancia aumenta su tolerancia la normaliza. No permite el desarrollo de la autoestima.

- La impotencia emocional o simplemente la mala comunicación en la pareja, que no permite la negociación.
- La personalidad narcisista incapaz de establecer relaciones íntimas
- Creencias culturales con relación a la masculinidad
- La infravaloración de la experiencia vital de las mujeres
- Relacionar la heterosexualidad con poder

Causas externas:

- Que se produzcan comportamientos emancipatorios por parte de la mujer
- Crisis en la familia por la democratización de las relaciones entre sus miembros
- Crisis en la relación entre los sexos que existe en estos momentos en nuestra sociedad

Causas desencadenantes:

- El estrés en personas sin recursos personales para afrontarlo
- El alcohol o las drogas

FACTORES PREDISONENTES

Son una serie de comportamientos que sustentan y permiten la perpetuación de las relaciones de poder de los hombres hacia las mujeres y de esa manera hacen posible una cultura donde la violencia contra las mujeres se hace prácticamente impune.

Se les ha llamado micro machismos y consisten en la suposición de que las mujeres van a seguir siendo las que continuarán llevando la mayor parte del peso en el cuidado de mayores, menores e incapacitados.

Son formas de violencia y abuso cotidianos, que dan lugar a lo que se han llamado las barreras informales o el techo de cristal, al impedir el crecimiento y el desarrollo personal de la mujer. (Bonino L. 1995)

FORMAS DE PRODUCCIÓN

Circuito violento: Comienza con actuaciones que crean tensión progresiva, palabras, gestos o silencios y llegado un momento se produce el estallido de violencia, en una tercera fase el agresor “se arrepiente”, se humilla y pide mil perdones asegurando que no volverá a repetirse, valiéndose incluso de regalos, convence a la mujer hasta que nuevamente comienzan las actuaciones que hacen crecer la tensión y darán lugar a un nuevo y más grave estallido de violencia.

Mecanismo acumulativo: Al final de cada circuito, el agresor se siente reforzado y aumenta su poder, mientras la mujer ha sufrido un aumento en la pérdida de su autoestima, disminuye su confianza en cuanto a que nunca podrá salir del circuito violento y aumenta la dependencia del agresor.

Tras cada ciclo se produce uno de los momentos clave para que la mujer consulte un centro de salud, bien para la cura de las lesiones o bien con trastornos psicosomáticos que no relaciona con su situación de maltrato o , en muchos más casos, solicitando medidas indirectas para poder seguir soportando la situación y así salvar la unidad de la familia y su relación de pareja.

CLÍNICA

La mujer maltratada puede aparecer en la consulta presentando un variado espectro sintomático, que puede ir desde una lesión física aguda, a un problema médico, psicológico o psico social

LESIONES AGUDAS

Las lesiones que son consecuencia de malos tratos poseen algunas características que nos permiten identificarlas:

Suelen ser bilaterales y de predominio en cabeza, tórax y cuello.

Suelen presentar la forma de distintos traumatismos: erosiones, contusiones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras.

Es bastante frecuente la mordedura humana, así como la rotura del lóbulo de la oreja por arrancamiento del pendiente y la pérdida de pelo también por arrancamiento.

Es característico que se asocien lesiones en diferentes estadios evolutivos, consecuencia de malos tratos de larga evolución. Así mismo son típicas las fracturas de huesos propios, dientes y mandíbula.

En el caso de mujeres embarazadas, éstas parecen estar expuestas a un riesgo más elevado, tanto porque se da una mayor frecuencia en la intensificación del maltrato, como por las lesiones que las agresiones pueden causarle a ella y al feto. Son frecuentes las lesiones en mamas, abdomen y genitales.

Es preciso preguntar siempre sobre la posible violación.

PROBLEMAS PSICOSOCIALES

El aislamiento en que vive la mujer, así como las situaciones de tensión, pueden conducirla fácilmente a tener conductas autodestructivas y hábitos compulsivos tales como obsesión por la limpieza, adicción al tabaco, alcohol u otras drogas, trastornos de la alimentación, pérdida continua de la capacidad laboral.

TRASTORNOS SOMÁTICOS

Es característico la disociación como mecanismo de defensa, es decir disociar el cuerpo de la mente para no sufrir tanto dolor y dando lugar a la aparición de sintomatología física que no relacionan con su situación.

La tensión emocional mantenida como las situaciones de miedo constante que pueden sufrir estas mujeres en su vida cotidiana, les pueden provocar enfermedades con diferentes formas de presentación, tales como:

- Mareos
- Cefaleas tensionales
- Contracturas musculares
- Palpitaciones
- Ahogo

- Trastornos gastrointestinales
- Alteraciones del ciclo menstrual
- Dispareunia
- Dolor crónico de cualquier localización
- Déficit neurológicos

Si se les proporciona tratamiento sintomático sin afrontar el maltrato, lo más probable es que la mujer se convierta en lo que se ha llamado una “hiperfrecuentadora” del sistema sanitario, entrando dicho sistema (y por tanto también los médicos y las médicas ya que se integran como encubridores) a formar parte del circuito violento.

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Todavía son más amplias las manifestaciones en este campo, ya que las mujeres según el tiempo que lleven de evolución, van desarrollando distintos cuadros, tales como:

- Confusión
- Somatizaciones
- Crisis de identidad
- Crisis de ansiedad
- Claustrofobia
- Agorafobia
- Cuadros de depresión
- Insomnio
- Ideas de suicidio
- Síndrome de estrés postraumático: trastorno que aparece tras la experimentación de un acontecimiento traumático, dando lugar a síntomas de reexperimentación (pensamientos intrusivos, pesadillas, flashback) de evitación o de hipervigilancia, incluyendo trastornos del sueño, que dan lugar a que la mujer piense que se está obsesionando de forma excesiva o se está volviendo loca y tema contar lo que le pasa.

Hay que tener en cuenta que estos episodios agravan sus consecuencias porque ocurren cara a cara, por individuos concretos y conocidos (no anónimos y lejanos como en el caso de un atentado) y que pasan por encima de la oposición de la mujer, de su sufrimiento y de sus lágrimas.

La pérdida de seguridad vivida por largos periodos de tiempo da lugar a ansiedad permanente y a un desgaste que terminará en un comportamiento de indefensión aprendida.

DIAGNÓSTICO

Los malos tratos ocurren con una frecuencia similar a la HTA, de modo que la mejor forma de detectarlos consiste en incluirlos en el interrogatorio rutinario de cualquier historia clínica.

PRONÓSTICO

La receptividad de los y las profesionales, mejora el pronóstico; se ha demostrado que el hecho de tener pósters en la consulta, en relación con este tema, o “pins” en la bata facilita la comunicación con estas mujeres.

El seguimiento programado por parte de la atención primaria mejora el pronóstico.

La mayoría de los estudios coinciden en que el pronóstico mejora si están presentes algunas de estas circunstancias:

- La mujer consigue un trabajo, una posible economía independiente
- Consigue una amistad que le da apoyo
- Mejora su autoestima
- Lleva años buscando soluciones a lo que ella llama “su problema” (de él)
- Se produce una ruptura del contrato
- Ella pone un límite
- Ha realizado algunos ensayos de ruptura

FORMAS DE INTERVENCIÓN

El sistema sanitario es un lugar ideal para la detección precoz de las situaciones de violencia y maltrato.

Como en otros problemas de salud, se puede intervenir con diferentes estrategias:

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dirigidas a toda la población.

- Educación emocional que garantice las habilidades necesarias para el reconocimiento de las diferencias, tolerancia a la frustración, la negociación de conflictos, manejo de las emociones y los duelos de las expectativas.
- Educación en la ética del cuidado fomentar el desarrollo de comportamientos responsables y cuidadosos, con respecto a las tareas y la responsabilidad en lo doméstico y el cuidado de personas.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Dirigido a toda la población

Actuando sobre la transformación de los factores de riesgo, tales como

- Los roles de género
- La democratización de las relaciones familiares, detectando el autoritarismo dentro de la familia o la jerarquización en las relaciones de pareja.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- De detección precoz de mujeres en riesgo, fomentando la autoconciencia, la exploración de la autoestima, del aislamiento social, y haciendo visible el desarrollo de vínculos de dependencia.
- De detección de las consecuencias que producen en otros miembros, como ancianas y ancianos, niñas y niños.

- De detección precoz e intervención rápida y eficaz sobre hombres de riesgo o con manifestaciones iniciales de violencia psicológica o física, tales como aquellos que entran en crisis por sentimientos de pérdida de poder, tendencia a la posesividad, al descontrol, a la impulsividad o ensimismamiento y a todos aquellos que estén muy aferrados al modelo masculino tradicional. Comportamientos que hay que tomar muy en serio, como indicadores de riesgo para detectar los activadores de la violencia. También estrategias destinadas a favorecer la redistribución del trabajo y la responsabilidad en lo doméstico.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Dirigidos a la recuperación de todas aquellas personas afectadas como consecuencia de la violencia, tanto las mujeres como si hubiera otros miembros del grupo de convivencia.

Desarrollando programas de educación y rehabilitación para los hombres violentos, así como estrategias para evitar las recidivas.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Los objetivos específicos en la intervención frente a las mujeres en situación de riesgo de sufrir violencia de género consisten:

- Analizar la situación en la que están inmersas. Investigando en profundidad a que tipo de maltrato está sometida, su gravedad y evaluando la seguridad.
- Informar de que los hechos que refiere, pueden calificarse de maltrato y que como tal es un delito y que existen recursos y profesionales que le pueden ayudar a recuperar sus derechos.
- Favorecer la adecuada utilización de los recursos comunitarios.
- Motivar a la mujer para que sea el agente de su propio cambio.
- Potenciar el desarrollo de las habilidades que precisa para afrontar la situación.
- Apoyar durante todo el proceso en la toma de decisiones.

ESPACIOS DE MUJERES

Grupos de trabajo con mujeres que se sospeche que son o han sido afectadas por la violencia

Objetivo: Hacer posible y potenciar su recuperación con independencia de la decisión que ellas puedan tomar sobre su vínculo

Contenido: Abordar el problema social que supone la violencia contra las mujeres, haciendo visibles los factores que actúan como causales o bien permiten, potencian, encubren estas conductas

- Evaluación del riesgo actual y potencial
- Evaluación de los daños físicos y morales que presenta la mujer
- Elaborar respuestas y estrategias a seguir a corto y a medio plazo
- La relación con otras mujeres que hayan vivido situaciones parecidas
- Escucha des-culpabilizadora, des-mitificante y de apoyo
- Transmitir el valor del derecho a una vida mejor
- Ilusionar por un proceso de recuperación

OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO

- Devolver la integridad Psíquica
- Reconocer el protagonismo de lo vivido
- Relacionar el conflicto con sus creencias
- Expresar y desahogar emociones: Tristeza, dolor, rabia, vergüenza
- Trabajar la vergüenza y la culpa: de no haberse defendido, diferencia entre imposición y sometimiento
- Aprender a protegerse, perder el miedo
- Prevenir elaborando mecanismos
- Iniciar cambio progresivo: Reconstrucción de la autoestima y de la autoresponsabilidad

oOo

BIBLIOGRAFÍA

- Burín, Mabel. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Paidós. Barcelona 1990.
- Coria, Clara. Las negociaciones nuestras de cada día. Paidós. Buenos Aires 1997.
- Corsi, Jorge. Dohmen, Mónica Liliana. Sotés, Miguel Ángel. Bonino Méndez, Luis. Violencia masculina en la pareja. Paidós. Barcelona 1995
- Ferreira, Graciela. La mujer maltratada. Sudamericana. Buenos Aires 1989.
- García de Vinuesa, Leonor. Isabel Ruiz Pérez. JM González Barranco y otras. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud Física y Psíquica. Atención Primaria 2004. 34(3): 117-27
- García de Vinuesa, Leonor. Blanco, Pilar. Ruiz-Jarabo, Consuelo y otras La violencia de pareja y la salud de las mujeres Suplemento SESPAS (CL / LML). Gaceta Sanitaria 2004;18 (suple):000.000
- Ruiz-Jarabo, Consuelo. Blanco Prieto Pilar. La Violencia contra las mujeres. Madrid 2004
- Sanz, Fina. Los vínculos amorosos. Barcelona 1995

ÍNDICE

- Ø La salud y el buen trato
- Ø La salud emocional
- Ø Las emociones de género
- Ø La frustración. El duelo
- Ø Relaciones saludables. El buen trato
- Ø Afectación de la salud. La enfermedad psicosomática. La duda, la renuncia, la confusión, el estrés, el miedo, el aislamiento
- Ø Etiología. Factores predisponentes. Formas de producción
- Ø Clínica. Lesiones agudas. Problemas psicosociales. Trastornos somáticos. Trastornos psicológicos
- Ø Diagnóstico
- Ø Pronóstico
- Ø Formas de intervención. Promoción de la salud. Prevención primaria, secundaria, terciaria
- Ø Objetivos de la intervención
- Ø Espacios de mujeres
- Ø Objetivos del seguimiento
- Ø Bibliografía
- Ø Índice