

## VALORACIÓN DE LAS MUJERES MALTRATADAS SOBRE LA ASISTENCIA SANITARIA RECIBIDA

### BATTERED WOMEN'S VALUATIONS ON HEALTH CARE RECEIVED

**Autor:** Sara Sánchez Castro (1), Diana de la Fuente Aparicio (2), Ana Belén Salamanca Castro (1), Juana Robledo Martín (3).

**Dirección de contacto:** [sarasanchez@fuden.es](mailto:sarasanchez@fuden.es)

**Cómo citar este artículo:** *Sánchez Castro S, De la Fuente Aparicio D, Salamanca Castro AB, Robledo Martín J. Valoración de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Sep-Oct. [fecha de acceso]; 7(48):[ aprox. 8 pant].*  
**Disponible en:** [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE48\\_original\\_maltratoipc.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE48_original_maltratoipc.pdf)

El presente artículo forma parte de los resultados de una investigación con financiación del Fondo de Investigaciones Sanitarias con PI051996.

**Fecha recepción:** 03/11/2009

**Aceptado para su publicación:** 15/03/2010

**Resumen:** La violencia contra las mujeres es actualmente en España un problema de estado, de salud pública y de gran preocupación social debido a los numerosos casos de mujeres asesinadas a manos de sus parejas o ex parejas.

El objetivo de este estudio era conocer la percepción de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida.

Para ello se desarrolló un estudio cualitativo cuya población de estudio fueron mujeres que habían sufrido malos tratos y vivían en la Comunidad de Madrid. Para la recogida de datos se realizaron grupos de discusión y entrevistas en profundidad.

Las mujeres de nuestro estudio identificaron la asistencia sanitaria con la asistencia proporcionada sólo en caso de lesiones físicas. Las somatizaciones consecuencia del maltrato eran tratadas por los profesionales sin abordar la causa que las producían, no obstante, manifestaron buscar algo más de los profesionales que las atendieron, aunque no fuesen capaces de verbalizarlo ante ellos. Las mujeres opinaban que cada profesional sanitario tiene una función propia, por lo tanto, si los profesionales abordaban la salud mental sin ser especialistas en esta materia, era una "cuestión de suerte".

Se hace evidente que el actual concepto biopsicosocial de la salud no ha calado ni en la población, ni en los profesionales sanitarios, haciendo que la atención sanitaria fuera bien evaluada por ellas, porque solucionaban los problemas específicos por el que demandaron la asistencia.

**Palabras clave:** Violencia contra la Mujer, Salud de la Mujer, Percepción, Personal de Salud, Investigación Cualitativa.

**Abstract:** Violence against women in Spain is currently a problem of state public health and of great social concern because of numerous cases of women murdered by their partners or former partners.

The objective of this study was to study the perceptions of battered women on health care received.

To achieve that aim a qualitative study was developed as the study population were battered women who lived in the Comunidad de Madrid. Data were collected by the performance of focus groups and deep interviews.

The women in our study identified health care with assistance provided only in case of physical injuries. Somatizations that abuse occurs were treated by sanitary professionals without addressing the causes that produce them, however, expressed for something more than the professionals who attended, though the women were not able to verbalize to them. The women believed that every healthcare professional has a specific function, therefore, addressed whether mental health professionals without being specialists in this field, was a "matter of luck."

It is evident that the actual biopsychosocial concept of health has no draft in the population, or health professionals, making health care was highly valued by them because they solved the specific problems that require assistance.

**Key words:** Violence against Women, Women's Health, Perception, Health Staff, Qualitative Research.

**Centro de Trabajo:** (1) Diplomada en Enfermería. Departamento Investigación FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería), (2) Diplomada en Enfermería. Hospital 12 de Octubre de Madrid. (3) Diplomada en Enfermería y Licenciada en Antropología Social y Cultural. Departamento Investigación FUDEN.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia contra la mujer infligida por su pareja como aquella que *"incluye la violencia física, sexual y psíquica y los comportamientos dominantes por parte de sus parejas actuales o anteriores, y comprende tanto la situación actual de las mujeres entrevistadas como sus experiencias anteriores."*(1)

La violencia hacia y contra las mujeres es una de las violaciones más grave de los derechos humanos (2). Consiste en cualquier tipo de violación de la personalidad de la mujer, de su integridad física y mental o de su libertad de movimiento, siendo ésta, aquella que abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física (2).

La violencia de género es un tipo de violencia estructural e instrumental; es estructural, porque no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo (3).

Además la violencia hacia las mujeres es un tipo de violencia instrumental, es decir, no es un fin en sí mismo, sino que sirve de instrumento de dominación y control social, utilizándose como mecanismo de mantenimiento del poder masculino y de reproducción del sometimiento femenino. Los hombres maltratadores han aprendido a través del proceso de socialización que la violencia es la mejor forma de conseguir el control y dominar a la mujer (3).

Según los datos del informe de víctimas mortales por violencia doméstica y de género realizado en España en el año 2009, 55 mujeres fallecieron a manos de sus parejas o antiguos compañeros, de las que el 47,27% eran menores de 35 años. El informe indica que 17 de las 55 víctimas habían presentado denuncia contra su agresor (4). Estos datos inducen a considerar que está aumentando la violencia contra las mujeres, no obstante, la violencia y los malos tratos han formado parte de nuestra vida cotidiana a lo largo de la historia, aunque esta violencia estaba normalizada y naturalizada, por lo que era invisible, no tenía reconocimiento, por lo tanto, estaba silenciada y oculta; (5) prueba de ello son las numerosas tragedias de honor que existen en nuestra literatura, en las que el marido asesina a su mujer (y en muchas ocasiones, al amante de ésta) para impedir que su honra quede manchada a causa del adulterio cometido por ella o por la mera sospecha que tiene del quebrantamiento de su fidelidad matrimonial, ya que, como se cita en "Los comendadores de Córdoba", escrita en 1596 por Lope de Vega: *"La honra sólo se lava con sangre"*.

La consideración en las últimas décadas de la violencia machista como un problema no solo del ámbito privado, sino también del público ha producido una mayor visibilidad del problema. Esta

realidad social ha producido que, en la última década, en España la violencia hacia las mujeres haya sido considerada como un problema de estado y de salud pública. Así, en el año 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el Protocolo Común para la Actuación sanitaria ante la Violencia de Género, donde señala que uno de los principales factores determinantes de la violencia hacia las mujeres son las relaciones desiguales entre hombres y mujeres y la existencia de la “cultura de la violencia” como medio para resolver los conflictos (6).

No obstante, a pesar de esta mayor visibilidad, el problema sigue estando infradiagnosticado por parte de los profesionales sanitarios, ya que las mujeres no suelen mencionar expresamente la existencia de dicho problema cuando son atendidas. Los profesionales sanitarios, encuentran dificultades cuando asisten a las víctimas de malos tratos, debido por un lado a los prejuicios personales que hacen que se minimicen los efectos de la violencia, lo que contribuye a la idea de que es un tema privado “un problema de pareja”; y por otro, a no considerar la violencia hacia las mujeres como un problema de salud, sino una cuestión cuya detección, intervención y tratamiento concierne a la ley y a los servicios sociales. Los obstáculos señalados para el abordaje de los malos tratos desde el ámbito sanitario, se podrían minimizar a través de la formación de estos profesionales, abordando los prejuicios y estereotipos que comparten con la sociedad en la que viven (7).

Como apunta Herrero Velázquez, el diagnóstico precoz de este tipo de violencia, es un reto para la Atención Primaria de salud (8), puesto que, como declaró la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su resolución 49.25 la violencia de género es un problema de salud pública (9).

Para facilitar la labor de detección de los malos tratos por parte de los profesionales sanitarios, se elaboró el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género anteriormente citado, que incluye pautas para que los profesionales, puedan tanto detectar como actuar ante los casos de violencia de género (6), siendo necesario, como se indica en este protocolo, así como en otros documentos, establecer unas vías eficaces de coordinación entre los servicios de las distintas administraciones e instituciones (10-12).

El fenómeno de los malos tratos implica a todos los poderes públicos nacionales, puesto que tienen el mandato constitucional de eliminar los obstáculos para que la libertad y la igualdad sean reales y efectivas en todos los ámbitos donde las personas desarrollan su vida, tanto en el ámbito privado, como en el público; adoptando determinadas medidas legislativas que hagan efectivo el derecho a la protección de la salud, recogido en el artículo 43 de la Constitución Española (13). De hecho la historia clínica es considerada una prueba en los procesos judiciales, por lo que adquiere una especial importancia la exhaustiva cumplimentación del parte de lesiones por parte de los profesionales sanitarios que atienden a mujeres víctimas de malos tratos (14).

Diferentes estudios (2,5,15,16) que han abordado la violencia de género desde la perspectiva sanitaria, han considerado la capacitación de los profesionales como uno de los aspectos a mejorar a través de una formación vivencial, es decir, no tanto una formación clínica sino dirigida al análisis y la reflexión sobre las propias actitudes, creencias y prejuicios. Profundizando en esta línea, el Instituto de Salud Pública de la Comunidad realizó una investigación cualitativa que, entre otras

cuestiones abordaba tanto la experiencia de la mujer maltratada en la relación que establece con el sistema sanitario como las actitudes previas y las expectativas frente al tema de los profesionales sanitarios con el fin de mejorar el abordaje sanitario del problema (17).

El presente estudio, que se encuadra dentro de un proyecto más amplio que incluye el estudio de factores psicosociales relacionados con la instauración y el mantenimiento de la situación de maltrato, tiene como objetivo conocer la percepción de las mujeres maltratadas sobre la asistencia sanitaria recibida.

## METODOLOGÍA

Para alcanzar el objetivo propuesto desarrollamos un estudio de tipo cualitativo cuya población de estudio eran mujeres maltratadas mayores de edad que vivían en la Comunidad de Madrid (debido a motivos de confidencialidad no se especifican los municipios donde se han recogido los datos).

El acceso al campo se realizó, en un primer momento, a través de organismos oficiales que pudieran proporcionarnos el acceso a centros donde asisten a mujeres maltratadas, vía que resultó ser ineficaz, puesto que transcurridos 12 meses desde los primeros contactos, no habíamos obtenido ningún tipo de respuesta o ésta había sido negativa. En la búsqueda de nuevos medios de acceso a la población de estudio, el equipo investigador optó por contactar con los psicólogos o las personas que atendían directamente a estas mujeres, actuando éstos como porteros permitiéndonos el acceso a la población de estudio. De esta manera, tras un primer contacto, generalmente por vía telefónica, el equipo investigador concertaba una entrevista con dicho portero para exponerle el objetivo del estudio y el perfil que las mujeres participantes debían cumplir, siendo ellos quiénes nos informaban sobre quiénes podrían ser las posibles participantes.

Los criterios de inclusión que debían cumplir las mujeres eran:

- Ser mayor de edad.
- Residir en cualquier municipio de la Comunidad de Madrid.
- Haber sido objeto de cualquier tipo de maltrato (físico, psíquico o sexual).
- Encontrarse en el momento del desarrollo del estudio en una situación psicológica tal que fueran capaces de verbalizar la experiencia vivida sin que ello les supusiera un daño psicológico o un retroceso en su tratamiento.

Las posibilidades de acceso al campo determinaron que el muestreo utilizado fuese por conveniencia, es decir, se seleccionaron aquellos casos disponibles a los cuales los investigadores tuvimos acceso (18). Como consecuencia de todo lo anterior, el muestreo no pudo evolucionar hacia un muestreo teórico o intencionado de variación máxima en base a determinadas características sociodemográficas de la población de estudio.

Para la recogida de la información utilizamos como técnica grupos de discusión. En un primer acceso a la población de estudio, se realizó un grupo de discusión piloto, que nos permitió establecer las preguntas temáticas a desarrollar en los siguientes. Se realizaron un total de 6 grupos de discusión hasta conseguir la saturación del discurso.

A las mujeres que cumplían los criterios de selección establecidos se les explicó el objetivo del estudio, invitándolas a formar parte del mismo, y eran informadas del día en el que se iba a realizar el grupo con una semana de anticipación.

En el momento de la recogida de datos, el equipo investigador (sin identificarse como personal sanitario) volvía a informar a las mujeres del objetivo de la investigación y les aseguraba que los datos iban a ser tratados de forma anónima y confidencial, no pudiendo acceder otras personas ajenas al equipo investigador a la información recabada. Tras ser informadas, las mujeres aceptaban su participación voluntaria en el estudio mediante consentimiento verbal y escrito (este último podía ser firmado con un pseudónimo).

Los grupos de discusión fueron heterogéneos en cuanto a la edad de las participantes, con un rango de edades que oscilaban desde los 18 años la mujer con menor edad hasta los 60 años la mujer de más edad y con un nivel de estudios que oscilaban desde primarios a universitarios. En los grupos participaron un mínimo de 8 y un máximo de 10 mujeres, y su duración osciló desde los 51 minutos hasta las 2 horas y 11 minutos. Los grupos de discusión fueron grabados y transcritos en su totalidad. No se realizaron grabaciones con vídeo con el fin de que las mujeres pudieran expresar sus experiencias de una manera más relajada y despreocupada. Por ello, un miembro del equipo investigador analizaba el lenguaje no verbal durante la realización de los grupos de discusión, recogiendo lo observado en el diario de campo, para su posterior análisis. El moderador iniciaba el grupo de discusión con la siguiente pregunta: "¿Qué opináis de la asistencia sanitaria que habéis recibido cuando habéis acudido a algún centro sanitario, por algún problema relacionado con los malos tratos?".

La realización de los grupos se llevó a cabo en la sala donde las mujeres realizaban su terapia grupal, ya que este hecho se entendió que favorecería que las mujeres se sintieran cómodas en este contexto, facilitándolas así que verbalizaran su vivencia. Fue necesario hacerlo así, por la imposibilidad de las mujeres de acudir otro día al centro.

El análisis de los datos se realizó paralelamente a su recogida durante el desarrollo de la investigación, siendo la reflexividad una constante en todo el proceso, examinando así los investigadores su posicionamiento a través de la elaboración y análisis del diario de campo donde se reflejaba tanto el proceso seguido en la recogida de datos como en el análisis de los mismos.

Las categorías se construyeron de forma inductiva por parte del equipo investigador y éstas fueron integradas en otras superiores que constituyeron el armazón teórico de la formulación final de los resultados.

Los resultados fueron validados mediante un proceso de triangulación, para lo cual fueron devueltos nuevamente a los sujetos participantes, a los psicólogos que trabajan con estas mujeres, a miembros de asociaciones de mujeres maltratadas y corroborados con la bibliografía relacionada.

## RESULTADOS

A partir de la información obtenida, mediante un proceso de codificación inductiva de los datos, se obtuvieron las siguientes categorías:

### **Asistencia sanitaria igual a lesiones físicas:**

Las mujeres identifican la asistencia sanitaria con la que se presta en el caso de lesiones físicas. En el caso en el que los malos tratos hayan sido psicológicos, las mujeres piensan que tienen que convencer a los profesionales de la situación por la que están pasando, creen que si los malos tratos no son físicos, los profesionales sanitarios no van a poder actuar, no tienen pruebas, y no van a creer lo que ellas están diciendo. Muchas de las mujeres de nuestro estudio justifican de esta manera la ausencia de contacto con los profesionales sanitarios, no recurriendo a los servicios sanitarios en primer lugar para pedir ayuda.

*“Lo que pasa que yo físicos no he tenido, entonces no he tenido que recurrir a ningún hospital, y...al no ser físicos que no tienes una prueba palpable (...).GD2*

### **Búsqueda indirecta de ayuda:**

Las mujeres en muchas ocasiones acuden a la asistencia sanitaria buscando ayuda, pero esta búsqueda no suele ser directa, ya que se encuentra detrás de un cúmulo de invenciones que la mujer cuenta para ocultar la agresión, pensando que los profesionales se van a dar cuenta de lo que realmente está pasando, pero en algunos casos esto no sucede así, y los profesionales “no se dan cuenta” o bien “lo dejan pasar”. Muchas veces la mujer no puede verbalizar su problema y lo que busca es comprensión, apoyo, que la crean, y que sean los profesionales los que detecten su problema.

*“Yo lo que busco es que ellos se den cuenta, me pongo a mirarlos a los ojos (gesticula abriendo bien los ojos), les digo, tal, pero porque a lo mejor no me atrevo (...). GD 4*

### **Hiperfrecuentación de los centros sanitarios:**

Las mujeres maltratadas acuden con mucha frecuencia a los centros de Atención Primaria, en muchas ocasiones debido a trastornos físicos o psicológicos que son consecuencia de la situación de maltrato que están sufriendo.

Las somatizaciones que el maltrato produce (ansiedad, depresión, malestar general...) son tratadas por los profesionales sanitarios sin abordar la causa, sin explorar qué hay detrás de las múltiples visitas y aunque en ocasiones se conoce la existencia del maltrato, los profesionales no siempre abordan este problema detectado.

*“Además iba muy a menudo, dos o tres veces por semana y los médicos ya me conocían y no hacía falta que les diera mi informe, yo creo que lo sospechaban pero a mí nunca me dijeron nada”.GD2*

*"Deberían ser un poco más humanos en el trato con el paciente, o sea "me duele muchísimo la cabeza, llevo ya quince días que me duele la cabeza", "¡tómame esto!", otro día me subió la tensión cuando yo soy propensa a tener la tensión baja, digo..."¡no sé, me siento...!sabes que yo tengo la tensión baja...", "¡una subida de tensión", y ni siquiera preocuparse en saber el porqué me ha podido subir la tensión, puede ser una cosa eventual..."últimamente estas muy nerviosa", "sí", "pues tómate una tila", ¡si a mí me tira un poco más de la lengua yo lo hubiera dicho!... GD3*

#### **Función de los profesionales sanitarios:**

Para las mujeres que han participado en nuestro estudio, cada profesional sanitario tiene una función muy definida y rígida, por lo que, el médico de familia no tendría como función preocuparse por el bienestar psíquico de las personas que acuden a la consulta. Éste sólo se ocuparía de la salud física. Identifican para cada problema de salud un especialista concreto, así, la atención más cualificada se desarrollaría en el hospital y para casos más leves estaría el médico de familia. Opinan que, en su caso, es necesaria, por tanto, la actuación de diferentes especialistas, cada uno de los cuales abordaría una cuestión específica del problema de salud; debido a ello, no se considera una mala praxis por parte de los médicos de atención primaria que éstos no se ocupen de aquello que alude a su bienestar psíquico.

*"Es que depende, es que cada uno hace su papel, si llevas un palizón tremendo y necesitas una ayuda un poco más cualificada de un Hospital, yo, por ejemplo, el médico de cabecera no he ido, además es que nunca lo he pensado, un doctor, es que además te llaman a un doctor que está súper cualificado para esto, vamos, yo es que en ese caso, luego, en lo psicológico, pues una psicóloga, es que necesitamos de todo, porque ahora la psicóloga no nos va a ayudar con la cabeza abierta ¿entiendes? Sin embargo, la locura esta que tenemos (...)" GD1*

*"No he dicho que no hay casos de médicos, de bomberos que no sepan apagar fuegos, o de policías que no sepan poner una multa, o de nosotros mismos cada uno en el trabajo que tenga que no sepamos en un momento dado... pero si digo que mucha culpa es de que todo esos no está... como debe de ser, y habría que haber, pero supongo que será muy complicado, cada cosa tener un especialista". GD6*

#### **Atención a la salud mental "Una cuestión de suerte":**

En los casos en los que profesionales sanitarios, que no son psiquiatras ni psicólogos se preocupan por su salud mental y por los aspectos psicológicos de la salud; las mujeres lo interpretan como algo añadido a lo que es la función de dicho profesional siendo en este caso gente "maja" y que han tenido suerte. Y como decíamos en el apartado anterior, cada profesional tiene unas funciones definidas y rígidas.

*"¡Otros médicos sí se implican! ... yo fui a decirselo claramente porque estaba saturada, se lo dije: "tengo maltrato psicológico en casa" al principio es muy reacia porque no llevas síntomas de golpes*

*ni nada y se queda así como diciendo... ¿me estará diciendo la verdad? ¡Es lógico que no sepa si le digo la verdad o mentira! Pero sí a raíz de eso me mandó un tratamiento y cada quince días me cita y se está conmigo quince minutos, ¡he tenido suerte!".GD3*

#### **Falta de seguimiento de los malos tratos:**

Las mujeres explican que, una vez es conocida la existencia del maltrato, los médicos no hacen un seguimiento del problema. Reclaman más interés por parte de los profesionales que las atienden, alguna pregunta que demuestre dicho interés. Son profesionales con los que ellas entran en contacto en numerosas ocasiones debido a las consecuencias que el maltrato tiene sobre su salud, sin embargo, los profesionales que las atienden, no muestran la preocupación que ellas desearían, aspecto que apuntan a mejorar en la asistencia sanitaria.

*"Pues mira yo hace un año que fui al de cabecera y le enseñé lo que había pasado, ella hizo un parte de lesiones y lo mandó al juzgado, desde entonces yo habré ido a la doctora...pues como una vez al mes, a lo mejor te ha vuelto a preguntar a ti (tono irónico) a mí no me ha vuelto a preguntar más, ¡con eso te puedes hacer una idea!, que lo más lógico es que cuando vuelves: "al final me has hecho caso, has denunciado a la policía o que ha pasado con esto, te encuentras bien, o ha vuelto a suceder algo...", a mí no me ha vuelto a pregunta más (...)".GD1*

Algunos profesionales de la salud hacen un mayor seguimiento de los malos tratos, ejemplo de ellos son los pediatras, quienes no sólo se preocupan por la salud de los niños, sino también por el bienestar de la mujer, aspecto éste muy valorado por las mujeres de nuestro estudio.

#### **Actitud de los profesionales sanitarios frente al maltrato:**

Las mujeres de nuestro estudio reclaman de los profesionales una actitud más empática con el problema del maltrato y con la situación por la que ellas están atravesando. Las mujeres exponen que los profesionales deberían tener "don de gentes", porque la actitud que en ocasiones muestran hacia ellas, es considerada por la mujer de incorrecta e irrespetuosa, encontrando en esta actitud, falta de ayuda y comprensión, lo que hace que a nivel emocional la mujer, en ocasiones, se derrumbe.

*"Yo he conversado con muchas compañeras que han sido como yo, maltratadas, entonces...eh... me han dicho que los médicos son groseros, que los médicos no tienen paciencia, que no quieren dar el paro... o sea, no hay comprensión, eh...no hay un poquito de...ese don de gentes, o sea, los médicos deberían estar más capacitados en este plano, porque los médicos estudian tanto me imagino... que ya están con la paciencia....que no tienen don de gentes, paciencia, [...] deberían tener un poquito más de paciencia con nosotras, las mujeres así, porque...!no es fácil, no es fácil!".GD6*

### **Aspectos a mejorar:**

Las mujeres maltratadas de nuestro estudio, expresan los aspectos que ellas consideran que deben ser mejorados por los profesionales sanitarios. Estos aspectos se subdividen en distintos apartados para su mejor comprensión:

- Preguntar a la mujer qué le pasa: En ocasiones, la mujer víctima de malos tratos, no es capaz de identificar lo que está pasando. Para ello sería necesario que los profesionales indagasen, preguntasen sobre la existencia del maltrato. Según las mujeres sería tan fácil como averiguar "qué está ocurriendo", a través de aquellas preguntas que puede hacer sospechar que la mujer está siendo víctima de malos tratos e incorporar el maltrato como una pregunta más de la anamnesis inicial.
- Mayor seguimiento: Las mujeres de nuestro estudio reclaman mayor seguimiento del problema por parte de los profesionales sanitarios, seguimiento éste que en muchos casos está ausente, reclaman atención no sólo a la esfera física, sino también a la esfera psicológica.
- Mayor tiempo destinado a su atención: Las mujeres maltratadas reclaman más recursos para atender sus necesidades. Dentro de estos recursos incluyen el tiempo para ser atendidas. La presión asistencial es uno de los aspectos que ellas señalan como prioritario a mejorar, porque falta tiempo entre las citas y hay poco tiempo de consulta para dedicarlo a su atención.
- Actitud empática por parte de los profesionales sanitarios: Las mujeres de nuestro estudio reclaman de los profesionales una actitud empática, de comprensión, como un aspecto muy importante a mejorar. Los profesionales deben tener "don de gentes" como refieren las mujeres, y tener igualmente "paciencia". El hecho de mostrar o no empatía hacia la mujer, podía generar mayor preocupación y desesperanza perdiendo la confianza en los profesionales sanitarios, dejando de ser un punto de referencia al que acudir.

## **DISCUSIÓN**

Las mujeres de nuestro estudio identifican la asistencia sanitaria con la asistencia proporcionada sólo en caso de lesiones físicas, de hecho, comentan que si los malos tratos no han sido físicos sino psicológicos, la relación con los servicios sanitarios ha sido escasa. Cuando acuden a los profesionales sanitarios, no suelen manifestar que son víctima de malos tratos de forma directa, sino bajo un cúmulo de invenciones aunque sí pretenden que los profesionales detecten la existencia de éstos. Sin embargo, en los casos de malos tratos psicológicos que las mujeres identifican, éstas comentan que deben convencer a los médicos que las atienden de la existencia de dichos malos tratos. Llama la atención que los malos tratos psicológicos sean entendidos por los profesionales sanitarios como problemas en la pareja, minimizando tanto el problema como la

repercusión en la salud que pueden ocasionar, de hecho, numerosos estudios (19-21) han mostrado las diferentes patologías que surgen como consecuencia de este tipo de violencia, comprobando que las mujeres maltratadas, tenían una salud peor, y acudían a los centros sanitarios en mayor medida. Igualmente, pusieron de manifiesto que las mujeres que sufren maltrato, presentaban una mayor frecuencia de enfermedades crónicas, siendo una de las secuelas más graves, secundarias a situaciones mantenidas de violencia.

Las somatizaciones consecuencia de la situación psicológica en la que estas mujeres se encuentran son tratadas con medicación, sin embargo, no se aborda la causa que las origina. No obstante, este hecho, no es visto como "mala praxis" por las mujeres de nuestro estudio, puesto que para ellas cada profesional de la salud aborda un problema de salud concreto, por eso, no sería una función propia del médico de familia la atención psicológica, sino una función propia de otros especialistas como psicólogos o psiquiatras. Como muestran los resultados, ni las mujeres de nuestro estudio, ni los profesionales a los que acudieron, parece que tuviesen integrado el concepto actual de la salud, definido en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (22), donde se incluían los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Las mujeres de nuestro estudio consideran que los profesionales que no son especialistas en el campo de la salud mental no tienen obligación de atender dicha cuestión, por lo que valoran la asistencia sanitaria que han recibido como buena, y, en el caso de que algún profesional de los que las atendía (en su mayoría médicos de Atención Primaria) se ocupara de su bienestar psíquico, pensaban que habían tenido suerte con el médico que les habían asignado. Esta valoración coincide con lo que, según diferentes estudios, opinan los profesionales sanitarios sobre el maltrato, cuestión que no es considerada por ellos como un problema de salud (16).

Así, las mujeres de nuestro estudio, se encuentran satisfechas con la asistencia sanitaria que se les presta porque obtienen una solución al problema específico (lesión física) por el que acuden a la consulta, sin embargo, no se aborda la causa de este problema, para lo que habría que, como ellas indican, simplemente preguntar "¿qué te pasa?", algo que, no obstante, indican como uno de los aspectos a mejorar en la asistencia que reciben.

Cuando se identifica la existencia de malos tratos, desde los servicios sanitarios no siempre se realiza un seguimiento del problema. En las siguientes consultas, los médicos de familia no les suelen preguntar sobre la situación actual, algo que es interpretado por ellas como una falta de preocupación por parte de éstos. Encuentran también diferencias entre los médicos de familia y los pediatras, quienes sí suelen preguntar a la mujer, mostrando interés no solo por el estado del niño, sino también por el de la madre. Quizás por esto, realizar o no un seguimiento sobre los malos tratos es visto, como una cuestión de mayor o menor preocupación por parte de los profesionales sanitarios, siendo este punto, una cuestión a mejorar.

Tanto el hecho de no abordar la causa que origina el maltrato como la falta de seguimiento en los casos en los que se detecta podrían explicarse porque los profesionales sanitarios no identifican los malos tratos como un problema de salud (16), pese a que en el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género vigente desde el año 2007, se orienta a estos profesionales para proporcionar una atención integral a las mujeres víctimas de los malos tratos (6).

La revisión realizada por Coulthart et al. sobre estudios que abordaban la violencia de género, corrobora lo anteriormente expuesto, ya que los autores concluían que no era aceptable simplemente suponer que algún otro servicio, como los servicios sociales o la policía, hiciese algo en relación a la violencia infligida contra las mujeres (23). En este sentido, es el que están trabajando diferentes Comunidades Autónomas y organizaciones sanitarias impartiendo cursos de formación sobre violencia de género dirigidos a profesionales sanitarios (14,24), pero quizás, como apunta Blanco, la formación debería enfocarse hacia la reflexión del profesional sobre sus propias actitudes (5) puesto que puede que la causa sea una falta de sensibilización por parte de estos profesionales, ya que, como señala Velázquez, los patrones culturales influyen en las creencias, y éstas a su vez en las actitudes que tienen los profesionales sanitarios frente al maltrato, condicionando así también la manera de relacionarse de estos profesionales con las personas víctimas de malos tratos a las que atienden (3). La importancia de la actitud de los profesionales sanitarios y de que éstos identifiquen los malos tratos como un problema de salud es imprescindible para que éstos lo integren en su actividad asistencial, al igual que investiguen las lagunas de conocimiento que puede haber acerca del problema (19).

Las mujeres que participaron en nuestro estudio indicaban que, en muchas ocasiones, pedían ayuda de forma silenciosa, bien indirectamente tratando de que fuera el personal sanitario quien se diera cuenta de la situación de violencia, o bien en otras ocasiones acudían a ellos en busca de comprensión, ayuda y apoyo. Esto redundaba en la necesidad de que los profesionales sanitarios que atienden a mujeres maltratadas estén sensibilizados y formados en la detección de la violencia de género, para que sean capaces de detectar y abordar adecuadamente este problema.

Nos resulta llamativo el hecho de que las mujeres de nuestro estudio, no hicieran referencia a la figura de la enfermera de Atención Primaria, a pesar de ser uno de los profesionales más cercanos a la población. La figura de la enfermera solo parecía en los casos en los que las mujeres habían precisado cuidados de enfermería proporcionados en el ámbito de la Atención Especializada. Es necesario considerar, en base a estos resultados, la escasa visibilidad que el profesional de enfermería tiene para las mujeres maltratadas a la hora de abordar su problema, algo que puede ser consecuencia de la estratificación del sistema sanitario por especialidades médicas, donde, como ellas indicaban, cada profesional tiene una función específica. Sin embargo, en una investigación realizada anteriormente por los autores de este estudio en enfermeras de Atención Primaria, cuyo objetivo era conocer si éstas se sentían capacitadas para detectar malos tratos, éstas manifestaban que se sentían capacitadas para detectarlos en los casos de mujeres que acudían retiradamente a la consulta, ya que establecían con las víctimas una relación de confianza, ya que sabían que les podían contar su problema guardando la confidencialidad (15).

Una limitación del estudio es la debida a que, por las dificultades ya mencionadas para seleccionar a las mujeres participantes, no hemos podido abordar toda la posible variabilidad del fenómeno objeto de estudio. Para ello habríamos tenido que haber desarrollado grupos homogéneos en cuanto a ciertas variables como la edad, nivel socioeconómico o nivel cultural, que hubiese

permitido una mayor homogeneidad intragrupo y una mayor heterogeneidad intergrupo, pero como ya se ha indicado, los grupos debieron ser heterogéneos respecto a estas variables al tratarse de un muestreo de conveniencia, no siendo posible establecer grupos más homogéneos. No obstante, sería interesante realizar futuros estudios en los que se utilizara un muestreo teórico, siguiendo la estrategia que se considere más oportuna en función de la información obtenida, pudiendo, de esta manera, obtener una visión más real de la variabilidad del fenómeno del maltrato a la mujer, permitiendo, de la misma manera, establecer las posibles diferencias en las percepciones encontradas en función de estas variables y a qué pueden ser debidas.

Otro hecho a tener en cuenta es que las mujeres, por formar parte de grupos de terapia establecidos anteriormente, se conocían antes de realizar los grupos de discusión, aunque es necesario considerar que ello puede haber favorecido que ellas se sintieran más cómodas a la hora de hablar, más teniendo en cuenta que son experiencias personales y que evocan emociones intensas.

A partir de los hallazgos del estudio, creemos apropiado que desde los servicios sanitarios se dé más visibilidad a la enfermería como puerta de entrada en el sistema sanitario y como recurso frente al maltrato, ya que estamos hablando de profesionales que están formados y, como apuntaron Coll-Vicent et al., siendo en algunos casos los más sensibilizados con el problema, ya que en su estudio comparaban la sensibilización de médicos y enfermeras (16).

Los resultados obtenidos nos hacen plantearnos la necesidad de desarrollar estrategias que visibilicen los servicios sanitarios como un recurso fundamental al que las mujeres maltratadas pueden dirigirse desde que ellas son conscientes de que sufren maltrato, máxime tratándose éste de un sistema accesible a toda la población, y al que, las mujeres maltratadas (debido a la pérdida progresiva de autoestima, diversas somatizaciones que el maltrato produce, y como consecuencia su deterioro en su estado de salud) acudirán en algún momento del proceso.

Por otro lado, creemos también necesario concienciar a los profesionales del sistema de salud de la importancia de su actuación en este problema de salud, ya que la mujer va a contactar con el sistema sanitario en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos e hijas, cuidado a ancianos...), por lo que es necesario, que los profesionales estén capacitados para dar atención a su demanda, a la vez que es preciso que éstos comprendan la importancia del registro exhaustivo del parte de lesiones así como la historia clínica, ya que éste es tomado como una prueba en los procesos judiciales.

Sería interesantes seguir investigando sobre el fenómeno de los malos tratos dentro del ámbito sanitario y en especial sobre el porqué los profesionales sanitarios no lo consideran un problema de salud, por qué el concepto actual de salud no ha calado en los mismos, e igualmente sería interesante investigar cómo ven los profesionales sanitarios la asistencia que prestan a las mujeres maltratadas.

También sería interesante realizar estudios a nivel nacional para poder conocer con mayor profundidad, si realmente la asistencia sanitaria que se presta a las víctimas de malos tratos

corresponde con su demanda real. Es importante que desde los servicios sanitarios se dé respuesta a este problema de salud pública, presente en todos los ámbitos sociales, desde una visión cercana a la mujer que es víctima de violencia de género, considerando las diferentes variables que pueden influir en la percepción, ya que, los profesionales deben constituir parte de la solución y no ser parte del problema, sólo sabiendo que es lo que realmente demandan las víctimas, podremos hacerlo efectivo.

#### **AGRADECIMIENTOS**

A todas las mujeres que participaron en el estudio, por ayudarnos a entender y comprender el fenómeno de los malos tratos, y hacernos reflexionar sobre el papel, que como profesionales desarrollamos.

A todos los que hicieron posible y nos permitieron que llevásemos a cabo el estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [página en Internet]. Género y Salud de la Mujer. Violencia contra la mujer infligida por su pareja. [Consultado el 9 de marzo de 2009]. Disponible en: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter2/es/index.html](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/index.html)
2. Mazarrasa Alvear L, Díaz Rodríguez DR. Violencia de género y cuidados de enfermería. *Metas enferm.* 2002 Dic-Ene; 4(10): 52-57.
3. Velázquez S. *Violencia Cotidiana, Violencia de Género, Escuchar, Comprender, Ayudar.* 1ª ed. Buenos Aires: Paidós; 2003.
4. Ministerio de Igualdad. Secretaría General de Políticas de Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Subdirección General de Prevención y Gestión del conocimiento sobre Violencia de Género. Informe de víctimas mortales Violencia de Género- 2009 [Consultado el 28 julio de 2010] disponible en: [http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1272275712\\_informe\\_muertas\\_2009.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1272275712_informe_muertas_2009.pdf)
5. Blanco P, Ruiz-Jarabo C, García de Vinuesa L, Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1):182-8.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo Común para la Actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid (España); 2007.
7. Fernández Alonso MC. Violencia de género una prioridad sanitaria y un reto social. *Aten Primaria.* 2007; 39(supl2): 7-62.
8. Herrero Velásquez S. Actuación de los profesionales de la Atención Primaria de Salud en el abordaje de la Violencia de Género. *Aten Primaria.* 2007; 39(supl2):51-52.
9. Unidad de Salud de la Mujer; Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. OMS/OPS; 1998.
10. Ley Reguladora de la Orden de Protección a las Víctimas de la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, nº 183, (01-08-2003).
11. Consejería de Empleo y Mujer. Plan de Acción Integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. Madrid (España); 2008.
12. Ley de Medidas Concretas en Materia de Seguridad Ciudadana. Boletín Oficial del Estado, nº 234, (30-09-2003).
13. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29/12/1978).
14. Consejería de Sanidad y Consumo. Guía de Actuación en Atención Especializada para abordar la Violencia de Pareja hacia las Mujeres. Madrid (España); 2008. [Consultado el 21 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGuiaAEVIOLENCIAPAREJA>

[op%2C1.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1266127119414&ssbinary=true](#)

15. De la Fuente Aparicio D, Salamanca Castro AB, Sánchez Castro S. ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria? Nure Inv [revista en Internet] 2005 May [Consultado el 4 julio 2009]; 2 (15): [aprox.12 pant]. Disponible en:

[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original15.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original15.pdf)

16. Coll- Vicent B, Echeverría T, Farrás U, Rodríguez D, Millá J, Santiña M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gac Sanit 2008; 22(1): 7-10.

17. Consejería de Sanidad y Consumo. Informe del estudio cualitativo: La Violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Madrid (España); 2004 [Consultado el 1 julio 2009]. Disponible en: [http://www.violencia-urbal.net/05d\\_29.pdf](http://www.violencia-urbal.net/05d_29.pdf)

18. Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación 4ª ed. McGraw-Hill. México: 2006

19. Raya Ortega L, Ruíz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa JM, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Aten Primaria 2004; 34 (3):117-27.

20. Fernández Alonso, MC. Violencia doméstica: ¿Conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas? Aten Primaria 2004; 34(3):117-27.

21. Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Blanco Prieto P, González Barranco JM, Ayuso Martín P, Montero Piñar MI, Grupo Estudio para la Violencia de Género. La violencia contra la mujer en la pareja: Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit [online]. 2006, 20 (3) [consultado el 21 de julio de 2010]:202-208. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000300006&script=sci_arttext)

22. Organización Mundial de la Salud. [Página en Internet]. Definición de la salud. [Consultado el 3 julio de 2009]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

23. Coulthard P, Yong S, Adamson L, Warburton L, Worthington HV, Esposito M. Cribaje (screening) sobre violencia doméstica y programas de intervención para adultos con lesiones dentales o faciales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004486> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd).

24. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. El Consejo General de Enfermería desarrolla un sistema formativo que permite a las enfermeras detectar los casos de violencia de género. Cantabria (España); 2006. [Consultado el 3 julio 2009] Disponible en:

<http://www.enfermeriacantabria.com/modules.php?name=Nexs&file=article&sid=2366>