

Criterios de formación en
violencia de pareja
hacia las **mujeres**



Criterios de formación en
violencia de pareja
hacia las **mujeres**



AUTORAS

Lasheras Lozano, Luisa.

*Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública.
Dirección General de Salud Pública y Alimentación.*

Pires Alcaide, Marisa.

*Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública
Dirección General de Salud Pública y Alimentación.*

Polentinos Castro, Elena.

*Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública del Instituto de Salud Pública.
Hospital de Móstoles*

Ramasco Gutiérrez, Milagros.

*Servicio de Análisis e Intervención de la Dirección General de Salud Pública
y Alimentación.*

Romero Sabater, Inmaculada.

Dirección General de la Mujer. Consejería de Empleo y Mujer.

Ruiz Sánchez, Luisa.

*Profesora Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad.
Universidad Autónoma de Madrid*

COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Aguirre Martín-Gil, Ramón.

*Jefe de Servicio de Promoción de Salud. Dirección General de Salud Pública
y Alimentación.*

Duro Martínez, Juan Carlos.

Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios.



Desde todas las instancias se advierte que para avanzar en la reducción del problema de la violencia hacia las mujeres uno de los elementos clave es la formación del colectivo de profesionales de la salud. La Consejería de Sanidad, cuenta con una línea específica de formación en el marco de la Estrategia de Acciones en Salud frente a la violencia hacia las mujeres en la que intervienen un gran número de recursos sociales y sanitarios y en la que este documento pretende ser uno de los instrumentos sobre el que se articula la mencionada Estrategia.

Con este documento se pretende favorecer la tarea a quienes tienen la responsabilidad en la formación del personal sanitario contribuyendo, de este modo, a favorecer la coherencia y la cohesión del conjunto de las intervenciones formativas que se desarrollen en el sistema sanitario. En concreto, se ofrecen una serie de criterios básicos para facilitar la planificación y programación de acciones formativas orientadas a la prevención, detección y atención a las mujeres expuestas a la violencia por parte de sus parejas.

La Agencia Laín Entralgo y la Dirección General de Salud Pública y Alimentación presentan este documento que forma parte del compromiso institucional adquirido en el afrontamiento del problema de salud pública y con el que se espera contribuir a hacerlo visible y a lograr una tolerancia cero frente al mismo.

Andrés Castro Bande

Director General de la Agencia Laín Entralgo

Agustín Rivero Cuadrado

Director General de Salud Pública

PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO	7
<i>El grupo de trabajo y la metodología seguida</i>	8
<i>Objetivos del documento</i>	8
INTRODUCCIÓN	11
<i>La violencia de género como problema de salud pública</i>	11
<i>Criterios básicos para el diseño de acciones formativas.</i>	18
CLAVES PARA EL DISEÑO DE UNA ACCIÓN FORMATIVA	23
<i>Objetivos</i>	24
<i>Contenidos</i>	24
<i>Orientaciones metodológicas</i>	28
MODALIDADES DE ACCIONES FORMATIVAS	33
<i>Acciones formativas de sensibilización</i>	35
<i>Acciones formativas básicas</i>	36
<i>Acciones formativas de especialización y/o complementarias de la formación básica</i>	41
<i>Habilidades para el trabajo con grupos de mujeres para prevenir y detectar violencia de pareja.</i>	44
<i>Actividades formativas de supervisión</i>	45
<i>Jornadas de intercambio de buenas prácticas</i>	47
SOBRE LA FORMACIÓN DE LOS DOCENTES DE LAS ACCIONES FORMATIVAS DE VIOLENCIA	51
BIBLIOGRAFÍA	53
GLOSARIO	55



presentación y justificación del documento

La violencia hacia las mujeres es un problema para la salud pública y la asistencia sanitaria que requiere de intervenciones integrales y coherentes para el conjunto del sistema sanitario, siendo su deber contar con un discurso institucional y técnico frente a la violencia que regule la variabilidad e improvisación de las respuestas profesionales, y permita responder de forma profesionalizada y con seguridad, a las vicisitudes que presenta la atención a este grave problema para la salud de las mujeres y de las personas a su cargo.

Entre las respuestas institucionales frente a esta problemática se contempla la línea de formación dirigida al personal sanitario, cuyo diseño y planificación ha de contemplar marcos conceptuales y metodológicos específicos que respondan a la complejidad del fenómeno, promoviendo la realización de acciones formativas coherentes con los principios, recomendaciones y líneas de acción que propugnan los organismos internacionales, así como con la Estrategia Regional de Acciones en Salud frente a la violencia hacia las mujeres que se está desarrollando en la Comunidad de Madrid.

Con el fin de articular un marco conceptual y metodológico que sirva de base al diseño y realización de las actividades de formación, la "Comisión Técnica para la coordinación de las acciones de Salud Pública y Asistencia Sanitaria orientadas a la prevención, detección precoz y atención a la salud de las mujeres víctimas de la violencia de pareja"¹ de la Consejería de Sanidad, ha decidido acometer la elaboración del presente documento en el que se recogen una serie de criterios básicos que sirvan de orientación para la planificación y programación (objetivos, contenidos, metodología y evaluación) de las acciones formativas en el ámbito de la violencia hacia las mujeres y que, incluso, pueden orientar la acreditación de los cursos de formación continuada.

Este documento nace con la voluntad de ser un documento abierto que irá incorporando de forma progresiva los avances y reflexiones elaborados a partir del debate y el intercambio con el colectivo de profesionales de la salud.

Las fuentes consultadas para la elaboración del marco conceptual del presente documento, se citan en la bibliografía.

¹ La Comisión Técnica la conforman las siguientes instituciones y unidades de la Consejería de Sanidad: Servicio Madrileño de la Salud, Oficina Regional de Salud Mental, Dirección General de Informática, Comunicaciones e Innovación Tecnológica, Agencia Laín Entralgo, Dirección General de la Mujer y la Dirección General de Salud Pública y Alimentación quien tiene la Presidencia y la Secretaría Técnica de la misma.

EL GRUPO DE TRABAJO Y LA METODOLOGÍA SEGUIDA

El grupo de trabajo encargado de la realización del presente documento es un grupo delegado de la **Comisión Técnica para la coordinación de las acciones de Salud Pública y Asistencia Sanitaria orientadas a la prevención, detección precoz y atención a la salud de las mujeres víctimas de la violencia de pareja.**

Este grupo de trabajo se constituyó en Junio de 2005 y está integrado por profesionales que tanto por su lugar de referencia institucional como por su conocimiento y experiencia en formación continuada o en la atención a mujeres sometidas a un proceso de violencia por sus parejas se consideraron competentes para abordar dicho cometido. El grupo constituido cuenta con un perfil diverso en cuanto a la composición de las profesiones presentes.

Para llevar a cabo la elaboración del documento, la metodología seguida ha comprendido:

- Una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema de interés.
- El análisis de la experiencia extraída de los cursos de formación continuada, ya realizados conjuntamente por la Dirección General de Salud Pública y Alimentación / Instituto de Salud Pública y la Agencia Laín Entralgo.
- La revisión de los resultados de las investigaciones llevadas a cabo por el Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública, con el objetivo de considerar las necesidades tanto de las mujeres maltratadas como del personal de salud y de los servicios sociales que las atienden.

Desde el comienzo de su andadura, el grupo ha trabajado y debatido intensamente para alcanzar un consenso sobre los diferentes apartados que contempla el documento.

El documento final fue aprobado por la "*Comisión Técnica para la coordinación de las acciones de Salud Pública y Asistencia Sanitaria orientadas a la prevención, detección precoz y atención a la salud de las mujeres víctimas de la violencia de pareja*" en febrero de 2006.

OBJETIVOS DEL DOCUMENTO

OBJETIVO GENERAL

Establecer un marco general para el diseño y desarrollo de las actividades de formación en la Consejería de Sanidad, y específicamente para las incluidas en el Plan de Formación de la Agencia Laín Entralgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proporcionar elementos conceptuales, criterios metodológicos y encuadres técnicos a tener en cuenta en la planificación, diseño y evaluación de actividades de formación dirigidas a profesionales de la salud.
- Promover entre las personas responsables de formación continuada y de la coordinación de las acciones formativas, la reflexión acerca de la necesidad de incorporar la perspectiva de género y, cuando sea pertinente, el tratamiento de la violencia en dichas acciones.
- Definir posibles modalidades de acciones formativas a implementar dentro del plan de formación continuada de la Comunidad de Madrid, tanto las propuestas y gestionadas por las distintas gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada (acciones formativas descentralizadas), como las planificadas por la Agencia Laín Entralgo en colaboración con la Dirección General de Salud Pública y Alimentación (acciones formativas centralizadas).
- Ayudar a la definición de objetivos y metodologías docentes a implementar en cada modalidad de acción formativa.
- Contribuir al desarrollo de estrategias eficaces para la captación de profesionales del sistema sanitario que participen en acciones formativas en violencia hacia las mujeres.

LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La violencia de género², manifestación de las **relaciones históricamente desiguales** entre mujeres y hombres y fruto al mismo tiempo de las desigualdades sociales y culturales, es un fenómeno de enorme calado por su carácter estructural que tiene la función de reforzar el control que tradicionalmente han ejercido los hombres sobre las mujeres.

La violencia de género es una realidad que ha estado **presente en todos los momentos históricos** y en todas las sociedades como un reflejo de la **asimetría** existente en las **relaciones de poder** entre hombres y mujeres, perpetuando la subordinación de las mujeres y la desvalorización de lo femenino frente a lo masculino. Es, en definitiva, la violencia que se ejerce contra las mujeres por el hecho de serlo.

La violencia hacia las mujeres ha existido siempre y para muchas de ellas constituye parte de su forma de vida. Ha sido el modo utilizado por los hombres para someterlas y dominarlas. El hecho de que durante mucho tiempo haya permanecido oculta se debe a que con frecuencia las mujeres son maltratadas por miembros de su propia familia (Hilberman, 1980; OMS, 1998). La **invisibilidad de la violencia hacia las mujeres** está relacionada con el prestigio social que ha tenido y tiene la institución familiar y la creencia de que los hechos que ocurren en su seno pertenecen al ámbito de lo privado. A pesar de las **dificultades** que existen para **detectarla**, las investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas han puesto de manifiesto que la violencia hacia las mujeres es un problema generalizado que lejos de ser controlado **continúa creciendo** (Watts & Zimmerman, 2002).

La **magnitud de la violencia hacia las mujeres** ha alcanzado tal dimensión y gravedad que ha llamado la atención de distintas organizaciones internacionales llegando a ser considerada como un grave problema de salud pública que atenta contra la integridad y los derechos humanos de las mujeres.

La dificultad para visualizar la violencia se debe a una serie de operaciones simbólicas que se utilizan para su ocultación, de manera que pueda ser admitida. Estas operaciones son: la **naturalización, la invisibilización, la legitimación, la insensibilización y la banalización.**

² Para ampliar esta información remitirse al Documento "La violencia hacia las mujeres considerada como problema de salud pública": documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Documento Técnico de Salud Pública nº 86. Consejería de Sanidad. Madrid, 2003.

Todas ellas son mecanismos de protección ante la angustia que pueden provocar estas situaciones en quienes trabajan con mujeres. Estos mecanismos, efectivamente protegen a quien se enfrenta profesionalmente a estas situaciones, pero a la vez, le distancian y le dificultan la percepción y la comprensión de su tarea. De ahí la necesidad de detectarlos y desactivarlos para que no resulten un obstáculo en su quehacer profesional.



Una gran parte de la violencia que sufren las mujeres queda invisible para todos, incluso para quienes la padecen

Esto se debe a que el abuso que aparece en una pareja, lo hace *“de forma insidiosa, indetectable, con unos primeros incidentes de baja intensidad que no pueden calificarse como violentos por normales y por aislados. Estas primeras conductas resultan banales e inofensivas, pero poco a poco van creando un clima de coacción en el que todo adquiere otro significado, y van dando paso a manifestaciones más graves a la vez que debilitan a la mujer”* (Lorente Acosta, 2001).

Así mismo, el origen de la violencia hacia las mujeres, su desarrollo, su mantenimiento, las creencias y relaciones que la perpetúan tiene que ver con aspectos, mitos, creencias, prejuicios, actitudes presentes en la sociedad y en todos los sujetos que la componen.



Uno de los pilares de la intervención sobre la violencia consiste en la visibilización y desnaturalización de sus formas iniciales, que, por su papel de caldo de cultivo para formas más graves, han de ser detectadas por sus efectos en la vida, salud y libertad de las mujeres

Las operaciones realizadas para **invisibilizar** la violencia deben ser detectadas y desarmadas, y esto requiere ejercer un juicio crítico sobre muchos e importantes mecanismos sociales y personales. Esta reflexión crítica debe ir dirigida a destacar la *anormalidad* de esas situaciones: *“no debemos dejar que se instauren en las relaciones entre hombres y mujeres ese tipo de conductas impositivas que en un principio parecen ser totalmente inocuas, pero que por ese modelo de relación basado en un desequilibrio de fuerzas a favor del hombre, son consideradas como territorio al que nunca se renunciará”* (Lorente, 2001).



Una de las consecuencias importantes para la salud de las mujeres en cuanto a la naturalización e invisibilización de la violencia consiste en la dificultad de la detección de las secuelas de la misma

Múltiples dolencias y problemas psicofísicos considerados habitualmente como *femeninos* no son debidamente interpretados al desconocer su conexión causal con el sometimiento a relaciones de abuso, y por tanto pueden ser atribuidos, de forma estereotipada, a supuesto *déficit* o patologías de las mujeres.



Para desvelar la violencia oculta y poder intervenir profesionalmente de forma adecuada, es prioritario propiciar el cuestionamiento de los propios modelos sociales de relación entre mujeres y hombres y los formatos hegemónicos de masculinidad y feminidad que sustentan el ejercicio de la violencia.

Como se menciona en el Libro Blanco de la Salud Pública de la Comunidad de Madrid, la Salud Pública desempeña una función de mediación entre lo individual y lo colectivo debiendo ejercer como traductor entre ambos lenguajes: medicalizar lo político, lo que implica traducir el coste en salud que suponen los problemas sociales como el que estamos abordando y politizar lo sanitario, es decir, transformar el conocimiento sobre la distribución de la violencia en medidas sociales y políticas para luchar contra ellas³.

La respuesta profesional ante la violencia hacia las mujeres

El personal de salud juega un papel fundamental en la prevención, detección precoz e intervención de cada caso de violencia.



Para muchas mujeres maltratadas el personal sanitario es el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que les puede ofrecer apoyo e información

³ Actualmente este texto puede ser consultado en la siguiente dirección www.madrid.org/sanidad/salud/libroblanco (capítulo 4.6.3. pp. 380 y 381).

En el caso de la Atención Primaria, el conocimiento y contacto continuado del personal de salud con las personas, sus familiares y amistades les sitúa en un lugar privilegiado a la hora de detectar precozmente situaciones de violencia cuando una mujer se hace atender por alguna razón. Los servicios de urgencias tanto hospitalarios como extrahospitalarios pueden ser también los primeros en examinar a una mujer víctima de la violencia. Por todo ello, es fundamental que dispongan de herramientas y capacitación para afrontar y gestionar de manera efectiva este problema de salud.

El colectivo de profesionales sanitarios, como parte de la sociedad, participa de los mismos mitos y prejuicios que favorecen la persistencia del maltrato. La investigación cualitativa sobre el discurso de profesionales sanitarios y de mujeres víctimas de violencia, llevada a cabo por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2004) pone de manifiesto diferentes modelos de comprensión del fenómeno en la respuesta profesional ante dicha problemática, en función del sexo y la propia conformación de la identidad de género.

Por tanto, quienes intervienen en la atención a mujeres víctimas de la violencia de género tienen, sean o no conscientes de ello, su propio posicionamiento frente a los hechos de la realidad, y esto determina su actuación. El abordaje de las situaciones cotidianas a las que se enfrentan en su práctica clínica dependerá en gran medida de la conceptualización que tengan del problema y de cuál sea su postura ante el mismo.

Este problema al que nos enfrentamos no es sólo un asunto clínico sino que primeramente es un asunto fuertemente impregnado de ideología, es decir de la particular manera que cada cual tiene de entender y conceptualizar la realidad social en la que vive y, por tanto, de actuar.

En el ejercicio profesional se implementan determinados marcos teórico-técnicos, pero también subyacen criterios valorativos respecto a la problemática. El colectivo de profesionales de la salud se enfrenta a menudo con situaciones que ponen en conflicto su pensamiento y la acción, puesto que, tal como señala Velázquez (2003; 243), *"existen fenómenos residuales que remiten a creencias y mitos que ya se creen superados pero que se aferran a conservar su existencia y pugnan por manifestarse. En esta tarea concreta de la violencia de género, el efecto residual de esos mitos, creencias y prejuicios puede filtrarse en la escucha, el pensamiento y la intervención, operando como obstáculos en las formas de actuar"*.

Como conclusión, esta *"formación es en realidad una concienciación, porque lo que está en juego no es tanto adquirir nuevos conocimientos, cuanto desmontar una forma habitual de ver las cosas y adquirir una nueva forma de percibirlas"* (Seoane y Gálvez 2004).

El Contexto institucional⁴ en las actividades de formación sobre violencia

La violencia hacia las mujeres, no es una "patología" identificada por parte del sistema sanitario. El conocimiento acerca de su magnitud e impacto en salud es relativamente reciente, por lo que generalmente, se espera a que se manifiesten los daños para tomar la decisión de intervenir.

Así mismo, existe ausencia de un discurso institucional, situación que se suele producir ante problemáticas socio-sanitarias complejas, como la presente y que requieren un abordaje interdisciplinar, consensuado y coordinado por parte de las diversas instituciones y agentes implicados. Al no estar incorporada en las agendas y objetivos de salud, se vive como un trabajo extra con carencias importantes en el nivel profesional y en las condiciones estructurales desde las que se desarrolla la atención sanitaria (carga asistencial, falta de recursos específicos, falta de protocolos).

Si la institución no introduce explícitamente el "tratamiento" del maltrato en el ámbito de las responsabilidades de sus profesionales es imposible que se pueda avanzar al respecto. El tiempo que se invierte en la atención no es valorado como parte de la actividad asistencial, y esto lleva a afrontar el problema desde el lado personal, más que desde el profesional y este tipo de implicaciones pueden conllevar el riesgo de que termine "quemando" a quien las realiza si la institución persiste en no reconocer esa acción. El riesgo de quemarse -y la consecuente justificación para la inacción- se evidencia más cuanto mayor es el número de casos de maltrato que se identifican y conforme mayor es su gravedad, tal como ocurre en las Urgencias Hospitalarias, ya que si el personal de salud se implica personalmente en cada caso agotaría no sólo su tiempo disponible sino que se agotaría psicológicamente.

El colectivo sanitario no se siente competente ni legitimado institucionalmente sobre cómo abordar el tema de la violencia; aún así emite, en la mayoría de las ocasiones, recomendaciones a la mujer que pueden ser iatrogénicas en la medida que no vienen articuladas técnica y profesionalmente. La formación es clave al respecto ya que el riesgo de equivocarse en un caso de maltrato es elevado.

La atención a las situaciones de violencia implica el conocimiento de los circuitos y recursos existentes para la gestión de los casos. Una cuestión es cómo detectar y tratar precozmente las situaciones de maltrato que son parte del aprendizaje que se ha de incorporar, y otra, saber cuándo, cómo y dónde es recomendable o ineludible realizar la derivación para evitar que las mujeres expuestas a la violencia puedan perderse por una gestión inadecuada. El personal de salud, por tanto, necesita constatar que existe una cobertura adecuada a la naturaleza de los problemas con los que prevé que se puede encontrar.

⁴ La información utilizada en este epígrafe se basa en algunos de los resultados de la investigación publicada como documento técnico: Seoane, L y Gálvez, A. "La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios públicos de salud". Documento Técnico nº 92. Edita Consejería de Sanidad. Madrid, 2004.



La institución debe colocar el problema del maltrato entre las responsabilidades del sistema sanitario y por tanto, asignar estas obligaciones a sus profesionales al nivel que corresponda a cada uno en la fase del proceso en la cual se encuentren las mujeres.

Así mismo y para que esto sea posible, debe facilitar la competencia profesional, lo que implica asumir espacios de formación y capacitación profesional. Por último, ha de articular recursos y herramientas pertinentes para la gestión de los casos, controlando los efectos derivados de las intervenciones, la victimización secundaria y las intervenciones potencialmente iatrogénicas.

La complejidad del encuentro entre profesional y paciente

"Todos los profesionales, sea cual sea su especialidad, deben reconocer que la violencia hacia las mujeres es un problema de salud que requiere una capacitación específica para su reconocimiento, para la intervención adecuada y para neutralizar los efectos subjetivos que genera la atención de víctimas de violencia" (Velázquez 2003; 222).

El encuentro entre profesionales y mujeres expuestas a la violencia es complejo y difícil ya que está atravesado por una serie de condicionamientos y obstáculos que se han de considerar en los espacios formativos.



Hay que tener en cuenta el impacto que genera en la subjetividad del profesional observar e intervenir en una situación de violencia, que además se da en el marco de una relación de pareja, en un ámbito especialmente privado e íntimo.

Este impacto es lo que se denomina actitud contratransferencial, es decir lo que pasa en el mundo interno de quien realiza una intervención profesional, en su propia subjetividad en el momento del encuentro con una paciente, en este caso violentada, lo que le provoca, lo que le suscita, lo que le hace sentir.

Estas actitudes contratransferenciales son habitualmente ignoradas o rechazadas por el personal de salud, porque cuestionan aspectos de la relación profesional-paciente, sobre todo el lugar que ocupa cada persona en dicha relación.

El discurso de una víctima puede llevar a una situación de confusión y conflicto en el rol profesional. Por un lado, cuestiona el marco en el que se ha desarrollado la atención profesional tradicional, caracterizada por una relación asimétrica entre quien ejerce el rol profesional, a quien se le supone en "posesión de la verdad, del poder y del control" y la usuaria que se encuentra en una posición subordinada, vulnerable a la enfermedad, el sufrimiento, la duda, la dependencia y el miedo. Por otro lado, en relación al trabajo con personas violentadas en el ámbito de una relación íntima, quien interviene profesionalmente puede sentir, que algo de lo que observa tiene que ver con un reflejo de sus vivencias personales y que algo de lo que escucha puede haberlo sentido o vivido. Es decir, no es del todo ajeno a su experiencia.

Ante estos riesgos, el personal de salud busca inconscientemente cuál es la postura o la distancia profesional que debe adoptarse posicionándose o demasiado cerca, con el temor o el riesgo de ser atrapado por las escenas de violencia detectadas, o demasiado lejos, con una actitud indiferente (Velázquez, 2003; 221). Así, su postura puede oscilar entre estas posiciones:

- Sobreidentificación, con un máximo de implicación personal que puede exceder las posibilidades concretas de abordar el caso, y con lo que se puede aumentar la angustia del otro.
- Rechazo, por "miedo al contagio". Debe entenderse como una forma de defensa ante la angustia que genera el encuentro con el problema de otra persona. Una de las formas sutiles del rechazo consiste en la falta de compromiso o, aún más, la neutralidad. De esta postura suele desprenderse la consideración de la víctima como culpable. (O lo que es muy frecuente en estas situaciones, considerar a las víctimas como rentistas, como receptoras de beneficios secundarios. Actitud que debe entenderse como contratransferencial). Es decir, *"en la práctica asistencial se compromete particularmente el posicionamiento subjetivo de las y los profesionales"* (Velázquez, 2003).



La escucha de los relatos violentos puede situar al profesional entre el exceso y la evitación. Es necesario entonces situarse en la distancia óptima, entre el impacto y la reflexión.

Para terminar, una cita de Bleger (1997) citado en Velázquez (2003) *"el contacto directo con seres humanos, como tales, enfrenta al técnico con su propia vida, con su propia salud o en-*

fermedad, sus propios conflictos o frustraciones. Si no gradúa ese impacto su tarea se hace imposible: o tiene mucha ansiedad y entonces no puede actuar, o bien bloquea la ansiedad y su tarea es estéril".

CRITERIOS BÁSICOS PARA EL DISEÑO DE ACCIONES FORMATIVAS

En base a los puntos anteriores se señalan a continuación aquellos criterios básicos que han de estar presentes en la planificación de las acciones formativas en relación a este problema⁵.

La inclusión del concepto de violencia hacia las mujeres con perspectiva de género

La aplicación de la perspectiva de género supone interpretar la realidad con el objetivo de intervenir sobre ella para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres, realizando un análisis que trascienda la biología como único determinante de las desigualdades entre sexos. Más específicamente, implica reconocer la categoría "género" como determinante de salud, identificar y desmontar los mandatos de género, aceptar la existencia de desigualdades de poder entre hombres y mujeres y tratar de contrarrestarlas en la actividad profesional, potenciar la autonomía y empoderamiento de las mujeres y mantener una actitud de compromiso que no dé opción a la neutralidad en la práctica diaria.

Así, en las acciones formativas deberán tenerse en cuenta los condicionantes de género para acceder a la comprensión del fenómeno de la violencia hacia las mujeres, tanto en lo que respecta a su origen como a las razones que explican el mantenimiento de estas situaciones.

La visibilización y desnaturalización de la violencia que padecen las mujeres

La sensibilidad, el grado de conciencia, la visibilidad o el umbral de percepción (o lo que es lo mismo, la detección) de la violencia hacia las mujeres es muy diverso, tanto en la sociedad como en los miembros que la componen. Esta situación se observa también en muchas de las mujeres maltratadas. Hay una perspectiva subjetiva que no siempre coincide con la evaluación objetiva del trato que reciben en sus relaciones de pareja.

⁵ Adaptado de la conferencia impartida por Inmaculada Romero Sabater: "La intervención psicológica en violencia de género". I Jornada de violencia de género y salud mental. Madrid, noviembre 2005.

Esta paradoja se pone claramente de manifiesto en las encuestas que se realizan para evaluar la prevalencia de este problema en la sociedad en las que se ha detectado un enorme porcentaje de mujeres que, siendo claramente maltratadas (diagnosticadas como maltrato técnico), aún así ellas no se percibían a sí mismas como tal. Es decir, un gran número de mujeres están padeciendo diversos tipos de violencia "sin saberlo", considerando *normales* las conductas a las que están sometidas. Es a esto a lo que nos referimos cuando hablamos de visibilizar y desnaturalizar el maltrato.

Es oportuno señalar que esta labor es necesario realizarla con las propias mujeres maltratadas para ayudarlas en su recuperación, y también con el colectivo de profesionales que las atiende, ya que también la subjetividad del umbral de visibilización opera en él.

La presencia de un enfoque interdisciplinar y especializado

Entendiendo al ser humano desde una perspectiva integral como un ser bio-psico-social, y atendiendo a la gran complejidad que presenta el fenómeno de la violencia de género, así como las múltiples necesidades que pueden presentar sus víctimas, el equipo que planifica y desarrolla la acción formativa debe tener presente el amplio abanico de disciplinas concernidas.

Por otro lado, el personal de salud deberá estar debidamente formado en el campo de la violencia hacia las mujeres, dada la especificidad de esta problemática. Existe un acuerdo general en el hecho de que la formación incrementa la capacidad de detección de casos. La formación deberá abarcar varias facetas de conocimiento, como son, entre otros, los efectos del trauma en la salud, las particularidades de este tipo de violencia y personas expuestas a ella, los diagnósticos diferenciales, las condiciones sociales en las que tiene lugar la violencia, el conocimiento de los recursos destinados al apoyo de las mujeres, etc.

Posicionamiento contra la violencia

Trabajar en la prevención y el tratamiento de la violencia hacia las mujeres exige tomar postura ante la injusticia esencial de la experiencia traumática y la necesidad de devolver a la víctima alguna sensación de justicia lo que implica el entendimiento de la problemática de la violencia y a esto contribuye el claro posicionamiento profesional contra la violencia (Herman, 2004; 214).

Por otro lado, desde las instituciones promotoras de las acciones formativas debe explicitarse una política activa y comprometida en la identificación, prevención y erradicación de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones. Para lo cual es imprescindible la implicación de las instituciones.

Toma en consideración de los hijos e hijas como víctimas testigos de la situación de violencia

Partimos del supuesto de que la exposición reiterada en la infancia a un ambiente de abuso y violencia hacia su madre constituye una forma grave de maltrato psicológico.

En el diseño de las acciones formativas debe considerarse el daño que padecen los niños y niñas testigos por el hecho de vivir en un entorno con modelos inadecuados de identificación parental, y el efecto que sin duda esto tiene en etapas posteriores de su desarrollo. En la infancia se necesita la protección de personas adultas para un buen desarrollo, ya que se trata de una etapa muy vulnerable a las situaciones de violencia y al miedo que se apodera del hogar.

El trabajo sobre las actitudes

La formación exige un método de trabajo que facilite procesos personales orientados al análisis de las propias actitudes permitiendo una mayor comprensión del problema y así contribuir a una más efectiva intervención. El método elegido debe facilitar el trabajo de identificación de las necesidades y las barreras que las y los profesionales de la salud tienen para afrontar el problema de la violencia desde su práctica clínica habitual.

Para trabajar en violencia hay que vencer determinadas dificultades personales y profesionales derivadas de la resistencia al cambio, al tratarse de casos que implican una importante revisión de ciertas actitudes, y donde están comprometidos valores, creencias o prejuicios muy arraigados.

En todos estos aspectos, se puede comprobar que, ante un problema de tanta complejidad, no parece conveniente un planteamiento rígido en cuanto a la formación. Se hace necesario el acercamiento entre distintas disciplinas y el aprovechamiento de cuantos aportes teóricos y técnicos nos brinden las distintas modalidades de intervención.

Herramientas para la intervención

Las acciones formativas que se diseñen deben ofrecer al personal sanitario instrumentos útiles para la intervención en violencia hacia las mujeres.

Para enfrentarse a esta tarea profesional se debe contar con un soporte instrumental que proporcione seguridad y evite la revictimización de las mujeres. En este sentido estrategias de afrontamiento como la contención, la escucha activa, el manejo de la subjetividad con relación a la víctima o el aprendizaje de la intervención en crisis son algunas de las habilidades que deben estar previstas en el diseño de la formación.

CUADRO RESUMEN DE LOS CRITERIOS BÁSICOS A INCORPORAR EN EL DISEÑO DE LAS ACCIONES DE FORMACIÓN

1. La inclusión de la perspectiva de género: Implica contemplar en las acciones formativas los condicionantes de género y utilizar metodologías que propicien el auto análisis sobre sus efectos en el personal sanitario, a fin de acceder a la comprensión del fenómeno de la violencia hacia las mujeres, tanto en lo que respecta a su origen como a las razones que explican su mantenimiento.
2. La visibilización y desnaturalización de la violencia que padecen las mujeres: La acción formativa deberá contemplar el trabajo teórico y actitudinal del concepto de umbral de percepción de la violencia para contribuir a la visibilización de la violencia que sufren las mujeres, y que sabemos que permanece oculta por considerarse en ocasiones normal.
3. La presencia de un enfoque interdisciplinario y especializado: Dada la complejidad del fenómeno de la violencia hacia las mujeres, y las características tan particulares que presentan estas mujeres, el equipo que desarrolla las acciones formativas deberá estar compuesto por profesionales que abarquen todas las disciplinas concernidas, y que cuenten con una experiencia probada en la intervención en estas situaciones.
4. El posicionamiento contra la violencia: A lo largo de toda la acción formativa debe quedar explicitada la política activa y comprometida de las instituciones y de los colectivos profesionales en la lucha contra la violencia hacia las mujeres.
5. La consideración de los hijos e hijas como víctimas y testigos de la situación de violencia: En el diseño de las acciones formativas debe considerarse el daño que padecen los niños y niñas expuestos a la violencia hacia las mujeres como otra de las secuelas que produce la violencia, y tenerles en cuenta como otras víctimas invisibles.
6. El trabajo sobre las actitudes: La metodología empleada en las acciones formativas debe facilitar el trabajo de identificación de las necesidades, obstáculos y dificultades personales y profesionales que este trabajo pueda suscitar.
7. El soporte instrumental para la intervención: La acción formativa debe dotar al personal de salud de instrumentos técnicos y estrategias de afrontamiento para hacer frente con seguridad y eficacia a esta tarea de ayuda a las mujeres.



claves para el diseño de una acción formativa

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE ACCIONES FORMATIVAS

A partir de la complejidad de la problemática expuesta en los apartados anteriores, a continuación se presentan sugerencias y recomendaciones sobre los diferentes apartados que debería contemplar una "acción formativa tipo", entendiendo que las mismas se han de adaptar en cada caso al contexto de la acción específica. Es decir, a los objetivos que se pretenden conseguir, a las características de los destinatarios, a la duración y continuidad de la misma, etc.

Así mismo, el tiempo del que se dispone es un factor clave a la hora de pensar en las posibilidades de elaboración conceptual y actitudinal frente al objeto formativo. Una acción formativa tipo como la que se describe a continuación debiera disponer de al menos 20 horas de modo que permita trabajar una serie de contenidos nucleares, que contengan elementos relacionados con el marco teórico y contenidos instrumentales y actitudinales básicos.

En el caso de disponer de un tiempo menor, el énfasis debiera dirigirse a las cuestiones básicas conceptuales, la magnitud del fenómeno, los factores principales que constituyen la complejidad del tema y tener un espacio de intercambio con preguntas, aclaraciones, etc.

OBJETIVOS

- Conocer y comprender el fenómeno de la violencia hacia las mujeres, en sus diferentes dimensiones incorporando conocimientos actualizados, sólidos y rigurosos sobre el tema, con enfoque integrado de género y considerando la violencia como una lesión de los derechos humanos fundamentales.
- Promover la toma de conciencia sobre la violencia hacia las mujeres como problema de Salud Pública.

- Promover la reflexión sobre los conocimientos, concepciones y actitudes que tiene el colectivo de profesionales sanitarios acerca de la construcción del género, su relación con la salud y la violencia hacia las mujeres.
- Capacitar al personal de salud con el fin de que proporcionen una atención de calidad que evite la revictimización, por parte del sistema sanitario, de las mujeres que sufren violencia y garantice su seguridad.
- Proporcionar instrumentos que faciliten la intervención sanitaria para la detección precoz, atención y prevención de este importante problema de salud.
- Promover cambios en las actuaciones profesionales del sistema sanitario de modo que faciliten la visibilización de la violencia, fomenten la tolerancia cero y deslegitimen la violencia hacia las mujeres.
- Identificar y compartir experiencias de la práctica profesional habitual que puedan estar relacionadas con situaciones de maltrato.
- Ofrecer pautas que favorezcan el autocuidado del personal de salud ante el manejo de esta problemática.

CONTENIDOS

CONTENIDOS CONCEPTUALES



Este apartado incluye los bloques temáticos dirigidos a interpretar y comprender el fenómeno de la violencia como problema de salud pública, conocer sus dimensiones y sus efectos, así como las líneas de intervención prioritarias.

MARCO CONCEPTUAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

- » Declaraciones internacionales
- » Conceptos básicos, definiciones
- » La perspectiva de género
 - Socialización femenina. Socialización masculina.

- Construcción de las identidades femenina y masculina.
- Desequilibrio de poder, roles, comportamientos, actitudes...
- Violencia de género: generalidades.
- Tipos de violencia: psicológica, física, sexual, social, ambiental, acoso, tráfico, mutilaciones, otras.

LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

- » Magnitud
- » Los efectos de la violencia sobre las víctimas.
- » Impacto de la violencia en la salud física y psíquica de las mujeres; Impacto sobre la salud de sus hijas e hijos: Efecto de ser testigo.
- » Vínculos entre la víctima y el maltratador.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

- » Ley Orgánica, Ley Regional de la Comunidad de Madrid.
- » Tratamiento legal de la violencia doméstica. Actuación profesional ante un caso de violencia (sospecha o evidencia).
- » Los sanitarios y el secreto profesional frente a la violencia.
- » El parte de lesiones: significado, trascendencia, obligatoriedad.
- » Documentos a cumplimentar. Informes médicos.
- » Relación del sistema sanitario con el hombre que maltrata.

EL ABORDAJE INSTITUCIONAL DE LA VIOLENCIA:

- » Coordinación interinstitucional.
- » Protocolos de actuación:
 - Detección e intervención.
 - Valoración del riesgo y diseño del plan de seguridad.
 - Recursos sanitarios y comunitarios. Derivaciones.
 - Algoritmos de actuación general.
- » Evaluación de las intervenciones.
- » Posicionamiento profesional.
- » Autocuidado del personal de salud. El efecto de "ser testigo".

PROCESOS DE RECUPERACIÓN DE LAS MUJERES MALTRATADAS

- » Estrategias para atender las secuelas de la violencia en la mujer y ayudarla a recuperar el control de su vida:
 - Condiciones del contacto psicológico: la confiabilidad, la escucha activa, la canalización y contención de emociones, la empatía, la esperanza y el posicionamiento contra la violencia.
 - Ayuda para la acción: examen del problema, exploración de la violencia, información sobre recursos y derechos, toma de decisiones, valoración del riesgo, etc.
 - Seguridad de la mujer y protección de su integridad: alejamiento del agresor, facilitación recursos de acogida, recursos de autoprotección en caso de retorno al hogar.
 - Recuperación emocional: logro de la "resignificación" del hecho traumático. Trabajo individual y grupal con mujeres para la visibilización de la violencia, la identificación de prejuicios, roles de género, aspectos emocionales (miedo, culpa, rabia, trabajo con la autoestima), desarrollo de habilidades de afrontamiento, redes de apoyo.

CONTENIDOS INSTRUMENTALES

Nos referimos en este apartado a la adquisición y desarrollo de recursos profesionales (de destrezas, habilidades y técnicas) para la relación, necesarios para modular las estrategias de intervención profesional.

> **La escucha activa**, a través de la entrevista clínica, permite captar y comprender los aspectos negados, no explicitados o no conscientes del discurso de la mujer para ayudarla a salir de la posición estereotipada de víctima.

> **La distancia terapéutica** que permita presentarse de manera no autoritaria ni paternalista y con fortaleza frente a la mujer, para no quedar atrapado por su historia y así evitar posiciones de amor, odio ó juicios de valor, ni quedar instalado en una neutralidad defensiva que le impida conectar con la mujer.

> **La capacidad de contención**, ya que se presentan situaciones de desbordamiento emocional donde quien interviene profesionalmente debe hacerse temporalmente depositario de las mismas.

> **La identificación y el manejo de los aspectos contratransferenciales** para evitar que las emociones suscitadas en quienes realizan la intervención interfieran y/o determinen la misma. Como por ejemplo: "la angustia", que hace que en ocasiones se realicen derivaciones precipitadas e inadecuadas; "la frustración y la rabia", que pueden llevar a no respetar el proceso particular de cada mujer. "El rechazo", que se pone en evidencia cuando se pretende que

la mujer tome decisiones "consideradas correctas" y para las que ella aún no está preparada. Otro aspecto contratransferencial, en el polo opuesto, sería por ejemplo, "la omnipotencia" que puede llevar a desear y a pretender la redención o la salvación de las víctimas. **Estos sentimientos pueden alterar el vínculo terapéutico.**

> **Entrenamiento en la detección y valoración** de la *violencia de pareja hacia la mujer*, tanto a nivel físico como psicológico, ya que puede que para la víctima que tenemos enfrente, ésta sea la única vez que pueda pedir ayuda. Para ello es necesario conocer las secuelas provocadas por la violencia en sus distintas manifestaciones.

> **Capacitación en la Intervención en crisis:** El personal de salud ha de recibir entrenamiento tanto para la detección y valoración de la violencia como para la intervención en situaciones de crisis ya que operar en situaciones de riesgo con una atención inadecuada puede comprometer la vida de la mujer.



Es necesario desarrollar la capacidad para: RECIBIR, CONTENER, ACOMPAÑAR EN EL PROCESO Y ORIENTAR a la mujer, aplicando el protocolo de intervención consensuado.

CONTENIDOS ACTITUDINALES



Una estrategia formativa como la presente que es de una extrema complejidad, debe movilizar internamente a los sujetos implicados en la acción y contemplar en su diseño la dimensión actitudinal.

- Generar una **actitud proactiva** hacia la necesidad de intervenir en el abordaje y seguimiento de la violencia en el marco del sistema sanitario, desarrollando la capacidad del compromiso profesional.
- Desarrollar la **capacidad crítica frente a los estereotipos sexistas** presentes en las intervenciones sanitarias y el rechazo de los prejuicios sexistas, misóginos y androcéntricos presentes en la práctica profesional y en la interpretación del fenómeno de la violencia hacia las mujeres.

- Desarrollar una actitud **empática** en el contacto con las mujeres expuestas al proceso de la violencia. Es importante señalar que para que pueda darse la empatía, primero tiene que haber un conocimiento lo suficientemente profundo del fenómeno del que nos ocupamos. Si no conocemos los condicionantes que aprisionan a las mujeres, las secuelas que padecen, y las emociones que eso provoca, difícilmente podremos ponernos en su lugar.

ORIENTACIONES METODOLÓGICAS

Han de ser coherentes con el marco teórico de referencia, tanto en relación al aprendizaje como a la problemática específica objeto de las acciones formativas. En este sentido, se considera que no es suficiente con que el personal de salud conozca las teorías que explican el fenómeno de la violencia, sino que es necesario que comprenda el fenómeno desde un compromiso intelectual y afectivo que lleve a la acción profesional, de forma tal que se pueda construir tentativamente una unidad de comprensión y trabajo aceptables, tanto para quien interviene como profesional, como para las mujeres y familias objeto de abordaje.



Se ha de partir, por tanto de una concepción personal como del aprendizaje, que contemple éste como un proceso en el que están implicados tres elementos; la información, los afectos y el producto que de la elaboración de todo ello resulta tanto en el que enseña como en el que aprende.

Así, estrategias didácticas de carácter introspectivo-vivenciales basadas en los principios constructivistas, han demostrado su eficacia ya que permiten vincular el aprendizaje conceptual con la experiencia y la realidad que es significativa para el personal de salud, contemplando la confrontación dialéctica que surge entre el conocimiento teórico y las vivencias y experiencias prácticas.

ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

Éstas han de **potenciar el desarrollo de una mirada autoreflexiva**, y a este efecto puede ser útil la distinción que señala Balint (1996, citado en Velázquez, 2003) entre la comprensión intelectual y la comprensión emocional.

La comprensión intelectual se refiere a una capacidad específica para instrumentalizar los conocimientos, y esto se hace mediante el lenguaje. Este tipo de comprensión puede verse

afectada por las emociones, es decir, se consigue la comprensión intelectual siempre y cuando no exista un nivel tal de emociones que interfiera.

Por el contrario, la comprensión emocional consiste, no sólo en comprender a la otra persona, o lo que dice, sino también en comprenderse a sí mismo en la función profesional, haciéndose preguntas del tipo: ¿Qué me pasa con lo que escucho?, ¿cómo me siento?, ¿cómo lo proceso? La característica diferencial de la comprensión emocional es la reciprocidad, es decir, se necesita observar las emociones que surgen en el encuentro entre profesional y consultante, ya que ambos experimentan sentimientos variados y que afectan a la comunicación y a la comprensión entre ambos.

Describir los hechos en forma objetiva puede ser relativamente sencillo, pero realizar una descripción de lo que siente una persona, entendiendo además cómo inciden esos sentimientos en uno mismo, resulta mucho más complejo.



Dado que la comprensión profesional se sitúa en un lugar intermedio entre lo intelectual y lo emocional, la formación debe contemplar ambos campos.

Por otro lado, es recomendable programar espacios grupales interdisciplinarios y multiprofesionales en el contexto de las actividades formativas que favorezcan el intercambio de experiencias y la puesta en escena de situaciones comunes a la práctica profesional.

En dichos espacios se pretende que quienes integran el curso tengan ocasión de enfrentarse directamente y de manera conjunta a los dilemas y dificultades que supone el afrontamiento, seguimiento y resolución de las situaciones de violencia. La experiencia nos dice que los grupos multidisciplinarios son más enriquecedores. Por otro lado, es importante, que el desarrollo de estos espacios, se ajuste a la marcha, necesidades y avances de los grupos en la medida de lo posible y siempre que esto facilite el mejor cumplimiento de los objetivos.

EL MARCO INSTITUCIONAL COMO FACILITADOR DE LAS ACCIONES FORMATIVAS

Un aspecto fundamental a cuidar es que los niveles directivos de la institución, asociación o grupo, se involucren activamente, en la preparación y desarrollo de la acción.



La implicación de los equipos directivos es fundamental para que la formación sea efectiva en el afrontamiento desde el sistema sanitario.

Así mismo, lo idóneo es que la formación tenga continuidad, es decir que no se desarrolle de forma puntual y concentrada, sino que responda a un proyecto que contempla diferentes niveles y que se intercalen los periodos de formación, con espacios de supervisión a fin de sustentar y trabajar sobre los problemas que la práctica cotidiana presenta.

Otro aspecto importante es que se tenga como prioridad de la formación a quienes están en primera línea de atención a las mujeres, es decir atención primaria, servicios de urgencias, así como las especialidades de ginecología y obstetricia, traumatología, salud mental.

Hay que prestar especial atención para que no se deposite la responsabilidad en una única persona a quien se le otorgue la calificación de experta, referente o voluntaria ya que este hecho puede inhibir la implicación del resto de profesionales y la sobrecarga del primero.

En este sentido, no es sólo quien asiste al curso la persona depositaria de la responsabilidad de la atención a las mujeres.



No debemos hablar de sensibilidad personal sino de profesionalidad. No es una cuestión de voluntariado sino de proyecto institucional.

OTRAS CUESTIONES A CONSIDERAR

No dar por supuesto el conocimiento de cuestiones básicas conceptuales sobre el tema, los factores principales que constituyen su complejidad, las formas de naturalización de la violencia que contribuyen a su invisibilidad, su relación fundamental con los sistemas de dominio y sumisión, en definitiva de desigualdad de género.

Así, la formación debe garantizar que se trabajen todos los contenidos anteriormente señalados, sin el temor de abordar y explicar cuestiones aparentemente muy elementales, en la creencia de que los participantes en la formación ya están familiarizados con ello. La experiencia nos dice que esto no suele ser así, por lo que insistimos:



En este tipo de formación es importante "no dar nada por sabido"

Para todas las acciones formativas se debe tener presente que el diseño de los contenidos debe ser **flexible en el tiempo e ir evolucionando conforme se modifica el conocimiento actual del fenómeno**. Es imprescindible vincular la actividad a aquellas acciones institucionales en marcha que aporten luz para avanzar en su afrontamiento. Las personas con responsabilidad en el diseño de la actividad deben prestar atención a los cambios que con celeridad se están produciendo en nuestro entorno: creación de nuevas redes de recursos, nuevos datos aportados por las investigaciones en curso, nuevos desarrollos de la ley, etc.

Hay que considerar el público al que va dirigida la convocatoria, a fin de estructurar y modular los contenidos más pertinentes, dado que pueden ser convocatorias amplias o convocatorias más limitadas (como el caso de una sesión clínica en un hospital).

En cualquier caso, se recomienda aprovechar las oportunidades que brindan estos espacios aunque se deban de prever todos los aspectos mencionados lo cual requiere un trabajo de preparación intenso y atento.

La experiencia en formación continuada apunta a los beneficios y riqueza que aporta la organización de acciones formativas en las que participen profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas y niveles asistenciales.

Por otro lado, cada vez más se pone en evidencia que el problema de la violencia puede presentarse en cualquier servicio asistencial, por lo que es erróneo pensar que determinados perfiles profesionales o unidades de atención van a estar más implicados que otros en la detección y atención del problema.



modalidades de acciones formativas de acuerdo a los objetivos pedagógicos que se persiguen

En este apartado se presentan, a modo de ejemplos orientativos, diferentes tipos de acciones formativas de acuerdo al alcance, amplitud y repercusión que se espera que las mismas puedan tener en los recursos profesionales a los que van dirigidas.

Las acciones formativas propuestas se han sistematizado en orden de menor a mayor profundidad y especificidad. Es decir, siguiendo un orden que va desde acciones de sensibilización sobre el problema dirigidas a un amplio espectro de instituciones, profesionales y agentes de salud, hasta acciones más específicas destinadas a entrenar al personal de salud para el manejo de herramientas de atención específicas que requieren mayor tiempo, seguimiento y la utilización de metodologías didácticas de mayor complejidad a fin de profundizar en los diversos aspectos del problema.

Las modalidades que se presentan, no pretenden ser propuestas rígidas sino que, por el contrario, lo que se persigue es ofrecer diferentes opciones para que los responsables de la planificación y gestión de las acciones formativas puedan conjugar de manera flexible los objetivos, contenidos y metodología, organizando en cada caso, la alternativa que mejor se ajuste a los propósitos que se persigan y de esta manera poder dar respuesta a la complejidad del fenómeno.

En base a lo expuesto a continuación se presentan las siguientes modalidades de acciones formativas:

- » de sensibilización
- » básicas
 - básicas para profesionales de Atención Primaria
 - básicas para profesionales de Atención Especializada
 - básicas para profesionales de Servicios de Salud Mental
 - básicas para profesionales de Servicios de Urgencias
- » de especialización y/o complementarias a la formación básica:
 - de formación de formadores y formadoras.
 - de habilidades para el trabajo con grupos de mujeres para prevenir y detectar la violencia de pareja.
 - de supervisión.
 - de actualización y de intercambio de buenas prácticas.

- » módulo transversal a las acciones formativas básicas y de especialización:
 - habilidades para el autocuidado/cuidado de las y los cuidadores

La oferta formativa de la Agencia Laín Entralgo en la que se encuentran distintas modalidades de actividades formativas puede consultarse en:

- » INTERNET: www.madrid.org
- » INTERNET: Portal de Salud de la Comunidad de Madrid
- » INTRANET: saluda.salud.madrid.org

ACCIONES FORMATIVAS DE SENSIBILIZACIÓN

FORMATO

FOROS, JORNADAS DE DIVULGACIÓN, JORNADAS INFORMATIVAS, SESIONES CLÍNICAS O REUNIÓN DE TRABAJO DE CORTA DURACIÓN. VIDEO FORUM

OBJETIVOS

- Conseguir que el sistema sanitario considere el fenómeno de la violencia hacia las mujeres como un problema de primera magnitud.
 - Poner de manifiesto la complejidad del fenómeno y la necesidad de coordinar esfuerzos desde diferentes sectores.
 - Contribuir a generar un posicionamiento responsable en relación al afrontamiento de este problema de salud por parte del sistema sanitario.
-

CONTENIDOS

- Cuestiones básicas conceptuales: factores principales que constituyen la complejidad del tema, las formas de naturalización de la violencia que contribuyen a su invisibilidad, su relación fundamental con los sistemas de dominio y sumisión que contribuyen a la desigualdad entre sexos.
 - Costes de la violencia para la salud y para el sistema sanitario.
 - Responsabilidad del sistema sanitario en el afrontamiento del problema y claves para la intervención.
-

METODOLOGÍA

- Conferencias, exposiciones teóricas, exposición y discusión sobre un caso, reservando espacios para la participación que faciliten el debate, el planteamiento de dudas y la búsqueda de respuestas profesionales. La implicación de los equipos directivos es fundamental para que la formación sea efectiva en el afrontamiento desde el sistema sanitario.
-

OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES

- Son convocatorias amplias que permiten llegar a un número elevado de profesionales pero tienen la desventaja de dar muy poca oportunidad para el intercambio de experiencias y la discusión, por lo que no permiten sino aproximarse al tema y resolver alguna cuestión o duda puntual.
 - El tiempo del que se dispone es un factor clave: como mínimo debiera contarse con dos horas para poder desarrollar una acción que permita presentar las cuestiones básicas conceptuales, los factores principales que constituyen la complejidad del fenómeno y tener un espacio de intercambio con preguntas y aclaraciones.
-

ACCIONES FORMATIVAS BÁSICAS

FORMATO

CURSO O SEMINARIO

OBJETIVOS

- Acercar al colectivo sanitario al conocimiento de la violencia hacia las mujeres desde un enfoque integrado de género.
 - Reflexionar sobre las concepciones, conocimientos y actitudes del personal sanitario sobre el fenómeno de la violencia hacia las mujeres.
 - Comprender e identificar las carencias y barreras en las intervenciones profesionales para afrontar el problema desde sus ámbitos de trabajo respectivos.
 - Identificar y compartir experiencias en la práctica profesional habitual relacionadas con situaciones de maltrato.
 - Identificar instrumentos que faciliten la intervención en la detección precoz, atención y prevención de este problema de salud pública.
 - Vincular la actividad a aquellas acciones institucionales en marcha que aporten luz para avanzar en su afrontamiento.
-

CONTENIDOS

- Marco teórico de la violencia hacia las mujeres desde una perspectiva de género, conceptos y características específicos en relación con la violencia hacia las mujeres.
 - Magnitud e impacto en salud, repercusiones en el sistema sanitario.
 - Papel de las distintas categorías profesionales en el afrontamiento de la violencia desde el sistema sanitario.
 - Intervención con las mujeres que sufren violencia de pareja.
 - Recursos disponibles.
 - Efecto del afrontamiento de la violencia sobre el personal de salud y claves para el autocuidado
-

METODOLOGÍA

- Combinación de sesiones de exposición teórica de los contenidos con espacios de reflexión y debate, no dando por supuesto el conocimiento de cuestiones básicas conceptuales sobre el tema: los factores principales que constituyen su complejidad, las formas de naturalización de la violencia que contribuyen a su invisibilidad, su relación fundamental con los sistemas de dominio y sumisión, en definitiva de desigualdad entre géneros.
 - Elaboración de trabajos individuales y en grupo para la aplicación práctica de los contenidos teóricos.
-

ACCIONES FORMATIVAS BÁSICAS

OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES

- Cuando la duración es suficiente (se recomienda un mínimo de 20 horas), permite vincular los conocimientos adquiridos con la experiencia práctica.
 - Los trabajos que desarrolle el alumnado en sus propios servicios o unidades, permite incrementar las acciones de sensibilización en el sistema sanitario en la medida que operan como amplificadores de los contenidos de estas acciones formativas.
 - Facilita la creación de nuevas redes de profesionales implicados en el afrontamiento de la violencia desde el sistema sanitario.
 - Plantea dificultades para la captación de algunas profesiones.
 - Requiere extenderse en el tiempo para asimilar la teoría e incorporarla a la práctica.
-

ACCIONES FORMATIVAS BÁSICAS PARA PROFESIONALES DE SERVICIOS DE URGENCIAS Y PROFESIONALES QUE PRESTAN ATENCIÓN CON CARÁCTER URGENTE

FORMATO

CURSO O SEMINARIO

OBJETIVOS

- Aproximar al personal de los servicios de urgencias a la importancia de la intervención efectiva del sector sanitario en el afrontamiento de la violencia.
- Reflexionar sobre las concepciones, conocimientos y actitudes propias ante el fenómeno de la violencia hacia las mujeres.
- Compartir experiencias de la práctica profesional habitual relacionadas con situaciones de malos tratos hacia las mujeres.
- Identificar instrumentos y recursos que faciliten las buenas prácticas: orientando la intervención tanto a la atención integral del estado de salud, como a la valoración del riesgo de una nueva agresión por parte del maltratador.
- Comprender la importancia de los servicios de urgencias en la gestión del caso.

CONTENIDOS

- Marco teórico de la violencia hacia las mujeres desde una perspectiva de género. Conceptos y características específicas en relación con la violencia hacia las mujeres.
- Magnitud, impacto en la salud de las mujeres, de las hijas y de los hijos y repercusiones en el sistema sanitario.
- Valoración física y psicológica, valoración del riesgo de nuevas agresiones.
- Abordaje multidisciplinar desde el sistema sanitario.
- Recursos disponibles.
- Circuitos de derivación.
- Cómo se relaciona la institución sanitaria con el maltratador.
- Aspectos éticos, jurídicos y legales relacionados con la intervención sanitaria:
 - Informe de alta y parte de lesiones
 - Orden de protección
 - Confidencialidad
 - Denuncia

METODOLOGÍA

- Combinación de sesiones de exposición teórica de los contenidos con espacios de reflexión y debate.
- Talleres para el trabajo individual y grupal: técnicas de dramatización y análisis de casos.

ACCIONES FORMATIVAS BÁSICAS PARA PROFESIONALES DE SERVICIOS DE URGENCIAS Y PROFESIONALES QUE PRESTAN ATENCIÓN CON CARÁCTER URGENTE

OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES

- Contribuye a visibilizar la gravedad de las lesiones producidas por la violencia hacia las mujeres, facilitando la sensibilización del colectivo de profesionales sanitarios en el conjunto de la institución, promoviendo la tolerancia cero a este tipo de acciones.
 - Por la metodología utilizada, analizar la práctica profesional, permite compartir dudas y buscar soluciones conjuntas entre diferentes profesionales, facilitando la coordinación interdisciplinar e intersectorial.
 - Permite vincular los conocimientos teóricos con la práctica profesional.
-

ACCIONES FORMATIVAS BÁSICAS PARA PROFESIONALES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

FORMATO

CURSO O SEMINARIO

OBJETIVOS

- Proporcionar elementos teóricos y metodológicos que faciliten la intervención en salud mental para la detección precoz y atención de las mujeres que sufren violencia de pareja.
 - Profundizar en los efectos de la violencia de pareja en la salud mental de las mujeres y de sus hijas e hijos.
 - Conocer el marco legislativo y su aplicación en los servicios de salud mental.
 - Identificar la red de recursos y dispositivos específicos de atención a las mujeres.
-

CONTENIDOS

- Marco Institucional y Estrategia Regional frente a la violencia hacia las mujeres.
 - Conceptos generales de violencia de género. Modelos Explicativos. Efectos de la violencia de género en las mujeres y sus hijas e hijos. Detección e intervención en salud mental.
 - Aspectos éticos, jurídicos y legales relacionados con la intervención sanitaria en salud mental.
 - Coordinación los dispositivos autonómicos para la asistencia integral a las víctimas de violencia de género.
-

METODOLOGÍA

- Combinación de sesiones de exposición teórica de los contenidos con espacios de reflexión y debate.
 - Análisis de casos.
-

OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES

- Proporciona pautas específicas para la intervención homogénea del personal de salud que integra los servicios de salud mental. (psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social)..
-

ACCIONES FORMATIVAS DE ESPECIALIZACIÓN Y/O COMPLEMENTARIAS DE LA FORMACIÓN BÁSICA

PROFUNDIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

FORMATO

SEMINARIO

OBJETIVOS

- Avanzar en el conocimiento de cuestiones conceptuales adquiridas en ediciones básicas sobre el tema.
 - Profundizar en el conocimiento de la complejidad del fenómeno.
 - Proporcionar un espacio para el debate, la reflexión y el planteamiento de nuevas propuestas de actuación para la mejora de la intervención.
 - Generar un espacio de acompañamiento y soporte teórico práctico frente a las dificultades profesionales en la práctica cotidiana.
 - Profundizar en la revisión de las concepciones, conocimientos y actitudes propias en relación al trabajo con las mujeres expuestas a la violencia y al efecto de este trabajo sobre el mismo personal de salud.
 - Desarrollar habilidades, destrezas y técnicas para modular las estrategias de intervención profesional.
-

CONTENIDOS

- Análisis de las políticas europeas de prevención de la violencia hacia las mujeres y aproximación a la legislación vigente.
 - Relación entre el sistema sanitario y el sistema judicial para el abordaje de la violencia.
 - Problemas éticos que plantea la atención a las mujeres maltratadas.
 - Proceso de atención a la salud mental de las mujeres víctimas de la violencia de pareja.
 - Análisis de la demanda que las mujeres víctimas de la violencia de su pareja hacen al sistema sanitario y de la respuesta que el sistema ofrece en el contexto de su complejidad.
 - Recursos profesionales para la intervención: escucha activa, distancia terapéutica, capacidad de contención, identificación y manejo de los aspectos contratransferenciales, detección y valoración de la violencia e intervención en crisis.
 - Programas preventivos de intervención y su efectividad.
 - Relación del sistema sanitario con el hombre que maltrata. Programas de atención a los maltratadores.
-

PROFUNDIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

METODOLOGÍA

- Seminario con cadencia en el tiempo que permita la reflexión, la elaboración conceptual y la aplicación de los contenidos e instrumentos adquiridos (se recomienda un mínimo de 30 horas).
- Combinación de sesiones expositivas con espacios para la reflexión y el debate.
- Talleres para el trabajo individual y grupal: técnicas de dramatización y análisis de casos.

OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES

Facilita el posicionamiento profesional y la adquisición de confianza para el afrontamiento del problema.

FORMACIÓN DE FORMADORAS/ES EN VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA

FORMATO

CURSO ARTICULADO EN DIFERENTES MÓDULOS.

OBJETIVOS

- Capacitar a un grupo de profesionales sanitarios como formadoras/es para que, en una segunda fase, formen a las y los profesionales de los Equipos de Atención Primaria en la comprensión del fenómeno de la violencia de pareja hacia las mujeres (VPHM) desde la perspectiva de género y en el uso de una Guía de actuación en Atención Primaria.
- Ofrecer bases teóricas y técnicas para la intervención en educación para la salud con técnicas educativas grupales dirigidas a la formación en VPHM.
- Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para implantar la guía de actuación en VPHM en AP.

CONTENIDOS

MÓDULO 1: Introducción a la violencia de género

- La socialización de género. Consecuencias de la desigualdad.
- Caracterización de la VPHM: conceptos básicos y repercusiones en la salud. La pedagogía activa y el aprendizaje significativo orientado a la formación.

MÓDULO 2: Entrevista clínica en VPHM en Atención Primaria

- Habilidades de entrevista clínica orientadas a la detección, valoración e intervención de la VPHM desde las consultas de Atención Primaria.

MÓDULO 3: Guía de actuación en VPHM en AP

- Manejo de la guía de actuación en VPHM en AP: coordinación de los Equipos de Atención Primaria y con los recursos externos. Aspectos ético-legales. Preparación de las sesiones a impartir en los EAP.
- Autocuidado profesional.

METODOLOGÍA

Cada sesión constará de dos partes: en la primera se impartirán contenidos teóricos. En la segunda se realizará un taller de trabajo grupal sobre los anteriores, para promover que las/os integrantes lleven a cabo una elaboración y reflexión profesional y personal. Se utilizarán diferentes técnicas grupales para fomentar la participación y comunicación grupal.

OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES

- Permite la formación simultánea del colectivo de profesionales de Atención Primaria con el mismo referente conceptual y metodológico.
- Requiere el ejercicio de una buena coordinación institucional y una inversión suficiente en recursos humanos y económicos para su implementación y sostenibilidad.

HABILIDADES PARA EL TRABAJO CON GRUPOS DE MUJERES PARA PREVENIR Y DETECTAR VIOLENCIA DE PAREJA

FORMATO

CURSOS Y TALLERES

OBJETIVOS

- Ofrecer al personal de salud instrumentos metodológicos grupales, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres víctimas de violencia.
 - Capacitar al colectivo sanitario en intervenciones grupales adecuadas, tanto en la detección precoz de las mujeres sometidas a situaciones de violencia por parte de sus parejas, como a la promoción de acciones que potencien el empoderamiento de dichas mujeres y la prevención de este grave problema de salud pública.
 - Ofrecer bases teóricas y técnicas grupales para el trabajo en equipo en la institución pública.
 - Profundizar en las dificultades profesionales que se presentan en el desarrollo de técnicas grupales con mujeres.
-

CONTENIDOS

- Bases teóricas y metodológicas del trabajo grupal.
 - Diferentes corrientes teóricas y técnicas en el trabajo grupal.
 - La violencia en la familia.
 - Metodología de trabajo en equipo en la atención a las mujeres maltratadas.
-

METODOLOGÍA

Sesiones expositivas combinadas con talleres grupales en los que se utilizan diversas técnicas para el trabajo con grupos.

OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES

- Facilita la adquisición de destrezas y la utilización de instrumentos poco conocidos por el colectivo de profesionales de la salud.
 - Modo de intervención poco conocido y poco asumido por algunas profesiones del sistema sanitario.
-

ACTIVIDADES FORMATIVAS DE SUPERVISIÓN

TALLER DE CASOS CLÍNICOS SOBRE LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

La supervisión de un equipo se orienta fundamentalmente a crear un espacio de reflexión común acerca de las vicisitudes del trabajo, priorizando el abordaje de los obstáculos que puedan dificultar el desarrollo de la labor, pasando especialmente por el trabajo de casos. En definitiva se trata de detectar, explicar e interpretar las causas que entorpecen o dificultan la evolución y cumplimiento de los fines del trabajo.

El trabajo de supervisión va dirigido a elaborar los efectos que trabajar con la violencia tiene en la salud del personal sanitario implicado, en la calidad de su trabajo y en la satisfacción sobre éste.

La supervisión, en la revisión del trabajo ya efectuado, encuentra vías de reflexión y nuevos desarrollos que el día a día del trabajo dificulta por sus apremios.

FORMATO

SEMINARIO O TALLER

OBJETIVOS

- Revisar progresivamente y con continuidad las prácticas tanto individuales (trabajo víctima-profesional), como grupales (trabajos con grupos de mujeres víctimas) e institucionales que intervienen en la atención al problema de la violencia, analizando los momentos y situaciones que presentan mayor dificultad.
 - Mejorar la forma de intervención con la mujer víctima de violencia y el vínculo que se establece entre el profesional y las personas expuestas a la violencia.
 - Ayudar a quienes tienen como responsabilidad la planificación, organización y puesta en marcha de intervenciones novedosas con este sector poblacional, a nivel Institucional y/o comunitario.
-

CONTENIDOS

- Efectos de la intervención del profesional con la mujer víctima de la violencia.
 - Métodos y técnicas de intervención desde los servicios sanitarios.
 - Marco institucional en el que se desarrolla la intervención y sus obstáculos.
 - Modalidades de trabajo en equipo: relaciones intraequipo, posicionamiento y roles profesionales, interacción y comunicación, la coordinación.
 - Relaciones interinstitucionales.
-

TALLER DE CASOS CLÍNICOS SOBRE LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

METODOLOGÍA

- Espacio grupal que favorece la comprensión de fenómenos comunes en todas las Instituciones y en todos los Equipos que trabajan con este sector poblacional.
 - Se trabaja sobre casos, intervenciones y situaciones de trabajo dentro del servicio que los y las profesionales deseen aportar por el interés que les suscita.
 - Sesiones periódicas con una cadencia en el tiempo. Se recomienda sesiones mensuales de 2 a 3 horas de duración en las que se aborden situaciones concretas del trabajo individual o de equipo, intervenciones en casos particulares, problemas específicos hallados, etc.
-

OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES

- Favorece el ajuste y la resolución de obstáculos que se presentan en la práctica profesional al confrontar situaciones con otros profesionales.
 - Favorece la innovación de los métodos y técnicas de trabajo a partir del intercambio de experiencias profesionales.
 - Facilita la resolución de dudas y el hallazgo de soluciones.
 - La información que se recibe desde este lugar de supervisión sería formativa, en tanto que la misma se transforma en teoría que orienta la praxis.
-

ACCIONES FORMATIVAS DE ACTUALIZACIÓN Y DE INTERCAMBIO DE BUENAS PRÁCTICAS

FORMATO

JORNADAS, SESIONES Y/O MESAS REDONDAS PARA LA PRESENTACIÓN DE EXPERIENCIAS PROFESIONALES REALIZADAS POR EQUIPOS Y/O PROFESIONALES DE LA SALUD.

OBJETIVOS

- Poner en común experiencias realizadas en distintos contextos de salud que puedan resultar de utilidad para la práctica profesional cotidiana.
 - Analizar y buscar soluciones a las dificultades identificadas en el diseño e implementación de las citadas experiencias.
-

CONTENIDOS

- Programas, protocolos, proyectos y actividades de distintos tipos, dirigidos a la prevención, detección y atención a las mujeres que sufren violencia diseñados e implementados desde los sistemas de salud.
 - Costes de la violencia para la salud y para el sistema sanitario.
-

METODOLOGÍA

Participativa, mediante la presentación de casos para su debate.

OPORTUNIDADES Y LIMITACIONES

- Evita la comisión de errores a través del conocimiento de la experiencia de otros colegas.
 - Facilita la resolución de dudas y el hallazgo de soluciones..
-

HABILIDADES PARA EL AUTOCUIDADO / CUIDADO DE LOS CUIDADORES

En el campo de la violencia de género, se plantea una problemática que no siempre es tomada en cuenta, y que se refiere al efecto que produce a nivel profesional trabajar con las personas que han sido objeto de esa violencia, y que de alguna manera les convierte en testigos de esas situaciones traumáticas que narran quienes consultan. ¿Cuáles son esos efectos subjetivos en quienes están en contacto continuo con situaciones de naturaleza violenta?

Estos efectos suelen ser poco cuestionados por algunos profesionales y más bien es posible que ellos desestimen o descalifiquen las vivencias que pueden experimentar en una entrevista. Hay una serie de expresiones que suelen escucharse en relación a esto: "es mi trabajo", "a mí ya no me afecta", "Yo ya estoy acostumbrada". Sin embargo, muchas veces se observa que se niega el efecto que produce el trabajo, pero se experimentan síntomas de los que no se detecta el motivo.

El fuerte impacto de la experiencia profesional puede inscribirse en el psiquismo del personal de salud en forma traumática. Así, de no mediar un ámbito grupal e institucional que facilite su elaboración, este tipo de práctica puede constituirse en un factor de riesgo para la salud física y mental.

Será necesario entonces buscar estrategias –personales y grupales– para ayudar a las víctimas de violencia, pero siempre teniendo en cuenta ciertos límites que permitan cierta protección profesional.

El grupo y/o la institución debe hacerse cargo de crear espacios privilegiados para la elaboración de las diversas situaciones personales y grupales que ocasiona esta tarea, y el desarrollo de habilidades de afrontamiento que permitan eliminar o mitigar las consecuencias negativas de esta tarea, y así garantizar la salud física y mental de sus miembros.

OBJETIVOS

- Contribuir a la protección de la salud física y mental de las y los profesionales que trabajan con víctimas de violencia, proporcionando herramientas para la detección y la elaboración de las tensiones que supone esta tarea.
 - Mejorar la calidad de la relación profesional-paciente: mediante una comprensión tranquila del fenómeno y del proceso de la violencia, conocer sus efectos y afectos y el establecimiento de la empatía y distancia necesarias para dicha relación.
 - Ayudar a detectar de qué forma el trabajo con víctimas de violencia puede afectar al personal de salud.
 - Dotar de conocimientos y estrategias profesionales para que se pueda graduar el impacto emocional que suele ocasionar el relato de escenas violentas.
-

HABILIDADES PARA EL AUTOCUIDADO / CUIDADO DE LOS CUIDADORES

OBJETIVOS *(continuación)*

- Crear un ámbito específico de seguridad psicológica para la elaboración de los efectos de ser testigo: el propio grupo de trabajo, la supervisión de la tarea, el intercambio con profesionales.
 - Contribuir a que el equipo de trabajo, o la institución a la que pertenece, implementen las medidas de prevención y protección necesarias para el saneamiento de las tensiones grupales y en consecuencia, para su salud física y mental.
-

CONTENIDOS

- Los efectos de ser testigo: cómo puede afectar la tarea y cuáles son sus consecuencias.
 - Indicadores de orden personal y de orden institucional.
 - Vulnerabilidad: factores de riesgo y de protección.
 - Clarificación de términos: Burnout, el efecto de ser testigo, la traumatización vicaria, la fatiga por compasión.
-



sobre la formación del equipo docente de las acciones formativas de violencia

Es criterio fundamental que las acciones formativas sean impartidas por equipos multidisciplinares a fin de afrontar y trabajar adecuadamente la complejidad que presenta esta problemática.

Es importante que los componentes del equipo docente implicados en las acciones formativas sobre violencia tengan una formación previa amplia, con base en la experiencia, bien sea por que han desarrollado su trabajo en la atención y seguimiento de esta problemática y/o por que han desempeñado su trabajo como docentes en esta área, participando en la formación de profesionales de la salud o de otras disciplinas relacionadas.

En cualquier caso, lo que se intenta poner de manifiesto es la necesidad de que quien se enfrenta a una acción formativa, bien sea en formato de clase magistral, dinámica grupal o dramatización, supervisión de casos, sobre un tema tan complejo y que suscita importantes polémicas, ha de tener un grado de preparación importante, haber realizado un proceso profundo de reflexión, y maduración de estos temas a nivel personal y haber adquirido habilidades específicas para trabajar con grupos. Cuestiones que solamente se aprenden tras años de entrenamiento y no únicamente con una formación básica.

Ya hemos visto como su formación debe estar dirigida a la comprensión del fenómeno de la violencia hacia las mujeres, sus orígenes, sus manifestaciones y secuelas, sus condicionantes, las estrategias de detección y de intervención.

Pero no acaba aquí la especialización necesaria de los docentes, sino que además deberían contar con una capacitación actitudinal para hacer frente a la tarea, de sensibilización y de cuestionamiento personal. Esto es así por las dificultades personales y profesionales derivadas de la resistencia al cambio, al tratarse de situaciones que implican una importante revisión de ciertas actitudes, y donde están comprometidos valores, creencias o prejuicios muy arraigados.

De acuerdo con lo mencionado, se recomienda que quienes componen el equipo docente, reúnan algunos de los requisitos básicos siguientes, siendo importante que estos criterios estén presentes en el conjunto de dicho equipo:

- Contar con **formación en Perspectiva de género y violencia** hacia las mujeres a través de los estudios de grado, postgrado, doctorados o formación continuada.

- Contar con **experiencia de trabajo en la detección, atención, seguimiento y coordinación de acciones sanitarias** relativas al problema de la violencia y el maltrato y, específicamente, al problema de la violencia hacia las mujeres.
- Contar con **experiencia de haber participado de manera activa, como docente o coordinador/a de grupos de aprendizaje**, en acciones formativas sobre perspectiva de género, maltrato y violencia, específicamente violencia hacia las mujeres, dirigidas a profesionales de la salud.
- Contar con **experiencia de haber realizado la función de supervisión** de profesionales o equipos de trabajo que operan en el ámbito de la perspectiva de género, maltrato y violencia, específicamente violencia hacia las mujeres.



bibliografía recomendada para profundizar en la materia

- » ALBERDI, INÉS; MATAS, NATALIA. La Violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Madrid. Fundación La Caixa. Colección Estudios Sociales. 2002.
- » BACA E, CABANAS M.L. Las Víctimas de la violencia. San Sebastián. Ed. Triacastela 2003.
- » BONINO MÉNDEZ, LUIS. Obstáculos a la comprensión e intervenciones sobre la violencia (masculina) contra las mujeres en la pareja. Disponible en:
<http://www.sepv.org/ensayos/bonino.pdf>
- » BOSCH FIOL ESPERANZA; FERRER PÉREZ, VICTORIA A. La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata. Valencia. Ediciones Cátedra. Universidad de Valencia, Instituto de la Mujer. 2002.
- » CEDAW. Contribución del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer al proceso preparatorio de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, CEDAW/C/2001/I/CRP.3/ADD.9 Geneva, Switzerland. Office of de United Nations High Commissioner for Human Rights, 2001.
- » CLARAMUNT CECILIA. Ayudándonos para ayudar a otros: guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar [en línea]: Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública Nº 7. San José de Costa. Rica: OPS 1999.
- » CORSI, JORGE et. al Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares. Buenos Aires, Editorial Paidós, 2003.
- » GRACIELA B FERREIRA. Hombres violentos mujeres maltratadas. aportes a la investigación y tratamiento de un problema social. Buenos Aires. Ed Sudamericana 1995.
- » HERMAN JUDITH. Trauma y recuperación. Madrid. Espasa Calpe 2004.
- » HIRIGOYEN, MARIE FRANCE. El Acoso Moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana Barcelona. Ed. Paidós 2001.
- » INSTITUTO DE LA MUJER. La Violencia hacia las mujeres. Resultados De La Macroencuesta. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2000.
- » LABRADOR, FJ; PAZ RINCÓN; P; DE LUIS, P y FERNÁNDEZ – VELASCO, R. Mujeres víctimas de la violencia. Programa de actuación. Manuales Prácticas de Tratamiento. Ediciones Pirámide. Madrid, 2004.
- » LASHERAS LOZANO, MARIA LUISA; PIRES ALCAIDE MARISA (coord). La violencia hacia las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la

atención a la salud de las mujeres víctimas. Documento técnico de salud pública nº 86. Madrid. Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. 2003.

- » LORENTE ACOSTA., MIGUEL Mi marido me pega lo normal: agresión a la mujer, realidades y mitos. Barcelona. Ares y Mares, D.L. 2001.
- » MARTÍN SERRANO, ESPERANZA; MARTÍN SERRANO MANUEL. Las violencias cotidianas cuando las víctimas son las mujeres. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1999.
- » NOGUEIRAS GARCÍA, BELÉN; ARECHEDERRA ORTIZ, ÁNGELES; BONINO MÉNDEZ, LUIS. La atención sanitaria ante la violencia hacia las mujeres. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004.
- » OPS. Modelo de atención integral a la violencia intrafamiliar. Reconstruir la violencia intrafamiliar: Estado Sociedad Civil, Rol del Sector Salud [en línea]: Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública Nº 10. San José de Costa. Rica: OPS 2001.
- » RUIZ PEREZ, ISABEL, BLANCO PRIETO, PILAR, VIVES CASES, CARMEN. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit 2004;18 (supl.2):4-12.
- » SAGOT MONSERRAT Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudio de casos de 10 países) [en línea]. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS. 1998.
- » SEOANE PASCUAL LUIS. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Documento técnico de salud pública nº 92. Madrid. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. 2004.
- » SOLEDISPA TORO, AZUCENA, GARBAY MANCHENO SUSY. Manual de atención legal en casos de violencia intrafamiliar y de género. [monografía en Internet]. Quito: Marco Navas Alvear (FES – ILDIS) y Sara Mansilla Novella (CEPAM); 2004 [citado en junio 2007]. Disponible en: <http://www.ildis.org.ec/old/manual.doc>
- » VARELA, NURIA Íbamos a ser reinas. Mentiras y complicidades que sustentan la violencia hacia las mujeres Barcelona. Ediciones B. 2002.
- » VELÁZQUEZ SUSANA. Violencias, Cotidianas, Violencia de Género. Escuchar, comprender, ayudar. Buenos Aires. Ed. Paidós 2003.
- » WALKER, LEONOR. The battered woman syndrome. Springer, Nueva York. 1984.

Abuso. Todo acto u omisión que desencadena un daño en la integridad física, psíquica o social.

Acciones afirmativas o positivas. Son medidas correctoras o compensatorias de situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres para prevenir futuras desigualdades. Supone vencer obstáculos ideológicos y estructuras. Estas medidas tienen un carácter temporal hasta corregir la situación de desigualdad.

Aislamiento social. Estrategia utilizada por el maltratador para alejar a la víctima de su entorno y consolidar su dominio sobre ella.

Ámbito privado. Relativo a lo doméstico, lo familiar. Históricamente, el patriarcado lo ha circunscrito a la mujer, reduciendo todo lo referido a ésta al ámbito de lo privado y negándole trascendencia social a todo lo que en dicho terreno ocurre. Este hecho contribuye a que los actos de violencia o maltrato que ocurren en la esfera doméstica, sean considerados como de la esfera de lo íntimo. Socialmente está más arraigado su encubrimiento, tanto por la víctima como por el entorno.

Ámbito público. Relativo a toda la sociedad, que tiene trascendencia social. Históricamente, el hombre se ha reservado el espacio de lo público como su dominio de acción, ocupando de esa manera un lugar privilegiado en éste, creando sus propias leyes, así como un pacto social base del patriarcado, que le ha beneficiado desde los orígenes.

Aprendizaje significativo. Es aquél que se incorpora a la estructura de conocimiento de modo significativo, es decir, aquél que pone en relación las nuevas adquisiciones con lo que la persona ya sabe, siguiendo una lógica, con sentido, y no arbitrariamente. Para que se consigan aprendizajes significativos, según Ausubel, es preciso reunir las siguientes condiciones. El contenido debe estar bien organizado, es preciso además que el alumno manifieste una buena disposición ante el aprendizaje propuesto. Por tanto, debe estar motivado para ello, tener interés y creer que puede hacerlo. Las condiciones anteriores no garantizan por sí solas que el alumno pueda realizar aprendizajes significativos, si no cuenta en su estructura cognoscitiva con los conocimientos previos necesarios y dispuestos (activados), donde enlazar los nuevos aprendizajes propuestos.

Autoestima. Los conceptos del Yo y de la autoestima se desarrolla gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas de progresiva complejidad. El resultado es una autopercepción de la valoración personal, ya sea en sentido positivo o negativo.

Ciclo de la violencia contra la mujer. Generalmente las distintas expresiones de la violencia en la pareja se repiten una y otra vez, convirtiéndose en un ciclo de situaciones reincidentes que cada vez se tornan más graves y frecuentes.

- **Primera etapa:** Acumulación de tensiones. Comienza con cambios anímicos de agresor, el que reacciona con enojo ante cualquier problema cotidiano en el hogar y culpabiliza a la mujer de todo lo malo que ocurre. Posteriormente, presenta algunas manifestaciones de violencia: discute, grita y algunas veces destruye bienes.
- **Segunda etapa:** Estallido de la violencia. El agresor descarga todas las tensiones y el enojo acumulado y es el momento en el que arremete totalmente mediante golpes y/o humillaciones.
- **Tercera etapa:** Arrepentimiento y reconciliación. El agresor se arrepiente y promete que no volverá a ocurrir. La mujer confía y lo perdona y pasan una pequeña "luna de miel", la que desgraciadamente dura poco tiempo, pues pronto existirá un nuevo pretexto para que se repita el ciclo de violencia.

Contratransferencia. Hace referencia, en la relación del profesional con la mujer víctima de violencia, a los sentimientos o reacciones que la mujer suscita o genera en el profesional. Por ejemplo:

Impaciencia: *"Me cuesta respetar las decisiones de las víctimas"*.

Frustración: *"Cuando no se resuelve la situación como había imaginado"*.

Angustia: *"A veces hacemos derivaciones inadecuadas porque nos supera la situación"*.

Deconstrucción. Desarrollo de una visión crítica para "desaprender" la propia cultura, la propia subjetividad y para organizar una nueva visión que permita reinterpretar y, en su caso, transformar la realidad.

La desigualdad de género. Hace referencia a la condición y posición de desventaja de la mujer en relación al hombre. El rol asignado a la mujer la margina ya que se da una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales, del control de recursos materiales y no materiales a favor del hombre.

Discriminación. Trato desfavorable de un grupo sobre otro basado en categorías tales como la etnia, la nacionalidad, la religión o el sexo. Este tratamiento injusto y antidemocrático tiene que ver con prejuicios y con relaciones de poder desiguales entre grupos sociales sin considerar las valías y capacidades de los sujetos y grupos.

Empatía. Se refiere a la capacidad de ponerse en el lugar de otro. En el caso de la mujer víctima de violencia, sería la capacidad profesional de ponerse en su lugar y desde ahí hacerse cargo de su situación y sentimientos, para actuar en consecuencia a fin de que la mujer se sienta acompañada y no resulte dañada. Es necesario recalcar que, para que exista empatía, en primer lugar debe existir un conocimiento profundo de lo que le sucede a la mujer.

Empoderamiento. Es el proceso por el cual las personas adquieren capacidades para afrontar las relaciones de poder y cambiarlas. Cuestiona la ideología patriarcal y persigue transformar las relaciones, las estructuras y las instituciones que las reproducen con el objetivo de alcanzar una sociedad democrática y corresponsable en la que hombres y mujeres disfruten de los mismos derechos y oportunidades.

Equidad. Imparcialidad en el trato a mujeres y a hombres permitiendo la igualdad de oportunidades en función de las necesidades. Puede tratarse de igualdad en el trato o de un trato diferente pero que se considera equivalente en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades.

Estereotipo. Generalización distorsionada, simplificada e inexacta sobre un grupo, institución o acontecimiento. Es una forma de categorizar o agrupar a la gente y generalizar sus características enfatizando las negativas y dotándolas de una fuerte carga emocional. Son códigos compartidos por un gran número de personas que reflejan creencias populares y prejuicios. Su función es ocultar la realidad y conservar o crear diferencias de un grupo respecto a otro, derivando en prejuicios y en comportamientos discriminatorios.

Estigma. Desde la perspectiva sociológica condena, etiqueta, censura a una persona o grupo, produciendo desigualdad. Genera dos efectos: devalúa la identidad de la persona y la desacredita.

Género. Lo socialmente construido (mujer/hombre) a partir de lo biológicamente determinado. Características, funciones, normas, valores, ideas, actitudes, temores, gustos, expectativas, etc., que cada cultura asigna de forma diferenciada a hombres y a mujeres.

Igualdad. Concepto que apuesta por las relaciones de equivalencia entre las personas, para que éstas sean libres de desarrollar sus capacidades y de tomar decisiones sin limitaciones producidas por las relaciones de género. No significa tratar igual a todas las personas sino establecer las pautas necesarias para conseguir una sociedad más justa para todas y todos.

Masculinidad. Cualidad atribuida socialmente relativa a los atributos del hombre. Según esta interpretación tradicional y patriarcal son masculinos, entre otros, los siguientes atributos: el valor, la capacidad de decisión, la actividad, competitividad, la dominancia, la autoridad, la fuerza, la fortaleza, la rudeza, la independencia. Es posible construir otros modelos de masculinidad.

Naturalización de la violencia. Expresión utilizada para referirnos al hecho de que una gran parte de la violencia que sufren las mujeres está considerada "normal" o "natural" por ellas mismas y por la sociedad de la que forman parte, por efecto de la socialización femenina tradicional. Esta violencia "normal", al no poder ser detectada como tal, facilita el hecho de que se vayan alcanzando niveles de violencia y de tolerancia cada vez de mayor gravedad.

Patriarcado. Sistema familiar, social, ideológico y político mediante el cual los hombres, por la fuerza, usando la presión directa o por medio de símbolos, ritos, tradiciones, leyes, educación, el imaginario popular o inconsciente colectivo, la maternidad forzada, la heterosexualidad obligatoria, la división sexual del trabajo y la historia robada, determinan qué funciones pueden o no desempeñar las mujeres. Siempre está subordinado al grupo, casta o clase compuesto por hombres, aunque pueda ser que una o varias mujeres tengan poder, hasta mucho poder, como las reinas o primeras ministras o, que todas las mujeres ejerzan cierto tipo de poder.

Perspectiva de género. Forma de interpretar la realidad con el objetivo de intervenir sobre ella para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres. Aplicar esta perspectiva implica

realizar un análisis que trascienda la biología como único determinante de las desigualdades entre los sexos y considere los determinantes sociales y culturales como generadores de las desigualdades.

Prejuicio. Juicio previo o decisión prematura desfavorable acerca de algo que se conoce mal.

Resistencia. Obstáculo interno, habitualmente no consciente, que dificulta el avance hacia la comprensión de un fenómeno o hacia la asunción de determinadas actitudes. Ejemplos de resistencia pueden ser la resistencia a percibir las dimensiones o gravedad de un problema, a conocer sus causas e implicaciones, resistencia al cambio de actitudes personales, etc. La resistencia suele aparecer en situaciones en las que el sujeto se ve amenazado o siente algún temor, e intenta oponerse a aquello que lo suscita, para protegerse.

Roles de género. Conjunto de expectativas acerca de los comportamientos sociales considerados apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. Formado por el conjunto de normas, principios y representaciones culturales que dicta la sociedad sobre el comportamiento masculino y femenino, esto es, conductas y actitudes que se esperan tanto de las mujeres como de los hombres.

Sexismo. Creencia y actitud compartida por mujeres y hombres sobre superioridad del sexo masculino.

Sexo. La diferencia biológica entre hombre y mujer.

Socialización. Proceso por el que las personas desde la infancia van adquiriendo conocimientos e interiorizando actitudes. Hombres y mujeres integran a lo largo de sus vidas sistemas de valores, comportamientos, reacciones y actitudes socialmente impuestas dependiendo del sexo.

Supervisión. Estrategia técnica a disposición del personal de salud como apoyo a la comprensión de la problemática que presenta la persona atendida, que además posibilita la comprensión de las propias dificultades profesionales o del equipo de trabajo, llevada a cabo por un supervisor ajeno al quehacer cotidiano de las y los profesionales, y que cuenta por tanto con una mirada más amplia y menos concernida de dicho quehacer. Su utilidad consiste en la contención y sostén del equipo de trabajo, facilitando el intercambio de la productividad grupal o personal y un espacio para la reflexión de las dificultades que conlleva la tarea.

Victimización Secundaria. O doble victimización, o victimización institucional. Es el daño que puede sufrir una víctima en su contacto con las instituciones cuando éstas le dispensan un trato inadecuado, muchas veces derivado de los propios marcos conceptuales erróneos con respecto a la violencia. Algunos ejemplos de esta victimización secundaria pueden ser: hacer pasar a la mujer por distintos profesionales relatando una y otra vez aspectos dolorosos de su experiencia, hacerla sentir inferior, culpable, incapaz o no creída por el profesional, etc. La victimización secundaria hace referencia a que el daño que la Institución causa a la víctima redonda o refuerza el daño provocado previamente por su agresor.

Violencia hacia la mujer. *“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”* (definición contenida en la Declaración sobre la eliminación

de la violencia contra la mujer de Naciones Unidas de 1993). Lo que diferencia a este tipo de violencia de otras formas de agresión, es que el principal factor de riesgo es el hecho de ser mujer.

Violencia de género. Violencia ejercida por hombres hacia las mujeres y viceversa. Este término se equipara a violencia hacia las mujeres por la elevada frecuencia con que la ejercen los hombres y la padecen las mujeres en base a la subordinación de las mujeres en la sociedad patriarcal.

Documentos Técnicos de Salud Pública nº122

Criterios de formación en
violencia de pareja
hacia las **mujeres**



Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

Comunidad de Madrid



Servicio Madrileño de Salud

Comunidad de Madrid



Agencia Laín Entralgo
para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios

Comunidad de Madrid