

VIOLENCIA DE XÉNERO: EFECTOS NA SAÚDE DAS MULLERES ANÁLISE E ATENCIÓN PROFESIONAL

Xisela Santomil González
Grao en Traballo Social
xiselasg@gmail.com

RESUMO

Este traballo pretende describir o concepto de violencia de xénero, os coñecementos sobre os efectos que produce na saúde da muller e relatar cales son as funcións das profesionais na atención ás vítimas, a súa coordinación e formación. Todo isto coa finalidade de evidenciar os obstáculos que se están a producir na súa xestión e, así, poder aplicar melloras na prevención e intervención. O deseño da investigación comprende, por unha parte, unha revisión sobre os aspectos teóricos da realidade social analizada; por outra, o capítulo das entrevistas ás profesionais de atención primaria dos centros de saúde e aquelas que se integran nos centros de Información á Muller e departamentos de Igualdade dos concellos. Os datos obtidos, divididos en tres categorías de análise, mostran que non existe un perfil concreto de vítima e o desacordo destas profesionais en categorizar temporalmente as consecuencias e repercusións sobre a saúde das mulleres. Así mesmo, apuntan a unha escaseza de persoal, ás dificultades na coordinación do persoal técnico dos diferentes sistemas, así como a unha necesidade de formación específica máis ampla. Polo tanto, xustifícase o incremento de persoal especializado nos recursos e servizos de apoio ás mulleres vítimas de violencia, especialmente, profesionais do traballo social.

PALABRAS CLAVE¹

Violencia de xénero, saúde, especialización, traballo social.

RESUMEN

Este traballo pretende describir el concepto de violencia de género, los conocimientos sobre los efectos que produce en la salud de la mujer y relatar cuáles son las funciones de las profesionales en la atención a las víctimas, su coordinación y formación. Todo esto con la finalidad de evidenciar los obstáculos que se están produciendo en su gestión y, así, poder aplicar mejoras en la prevención e intervención. El diseño de la investigación comprende, por una parte, una revisión sobre los aspectos teóricos de la realidad social analizada; por otra, el capítulo de las entrevistas a las profesionales de atención primaria de los centros de salud y aquellas que se integran en los Centros de Información a la Mujer y Departamentos de Igualdad de los ayuntamientos. Los datos obtenidos, divididos en tres categorías de análisis, muestran que no existe un perfil concreto de víctima y el desacuerdo de estas profesionais en categorizar temporalmente las consecuencias y repercusiones sobre la salud de las mujeres. Al mismo tiempo, apuntan a una escasez de personal, a las dificultades en la coordinación del personal técnico de los diferentes sistemas, así como la una necesidad de formación específica más amplia. Por lo tanto, se justifica el incremento de personal especializado en los recursos y servicios de apoyo a las mujeres víctimas de violencia, especialmente, profesionales del Trabajo Social.

PALABRAS CLAVE

Violencia de género, salud, especialización, trabajo social.

ABSTRACT

This work aims to describe the concept of gender-based violence, knowledge about the effects it produces on women's health and to describe the functions of professionals in the care of victims, their coordination and training. All this, in order to show the obstacles that are occurring in its management

¹ Para a procura de palabras clave utilizáronse os Descritores de Ciencias da Saúde (DeCS), como páxina especializada en termos que utilizamos neste traballo. O devandito recurso serve para utilizar unha linguaxe única na indagación de artigos de revistas científicas, libros, e outros tipos de materiais, así como para ser usado na procura e recuperación de asuntos da literatura científica nas fontes de información dispoñibles. Accesible en: <http://decs.bvs.br/E/decsweb2019.htm>.

and, thus, be able to apply improvements in prevention and intervention. The design of the research includes, on the one hand, a review of the theoretical aspects of the social reality analyzed; on the other hand, the chapter of the interviews to the primary care professionals of the health centers and those that are integrated in the Centers of Information to the Woman and Departments of Equality of the city councils. The data obtained, divided into three categories of analysis, show that there is no specific profile of the victim and the disagreement of these professionals in temporarily categorizing the consequences and repercussions on women's health. At the same time, they point to a shortage of staff, difficulties in coordinating the technical staff of the different systems, as well as a need for more specific training. Therefore, the increase of personnel specialized in resources and support services for women victims of violence, especially Social Work professionals, is justified.

KEYWORDS

Gender Violence, health, specialization, social work.

INTRODUCCIÓN

O presente traballo é o resultado dunha investigación empírica que ten como obxectivo esencial amosar os efectos que a violencia de xénero produce na saúde das mulleres. Ao respecto deste fenómeno social, o informe publicado en 2013 pola Organización Mundial da Saúde (OMS) acerca de *Estimacións mundiais e rexionais da violencia contra a muller: prevalencia e efectos da violencia conxugal e da violencia sexual non conxugal na saúde*² destaca que a violencia contra a muller é un problema de saúde global de proporcións epidémicas que afecta a máis dun terzo de todas as mulleres de todo o mundo, destacando as graves consecuencias que provoca na súa saúde. O incremento progresivo de casos de violencia de xénero alcanzou tal magnitude que foi considerada por este organismo internacional como unha das prioridades sanitarias que se van tratar, resaltando a necesidade de que todos os sectores se comprometan a eliminar a tolerancia estrutural da violencia contra as mulleres e aplicar iniciativas orientadas, de xeito preferente, á prevención efectiva, á súa detención e a unha apropiada atención e apoio ás vítimas.

Á marxe destas recomendacións da OMS para deter esta lacra social, resulta fundamental dispor dun coñecemento exhaustivo do impacto e danos que o maltrato físico, mental e social ocasiona na muller, só así se podería dar unha resposta adecuada e conseguir minimizar os seus efectos.

² Ao longo do texto vamos manter todas as obras citadas e referenciadas en galego para preservar o idioma no que se presenta.

Durante o meu período de prácticas no Centro de Información á Muller (CIM) do Carballiño tiven a oportunidade de coñecer a realidade desta problemática que afecta, sen distinción, a todas as capas sociais. Casos e historias con rostros reais que viñan a evidenciar a prevalencia e os efectos da violencia contra a muller³ exercida tanto por parellas como por outras persoas. Comprobar de primeira man a repercusión e as consecuencias da violencia de xénero foi decisivo para decidirme a formular o presente traballo neste sentido e poder contribuír de xeito particular na toma de conciencia deste drama social e das secuelas negativas que provocan efectos tan traumáticos e difíciles de superar: problemas físicos, sociais, sexuais, reprodutivos, mentais etc.

Para a súa presentación, consideramos procedente dividilo en cinco bloques, a saber: o marco teórico, os obxectivos, a metodoloxía, os resultados e, por último, discusión e conclusións.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Violencia de xénero: conceptualización e marco normativo vixente

O devir histórico da conceptualización sobre a violencia de xénero mudou ao longo dos tempos pero, como se verá, a intervención pública real neste ámbito é demasiado recente. En 1975 configurouse a Conferencia Mundial sobre a Muller, en México, como unha forma de incorporar o tema á política pública e é en 1993, en Viena, onde a Organización das Nacións Unidas (ONU), na declaración do II Congreso Mundial polos Dereitos Humanos, reconece os dereitos das mulleres como parte inalienable, integrante e indivisible dos dereitos humanos universais. Posteriormente, a ONU ratificaa na Asemblea Xeral e aproba a *Declaración sobre a eliminación da violencia contra a muller*, na que a define nos seguintes termos:

Todo acto de violencia baseado na pertenza ao sexo feminino que teña ou poida ter como resultado un dano ou sufrimento físico, sexual ou psicolóxico para as mulleres, inclusive as ameazas de tales actos, a coacción ou a privación arbitraria da liberdade, ocorra na vida pública ou na vida privada. (art. 1).

Dous anos máis tarde, a IV Conferencia Mundial de Nacións Unidas sobre a Muller aproba a Declaración e Plataforma de Acción de Beijing, que sinala

³ No presente traballo utilízase o termo “violencia contra a muller” para aludirmos a todos os ámbitos de violencia e “violencia de xénero” referida á violencia exercida contra a muller no ámbito da parella ou exparella, segundo especifica a *Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero*.

que a violencia contra as mulleres “é unha manifestación das relacións de poder historicamente desiguais entre homes e mulleres que conduciron á dominación da muller polo home, a discriminación contra a muller e a interposición de obstáculos contra o pleno desenvolvemento” (art. 118).

Nos últimos tempos, utilízase o termo *violencia de xénero* para referirse á violencia dos homes contra as mulleres (Blanco, Ruiz, García e Martín, 2004). A mediados do século XX xorde dende o movemento feminista unha actividade reivindicativa que pretendía, entre outros obxectivos, dar visibilidade á violencia exercida contra as mulleres polo mero feito de selo e como consecuencia do feito histórico do patriarcado⁴.

As distintas formas de violencia que engloba poden determinarse segundo o medio máis clarificador: os dous criterios que o Instituto Vasco da Muller sinala no informe *Análise e interpretación dos datos estatísticos sobre violencia contra as mulleres*, publicado en 2017. O primeiro, en función dos diferentes compoñentes da violencia exercida (económico, psicolóxico, social, sexual, física e simbólica) e o segundo, en función dos ámbitos onde se presenta a violencia e a relación existente entre quen a exerce e a vítima (de parella ou exparella, intrafamiliar, comunitario, laboral ou educativo e institucional).

A partir do momento no que as conferencias mundiais de Nacións Unidas puxeron enriba da mesa a consideración de catalogar a violencia contra a muller como un atentado aos dereitos humanos, tomouse como prioridade que os gobernos trataran tal problema como asunto de enorme transcendencia de carácter internacional (Blanco et al., 2004).

Neste sentido, en España, ata 1975, o Código Civil mantíña a potestade marital que autorizaba o marido a corrixir a esposa e obrigala a obedecelo. En 1989 introdúcese no código penal unha figura legal específica relativa á violencia na familia. O Código Penal de 1996 incrementa as penas para o delito de malos tratos, mentres que en 1999 é modificado en materia de protección ás vítimas de malos tratos, ao igual que a Lei de axuízamento criminal que establece, no seu artigo 262, a obrigatoriedade de denuncia por parte das⁵ profesionais. Como parte destas modificacións inclúese a conside-

⁴ Patriarcado é unha construción dun sistema de relacións sociais baseadas en diferentes institucións públicas ou privadas instaurado polos varóns quen, como grupo social e en forma individual e colectiva oprimen as mulleres tamén en forma individual e colectiva e aprópianse da súa forza produtiva e reprodutiva, dos seus corpos, xa sexa con medios pacíficos ou mediante o uso da violencia (Fontenla, 2008).

⁵ Ao longo do presente traballo, apostarase polo uso de termos neutros non sexistas, e na súa falta por economía da linguaxe, farase uso do xénero gramatical feminino para referirse a colectivos mixtos. Aposta consciente para “facer abertamente visibles ás mulleres na linguaxe, promovendo unhas marcas de xénero gramatical explícitas cando se designa a referentes humanos co propósito de traer á vida cotiá a existencia de mulleres para así cambiar mentalidades” (Castro, 2008).

ración da violencia psicolóxica como delito (Bosh, Ferrer e Alzamora, 2005). A día de hoxe, está en vigor a *Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero*. No ámbito desta lei, establécese a violencia de xénero como “aquela que se dirixe sobre as mulleres polo feito mesmo de selo, por consideralas, polos seus agresores, carentes dos dereitos mesmos de liberdade, respecto e capacidade de decisión” (art.1). Igualmente determina o ámbito desta:

Exércese sobre estas por parte de quen sexa ou foran seus cónxuxes ou daqueles que estean ou foran ligados a elas por relacións similares de afectividade, aínda sen convivencia (...) comprende todo acto de violencia física e psicolóxica, incluídas as agresións, as liberdades sexuais, as ameazas, as coaccións ou a privación arbitraria de liberdade (art. 37).

Esta mesma lei recolle os aspectos preventivos, educativos, sociais, asistenciais e de atención posterior ás vítimas como a normativa civil que incide no ámbito familiar ou de convivencia, así como o principio de subsidiariedade nas administracións públicas. Un dos organismos autónomos creados polo Ministerio de Igualdade, o Instituto da Muller, non só achega as cifras dos asasinatos de mulleres por parte dos cónxuxes ou análogos, senón tamén a información sobre intentos de homicidio perpetrados sen resultado de morte. De acordo con esta fonte, no ano 2019 houbo 55 vítimas mortais por violencia de xénero e unicamente o 45,5 % denunciara previamente o maltratador. Os datos oficiais de mulleres vítimas mortais por este tipo de violencia rexístranse dende o ano 2003. De acordo con estas cifras, en dezasete anos, polo menos 1031 mulleres foron asasinadas.

Táboa 1

Vítimas mortais por violencia de xénero segundo a comunidade autónoma.

2019 2018 2017 2016 2015 2014 2013 2012 2011 2010 2009 2008 2007 2006 2005 2004 2003

TOTAL	55	51	50	49	60	55	54	51	61	73	56	76	71	69	57	72	71
ANDA-LUCÍA	13	12	7	5	14	10	11	7	16	17	14	9	8	21	9	19	13
ARAGÓN	1	4	0	3	1	0	2	1	2	2	0	1	2	1	4	2	2
ASTURIAS	0	3	0	2	3	0	1	1	2	5	0	1	2	3	1	0	2
BALEARES	1	2	0	6	1	3	2	2	1	2	1	1	1	3	4	2	4
CANARIAS	8	3	4	3	3	1	2	2	3	7	5	5	6	4	6	2	6
CANTABRIA	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	2	1
CASTELA E LEÓN	3	2	0	6	2	3	4	2	2	4	1	6	3	3	4	2	4
CASTELA-A MANCHA	0	2	6	2	1	0	4	4	1	3	1	3	5	4	2	4	2
CATALUÑA	9	8	8	6	6	13	4	13	9	12	10	10	12	10	8	11	12
C. VALEN-CIANA	7	2	8	6	11	7	9	6	8	8	9	10	10	8	6	9	7

EXTREMA-DURA	0	0	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	2	1
GALICIA	3	3	2	4	8	6	3	4	3	2	3	7	5	0	1	2	5
MADRID	7	5	7	3	4	7	9	6	9	7	5	11	9	5	4	5	5
MURCIA	1	1	3	0	1	0	0	0	2	1	2	4	2	3	2	4	3
NAVARRA	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	0	2	1	1
PAÍS VASCO	0	2	2	1	3	3	1	2	2	2	2	3	2	3	3	4	0
A RIOXA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	2
CEUTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
MELILLA	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0

Nota: Fonte: Instituto da Muller. (s.f.). *Vítimas mortais por violencia de xénero segundo a comunidade autónoma. Madrid: Ministerio de Igualdade.*

Con relación ás medidas adoptadas a nivel autonómico galego, na *Lei 1/1981, do 6 de abril, do Estatuto de autonomía de Galicia*, no seu artigo 4 establece que lle corresponde aos poderes públicos de Galicia promover as condicións para que a liberdade e a igualdade dos individuos e dos grupos nos que se integra sexan reais, eliminar os obstáculos que impidan ou dificulten a súa plenitude e facilitar a participación das galegas na vida política, económica, cultural e social. Así mesmo, o *Decreto 215/2010, do 16 de decembro, polo que se modifica o Decreto 325/ 2009, do 18 de xuño, de estrutura orgánica dos órganos superiores dependentes da Presidencia da Xunta de Galicia*, establece que a Secretaría Xeral de Igualdade é o órgano superior da Administración autonómica en materia de igualdade. Un informe elaborado por este mesmo organismo recolle que no ano 2018 tres mulleres foron vítimas mortais por violencia de xénero, unha menos que no exercicio 2016, que representan o 2 % dos 49 casos rexistrados en España no seu conxunto e nese mesmo ano.

Táboa 2

Mulleres vítimas mortais por violencia de xénero nas provincias galegas 2018.

PROVINCIAS	Nº DE MULLERES
A Coruña	2
Lugo	0
Ourense	0
Pontevedra	1
TOTAL	3

Nota: Fonte: Secretaría Xeral de Igualdade. (2018). *Informe anual de seguimento da Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral*

da violencia de xénero 2018. Santiago de Compostela: Consellería de Presidencia, Administracións públicas e Xustiza.

1.2. A violencia de xénero: un problema de saúde pública

A unidade de saúde da muller da Organización Mundial da Saúde (OMS) estableceuse en 1980 co fin de promover e coordinar actividades de saúde e desenvolvemento da muller en todos os programas da OMS. Dende o ano 1995, este organismo mundial dedicoulles esforzos aos programas de desenvolvemento e coordinou traballos sobre a violencia contra as mulleres, explorando as consecuencias na súa saúde e a función que poden desempeñar as traballadoras da saúde pública nos esforzos multisectoriais para pór fin a este tipo de violencia. Un ano despois, na resolución da OMS (1996), proclama que a violencia de xénero é un tema de saúde pública.

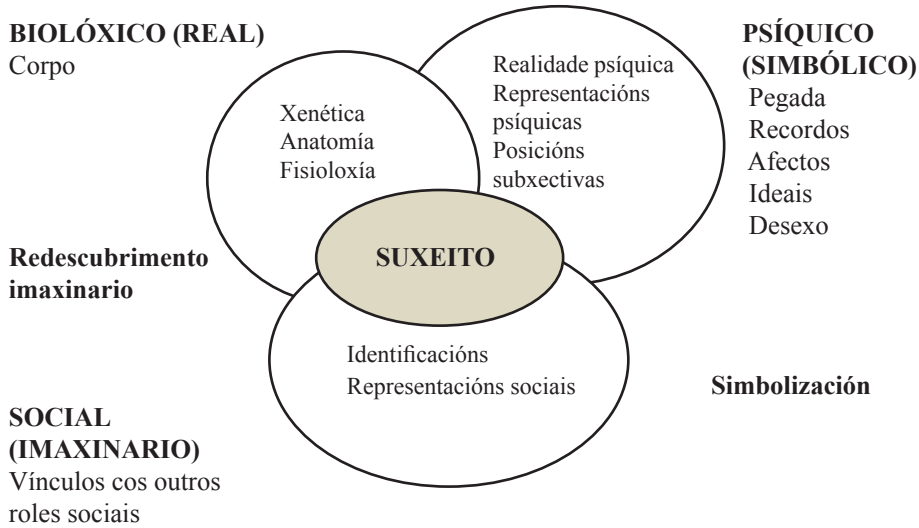
1.2.1. Modelo biopsicosocial

Segundo a OMS (1948), na súa primeira reunión oficial realizada en Ottawa, define a saúde como: “un estado de completo benestar físico, mental e social e non soamente a ausencia de enfermidade” (p. 100). Introduce por primeira vez un novo concepto positivo xa que destaca os recursos sociais, persoais e as capacidades físicas.

Dende os anos 70, a saúde evolucionou dun modelo médico a biopsicosocial. O modelo médico baséase en focalizar a falla, carencia ou trastorno que a persoa pode estar sufrindo, entendido dende o punto de vista da bioloxía. Dito doutra maneira, a saúde para este modelo sería a ausencia de enfermidade. Non obstante, o modelo biopsicosocial atribúe unha visión holística da persoa tomando en estudo tamén o psicolóxico e o social da persoa (Sánchez-López, 2003).

O cambio de paradigma outorgou unha nova visión da saúde da muller baseándose no modelo biopsicosocial de Engel (1997), que o entende dende o biolóxico, psíquico e o social. Tal e como sinala Velasco (2009), resulta dun modelo ecléctico que sintetiza as teorías e enfoques.

Figura 1. Modelo biopsicosocial



Fonte: Velasco, S. (2009). *Sexos, xénero e saúde: teoría e métodos para a práctica clínica e programas de saúde*. Madrid: Minerva Edicións.

A figura 1 mostra a esfera biolóxica que abarca o corpo, as disposicións xenéticas, a fisioloxía, o real. A esfera social constrúese a partir das relacións e vínculos cos outros. O vínculo está composto por tres termos: o papel do suxeito, o papel do outro e a interacción entre ambos. Tamén neste globo se chama o imaxinario, xa que se compón da nosa imaxe reflectida no espello, que son os demais, imaxes que se constrúen coa relación cos outros. Á esfera psíquica corresponde o mundo interior, onde residen as representacións entre si e as da realidade exterior (Velasco, 2009). Deste modo, a comprensión da repercusión da violencia sobre a saúde das mulleres será analizada dende estas tres esferas: a biolóxica, psicolóxica e a social.

1.2.2. Repercusións na saúde

Segundo os apartados anteriores, as manifestacións da violencia sobre a saúde das mulleres poden adoptar diversas formas, que afectan tanto a esfera física como a emocional e a relacional.

A muller vítima da violencia de xénero debe recibir unha atención especial por parte dos servizos sanitarios na fase de atención primaria, inclusive varios anos despois de padecela (OMS, 2002). Son varios os estudos que constatan que as secuelas que padecen poden chegar a durar, incluso, ata 10 anos despois de que acontecera o último episodio de violencia vivida (Woods, 2000). Este feito supón un custe sanitario, persoal e social (Walker, 1999). Hai que dicir que, previamente, é preciso ter definido o diagnóstico

de certeza da violencia que, en boa medida, depende do grao de colaboración das mulleres, así como da formación das profesionais que tratan este ámbito para detectar posibles casos. Segundo o informe do Instituto de Saúde Pública (2003), as consecuencias na saúde poden clasificarse en mortais e non mortais.

- Consecuencias mortais: anteriormente xa expresamos con estatísticas o número de mulleres que son asasinadas pola súa parella ou exparella (Secretaría Xeral de Igualdade, 2017)⁶. O máis frecuente é que a morte sexa a consecuencia da agresión física directa por parte do maltratador. Tamén as ameazas de morte e a evidencia de perigosidade son factores asociados a dito risco (Claramunt, 1999). O suicidio é a segunda das consecuencias mortais da violencia de xénero. As mulleres maltratadas teñen unha probabilidade de suicidarse entre tres e cinco veces maior que as mulleres non maltratadas (OMS, 1998).
- Consecuencias non mortais: as consecuencias non mortais inciden na saúde, tradúcense en forma de manifestacións físicas, psicolóxicas e sociais.
 - Efectos físicos. Os efectos físicos a curto prazo van dende erosións, contusións ou feridas superficiais en diversas localizacións, lesións que xeran discapacidade crónica ou a morte. A medio e longo prazo están asociados os danos psicolóxicos e sociais. Descríbese unha maior vulnerabilidade das enfermidades debido, en parte, ás alteracións da inmunidade como consecuencia do estrés que provoca o maltrato (Blanco, 2000). Se se comparan as mulleres maltratadas coas non maltratadas, aquelas que sufriron calquera tipo de violencia teñen maior probabilidade de experimentar problemas serios de saúde (Instituto da Muller, 2002).
 - Efectos mentais. As mulleres que sufriron violencia de xénero experimentan un amplo rango de gravidade e un enorme sufrimento psicolóxico. Teñen entre tres ou catro veces máis probabilidades de necesitar tratamento psiquiátrico (Schafer, Caetano e Clark, 1998). Máis das tres cuartas partes sofren, polo menos, depresión leve ou trastorno da personalidade, e ata unha de cada tres están gravemente deprimidas. Ademais, existe evidencia empírica que sustenta que unha muller que foi maltratada continuamente ten alta probabilidade de desenvolver un trastorno de estrés postraumático (TEPT), que describe unha resposta de temor intenso, desamparo ou horror e caracterízase pola súa persistencia no tempo (Silva, McFarlane, Soeken e Parker, 1997).

⁶ Tamén accesibles a nivel ministerial <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/Victimasmortales-VG.htm>

- Efectos sociais. A partir de investigacións realizadas, quedou probado que as repercusións que puidese orixinar o maltrato no ámbito social están relacionadas coa perda do posto de traballo ou a falla de oportunidades laborais que teñen as mulleres vítimas de violencia. Aquí preséntase a dificultade de restablecer as relacións sociais que provocaría o illamento social, o absentismo social e o cese de actividades deportivas, culturais, políticas e de ocio (Moe e Bell, 2004).

2. OBXECTIVOS

Este estudo ten como prioridade determinar, de xeito xeral, os efectos que produce a violencia de xénero na saúde das mulleres, mentres que, como obxectivos específicos se definen os seguintes:

- Coñecer as funcións que desempeñan as distintas profesionais que lles prestan atención ás mulleres maltratadas.
- Determinar se é necesaria unha formación complementaria e especialización ou acreditación nesta cuestión.
- Indagar sobre a coordinación dos distintos organismos ou institucións que interveñen.

3. METODOLOXÍA DE INVESTIGACIÓN

No deseño desta investigación optouse por unha metodoloxía cualitativa a través da entrevista individual. Para a selección da poboación obxecto de estudo, realizouse unha mostraxe non aleatoria e intencional. O criterio de inclusión foi seleccionar as profesionais expertas neste ámbito que se ocupan da atención, información e asesoramento ás vítimas de violencia de xénero, ademais doutras profesionais que levan a cabo o seu traballo na atención primaria de saúde.

3.1. Participantes

As profesionais que participaron na investigación exercen en diferentes centros de información á muller, departamentos de igualdade municipais e centros de saúde, situados en diversas localidades da provincia de Ourense, unhas no medio urbano e outras no rural, co fin de aproximarnos a unha realidade máis ampla posible.

Táboa 3

Características sociolaborais da mostra.

N.º de entrevista	Xénero	Idade	Profesión	Nivel de atención no que traballa
E1	Muller	38	Traballadora social	CIM
E2	Home	53	Médico	Centro de Saúde-Atención Primaria
E3	Muller	57	Psicóloga	CIM
E4	Muller	57	Traballadora social	Saúde. Planificación Familiar
E5	Home	47	Médico	Centro de Saúde-Atención Primaria
E6	Muller	42	Técnica de Igualdade	Dpto. de Igualdade
E7	Muller	45	Psicóloga	CIM
E8	Muller	49	Asesora xurídica	CIM
E9	Muller	47	Asesora xurídica	CIM
E10	Muller	38	Psicóloga	CIM
E11	Muller	37	Traballadora social	CIM
E12	Muller	35	Técnica de Igualdade	CIM
E13	Muller	42	Psicóloga	CIM
E14	Muller	44	Axente de Igualdade	CIM

3.2. Instrumentos de recollida de datos

Para a recollida de datos utilizouse a técnica da entrevista, apropiada para conseguir unha ampla información das profesionais sobre a cuestión obxecto de estudo.

Seguiuse o procedemento tipo das entrevistas *semiestruturadas*, cun guión temático preparado de antemán, con preguntas abertas sobre as que a informante podía expresar as súas opinións libremente e de forma natural,

que permitía construír novas preguntas enlazando temas e respostas que nos facilitou a información que sometemos a análise.

As preguntas de cada unha das entrevistas foron divididas en catro bloques:

- Introducción á violencia e saúde.
- Respecto das consecuencias na saúde.
- Respecto das funcións que realiza cada unha das profesionais.
- Respecto dos mecanismos de actuación e existencia de protocolos específicos. Coordinación entre organismos e institucións.

O contido, a orde dos bloques e as preguntas foron confeccionados e relacionados de tal forma que resultase coherente e máis comprensivo para a entrevistada, indo do xeral, dos efectos que ocasiona na saúde, ao particular, como interveñen as profesionais neste eido.

4. RESULTADOS

A continuación preséntanse os resultados da investigación organizados en tres categorías de análise:

- 4.1. Repercusión da violencia sobre a saúde;
- 4.2. Formación e funcións das profesionais que prestan atención especializada;
- 4.3. Coordinación entre organismos e institucións.

4.1. Repercusión da violencia sobre a saúde

O impacto da violencia de xénero na saúde é percibida polas profesionais como un feito que afecta de forma importante ao estado físico e psico-social das mulleres. Identifican procesos tales como: ansiedade, episodios de depresión, desaxustes emocionais, dependencia na toma de decisións, limitacións no desenvolvemento persoal, dificultades para relacionarse socialmente ou na procura de emprego. Os ditos procesos acentúan o seu illamento e limitan as súas capacidades para establecer novas relacións e, no peor do casos, poden dar orixe a unha síndrome de estrés postraumático. Con relación a esta cuestión, unha das colaboradoras engadía:

“Os efectos da violencia poden transcender, incluso, en embarazos non desexados, en enfermidades de transmisión sexual etc.” (E6)

Moitas mulleres sófrena durante anos e, co paso do tempo, chegan a interiorizala. Desta forma, asumen a situación como algo habitual que impide a súa exteriorización e, en consecuencia, derivan a un estado de baixa autoestima ou como aseguraba un dos médicos entrevistados:

“Esta falta de manifestacións sobre o problema, dificulta a súa detección, o diagnóstico adecuado e a aplicación das medidas para atallar a verdadeira causa do problema. De non ser así, poden chegar a provocar o risco de subidas de tensión ou azucre, que derivaría na enfermidade de diabetes, por exemplo”. (E5)

Esta reacción pasiva lévaas a caer na autoinculpación coa que, a fin de contas, veñen xustificar o comportamento da súa parella con respecto delas. Dende un punto de vista real, apréciase como o ciclo da violencia comeza dunha maneira moi sutil, non se ve, non se aprecia, pero pouco a pouco vai anulando a súa autoestima.

“Se metes unha ra nunha pota de auga fervendo, morre. Pero, se a metes en auga fría e a quentas ata chegar a ferver, morre, pero lentamente”. (E11)

No tempo que padece a violencia, o proceso pasa por unha serie de fases, unhas máis agresivas que outras, rematando, habitualmente, co arrepentimento do agresor que consegue unha nova oportunidade por parte da vítima ata que se produce o detonante que a faga reaccionar.

“É ilustrativo o caso dunha señora de 73 anos de idade que padeceu violencia de xénero desde que casou coa súa parella, cando tiña 20 anos, con fases de extrema violencia alternada con fases de arrepentimento, decidiu poñer punto e final á relación por temor a poñer en perigo os seus fillos/as tras ameazas con escopeta”. (E1)

Neste ciclo da violencia comezan a facerse evidentes os efectos causados a curto, medio e longo prazo. A este respecto, as profesionais dos centro de saúde destacan a inmediatez dos efectos físicos (erosións, contusións, roturas de tímpano etc.), os que afectan ás relacións sociais aparecen a medio prazo e os psicolóxicos a longo prazo. Non obstante, as profesionais dos CIM non participan da opinión de categorizar temporalmente os efectos na saúde debido a consideraren que cada un dos casos é diferente.

“As mulleres do rural, por exemplo, se senten máis presionadas polo contorno veciñal e as do medio urbano, pola contra, encóntranse nunha situación de soidade”. (E7)

“É ben diferente o caso daquelas que sofren a situación de violencia de xénero durante anos e o daquelas outras que reciben o maltrato nun momento máis curto”. (E8)

O que si sabemos é que a agresión física pode causar graves danos e que as lesións psicolóxicas, sexuais, sociais e emocionais perduran no tempo e van deixar secuelas que tardarán en desaparecer. O traumatismo psíquico social inmoviliza á muller nas súas capacidades para evitar o seu illamento do mundo que a rodea, afondándoa na incapacidade para saír do problema no que está inmersa, prexudicándoa nas relacións familiares, coas súas crianzas e na súa relación laboral, causando baixo rendemento e absentismo. ++++

“No eido social, canto máis pequeno sexa o ámbito onde vive a vítima máis complexas resultan as relacións cos familiares e cos veciños. Segue sendo habitual que lle sexa asignada á muller a responsabilidade e culpabilidade de feitos que xustificarian a reacción do agresor”. (E4)

“A baixa autoestima é a secuela máis evidente, persiste nas vítimas de xeito crónico e induce a sentirse culpables e merecedoras do comportamento de humillación e desprezo do agresor”. (E3)

Algunhas mulleres conseguen reaccionar e superar o trauma vivido, pero é moi frecuente que aflore o medo a establecer novas relacións persoais íntimas, ou ben, pola contra, a procura indiscriminada do afecto carencial. As mulleres son agredidas polo mero feito de ser mulleres, o cal constitúe por si mesmo un problema de todas. Os actos de violencia sobre a muller non só repercute nela mesma senón no seu entorno máis achegado, fillas, proxenitores e, incluso, á súa rede de apoio, amigas e veciñas.

4.2. Formación e funcións das profesionais que prestan atención especializada

A función das profesionais de atención primaria é a de atender, en primeiro lugar, as necesidades sanitarias e, posteriormente, elaborar o parte médico de lesións correspondente e a comunicación ao xulgado de garda.

“O persoal de recepción deste Centro de Saúde, si ten a sospeita de que se trate dun caso de violencia de xénero, me pon en antecedentes a través dun chat”. (E5)

“Unha vez confirmada a violencia de xénero como a orixe das lesións que presenta, se lle aconsella falar coa traballadora social do Centro de Saúde ou, no caso que padeza alteracións mentais importantes, se lle deriva á psicóloga ou, incluso, á psiquiatra”. (E2)

Respecto á súa formación, as profesionais da saúde estiman que non é suficiente. Admiten a carencia dos coñecementos necesarios para detectar os casos de violencia de xénero se a vítima non o manifesta.

Segundo opina o E5, sería necesario ampliar as competencias referentes á saúde mental:

“Xa que o tempo dedicado ás intervencións de psicoterapia é reducida e está supeditada á boa disposición individual de cada profesional. Polo tanto, representa un problema estrutural”.

Como obriga a normativa, os CIMs contan, como mínimo, cunha asesora xurídica e psicóloga.

- A Asesora xurídica.- informa, orienta e asesora en diversos aspectos legais, separacións, divorcios, dereito da familia, violacións, abusos sexuais e violencia de xénero.
- A Psicóloga.- dá apoio e atención psicolóxica ás mulleres e ás fillas e fillos que así o requiran, orientación laboral e diseña programas con diversas actividades de prevención e sensibilización coa poboación.

Nos equipos dalgúns dos CIMs visitados tamén están integradas traballadoras socias. Os que carecen do seu concurso, segundo as súas manifestacións, bótana en falta por consideralas de vital importancia.

“Eu, como directora e asesora xurídica deste CIM, non teño a competencia para asinar un informe para solicitar, por exemplo, recursos que poida precisar en calquera momento ou deseñar estratexias de sensibilización, prevención, actuación e seguimento”. (E8)

En menor medida, as profesionais consideran aconsellable a aportación dunha educadora familiar que siga as pautas da parentabilidade positiva, apoio familiar, acompañamento, etc., ademais da colaboración dunha dinamizadora de igualdade que desenvolva un programa de actividades relacionadas coa prevención.

En alusións á formación para tratar este problema social, as profesionais dos CIMs aseguran dispor dos coñecementos necesarios e adecuados que xa por lei lles é esixido e, por tanto, lles permite intervenir nestes centros.

“Ademais da preparación universitaria que nos habilita para traballar nos CIMs, as profesionais realizamos cursos de especialización, actualización e reciclaxe profesional”. (E13)

Pensan que a súa preparación non é suficiente se non vai acompañada dun equipo mínimo de profesionais que permita xestionar unha boa intervención.

“Resultaría incompleto o noso traballo si non se dispón da participación do resto das especialidades que complementen a xestión. Poño por caso, como xa dicía anteriormente, a labor necesaria da traballadora social”. (E8)

Pola súa parte, os departamentos de igualdade municipais consideran esencial que en cada un dos municipios exista un CIM, pois, a incidencia da problemática que atende precisa dunha estrutura que dea resposta efectiva ás necesidades sociais reais.

Hai que dicir que todas as profesionais subliñan que, grazas ao Pacto de Estado da Violencia de Xénero, estase traballando de forma proactiva e non só reactiva, como se viña facendo ata agora debido á política de recortes que obrigou a reducir o programa de actividades.

4.3. Coordinación entre organismos e institucións

Os protocolos son procedementos de prevención e actuación e, por tanto, teñen que ser desenvolto e actualizados, os primeiros a nivel xenérico e os segundos para dar solución a cada caso e a cada persoa que padece unha situación de maltrato.

A pesar de que existan protocolos de actuación do SERGAS, constatouse a través destas entrevistas que non todas as profesionais do sistema de saúde teñen coñecementos dos mesmos e de que se estean poñendo en práctica. Non obstante, naqueles concellos nos que existe un CIM ou Departamento de Igualdade, habitualmente, contan cunha Mesa de Coordinación contra a Violencia de Xénero, que está formada por todos aqueles entes ou organismos que teñen algo que ver con este eido, como por exemplo: persoal do CIM, servizos sociais, orientadoras dos centros educativos, garda civil, subdelegación do goberno, policía local, traballadora social do centro de saúde, médica e xuíza. A participación nestas mesas de coordinación local é voluntaria e está supeditada ao interese particular de cada unha das integrantes.

“Desta forma, coordínase a aplicación do protocolo para a prevención e atención ás mulleres en risco de verse afectadas pola violencia de xénero e aos seus fillos/as. Ademais da prevención, pretende facilitar unha intervención máis eficaz, coherente e rápida”. (E14)

Pola contra, outras profesionais non ven como positivo que en dito protocolo se lle conceda a importancia á atención individualizada e ao seguimento pero elude a prioridade que debe ter a labor de prevención e a aplicación dos medios efectivos para reducir a magnitude desta problemática.

Compre sinalar que nalgúñas comarcas desenvólvese un protocolo de atención interdisciplinar entre os concellos para a prevención de violencia de xénero, existen mecanismos de coordinación e están en marcha novas directrices ditadas polo Pacto de Estado que poden axudar a mellorar a detección e actuación.

Naqueles concellos nos que existe a Mesa de Coordinación Local contra a Violencia de Xénero apréciase unha coordinación entre as profesionais e organismos interrelacionados. Non obstante, naqueles outros no que non existe esta mesa de coordinación, bótase en falta o traballo en rede entre as profesionais dos centros de saúde, xulgados e garda civil que, sumado á falta de coñecementos e preparación adecuada, crea un déficit na atención das mulleres.

“En canto ao corpo da Garda Civil, depende do garda que nese momento estea prestando servizo, uns dispoñen de máis sensibilidade e coñecementos que outros. Non é a primeira vez que o garda civil de turno lle di a unha vítima: Bueno, iso arraxalo entre vós, foi unha cousa puntual”. (E1)

“No ámbito xudicial, depende da xuíz correspondente. Hai casos nos que non acudiu nunca á Mesa de Coordinación, feito que amosa unha falta de implicación e, noutros casos, o xuíz acudía a todas, contribuíndo a dar remedio a conflitos que tiñan acontecido”. (E3)

A pesar dos protocolos establecidos polo SERGAS e polo Pacto de Estado, son varias as profesionais que manifestan o descoñecemento e a falta de posta en práctica dos mesmos por parte dos organismos involucrados e as súas profesionais. E soamente aqueles que, por iniciativa propia, adquiren información necesaria sobre a cuestión son os que están debidamente preparados para afrontar as situacións que se presentan.

5. DISCUSIÓN E CONCLUSIÓNS

Na primeira parte deste traballo desenvólvese unha revisión teórica das aportacións e estudos realizados por diversas autoras sobre os efectos da violencia de xénero na saúde da muller e sobre o recoñecemento da Organización Mundial da Saúde (OMS) como unha cuestión de saúde pública e dereitos humanos.

En segundo lugar, unha investigación realizada mediante o procedemento tipo de entrevistas realizadas ás profesionais involucradas na atención ás vítimas, coa finalidade de coñecer os efectos da violencia de xénero na saúde das mulleres, as funcións que desempeñan estas profesionais, a súa formación e coordinación.

O termo *violencia de xénero* é utilizado para referirse á violencia dos homes contra as mulleres (Blanco et al., 2004). Nace da desigualdade na que as relacións de poder son construídas socialmente e caracterizadas pola subordinación da muller á autoridade masculina. A violencia é un instrumento para manter a orde establecida (ONU, 1995). As distintas formas de violencia determínanse en función dos diferentes compoñentes da violencia exercida: dos ámbitos onde se presenta e a relación existente entre quen a exerce e a vítima (Instituto Vasco da Muller, 2017).

O impacto da violencia de xénero na saúde é percibida polas profesionais como un feito que afecta de forma importante ao estado físico e psicosocial das mulleres, como tamén o reconece o Instituto de Saúde Pública (2003) e Velasco (2009). Prodúcese de xeito inmediato no caso dos efectos físicos, no das relacións sociais aparecen a medio prazo e os psicolóxicos a longo prazo, segundo constatan as profesionais da saúde e en liña ao apuntado por Blanco (2000). As profesionais dos CIMs non participan desta categorización temporal debido a que consideran que as repercusións varían en cada un dos casos.

O que si é constatable é que a agresión física causa graves danos e que as lesións psicolóxicas, sexuais, sociais e emocionais perduran no tempo e van deixar secuelas que tardarán en desaparecer, opinión que concorda coas manifestacións da OMS (2002) e Woods (2000). Ademais, son secuelas que non só repercuten na propia muller senón no seu entorno social máis achegado, fillas, proxenitores e, incluso, á súa rede de apoio, amigas e veciñas.

A OMS, nos múltiples pronunciamentos sobre esta cuestión, destaca a necesidade de compromiso de todos os sectores da sociedade para eliminar a tolerancia estrutural da violencia contra as mulleres e para aplicar iniciativas orientadas á prevención, detección e unha atención apropiada ás vítimas (OMS, 1995; OMS, 2002; OMS, 2013; OMS, 2016). Seguindo estas recomendacións, a *Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero*, recolle os aspectos preventivos, educativos, sociais, asistenciais e de atención ás vítimas.

A función das profesionais de atención primaria de saúde é a de atender as necesidades sanitarias, desenvolver programas de sensibilización e prevención (OMS, 1996; OMS, 2016); porén, respecto á súa formación, as profesionais da saúde estiman que non é suficiente. Non se consideran posuidora dos coñecementos necesarios para detectar os casos de violencia de xénero se a vítima non o manifesta e recoñecen a necesidade de ampliar os coñecementos referentes á saúde mental.

Os equipos dos CIMs, a diferenza das profesionais da saúde, aseguran ter a preparación adecuada para intervir nos casos, aínda que non a suficiente se non está complementada coa intervención dun equipo mínimo

de profesionais para xestionalos: asesora xurídica, psicóloga e traballadora social. Por outra parte, os departamentos de igualdade municipais consideran imprescindible os CIMs para dar resposta ás necesidades reais ás que teñen que facerlle fronte. Hai que dicir que todas as profesionais recoñecen que, grazas ao Pacto de Estado da Violencia de Xénero (Congreso dos deputados, 2017), estase traballando de forma preventiva e non só reactiva.

A falta de preparación e coñecemento suficiente esténdese ás Forzas de Seguridade do Estado e da xudicatura que lle impiden detectar cando unha muller agredida é vítima de violencia de xénero e ofrecerlle unha atención especial e diferenciada.

O *protocolo común para a actuación sanitaria ante a violencia de xénero* do Observatorio de Saúde das Mulleres (2012) pretende orientar ao persoal sanitario para a atención integral, estratexias para a detección, valoración e actuación dos casos. A nivel autonómico, o Servizo Galego de Saúde (2016) ten editada a *Guía técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero*. As profesionais da saúde recoñecen que non todas teñen coñecemento dos contidos do protocolo e da guía técnica e que non se están poñendo en práctica.

Nos concellos que contan co CIM ou co departamento de igualdade, habitualmente, existe unha Mesa de Coordinación contra a Violencia de Xénero que está formada por representantes dos organismos implicados para coordinar a aplicación do protocolo para a prevención e atención ás mulleres en risco de verse afectadas, seguindo as indicacións que facía Echeburúa (2009) sobre a necesidade do *traballo en rede*. Non obstante, naqueles concellos nos que non existe esta mesa de coordinación, bótase en falta a interrelación entre as profesionais dos centros de saúde, xulgados e Forzas e Corpos de Seguridade do Estado que, sumado á falta de coñecementos e preparación, crea un déficit na atención da usuaria. Algunhas profesionais dos CIMs cuestionan a prioridade que se lle concede por parte da mesa de coordinación á atención individualizada e ao seguimento e o feito de eludir a importancia que precisa a labor de prevención.

Como puido constatarase, a violencia de xénero representa unha vulneración intolerable dos dereitos fundamentais das mulleres, un atentado contra o seu dereito á vida e contra a súa propia dignidade. Unha circunstancia que debe involucrar non só ás Administracións Públicas, senón a toda a sociedade e que esixe como resposta unha política eficaz de prevención e atención por parte das profesionais que realizan a intervención no ámbito sanitario, psicolóxico e social. Sen dúbida, as profesionais do Traballo Social non poden quedar fóra desta rede interdisciplinaria de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Blanco, P. (2000). *Consecuencias da violencia sobre a saúde das mulleres*. Madrid: Instituto de Saúde Pública.
- Blanco, P., Ruiz, C., García, L., e Martín, M. (2004). A violencia de parella e a saúde das mulleres. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 182-188.
- Bosh, E., Ferrer, A., e Alzamora, A. (2005). Algunhas chaves para unha psicoterapia de orientación feminista en mulleres que padeceron violencia de xénero. *Feminismo/s*, 6, 121-136.
- Castro, O. (2008). Xénero e tradución: elementos discursivos para unha reescritura feminista. *Lectura*, 14, 296.
- Claramunt, M. (1999). *Mulleres maltratadas: Guía de traballo para a intervención en crisis. Programa muller, saúde e desenvolvemento*. Costa Rica: Organización Panamericana da Saúde.
- Congreso dos deputados. (2017). *Aprobación polo pleno dos congresos dos deputados do informe da subcomisión creada no seo da comisión de igualdade para un pacto de estado en materia de violencia de xénero*. Madrid: Ministerio da Presidencia e para as Administracións territoriais.
- Decreto 215/2010, do 16 de decembro, polo que se modifica o Decreto 325/ 2009, do 18 de xuño, de estrutura orgánica dos órganos superiores dependentes da Presidencia da Xunta de Galicia. Diario Oficial de Galicia, 251, do 17 de decembro do 2010.
- Echeburúa, E. (2009). *Superar un trauma. O tratamento das vítimas de sucesos violentos*. Madrid: Edicións Pirámides.
- Engel, G. (1997). De biomédica a biopsicosocial: ser científico no dominio humano. *Psicosomática*, 38, 521-528.
- Fontenla, M. (2008). *¿Que é o patriarcado?. Dicionario de estudos de xénero e feminismos*. Barcelona: Biblos.
- Instituto da Muller. (2002). *A violencia contras as mulleres. Resultados da macroenquisa*. Madrid: Ministerio da Presidencia, Relacións coas Cortes e Igualdade.
- Instituto da Muller. (s.f.). *Vítimas mortais por violencia de xénero segundo a comunidade autónoma*. Madrid: Ministerio de Igualdade.

- Instituto de Saúde Pública. (2003). *A violencia contra as mulleres considerada como problema de saúde pública*. Madrid: Servizo de Promoción da Saúde.
- Instituto Vasco da Muller. (2017). *Análise e interpretación dos datos estatísticos sobre violencia contra as mulleres*. País Vasco: Emakunde.
- *Lei orgánica 1/1981, do 6 de abril, do estatuto de autonomía de Galicia*. Diario Oficial de Galicia, 101, 7 de abril de 1981.
- *Lei orgánica 1/1996, do 15 de xaneiro, sobre a protección xurídica do menor*. Boletín Oficial do Estado, 180, 16 de xaneiro de 1996.
- *Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero*. Boletín Oficial do Estado, 313, 29 de decembro do 2004.
- *Lei orgánica 14/1975, do 2 de maio, sobre reforma de determinados artigos do código civil e do código de comercio sobre a situación xurídica da muller casada e os dereitos e deberes dos cónxuxes*. Boletín Oficial do Estado, 107, 5 de maio de 1975.
- *Lei orgánica 14/1999, do 9 de xuño, sobre protección de vítimas de malos tratos*. Boletín Oficial do Estado, 138, 10 de xuño de 1999.
- *Lei orgánica 54/1989, do 15 de agosto, sobre a prevención e intervención da violencia doméstica*. Boletín Oficial do Estado, 110, 16 de agosto de 1989.
- Moe, M., e Bell, P. (2004). A economía indigna: efectos do maltrato e violencia nas mulleres. O traballo e a empregabilidade. *Violence against women*, 10(1), 29-55.
- Observatorio de Saúde das Mulleres. (2012). *Protocolo común para a actuación sanitaria ante a violencia de xénero*. Madrid: Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade.
- Organización de Nacións Unidas. (1975). *Conferencia Mundial sobre a Muller*. México: Autor.
- Organización de Nacións Unidas. (1993). *Declaración sobre a eliminación da violencia contra a muller*. Nairobi: Autor.
- Organización de Nacións Unidas. (1993). *II Congreso Mundial polos dereitos humanos*. Viena: Autor.

- Organización de Nacións Unidas. (1995). *IV Conferencia Mundial sobre a Muller*. Beijing: Autor.
- Organización Mundial da Saúde. (1948). *Constitución da Organización Mundial da Saúde*. Ottawa: Autor.
- Organización Mundial da Saúde. (1995). *Programa de desenvolvemento e saúde da muller*. Beijing: Autor.
- Organización Mundial da Saúde. (1996). *Promoción saúde*. Xenebra: Autor.
- Organización Mundial da Saúde. (1998). *Informe mundial da violencia e saúde*. 51º Asemblea Mundial da Saúde. Xenebra: Autor.
- Organización Mundial da Saúde. (2002). *Informe mundial sobre a violencia e a saúde*. Washington: Autor.
- Organización Mundial da Saúde. (2013). *Estimacións mundiais e rexionais da violencia contra a muller: prevalencia e efectos da violencia conxugal e da violencia sexual non conxugal na saúde*. Beijing: Autor.
- Organización Mundial da Saúde. (2016). *Actualización*. 69º Asemblea Mundial da Saúde. Xenebra: Autor.
- *Real Decreto, do 14 de setembro, polo que se aproba a Lei de Axuízamento Criminal*. Boletín Oficial do Estado, 260, 15 de setembro de 1882.
- Sánchez-López, M. (2003). *Muller e saúde: familia, traballo e sociedade*. Madrid: Edicións Díaz de Santos.
- Schafer, J., Caetano, R., e Clark, C. (1998). Taxas de violencia da parella en Estados Unidos. *Public Health*, 88, 1702-1704.
- Secretaría Xeral de Igualdade. (2018). *Informe anual de seguimento da Lei 11/2007, do 27 de xullo, galega para a prevención e o tratamento integral da violencia de xénero 2018*. Santiago de Compostela: Consellería de Presidencia, Administracións públicas e Xustiza.
- Servizo Galego de Saúde. (2016). *Violencia de xénero. Procedemento de intervención en saúde*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Silva, C., McFarlane, J., Soeken, K., e Parker, B. (1997). Síntomas do trastorno de estrés postraumático en mulleres maltratadas na atención primaria. *Women's health magazine*, 6, 543-552.

- Velasco, S. (2009). *Sexos, xénero e saúde: teoría e métodos para a práctica clínica e programas de saúde*. Madrid: Minerva Edicións.
- Walker, L. (1999). Violencia psicolóxica e doméstica ao redor do mundo. *American psychology*, 54, 21-29.
- Woods, S. (2000). Prevalencia e patróns de trastorno por estrés postraumático en mulleres maltratadas e postabusadas. *Problems in mental health nursing*, 21, 309-324.