

¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria?

Are Primary Care nurses trained to detect gender-based violence?

Diana de la Fuente Aparicio, Ana Belén Salamanca Castro, Sara Sánchez Castro.
Hospital Doce de Octubre (Madrid).
Primer Premio en el I Certamen de Investigación en Enfermería "Inés Novellón". FUDEN 2005.

Correspondencia:

Ana Belén Salamanca Castro
e-mail: asalacas@gmail.com

RESUMEN

La violencia doméstica es una de las principales causas de muerte y de traumatismos, así como un problema fundamental de salud pública. En los últimos años han aumentado las víctimas mortales, al igual que lo ha hecho el número de denuncias. La violencia puede evitarse y su prevención es una condición indispensable y fundamental, siendo la Enfermería clave en su detección y tratamiento, debido a su accesibilidad en su relación con el paciente.

OBJETIVOS: Conocer si las enfermeras se encuentran capacitadas para detectar malos tratos en Atención Primaria.

METODOLOGÍA: Para captar el punto de vista de los profesionales de Enfermería sobre este problema se desarrolló un estudio cualitativo mediante grupo focal y un cuestionario con preguntas semiabiertas y cerradas.

RESULTADOS: La opinión de las enfermeras de nuestro estudio es que se detectan los malos tratos en los casos de personas que acuden reiteradamente a la consulta, ya que hay que establecer una relación de confianza para que la víctima de malos tratos cuente su problema.

DISCUSIÓN: Las enfermeras no debemos medir el éxito de nuestra intervención a tenor de si la víctima deja o no a su agresor, sino en razón a la idoneidad con la que se valoró la situación, se la asesoró e informó sobre sus derechos y recursos disponibles, ya que la decisión de abandonar al agresor la debe tomar la víctima.

Palabras clave: Violencia doméstica, violencia de género, diagnóstico precoz, Enfermería, Atención Primaria.

ABSTRACT

Domestic violence is one of the main causes of death and traumatismos, and has become an important public health problem. In the last years, both the number of casualties and formal complaints due to gender-based violence have increased. This problem can be prevented and nurses play an essential role in its diagnosis and prevention due to the close relationship between them and the patients suffering this type of problem.

Objective: To explore whether Primary Care nurses are able to detect gender-based violence.

Methodology: In order to explore the professionals' approach, a qualitative approach based on focus group interviews was designed. The participants' characteristics were recorded using a specific questionnaire.

Results: Domestic violence can be detected in patients who establish a close relationship with Primary Care nurses. In order to get people suffering gender-based violence talk about their problem, a close relationship is mandatory.

Discussion: Starting a new life far from the aggressor cannot be defined as the only success criteria for nurses attending people who suffer gender-based violence. Leaving or not the aggressor must be decided only by the victims.

Key words: Domestic violence, gender-based violence, early diagnosis, Nursing, Primary Care

INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres es, en la actualidad, un tema de preocupación social. Los medios de comunicación han comenzado a recoger como noticia los asesinatos de mujeres a manos de sus novios, parejas o ex parejas. Se dice incluso que los malos tratos están de moda, y muchas personas se preguntan si está aumentando la violencia contra las mujeres. Pero la violencia y los malos tratos han formado parte de nuestra vida cotidiana a lo largo de la historia, aunque esta violencia estaba

normatizada y naturalizada, por lo que era invisible, no tenía reconocimiento y, por tanto, estaba silenciada y oculta.

La representación mental que solemos tener del concepto de malos tratos, casi siempre corresponde a una violencia física de gran intensidad, que tiene efectos graves en la salud, o que puede incluso producir la muerte. Las imágenes y noticias de los medios de comunicación y las campañas de sensibilización han transmitido este estereotipo. Sin embargo, el maltrato que sufren la mayoría de las mujeres no es físico.

Llamamos malos tratos a aquella violencia física, psicológica o sexual dirigida contra las mujeres y ejercida por el marido, compañero, novio o ex pareja [1]

Un grupo especial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre violencia y salud define la violencia como "el empleo intencionado de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, contra otra persona, o contra un grupo o comunidad, que produce o muy probablemente puede producir lesiones, muerte, daños psicológicos, malformaciones o privaciones". [1]

El Código Penal recoge el delito de malos tratos en el seno de la familia en los siguientes términos: "El que habitualmente ejerza violencia física sobre su cónyuge o persona a la que se halle ligado de forma estable por análoga relación de afectividad o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces con que convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela o guarda de hecho de uno u otro, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, sin perjuicio de las penas que le pudieran corresponder por el resultado que, en cada caso, se causare". [2]

Es decir, se recoge que, al margen de las penas por las lesiones causadas, existe una pena añadida por el hecho de producirlas con habitualidad en el ámbito de la familia.

Por lo tanto, cuando hablamos de malos tratos, nos referimos también a los malos tratos psíquicos, emocionales y sexuales, mucho más frecuentes en la vida cotidiana de las mujeres [3]. En una relación de maltrato pueden producirse todos los tipos de violencia o sólo alguno de ellos. No siempre se produce violencia física, pero a la física siempre la acompaña la violencia psicológica.

El maltrato es un proceso, no un hecho aislado o puntual. Cuando una mujer llega a un centro sanitario con un daño físico producido por su pareja, podemos deducir que está inmersa en una relación donde ha sufrido durante tiempo violencia psicológica y posiblemente también sexual. En muchas ocasiones, la violencia física no empieza a ser utilizada hasta muy avanzada la relación. A veces, se usa por primera vez cuando la mujer comunica su decisión de separarse.

La violencia doméstica supone ataques repetidos y cada vez más graves, que muchas veces se ajustan al siguiente ciclo: Fase de creación de tensiones-Fase de distensión-Fase de disculpas, lamentaciones y arrepentimiento [3]

Según datos del Instituto de la Mujer, en los últimos años han aumentado las víctimas mortales (desde 43 víctimas en 2000 hasta 52 en 2004), al igual que lo han hecho el número de denuncias (desde 22.354 en el año 2000 hasta 43.569 en el año 2004) [4]. Todo esto ha hecho que la sociedad sienta la necesidad de dar respuesta al problema, plasmándose en cambios en los ámbitos jurídico, político, social y sanitario.

Respecto al ámbito político, en 1998 España reconoció de forma explícita la violencia doméstica como un problema de Estado, y se han aprobado y modificado leyes para mejorar la seguridad de las víctimas de malos tratos.

En el año 2003 se produjeron y entraron en vigor dos modificaciones legislativas importantes. La **Ley 27/2003**, de 31 de julio (B.O.E. 1 de Agosto), reguladora de la **Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica**, que al constatar la existencia de una situación objetiva de riesgo para una víctima de violencia doméstica, ordena su protección durante la tramitación de un proceso penal. Esta orden podrá ser solicitada por la propia víctima o por aquellas personas que tengan con ella alguna relación de parentesco o afectividad, o por quienes puedan ser afectados por delitos de violencia doméstica, por el fiscal o por el propio juez.

La orden de protección constituye un nuevo instrumento legal diseñado para proteger a la víctima de la violencia doméstica frente a todo tipo de agresiones. Para ello, la orden de protección concentra en una única e inmediata resolución judicial la adopción de medidas de naturaleza penal y civil, y activa al mismo tiempo los mecanismos de protección social establecidos a favor de la víctima por el Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales. La mayor novedad consiste en que un mismo juez, el juez de instrucción de guardia, podrá adoptar medidas de protección de carácter penal y civil en la primera comparecencia (o juicio) que se celebre, que deberá ser en el plazo más breve posible y en todo caso, antes de que transcurran 72 horas desde que se solicitó. Es decir, la concesión de la orden de protección otorga a la víctima de violencia doméstica una protección integral que incluirá medidas cautelares de orden civil y penal y aquellas otras medidas de asistencia y protección social.

Además, el 29 de septiembre de 2003 se modificó el Código Penal, incorporándose un conjunto de medidas legales dirigidas a luchar contra los delitos de violencia doméstica y a ofrecer mayor seguridad a las víctimas. Con esta reforma, las conductas consideradas en el Código Penal como faltas de lesiones,

cuando se cometen en el ámbito doméstico pasan a considerarse delitos, con lo cual se abre la posibilidad de imponer pena de prisión y, en todo caso, la pena de privación del derecho a la tenencia y porte de armas. Asimismo se abre la posibilidad de que el juez o tribunal sentenciador acuerde la privación de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento. También hay que señalar que el Código Penal establece como agravante, el que la conducta se perpetre en presencia de menores, o utilizando armas, o tenga lugar en el domicilio común o en el domicilio de la víctima, o se realice quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48 del Código Penal (privación del derecho a residir en determinados lugares o acudir a ellos; en la prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima, o a aquellos familiares o personas que determine el Juez), o quebrantando una medida cautelar o de seguridad de la misma naturaleza. [5]

La **Ley orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género** fue aprobada por unanimidad el 22 de diciembre de 2004 y contempla tanto medidas asistenciales como de prevención, con especial atención a las políticas educativas que insistan en la igualdad y el respeto de los derechos de la mujer. Su aspecto más polémico es la discriminación positiva que se establece por penalizar el maltrato doméstico sólo cuando el agresor es un hombre y la víctima, una mujer. Una de las enmiendas aprobadas durante su tramitación parlamentaria contempla la modificación del Código Penal para que las amenazas y lesiones leves sean consideradas como delito cuando afecte a víctimas "especialmente vulnerables -niños, ancianos y minusválidos- que convivan con el autor".

La Ley establece una jurisdicción especial para la violencia de género y pretende lograr una estrecha coordinación de todos los agentes implicados en el proceso (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, fiscales, forenses, psicólogos, magistrados, etc.), que deberán recibir una formación específica para que las víctimas sean atendidas en todo momento por especialistas en la materia.

La ley insiste en que la formación en el respeto a la igualdad entre hombres y mujeres debe ser uno de los fines del sistema educativo español. Además, en cuanto a la publicidad, se considerará ilícita la asociación del cuerpo femenino con un producto concreto. Las asociaciones e instituciones que trabajan a favor de la igualdad podrán solicitar la retirada de un anuncio si lo consideran oportuno.

También la nueva ley permitirá la creación de servicios de atención e información inmediata que garanticen un primer asesoramiento legal y psicológico, centros de emergencia para asistir a las mujeres y a sus hijos y centros de recuperación integral. Comunidades Autónomas y Ayuntamientos participarán en el desarrollo de todos estos servicios, en los que también se contempla la asistencia jurídica especializada y gratuita, así como ayudas económicas que faciliten a las víctimas empezar una nueva vida.

Así mismo, se crearán Juzgados de Igualdad y Asuntos Familiares en cada provincia y capital, en los que se centralizarán los asuntos civiles y penales de una misma unidad familiar. También se reforzarán las penas contra los agresores: las amenazas leves se podrán sancionar con prisión de seis meses a un año y el juez podrá inhabilitar al progenitor para el ejercicio de la patria potestad o la tutela de los hijos hasta cinco años. En caso de lesiones, se agrava la pena de dos a cinco años cuando la víctima sea la esposa o compañera sentimental, aunque no haya habido convivencia. Además, se prevé que cada Fiscalía de los Tribunales Superiores de Justicia y de las Audiencias Provinciales tenga su propia Sección de Violencia Familiar y que se cree la figura del "Fiscal contra la violencia contra la mujer". Entre otras medidas también se contempla la creación de unidades especializadas en prevención de la violencia y la aplicación de programas específicos a maltratadores en prisión. [6]

En la esfera social, hay que destacar las numerosas campañas llevadas a cabo en los últimos años para lograr una mayor sensibilización de la población sobre el problema de los malos tratos. Además en la Comunidad de Madrid se ha puesto en marcha un sistema de detección de proximidad, que impide al maltratador violar la orden de alejamiento y acercarse a su víctima. [6]

Además, en algunas Comunidades Autónomas se ha puesto en marcha un dispositivo de teléfonos móviles, que se han facilitado a ancianos, discapacitados y mujeres amenazadas por la violencia doméstica, que poseen un sistema de localización por vía satélite, que permitirá pedir ayuda pulsando un botón concreto del teléfono móvil, de modo que el operador que recibe la señal conoce la ubicación donde se encuentra la persona, la ruta realizada y sus datos principales, con el fin de socorrerla lo más rápido posible. [6]

En el ámbito sanitario, y centrándonos en la profesión que nos ocupa, se están desarrollando programas en diversas áreas de salud para potenciar las habilidades de las enfermeras en detectar, informar y evaluar los malos tratos, ya que estudios realizados con personal de Enfermería demuestran que la tasa autocomunicada de maltrato como causa de lesiones es escasa (7,5%). Sin embargo, esta tasa mejora (30%) cuando la mujer es preguntada por enfermeras/os formadas/os en la materia. [7]

La violencia doméstica es una de las principales causas de muerte y de traumatismos, así como un problema fundamental de salud pública. La violencia puede evitarse y su prevención es una condición indispensable y fundamental, siendo la Enfermería clave en su detección y tratamiento, debido a su accesibilidad en su relación con el paciente. Por otro lado, el profesional de Enfermería, por su preparación y formación en el ámbito biopsicosocial y las características de su propio trabajo, puede ayudar en gran medida a la detección de casos de malos tratos. Cabe decir que la enfermera/o es en muchos casos el punto de contacto con otros servicios a los que quizás pueda ser remitida la víctima.

"Es inherente a la Enfermería el respeto de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto" [8]. Al ser la violencia doméstica un delito que atenta contra la libertad (como persona capaz de decidir), la dignidad (como ser humano con derecho a ser respetado) y

Diana de la Fuente

la integridad física y el equilibrio psicológico, creemos que es pertinente saber si los profesionales de Enfermería, concretamente los de Atención Primaria, están capacitados para abordar el problema. Es importante saber cómo estos profesionales actúan en el ejercicio de su profesión ante los casos de violencia doméstica, y sobre todo, conocer la opinión de éstos sobre su propio trabajo y si piensan que hay aspectos que se deberían modificar o mejorar.

Concretamente nos planteamos los siguientes objetivos:

- Conocer la actitud ante la víctima de malos tratos, centrándonos en su capacidad para empatizar con ella.
- Determinar el sentir de las enfermeras de Atención Primaria sobre su formación en violencia de género.
- Aproximarnos a la opinión sobre la capacidad de abordar los malos tratos en las consultas de Enfermería relacionada con la planificación de la consulta.
- Analizar si la Enfermería está sensibilizada con este tema.
- Describir la opinión de las enfermeras sobre el funcionamiento del grupo multidisciplinar en Atención Primaria, así como los diferentes recursos existentes.
- Determinar el grado de conocimiento de las enfermeras sobre los recursos sociales existentes, así como de los programas y protocolos sobre violencia de género.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización de nuestro estudio elegimos la metodología cualitativa, ya que permite acercarse a la percepción de los sujetos de estudio acerca de su capacidad para detectar situaciones de violencia, así como su opinión acerca de los aspectos que deberían mejorarse en su entorno laboral para mejorar dicha capacitación. Recurrimos al grupo focal como herramienta para la recogida de datos, por ser la que mejor se ajustaba a nuestro objeto de investigación. Previamente, se pasó un cuestionario con preguntas semiabiertas y cerradas, con el fin de conocer datos relativos a la situación laboral y formativa de cada uno de los participantes, así como información en relación con los recursos y habilidades para el manejo de este problema (Anexo 1). La recogida de datos se desarrolló entre Octubre y Diciembre de 2004.

En el estudio fueron incluidas ocho enfermeras, todas mujeres, pertenecientes al centro de salud Parque Europa en Pinto (Área X de Salud de Madrid), las cuales dieron su consentimiento para la participación en el grupo focal. La elección de la muestra fue intencionada y por conveniencia.

La duración del grupo fue de 45 minutos aproximadamente, procediéndose a la transcripción íntegra del contenido con objeto de analizar su contenido.

El cuestionario fue contestado por 6 de las 8 enfermeras incluidas en el estudio.

RESULTADOS

Las características de la muestra y el resto de información en relación con las preguntas incluidas en el cuestionario se resumen en la tabla 1.

Edad	Año diplomatura	Años de experiencia en AP	Formación post-grado en violencia de género	Nº de casos de violencia de género identificados	Capacidad sentida para la detección de casos	Opinión sobre los programas y protocolos en el ámbito de la violencia de género	Facilidad de acceso a los mismos	Coordinación interdisciplinar
60	1970	12	No	3	5	Hay que trabajar mas	5	Si
51	1974	7	Si	6 a 8	7	Buena	8	Si
58	1985	13	Si	1	7	Buena	5	Si
54	N/C	18	Si	Físico alguno, psíquico mas de 10	6	Buena	3	DUE y médico
37	1992	12	Si	0	6	Bien diseñados	8	Trabajador social
28	1998	5	No	4 a 5	3	No los conoce	N/C	Si

Tabla 1: Características de la muestra y datos sobre las habilidades y recursos para el manejo de la violencia de género en el ámbito de la Atención Primaria.

1. "Con las antenas puestas"

Las enfermeras opinaron que los malos tratos se detectan en los casos de personas de 40 a 50 años que acuden reiteradamente a la consulta por causas inespecíficas o por estar incluidas en otros programas de salud. Muchas mujeres acuden a la consulta por síntomas inespecíficos, consultas reiteradas por motivos banales, somatizaciones o trastornos psicológicos poco específicos. Estos problemas pueden ser la carta de presentación de un problema que la mujer no se atreve a revelar directamente, pero sobre el que a la vez nos está pidiendo ayuda. A veces lo hacen para explorar la actitud del profesional que las atiende, su receptividad, exponiendo o no el problema en función de la respuesta. Las mujeres que consultan por una agresión física son sólo una pequeña parte de las que sufren violencia.

"Suelen ser consultas por depresión o por cualquier otra cosa, malestar,... y luego surge"

"Una persona que está deprimida y te dice -que no sé por qué, porque yo soy feliz- y eso de la palabra feliz te hace estar con las antenas puestas, no se puede estar con depresión y decir: -no lo se, porque a mí me va muy bien en la vida-, y yo digo: ya se está cocinando algo".

"Cuando ya tienen algo de confianza contigo y vas tirando del hilo y ves que algo no cuadra, suelen contarlo".

"Cuando consulta por otras cosas, que viene mucho al médico, por depresión, insomnio, está muy nerviosa,...se siente mal, porque estas mujeres no se sienten nunca bien, claro, con un tema así... Te comentan el miedo que tienen no te dicen de qué, pero..."

"Cuando tú preguntas: ¿A ti qué te pasa?, ¿Por qué vienes?- No se, porque no me encuentro bien, algo tengo, algo me pasa, no se qué, pero no me encuentro bien-"

"A quien más se ve es a personas con edades a partir de 40 o 50 años, que es cuando tienen problemas de tensión arterial, etc. En esa franja de edad es más difícil de detectar, porque la gente muy mayor no se da ni cuenta de que es maltratada. Se ve que muchas viudas se dan cuenta que cuando se muere el marido son más felices y rejuvenecen".

"Pienso que hay un aumento de malos tratos, aquí se cata muy poco porque son ellas principalmente, las que no vienen a decir que está pasando esto. Tras sucesivas citas vas dando cuenta de que ciertos aspectos no van bien, no cuadran".

2. "Que vengan solas"

Tras estas opiniones, las enfermeras manifiestan el propósito de concretar consultas sucesivas por algún otro motivo para favorecer la verbalización del problema, ya que es importante tener intimidad total, porque si la mujer no se siente segura y apoyada, estará demasiado asustada para contar su problema. Para ello, se debe pedir a los familiares o amigos que la acompañen que esperen en la sala de espera, diciendo, por ejemplo, que se va a realizar un examen físico a la paciente. Si la posible víctima viene con menores, se puede pedir a otro miembro del equipo que se quede con ellos. Se debe ser muy estricto a la hora de proporcionar intimidad, sin importar la apariencia del acompañante, ya que los maltratadores, en muchas ocasiones, son protectores y compasivos en público.

Si el acompañante no coopera, deberemos realizar el seguimiento mediante llamadas telefónicas al trabajo o a casa, siempre preguntando antes de empezar a hablar si es un buen momento para hacerlo y avisando a la posible víctima de que deberá decir que era una llamada de seguimiento rutinario.

Si existen barreras idiomáticas con la paciente, se debe proporcionar un intérprete del mismo sexo que la víctima, familiarizado con su entorno cultural y respetuoso con la necesidad de confidencialidad.

"Si tienes alguna sospecha normalmente intentas que vengan solas. Le preguntas algo general porque directamente sobre maltrato no puedes preguntar. Por ejemplo, qué tal va la cura... o algo así".

"Cuando tú preguntas: ¿A ti que te pasa, por qué vienes? -No se, porque no me encuentro bien. Algo tengo, algo me pasa, no se qué, pero no me encuentro bien... Intentas que vengan solas si cuando vienen con el marido ellas están más calladas, más retraídas... Por ejemplo, cuando haces un ECG y vienen con el marido le preguntas: ¿qué te pasa? ¿Has tenido algún disgusto? y le observan al otro y como ellos están observándolas fijamente, ellas no dicen nada. Sí que se nota".

3. "El cura del pueblo"

Hay que establecer una relación de confianza para que la posible víctima de malos tratos le cuente su problema, para lo que es fundamental no establecer juicios preconcebidos de la situación, ya que la actitud del profesional de la salud hacia la posible víctima influirá sobre ésta para que hable de lo sucedido, porque es frecuente que estas mujeres se sientan juzgadas y piensen que no se les cree. Así, debemos evitar palabras y frases como "¿por qué?", "¿cómo?", "¿sólo?", "¿eso es todo?", o "¿por qué no

le dejas?”, que minimizan la gravedad del asunto y tienden a hacer sentir mal a la víctima. Se les debe transmitir confianza y sensación de seguridad y apoyo, asegurándoles que se preservará su intimidad. No debemos olvidar que hay que escuchar y dejar hablar del tema a las mujeres víctimas de malos tratos, ya que pueden necesitar a alguien que les escuche y oriente o simplemente desahogarse.

"Cuando tienen más trato contigo, confianza, eres como el cura del pueblo, te lo cuentan. No conoces a la gente de su entorno, la aconsejas más o menos los pasos que puede seguir, las opciones para actuar, pero no eres su vecina que se lo cotillea a la otra".

"Tras sucesivas citaciones te vas dando cuenta de que ciertos aspectos no van bien, no cuadran".

"Cuando ya tienen algo de confianza contigo y vas tirando del hilo y ves que algo no cuadra, suelen contarlo".

"Lo que más se ve es gente crónica, tú lo tratas cuando lo ves 3 o 4 veces al año y tienen más trato contigo".

4. "El matrimonio es para toda la vida"

Aun así, ellas refieren que abordar el tema es complicado porque, o bien la mujer no se da cuenta de que está siendo maltratada, o bien lo trata de ocultar debido a cuestiones sociales, culturales y religiosas muy arraigadas en nuestra sociedad. La educación de las mujeres a lo largo de la historia ha ido dirigida a hacer del amor el centro de sus vidas, encontrar al "príncipe azul" que satisfaría sus necesidades, fundar una familia, ser esposas y después madres. La educación se dirigió, por tanto, a aprender a cómo amar, responsabilizándoles del bienestar y el mantenimiento de las relaciones. La valía y el éxito de las mujeres dependían de su capacidad para mantener la familia unida y para ello, a veces era necesario tolerar y perdonar el maltrato. Les enseñaban que "quien bien te quiere, te hará llorar".

Por todo esto, las principales razones que hacen que una mujer no comente que está siendo víctima de maltrato son: vergüenza, miedo a que se las culpabilice, a ser estigmatizadas, a represalias, a que se las fuerce a tomar decisiones para las que no se sienten preparadas o no desean, o porque sienten que traicionarían a su pareja, hacia el que además de miedo, sienten amor y dependencia, ya que puede que sea su principal fuente de amor y afecto cuando no la maltrata y espera que cambie su actitud.

Sin embargo, otras veces puede que la mujer no sea consciente de su situación de maltrato (sobre todo cuando proceden de familias en las que la violencia formaba parte de las relaciones habituales), bien porque no le dan importancia porque forma parte de su cotidianidad o bien porque sería muy doloroso reconocerlo, negándose a sí mismas.

"Depende de la mentalidad porque en algunas familias decían: -¿Que le habría hecho al pobre marido?- y ella se siente culpable y dice: -¡Qué mala soy!- y eso todavía pasa y muchas veces dice la familia: -La ha pegado, pues se lo merecería-".

"Yo creo que el maltrato está aumentando porque ya no hay esa sumisión que había antes de la mujer, porque antes la mujer no provocaba ni se separaba, y hacía lo que el hombre quisiera. Antes, había mujeres que no habían tenido ningún placer sexual y se conformaban con eso porque los deberes de esposa había que cumplirlos. Y ahora la mujer dice: ¡Aquí estoy yo!, y eso el hombre no lo asume".

"Falta mucho para que el hombre se mentalice y se produzca un cambio cultural, porque aunque parezca que ha cambiado, esto no ha cambiado tanto".

"A quien más se ve es a personas con edades a partir de 40 o 50 años, que es cuando tienen problemas de tensión arterial, etc. En esa franja de edad es más difícil de detectar, porque la gente muy mayor no se da ni cuenta de que es maltratada. Se ve que muchas viudas se dan cuenta de que cuando se muere el marido son más felices y rejuvenecen".

"Las creencias religiosas de España, porque el matrimonio es para toda la vida".

5. "Con esta mujer hay que hacer algo"

Una vez confirmado el caso, lo reflejan en la historia clínica y remiten a la víctima al trabajador social, siendo éste el profesional del equipo interdisciplinar por el que se sienten más respaldados.

No debemos olvidar que la violencia doméstica es un problema multidimensional y que la actuación de los profesionales sanitarios sólo será efectiva si trabajan en coordinación con otros muchos profesionales e instituciones que tienen un papel en el problema, ya que para su solución necesita de abordajes multidisciplinarios e interinstitucionales.

Cuando derivamos a una mujer víctima de malos tratos a otro profesional, debemos comentarle el caso previamente a éste, para que la mujer vea la continuidad de la intervención y no tenga que comenzar de nuevo a contar toda su historia. Y posteriormente, participar en el seguimiento con el profesional o el equipo que la trata, y si es posible, también con ella, para mantener una relación coordinada y fluida.

"Se refleja como sospecha de maltrato. Si que hay un diagnóstico como tal".

"Los partes de lesiones no los rellenan aquí, porque si tiene algún problema más grave, por ejemplo, cuando llamaron a la policía, se van a urgencias y allí lo rellenarían".

"Normalmente sueles derivar al trabajador social".

"Tú le dices a la trabajadora social: -con esta mujer hay que hacer algo, porque o la mata el marido o se suicida ella-".

6. "Menos hablar y más solucionar"

En cuanto a la forma de abordar la situación, las enfermeras de nuestro estudio escuchan a las víctimas de malos tratos, las orientan y las instan a denunciar. Pero aseguran que la situación es difícil y los recursos asistenciales son escasos.

"Hay que estar ahí, y ayudar en la medida que podemos. Tú tienes que hacer lo que tienes que hacer aunque sea poco, porque tiene que tener a una persona que la entienda y sobre todo que no se encuentre tan sola, para que tenga un punto de referencia donde acudir".

"Las cosas no dependen tanto ni de la enfermera, ni de la mujer. Son tantas cosas... es difícil que den los pasos para la separación, porque no tienen independencia económica, la familia, las creencias religiosas de España, la idea de que el matrimonio es para toda la vida...".

"Yo le digo: tú denuncia y ella pregunta que si cuando denuncie a su marido le sacarán de su casa. Porque cuando a él le llegue la notificación, a ella la mata, porque se lo ha dicho"

"Si lo vieran más fácil, sí darían el paso, pero el problema es que hay muchas cosas en contra. La independencia económica, fundamentalmente, que no la tienen. En algunos casos, han dicho que cuando se vayan los hijos de casa, quizás den el paso. Es cobarde porque le ha dado motivos suficientes".

"El marido viene borracho, le pega palizas, y se lo cuenta a una amiga. Y ella se quiere tirar a las vías del tren, porque ella no puede aguantar y económicamente depende de él, y tiene miedo de perder su vida familiar, su casa, su todo. Necesita una solución y la sociedad no le da ninguna solución. A ver qué ayuda le das aparte de psicológica y comprensión".

"Se tiene que ir de su casa, de la ciudad, porque si no no sirve, si vive a dos calles...".

"Normalmente sueles derivar al trabajador social. Tampoco puedes hacer nada porque bla, bla, bla. Cuéntame tú, porque a mí este tema me repatea mucho, porque una señora que le pega el marido una paliza que para qué, que había recurrido a todo lo habido y por haber para pedir ayuda y mucho hablar... Apoyo psicológico, si acaso, pero no hay ningún programa. Aunque parezca que hay ayuda a la mujer, se van a un piso de acogida un mes y al mes a la calle y a ver qué van a hacer. Son mujeres que no quieren dejar su casa, que son cobardes y tienen miedo y no se deciden a vivir sin su marido. Y ahí están, aguantando el chaparrón".

"Porque si una mujer denuncia, si es de un estatus social bajo tiene más posibilidades de que la maten".

"El tema está saturado, menos hablar y más solucionar".

"Hay pocos recursos".

7. ¡La rabia que sientes!

Todo esto, les despierta una sensación generalizada de impotencia, así como sentimientos que describen de la siguiente forma:

"Impotencia, fatal, rabia".

"Agresividad hacia el agresor".

"En una ocasión tuvimos que atender al agresor y le dejás caer algunas cosillas, pero tienes que actuar como si no pasara nada, pero no poder decirle nada... ¡La rabia que sientes!, porque dan una imagen que no parece".

"Es difícil de entender... Porque hay algunas que se ve venir, que ya de novios tienen malos tratos y se casan pensando que van a cambiarlos y luego es peor. De todos modos es que esa es masoquista, parece que le va la marcha" [al hacer estas declaraciones otra componente del grupo responde]: "No digas eso, no tires piedras sobre nuestro propio tejado".

"Tú le dices que eso no es así, pero hay impotencia. ¿Porque hasta qué punto llega lo que tú le dices?"

8. "Se está avanzando cada vez más"

Sin embargo, reconocen que se está avanzando, ya que se están facilitando instrumentos para garantizar una mayor protección a las víctimas de malos tratos: teléfonos móviles con detectores GPS (Sistema de Posicionamiento Geográfico), detectores que se activan cuando el maltratador incumple la orden de alejamiento, etc.

También apuntan que se está formando a los profesionales sanitarios para favorecer la detección y el tratamiento de los casos de violencia doméstica, sobre todo a los profesionales que ejercen su trabajo en Atención Primaria.

"Se está avanzando cada vez más. Ahora hay un prototipo de detector que avisa a la policía".

"Hay poca formación, pero ya va aumentando"

"No nos podemos quejar, hay unos cursos que da el Ayuntamiento y son útiles, están enfocados a lo que necesitamos"

9. "Hay que educar en el respeto"

En cuanto a la prevención, las enfermeras de nuestro estudio piensan que se debe empezar por la educación en el respeto, que debe comenzar en las familias y en los colegios.

Para ello, hay que educar a los niños y niñas para que no utilicen la violencia como forma de relacionarse, resolver conflictos u obtener poder o reconocimiento social. Se debe dar una educación no sexista, rompiendo los estereotipos sobre mujeres y hombres, ofreciéndoles todo tipo de juguetes y actividades, e invitándoles a que investiguen nuevos papeles y nuevas situaciones, animándoles a realizar deportes diferentes, y enseñándoles a ambos (niños y niñas) las habilidades domésticas necesarias para una autonomía personal. Es importante valorar y resaltar las actitudes y comportamientos contrarios a la violencia, como son el diálogo, la colaboración y el respeto.

"Hay que actuar en prevención en este tema. Está claro por dónde hay que empezar: en las escuelas y en las familias".

"Hay que educar en el respeto".

"La ideología sigue siendo igual de machista, que hace unos años. Un machista "benévolo", encubierto, pero entre la juventud se están introduciendo los mismos valores que antes".

"Yo creo que el maltrato está aumentando porque ya no hay esa sumisión que había antes de la mujer, porque antes la mujer no provocaba ni se separaba, y hacía lo que el hombre quisiera. Antes había mujeres que no habían tenido ningún placer sexual y se conformaban con eso porque los deberes de esposa había que cumplirlos, y ahora la mujer dice: ¡Aquí estoy yo!, y eso el hombre no lo asume".

"Falta mucho para que el hombre se mentalice y se produzca un cambio cultural. Porque aunque parezca que ha cambiado, esto no ha cambiado tanto".

"No se puede actuar aisladamente, porque esto lleva un trasfondo ideológico educacional".

"La educación va cambiando también en cuanto al maltrato psicológico".

DISCUSIÓN

A partir del análisis de nuestros datos podemos afirmar que las enfermeras se encuentran capacitadas para detectar malos tratos en los casos de mujeres que acuden reiteradamente a la consulta, debido a que se establece con ellas una relación de mayor confianza e intimidad. En los casos de personas que acuden puntualmente a la consulta, al no haber esa relación de confianza, no es posible abordar el tema. Las enfermeras de nuestro estudio reclaman una mayor formación y un esfuerzo para mejorar y aumentar los recursos disponibles, y una mayor coordinación del equipo interdisciplinar. Igualmente, valoran positivamente los protocolos existentes, aunque indican que hay que mejorar la puesta en práctica de los mismos.

Sin embargo, otros estudios ponen de manifiesto que en la mayoría de las ocasiones, los profesionales sanitarios no detectan que el origen de los síntomas o signos que hacen que estas pacientes acudan a la consulta, está en la situación de violencia a la que están sometidas. Los síntomas aparecen como desligados de la situación vital que la mujer está viviendo. Existen barreras psicológicas y culturales que

dificultan que las mujeres hablen del tema, y falta formación en los profesionales sanitarios. Mc Cauley, en 1998, en un estudio sobre mujeres maltratadas encontró que el 86% de las mujeres habían visto a su médico habitual en el año anterior, pero sólo una de cada tres había hablado sobre el maltrato. Bradley, en 2002, encontró que menos de un quinto de las mujeres maltratadas lo habían comentado con su médico y Richardson, en 2002, también encontró un porcentaje similar [9].

La diferencia entre nuestros resultados y los de los estudios anteriormente citados puede ser debida a que nuestro estudio pretende conocer la opinión de las enfermeras que participan sobre si se encuentran capacitadas para detectar los casos de malos tratos, no pretendemos hacer un cálculo estadístico sobre el número de casos detectados. Como en este centro concreto sí que se han detectado varios casos de malos tratos, las enfermeras de nuestro estudio se encuentran capacitadas para detectar los casos en las situaciones anteriormente expuestas. De hecho, en los resultados obtenidos en los cuestionarios, reflejan que su valoración respecto a la capacidad para la detección de casos es 5 o superior en todas las participantes, excepto una de ellas, que se valora con un 3, coincidiendo con que es la enfermera de menor edad y la que cuenta con menos experiencia en Atención Primaria.

También hay que añadir que gran parte de las participantes en el estudio habían asistido a un curso organizado por el Ayuntamiento de esta localidad, lo que, sin duda habrá influido en su capacidad para detectar los casos de violencia doméstica. Somos conscientes, por lo tanto, de que nuestros resultados son válidos exclusivamente en esta muestra y contexto.

Por otro lado, hemos observado al realizar el estudio que las enfermeras participantes mostraban desinterés y desmotivación ante el tema, puesto que algunas de ellas manifestaban que: *"este tema me repatea mucho, yo no pensaba venir"*. Argumentaban todo esto diciendo que es un asunto que es difícil de abordar desde la Enfermería y que tampoco es fácil adoptar medidas que sirvan para solucionar el problema, fundamentalmente por la escasez de recursos.

También quedó patente que las enfermeras de nuestro estudio se mostraban algo reacias a participar en él, porque pensaban que íbamos a juzgar su trabajo. Nos comentaban, ante la propuesta de fijar una fecha para el grupo focal, que les tenían *"que dar tiempo para preparar algo"*. Algunas no entendían que sólo nos interesaba saber su opinión sobre su labor asistencial, conocer su formación en materia de malos tratos, los recursos disponibles, protocolos, etc. como les explicamos en reiteradas ocasiones.

Pensamos que sería interesante seguir profundizando en este tema, ya que la Enfermería es un colectivo fundamental en la detección de los casos de maltrato, porque está cercano a la población y además de poder ayudar informando de los diferentes recursos, puede ser una vía de acceso hacia otros profesionales, facilitando en gran medida la coordinación y el buen funcionamiento del equipo interdisciplinar.

Como conclusión, podríamos decir que como enfermeros/as debemos tomar conciencia de la importancia y la relevancia del tema para conseguir una mayor implicación comenzando a ser así parte de la solución y no parte del problema, procurando dejar a un lado los estereotipos sociales o las ideas preconcebidas que podamos tener.

Las enfermeras no debemos medir el éxito de nuestra intervención a tenor de si la víctima deja o no a su agresor, sino en razón a la idoneidad con la que se valoró la situación, se le asesoró e informó sobre sus derechos y recursos disponibles, ya que la decisión de abandonar al agresor la debe tomar la víctima.

Creemos que el pilar fundamental para la prevención de la violencia doméstica sería empezar a educar a los niños y niñas en la igualdad, desde las familias, escuelas, medios de comunicación, etc., educando en el respeto a la libertad y dignidad personal. No debemos minimizar o tapar la violencia diciendo que *"son cosas de niños"*.

A la vez, se deberían sentar las bases para un cambio de mentalidad en la sociedad, cambiando los estereotipos establecidos (*"el matrimonio es para toda la vida"*, *"quien bien te quiere te hará llorar"*), y conseguir que la sociedad sea menos sexista, no diferenciando roles de hombres y de mujeres.

En cualquier caso, no debemos olvidar nunca que la víctima debe gozar de plena autonomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo Internacional de Enfermería. Unidas contra la violencia. Las enfermeras dispuestas siempre a ayudarte. Carpeta de materiales contra la violencia. Ginebra: CIE; 2001.
2. Orden de protección a las víctimas de violencia doméstica. Ministerio de Justicia. Disponible en: http://www.justicia.es/servlet/Satellite?cid=1057821035261&pagename=Portal_del_ciudadano%2FPage%2FAtCiudadano&c=page&subseccion=RedirListadoMuestra&cate=AV&menu_AsistenciaVictima=menu_activo&nu=menu_AsistenciaVictima [Consultado el 06/06/04]
3. Consejo Internacional de Enfermería. Unidas contra violencia. Las enfermeras dispuestas siempre a ayudarte. Carpeta de materiales contra la violencia. Ginebra: CIE; 2001.
4. La violencia en cifras. Instituto de la Mujer. Disponible en: http://www.mtas.es/mujer/subsecciones_violencia.htm [Consultado el 02/03/04]

