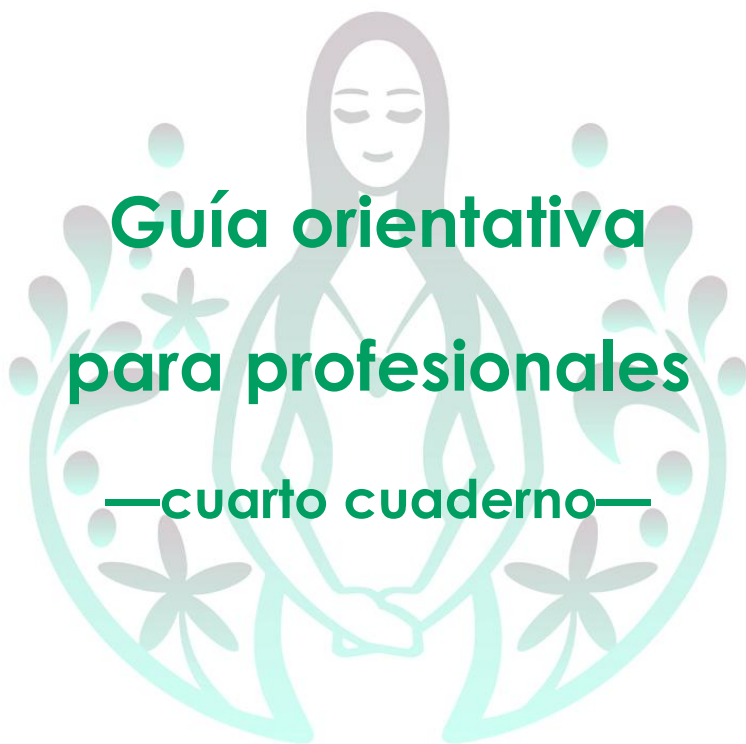


— H Y G Í A —

**Guía orientativa
para profesionales**

—cuarto cuaderno—



Proyecto “Hygía: la salud de las mujeres inmigrantes”

Asociación de Derechos Humanos de Extremadura

Autoras:

Beatriz Cercas García, Flor Fondón Salomón y Nardi Pérez Jorna

**Financiado por la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Junta
de Extremadura.**

Cáceres, mayo 2018.

La violencia contra la mujer -especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.

**[...]Que te haga callar en la mesa.
Que te haga callar en la pieza.
Que te haga callar en la vereda.
Que te haga callar delante de los chicos.
Que te haga callar cuando el partido.
Que te haga callar cuando te haga ruido el estómago.
Que te haga callar cuando estés a solas con
esa que eras vos.
Tampoco que con la bandera del amor
te tenga chivando contra las cuerdas,
vigilándote con quién hablás,
a quién mirás o a dónde van tus piernas
o los mensajes de tu celular.
Permiso y plata se le pide al banco
y a los viejos.**

("Ley 26.485". Mariela Gouiric. Poetisa argentina)

¹ La Ley 26.485 (que da nombre al poema) es la Ley de Protección Integral a las Mujeres de Argentina.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	9
¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO?	11
MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	16
ESCALADA Y CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	19
FACTORES DE RIESGO	29
CONSECUENCIAS PARA LAS MUJERES.....	35
VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES INMIGRANTES	41
RECOMENDACIONES GENERALES.....	48
LA ATENCIÓN A MUJERES INMIGRANTES.....	49
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DE EXTREMADURA.....	73
RECURSOS DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA	78
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	82

PRESENTACIÓN

La *Guía orientativa para profesionales* —cuarto cuaderno— forma parte del proyecto **Hygía: la salud de las mujeres inmigrantes** que realiza la Asociación de Derechos de Extremadura y financia la Junta de Extremadura a través de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

En 2015 editamos el primer cuaderno en el que hablamos de mujer e inmigración, de los procesos de migración de las mujeres y los aspectos culturales y religiosos de la inmigración. Una aproximación a diferentes culturas y el rol que tienen las mujeres en ellas.

En el segundo cuaderno, de 2016, abordamos el tema de la Mutilación Genital Femenina. Fruto de nuestro trabajo y de la implicación de la Dirección General de Políticas Sociales e Infancia y Familia y del Instituto de la Mujer de Extremadura, en febrero de 2017 se presentó el Protocolo para la prevención e intervención en Mutilación Genital Femenina de Extremadura que se puede descargar en la web del IMEX y en la nuestra.

El pasado año el tercer cuaderno lo dedicamos a la trata de mujeres con fines de explotación sexual.

Todos los cuadernos, en formato digital, se pueden descargar de nuestra web www.centroderechoshumanos.com así como del portal Salud Extremadura.

El objetivo fundamental del **Proyecto Hygía** es sensibilizar y formar a profesionales de los Centros de Atención Primaria, Especializada y Centros Hospitalarios de Extremadura, en aspectos de la salud de las mujeres y niñas inmigrantes, haciendo hincapié en los factores culturales y religiosos y en los riesgos de la violencia de género, la trata de personas y la Mutilación Genital Femenina.

En el marco del proyecto, además, se realizan jornadas formativas y un curso de formación online dirigido a profesionales de los ámbitos sanitario, social, educación, igualdad y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Este cuarto cuaderno versa sobre la violencia de género en el ámbito de la pareja o ex pareja. Si es materia de interés en el marco de este proyecto es porque, todos los años, tanto en las cifras de víctimas mortales como en el número de denuncias, hay una sobrerrepresentación de mujeres extranjeras. Vamos a ver ciertas características que hacen necesario que el abordaje de la violencia con mujeres extranjeras sea matizado y diferenciado en aras de una mejor atención y mayor protección de las mujeres.



INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema social de gran magnitud a nivel nacional y a nivel global. Un tercio de las mujeres de todo el mundo que han tenido pareja, afirman que alguna vez en su vida han sufrido violencia física y/o sexual por parte de la misma. El 38% de los asesinatos de mujeres en el mundo han sido cometidos por quienes tienen o han tenido vínculo sentimental con ellas. Estos datos de la Organización Mundial de la Salud son más que preocupantes y convierte a la violencia de género en una pandemia que, lejos de erradicarse, parece como si su cronificación fuera inevitable.

Manifestaciones de violencia contra las mujeres por el hecho de serlo, es decir, violencia de género, hay muchas y muy variadas. En esta guía, en anteriores cuadernos, hemos abordado la Mutilación Genital Femenina y la Trata de Mujeres con fines de explotación sexual. En este nos centramos a aquella ejercida en el seno de la pareja o expareja. No obstante, desde esta Asociación siempre

hemos abogado por una interpretación del término más amplia.

Vamos a ver las diferentes definiciones y perspectivas desde la que se aborda la intervención.

Como siempre que se habla de enfermedad, conoceremos los distintos factores de riesgo que pueden influir en el padecimiento o no, pero que no siempre serán determinantes. Así como el ciclo y la escalada de violencia, una cuestión de suma importancia a la hora de que los y las profesionales planteen una intervención.

La violencia de género trae consecuencias nefastas para la salud de las mujeres, en muchísimos casos deja secuelas difícilmente superables y, en otros muchos, acarrea la muerte.

Por último, daremos, en este cuaderno, una serie de recomendaciones para la atención a las mujeres inmigrantes que sufren esta enfermedad. Unas recomendaciones en función de su procedencia, porque no en todas las culturas se tiene la misma visión de la violencia de género y se reacciona de la misma forma frente a ella.

NI UNA MENOS

¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO?

DEFINICIÓN

Las **Naciones Unidas** definen la violencia contra la mujer como *«todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada»*.



Este concepto amplio de la violencia contra las mujeres reconoce a todas las mujeres víctimas por el hecho de ser mujeres, sin tener en cuenta si existe relación con el agresor o no.

La **Ley Orgánica 1/04, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género** española dice en su artículo 1:

“La violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre

éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.

Comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluida las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de la libertad”.

Esta definición de nuestra ley integral ya fue criticada, en su día, por diversas organizaciones feministas porque circunscribe la violencia de género solo al ámbito de la pareja. En este sentido también se manifestaron la ONU y el Consejo de Europa, que añaden además que no recoge otras expresiones de la violencia que sí tienen que ver con el género.

EL CONVENIO DE ESTAMBUL Y EL PACTO DE ESTADO.

El Convenio Europeo para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica del Consejo de Europa, más conocido como el **Convenio de Estambul**, ratificado por España en el 2014 establece:

Artículo 3 – Definiciones a los efectos del presente Convenio:

- a) por “**violencia contra las mujeres**” se deberá entender una violación de los derechos humanos y

una forma de discriminación contra las mujeres, y designará todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada;

- b) por **“violencia doméstica”** se entenderán todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en la familia o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima;
- c) por **“género”** se entenderán los papeles, comportamientos, actividades y atribuciones socialmente construidos que una sociedad concreta considera propios de mujeres o de hombres;
- d) por **“violencia contra las mujeres por razones de género”** se entenderá toda violencia contra una mujer porque es una mujer o que afecte a las mujeres de manera desproporcionada;

- e) por “**víctima**” se entenderá toda persona física que esté sometida a los comportamientos especificados en los apartados a y b;
- f) el término “**mujer**” incluye a las niñas menores de 18 años.

En el 2017, las Cortes Españolas acordaron un Pacto de Estado en materia de Violencia de Género. Este Pacto contempla muchas medidas de actuación, unas de competencia estatal, otras autonómicas y otras locales. Entre las medidas referidas hay contempladas reformas de leyes, entre ellas la Ley Orgánica 1/04, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género a fin de ampliar el concepto de víctima, así como los delitos que serán considerados como violencia de género en esta ley.

Recoge el Pacto de Estado, en el apartado 2.6 Justicia, la medida 84:

84. Ampliar el concepto de violencia de género a todos los tipos de violencia contra las mujeres contenidos en el Convenio de Estambul.

Y más adelante destaca igualmente:

3. Declarar que son también formas de violencia contra las mujeres conforme al Convenio de Estambul, la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la

mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso sexual y el acoso por razones de género, el aborto forzado y la esterilización forzada, incluso en los casos en que no exista con el agresor la relación requerida para la aplicación de la LO 1/2004. Por lo tanto, la atención y recuperación, con reconocimiento de derechos específicos de las mujeres víctimas de cualquier acto de violencia contemplado en el Convenio de Estambul, y no previsto en la LO 1/2004, se regirá por las leyes específicas e integrales que se dicten al efecto de adecuar la necesidad de intervención y de protección a cada tipo de violencia. Hasta que se produzca este desarrollo normativo, las otras violencias de género reconocidas en el Convenio de Estambul, recibirán un tratamiento preventivo y estadístico en el marco de la LO 1/2004. Asimismo, la respuesta penal en estos casos se regirá por lo dispuesto en el Código Penal y las leyes penales especiales.

Entretanto se hagan las modificaciones normativas y, para el caso que nos ocupa (el de la violencia de género cuando hay o ha habido relación sentimental), tomaremos como referencia la definición de la LO 1/2004.

Es importante no obviar estas modificaciones legislativas que se van a producir y que amplían el concepto de víctima de violencia de género y los delitos que se encuadran en el mismo.

MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

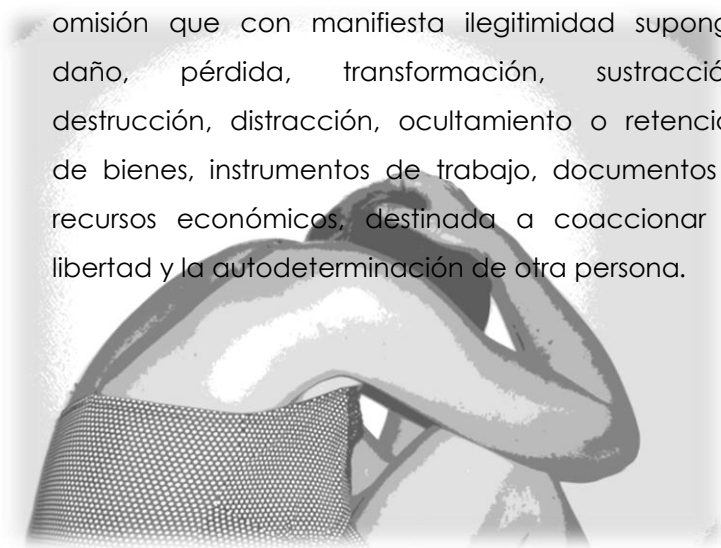


La violencia contra las mujeres se manifiesta de múltiples formas que están determinadas por diversos factores. Está presente en todos los ámbitos y en todos los

estratos sociales. Las distintas formas se pueden producir simultáneamente —de hecho, es lo más habitual— o, en algunos casos, se producen expresiones aisladas de violencia psicológica y que, habitualmente, repiten un patrón cíclico que veremos más adelante.

- ➔ **Violencia física:** La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo, permanente o pasajero y cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecte su integridad física.
- ➔ **Violencia psicológica:** Toda acción u omisión dirigida a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una persona, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte su estabilidad psicológica o emocional.

- **Violencia sexual:** Toda acción que imponga o induzca algún tipo de actividad sexual a una persona mediante el uso de la fuerza, la intimidación, la manipulación, amenazas o cualquier otro medio que anule o limite sus posibilidades de elección, es decir su libertad. Esto comprende desde las situaciones en que una mujer es violada u obligada a ejercer la prostitución, hasta las situaciones en las que, dentro de la pareja o en una relación de noviazgo, un hombre no reconoce el derecho de la mujer a decidir cuándo y cómo desea relacionarse sexualmente.²
- **Violencia económica o patrimonial:** Toda acción u omisión que con manifiesta ilegitimidad suponga daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la libertad y la autodeterminación de otra persona.

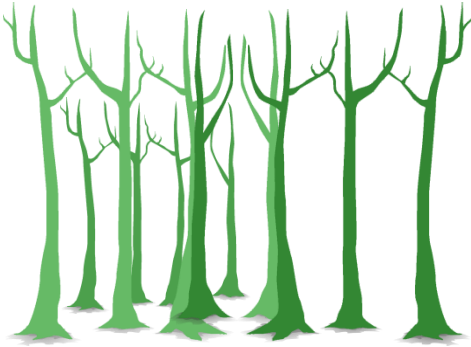


² En el cuadro de la página siguiente se amplía el concepto con las distintas formas de violencia sexual.

FORMAS Y CONTEXTOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL INFORME MUNDIAL SOBRE LA VIOLENCIA Y LA SALUD OMS

- la violación en el matrimonio o en las citas amorosas;
- la violación por parte de desconocidos/as;
- violación sistemática durante los conflictos armados;
- las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores;
- el abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas;
- el abuso sexual de menores;
- el matrimonio o la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores;
- la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual;
- el aborto forzado;
- los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, incluida la MGF y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad;
- la prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual

ESCALADA Y CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO



La escalada de la violencia de género es el proceso progresivo y ascendente de etapas en el que la intensidad de la violencia se va agravando y la frecuencia disminuyendo.

Comienza, habitualmente, con conductas de maltrato psicológico que a veces se camuflan bajo expresiones de cuidado y protección y que, en un principio, son difíciles de percibir por las mujeres. Sin embargo, estas conductas van reduciendo —paulatinamente— la seguridad y la confianza de la mujer en sí misma y merman su capacidad de reacción. Las conductas tienen la intención de restringir y controlar los movimientos de la mujer (manifestaciones de celos, vigilancia, censura sobre ropa, o sobre amistades, control de horarios, etc.) que las conducen a situaciones de aislamiento y dependencia. Estas conductas no suelen ser apreciadas por la mujer, en un principio, como agresivas. Las justifican como propias del carácter masculino, que la quiere proteger. Las manifestaciones de rol dominante se han asumido como normales dentro del proceso de

socialización y son minimizadas. Las mujeres se quedan en una situación de indefensión aprendida y totalmente vulnerables.

La violencia psicológica es el preámbulo de la violencia física que puede acarrear la muerte de la mujer. La violencia física puede prolongarse en el tiempo, hasta el fin definitivo de la pareja por fallecimiento del maltratador o fallecimiento de la víctima (por enfermedad o asesinada).

Las agresiones físicas van aumentando gradualmente y, paralelamente, la mujer va perdiendo la autoestima, su seguridad, su capacidad de respuesta y su percepción del proceso en el que está inmersa y del peligro que corre.

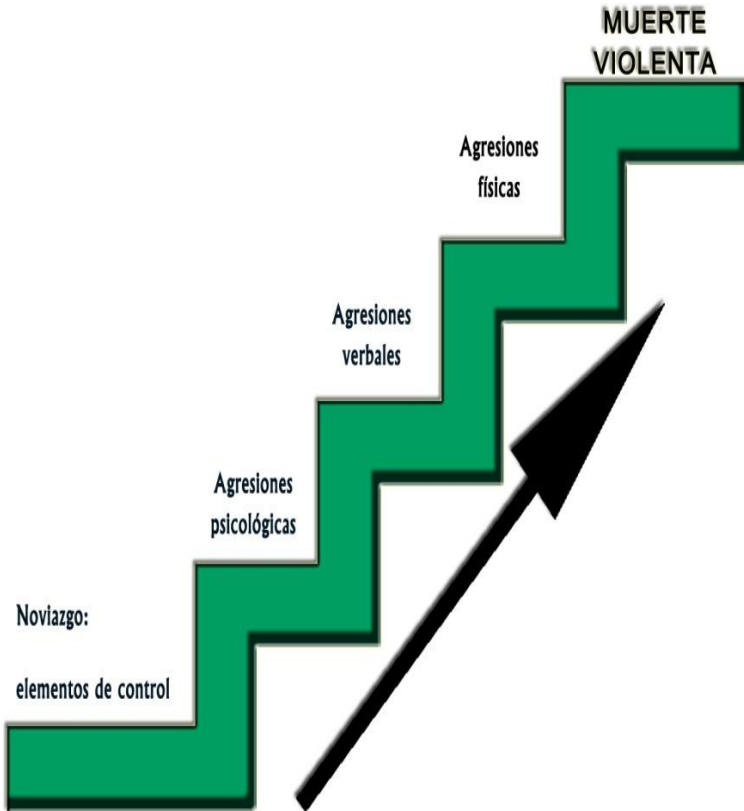
Las primeras manifestaciones sutiles del maltrato suelen aparecer en el noviazgo y son esas acciones de aparente preocupación por la pareja, restando importancia a comportamientos más severos de control. Es con la convivencia cuando el maltratador impone ya sus normas, con críticas al hecho de que la mujer trabaje o estudie. Crecen las críticas sobre la familia y las amistades de ella. Y el cambio más evidente llega tras el primer embarazo, donde ya el maltratador se cree el dueño de la mujer.

La escalada de violencia, una vez que comienza a sentar las bases, es difícil que se retraiga. Más bien al contrario, la

Guía orientativa para profesionales

tendencia es que vaya aumentando de grado y sea más profundo y habitual.

ESCALADA DE LA VIOLENCIA



CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Aunque la violencia puede aparecer de forma variable, los episodios tienen un carácter cíclico.

El ciclo de la violencia de género es necesario conocerlo para comprender la actitud de la mujer ante la situación que está sufriendo —su incapacidad de salir de la situación y la negativa a reconocerse como víctima— y para que, como profesionales, sepamos dar una respuesta idónea y, sobre todo, no decaigamos en el empeño, o tengamos sentimientos de frustración o enfado.

Las mujeres víctimas de violencia de género están sometidas a un ciclo repetitivo que tiene diferentes fases.

La psicóloga estadounidense Leonor Walter, experta en violencia de género en el ámbito de la pareja, señala que las mujeres no son agredidas todo el tiempo, ni de la misma manera; existen fases que tienen una duración variada y diferentes manifestaciones y que, con el paso del tiempo, se van acortando.

Vamos a exponerlo resumidamente (en la red se puede encontrar el documento fácilmente).

Tiene tres fases:

1ª Fase. Aumento de la tensión.

Esta fase puede durar días, semanas, meses o incluso años; durante la cual se producen agresiones de tipo verbal, peleas y una situación de tensión “contenida”.

La mujer durante esta fase está en situación de alerta permanente, intentando calmar al agresor, lo esquivo para no molestarle y se muestra complaciente. Acepta los abusos y se culpa a sí misma por su comportamiento. Niega su estado, busca excusas para justificar el comportamiento de él (“es su familia”, “vino borracho”, “en el trabajo le va mal”,...). Y tiene la esperanza de que el agresor cambie. Experimenta sentimientos de angustia, ansiedad, miedo y depresión.

La actitud de la mujer de autoinculpación y aceptación, refuerza al agresor en su convencimiento de que no es culpable y que lo hace por el bien de ella.

En esta fase (sobre todo al inicio) es poco frecuente que ella dé el paso de buscar ayuda —considera que al no haber violencia física no la van a creer— y aún no se reconoce como víctima.



2ª Fase. Incidente agudo de agresión.

Tras esa primera fase de tensión *in crescendo*, en el que se alcanza un nivel incontrolable, estalla el episodio de violencia física que puede abarcar un período desde 2 hasta 24 horas.

La mujer es golpeada violentamente. En algunos casos, con un desenlace fatal.

La única esperanza de la mujer es que él deje de pegarle, que todo pase cuanto antes. Como mucho puede buscar un lugar donde esconderse, considera que la huida no servirá de nada.

La mujer termina con un gran trauma y padece ansiedad, insomnio, depresión, impotencia.

Si en este momento se produce la intervención de profesionales (como la policía, o la guardia civil) o de vecindario, es habitual que encuentre a la mujer en una actitud huidiza, aterrorizada y que no quiera denunciar la situación. Sabe que después si ella cuenta lo que pasa, a solas, él volverá a golpearla. Él, el agresor, será encontrado en una actitud de relajación, calmado, porque ya ha descargado su ira contra la mujer. Puede que tenga un relato coherente, frente a la inconsistencia del relato de la mujer.

En esta fase, sin embargo, es cuando la mujer se atreverá a poner la denuncia, a buscar protección, a presentar la demanda de divorcio por sí sola. Es cuando más odio siente hacia el agresor.

Es el momento de que profesionales y red de apoyo busquen los recursos necesarios para protegerla a ella y a hijos e hijas.

3ª Fase. Arrepentimiento y comportamiento cariñoso (“luna de miel”).

Esta fase es más corta que la primera y más larga que la segunda. Aunque, como decíamos, los tiempos entre unas y otras se van acortando a medida que pasa el tiempo.

El agresor se muestra arrepentido, pide perdón y viene el consabido “no volverá a pasar”. En el caso de que la mujer se muestre reticente a perdonarle, él utiliza a personas del círculo cercano para intentar convencerla.

Desaparecen las tensiones, hay regalos por parte de él, escapadas románticas, período de conquista.

La mujer se confía, se muestra cariñosa y termina perdonando.

En esta fase es bastante común que la mujer se arrepienta de decisiones que ha tomado anteriormente (denuncia,

demanda de divorcio, traslado de residencia) y dé un paso atrás.

La presión social y familiar pesa mucho. Se plantea cuestiones sobre su futuro, seguir adelante con sus hijos e hijas. Considera que le ha tocado el papel de aguantar por el bien de la familia o de la pareja, por mantenerla unida.

Los y las profesionales, que estén al tanto de la situación, deben averiguar si en esa negociación que ha hecho la pareja para la reconciliación ella ha cedido en todo y él solo hace promesas vanas o si, por el contrario, él se ha comprometido y está tomando decisiones en ese sentido (busca ayuda profesional, tratamiento).

EL CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO



INDEFENSIÓN APRENDIDA

Como resultado de un proceso sistemático de violencia, la víctima aprende a creer que está indefensa, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil” [...]. “Este síndrome provoca una “adaptación psicológica”, es una salida posible que encontraron las víctimas para procesar tanto dolor, sienten que es una situación sin salida ante la que no hay nada que pueda hacer. La incapacidad para reaccionar es consecuencia del deterioro psicológico que produce la violencia. Generalmente no basta con la decisión para poner fin a la violencia. Es necesario el apoyo de profesionales para romper con esa situación”.

Mari Ángeles Álvarez García. Psicóloga. Consultado en <http://mariangelesalvarez.com/igualdad/relacion-de-control-o-igual/la-indefension-aprendida/>

Nota: En la web y en redes sociales se pueden encontrar materiales donde se abunda en la explicación del término, con muestras gráficas que pueden resultar muy útiles en caso de una exposición.

La indefensión aprendida nos explica cuál es el mecanismo psicológico que actúa y que impide que las víctimas no logren salir de la situación de violencia. No es el único motivo pero sí resulta ser el más común en las víctimas.

- ➔ El maltratador ha conseguido minar la autoestima de la mujer, aislarla de las relaciones sociales, familiares y laborales.
- ➔ La mujer es sumisa a la voluntad del maltratador y está convencida de que está sola, sin defensas.
- ➔ La nula relación de causa-efecto en el maltrato, crea una *indefensión aprendida* en la mujer. Porque la situación de violencia no responde a ningún acto de ella, sino al *capricho* del maltratador. Queda anulada cualquier respuesta de la mujer, es imposible adecuar el comportamiento para evitar el maltrato porque este no guarda relación con actos de la víctima, sino que se da en función del antojo del hombre.
- ➔ Cada nuevo episodio de violencia consigue rebajar aún más la autoestima de la víctima y aumenta más las consecuencias negativas. Es una cadena imposible de romper por ella misma y necesita la ayuda de profesionales.

FACTORES DE RIESGO



Hablar de factores de riesgo en violencia de género, es un tanto complicado pues pareciera que eliminando estos se eliminara la violencia y es mucho decir. Los principales factores

de riesgo, a nuestro juicio, son el patriarcado y el machismo.

El patriarcado, nuestro sistema de organización social, es el predominio de los hombres sobre las mujeres. Son los hombres quienes están gobernando las instituciones públicas y privadas de toda índole (políticas, económicas, sociales, culturales, laborales, judiciales, etc.). Este sistema, en que las mujeres están subordinadas a los hombres, es el que hace que el machismo sea justificado por muchas personas, el que lo sustenta. No es extraño, por lo tanto, que estas actitudes de dominio, de superioridad y de discriminación —que se dan en todo el mundo— desemboquen en actos de violencia contra las mujeres, una manifestación más.

Factores asociados con el riesgo de que un hombre maltrate a su pareja³

Factores individuales	Factores de la relación	Factores comunitarios	Factores sociales
Juventud	Conflicto matrimonial	Sanciones débiles de la comunidad	Normas tradicionales de género
Beber en exceso	Inestabilidad del matrimonio	violencia doméstica	Normas sociales que apoyan la violencia
Depresión	Dominio masculino en la familia	Pobreza	
Poca instrucción	Presiones económicas	Poco capital social	
Trastornos de personalidad	Mal funcionamiento familiar		
Ingresos bajos			
Haber presenciado o sufrido violencia cuando niño			

No obstante, algunos de los factores de riesgo individuales suscitan mucho debate. El hecho, por ejemplo,

³ Factores de riesgo de la Organización Mundial de la Salud. (Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003).

de beber alcohol en exceso por parte del hombre, si este comportamiento es causal o no. Hay opiniones contradictorias al respecto, pero sí parece comprobado es que los hombres que ejercen la violencia bajo los efectos del alcohol, la infligen en mayor grado y de forma más habitual.

En cuanto a los factores sociales: “[...] autores han señalado que las desigualdades estructurales entre los hombres y las mujeres, los roles de género rígidos y las ideas de hombría vinculada al dominio, el honor masculino y la agresión, aumentan en conjunto el riesgo de violencia en la pareja⁴”.

Sociedades donde las mujeres tienen dificultades para acceder al divorcio, o donde los hombres tienen el poder económico y de toma de decisiones en el hogar y donde los adultos recurren de forma habitual al uso de la violencia para resolver conflictos; son factores que influyen en que las agresiones contra las mujeres se den con mayor frecuencia.

Según este estudio de la OMS, entre los factores con incidencia específica en la violencia sexual están:

- *la creencia en el honor de la familia y la pureza sexual;*

⁴ Ibídem

- *las ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre; y*
- *la levedad de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual.*

La violencia de género que nos ocupa, se da en todos los estratos sociales (eso sí, las mujeres de mejor posición social no acuden, o lo hacen poco, a los recursos públicos y están más invisibilizadas); indistintamente cual sea su formación, nivel de estudios, situación laboral o profesional, procedencia o situación de convivencia (casadas, separadas, solteras, parejas de hecho...), creencia o cultura.

En el caso de la población inmigrante hay, además, otros factores de incidencia de la violencia de género:

- Diferencias culturales y religiosas.
- Situación política o social inestable o en conflicto en el país de origen.
- Práctica no penada en el país de origen.
- Leyes que avalan la violencia contra las mujeres en su país de origen.
- Desconocimiento de nuestras leyes.
- Precariedad y dependencia económica.
- Precariedad laboral.
- Dificultades para la inclusión social.

- ➔ Situación administrativa irregular y miedo a la expulsión.
- ➔ Haber sufrido otras formas de violencia a lo largo de su vida y en su proceso migratorio (es un hecho frecuente que mujeres que han sido víctimas de trata y/o que han estado en la prostitución sean después víctimas de violencia de género).
- ➔ Carencia de redes de apoyo familiares o de amistad en el país de acogida.
- ➔ Desconfianza ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y ante otras administraciones, como la de justicia.
- ➔ Dificultades de comunicación y expresión si existen barreras idiomáticas.
- ➔ Desconocimiento de los recursos sociales y sanitarios.
- ➔ Si están en proceso de reagrupación de menores, temor —aunque no sea así— a la paralización del expediente ante la ruptura de la pareja.
- ➔ El cambio de roles dentro de la pareja si la mujer es la que ha emigrado primero y supone la fuente de ingresos familiares y el cónyuge, además, viene por reagrupación.

MUJERES ESPECIALMENTE VULNERABLES

- ➔ **Mujeres embarazadas.**
- ➔ **Mujeres mayores.**
- ➔ **Mujeres con discapacidad, física, psíquica o sensorial.**
- ➔ **Mujeres que viven en el entorno rural.**
- ➔ **Mujeres inmigrantes.**
- ➔ **Mujeres en situación de exclusión social.**
- ➔ **Mujeres con VIH.**

CONSECUENCIAS PARA LAS MUJERES



«La violencia de pareja (física, sexual y emocional) y la violencia sexual ocasionan graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo a las mujeres. También afecta a sus hijos y tiene un elevado costo social y económico para la mujer, su

familia y la sociedad⁵)»

Las consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres no son solo las directas como sufrir una lesión; sino que también aumenta el riesgo de que una mujer tenga mala salud en el futuro. Así como, por ejemplo, el consumo de tabaco o de alcohol es un factor de riesgo para sufrir determinadas enfermedades, también lo es el hecho de ser víctima de violencia para una importante variedad de enfermedades y afecciones.

Haber sido víctima de violencia incide en un mayor riesgo de padecer: depresión, intentos de suicidio, síndromes de

⁵ OMS. *Violencia contra la mujer. Nota descriptiva 29 de noviembre de 2017.*

dolor crónico, trastornos psicosomáticos, lesiones físicas, trastornos del aparato digestivo, síndrome del colon irritable, diversas consecuencias para la salud reproductiva.

CONSECUENCIAS FÍSICAS:

- ➔ Muerte por asesinato o suicidio.
- ➔ Lesiones físicas graves como roturas de huesos, daños en oídos y ojos.
- ➔ Deterioro funcional, limitaciones de la movilidad.
- ➔ Dolor crónico.
- ➔ Mala salud general.
- ➔ Mareos, cefaleas.
- ➔ Lumbalgias, dolores abdominales.
- ➔ Fibromialgia.
- ➔ Discapacidad adquirida.
- ➔ Trastornos gastrointestinales, síndrome del intestino irritable.
- ➔ Lesiones físicas leves como hematomas, rasguños, quemaduras, cortes.

CONSECUENCIAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS:

- ➔ Embarazos no deseados, abortos provocados.
- ➔ Complicaciones del embarazo, aborto espontáneo.
- ➔ Esterilidad.

Guía orientativa para profesionales

- ➔ Problemas ginecológicos (sangrado y fibrosis vaginal, dolor pélvico crónico, cáncer de cérvix, pérdidas vaginales, trastornos menstruales).
- ➔ Pérdida de deseo sexual. Disfunción sexual.
- ➔ Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH.

A tener en cuenta:

Durante el embarazo la mujer acude con más frecuencia a consultas médicas; habla más de su salud, de su situación familiar. Es un buen momento para detectar el maltrato, ofrecer apoyo, informarle sobre los recursos y ayudarla.

CONSECUENCIAS EN EL EMBARAZO/NEONATO:

- ➔ Aborto espontáneo.
- ➔ Inicio tardío de la atención prenatal.
- ➔ Mortinatalidad.
- ➔ Parto y nacimiento prematuro.
- ➔ Lesiones fetales.
- ➔ Bajo peso al nacer.
- ➔ Causa destacada de mortalidad infantil en el mundo en desarrollo.



CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS:

- ➔ Estrés postraumático.
- ➔ Depresión.
- ➔ Trastornos mentales.
- ➔ Alta vulnerabilidad a problemas emocionales, conductuales e incapacidad de respuesta.
- ➔ Insomnio.
- ➔ Trastornos alimentarios.
- ➔ Consumo de alcohol, tabaco, drogas o psicofármacos.
- ➔ Fatiga.
- ➔ Pensamiento suicida.
- ➔ Autolesiones.
- ➔ Síndrome de Estocolmo, dependencia psicológica del agresor.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS HIJAS E HIJOS:

«Los factores que determinan el alcance del impacto en la salud en las hijas e hijos de mujeres en relaciones de maltrato son, básicamente, el tipo, la severidad y el tiempo de exposición a la violencia, la edad, su nivel de desarrollo, el contexto familiar o la acumulación de otros factores estresantes, así como la presencia de factores protectores, como la calidad de otros vínculos. Asimismo, debido a los condicionantes de género, la violencia tendrá un impacto

diferencial por ser una niña o un niño, chica o chico. Las alteraciones detectadas afectan a diferentes áreas: física, emocional, cognitiva, conductual y social y pueden tener efectos a corto, medio y largo plazo»⁶.

OTRAS CONSECUENCIAS:

También son graves las consecuencias sociales para las mujeres víctimas de violencia, entre las que se encuentran:

- ➔ Aislamiento social.
- ➔ Absentismo laboral.
- ➔ Pérdida del empleo como consecuencia de las ausencias reiterativas.
- ➔ Pérdida de amistades.
- ➔ Rupturas de relaciones familiares.
- ➔ Disminución de días de vida saludable.
- ➔ Cambio del lugar de residencia para protegerse.

Ante una mujer inmigrante que sufra alguno de estos síntomas —especialmente los psicológicos—, el/la profesional de la salud debe estar alerta pues son coincidentes, en algunos casos, con el *Síndrome de Ulises* (el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple). Debe indagar para conocer cuál es la situación de la mujer. Puede darse el caso de estar pasando un duelo por su

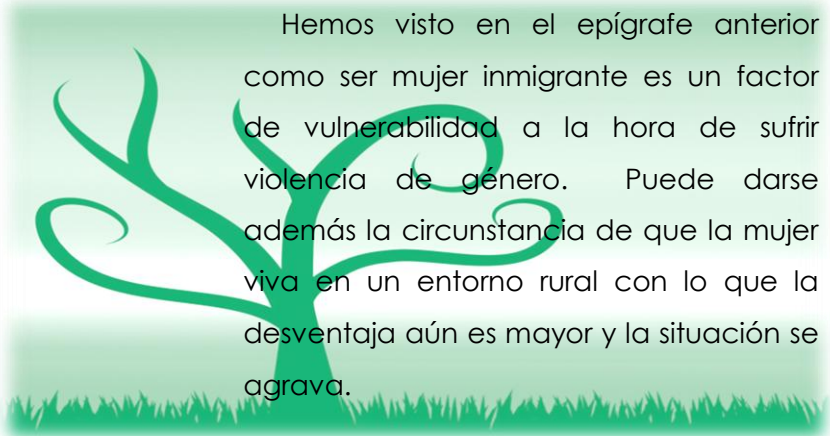
⁶ Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

proceso migratorio y, también, ser víctima de violencia (aunque ella, en un principio, no lo reconozca).

Es importante que todos los dispensadores de atención de salud entiendan que la exposición a la violencia y la mala salud de las mujeres están estrechamente relacionadas, y que puedan dar respuestas adecuadas. Un aspecto clave es hallar oportunidades para ofrecer apoyo y remitir a las mujeres a otros servicios que precisan – por ejemplo, cuando las mujeres tratan de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (como la atención prenatal, la planificación familiar o la atención posterior al aborto) o a servicios de detección del VIH, de salud mental o de emergencia.

Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. OMS. 2013

VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES INMIGRANTES



Hemos visto en el epígrafe anterior como ser mujer inmigrante es un factor de vulnerabilidad a la hora de sufrir violencia de género. Puede darse además la circunstancia de que la mujer viva en un entorno rural con lo que la desventaja aún es mayor y la situación se agrava.

Para acercarnos a la realidad de la violencia de género en las mujeres inmigrantes tenemos que empezar hablando de cifras. Como se verá en la tabla siguiente la ratio de mujeres denunciadas extranjeras, proporcionalmente al número de población, es mucho mayor que el de las mujeres extranjeras.

Es significativo también conocer el porcentaje de mujeres españolas y extranjeras que acaban retirando la denuncia sobre sus agresores. Entre las razones de por qué las mujeres extranjeras retiran las denuncias están:

- ➔ Desconocimiento de las leyes españolas, del sistema de protección y del hecho de que la violencia de género en España sea un delito.

- ➔ La escasa atención del sistema penal a la mujer.
- ➔ Variación en su situación (aparente mejora en las relaciones de mejora al servir de persuasión sobre el maltratador la denuncia, al menos temporalmente).
- ➔ La desconfianza a las declaraciones de la mujer (“acoso procesal”).

Y además

Si el maltratador también es extranjero:

- ➔ Que la mujer tenga miedo a represalias.
- ➔ Que sea estigmatizada si a él lo expulsan a su país de origen y ella puede ser repudiada.
- ➔ Que en el país de origen la violencia de género esté normalizada y no exista legislación que la persiga.
- ➔ Que la autorización administrativa para residir en España de la mujer dependa de la de su pareja.
- ➔ Que tenga menores a su cargo y dependencia económica del maltratador.

Si el maltratador es español:

- ➔ El maltratador la amenaza con que perderá la autorización de residencia en España.
- ➔ La mujer considera que la ley está de parte del ciudadano español.

Guía orientativa para profesionales

- Que el lugar de residencia sea en un municipio pequeño o en fincas aisladas donde salir de la situación es complicado.
- Falta de red familiar y social que la pueda ayudar.
- Sufre los prejuicios de la sociedad de acogida frente a la inmigración (“se casó con él por los papeles”).

NÚMERO DE DENUNCIAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO POR PROCEDENCIA				
AÑO	PROCEDENCIA NACIONAL	% SOBRE TOTAL	PROCEDENCIA EXTRANJERA	% SOBRE TOTAL
2017	110.107	70	48.110	30
2016	94.294	70,01	40.168	29,9
2015	86.464	69,9	37.261	30,1
2014	87.081	69	39.659	31
2013	84.128	67	40.765	33
2012	82.951	65	45.592	35
2011	65.048	64	36.229	36

Como se ve en el cuadro anterior la sobrerrepresentación del número de denuncias interpuestas por mujeres extranjeras es notable, ya que estamos hablando que aproximadamente **la población extranjera femenina ronda el 10% del total de mujeres que residen en España**. Y, sin embargo, las denunciadas son un 30% (en los últimos años) del total).

RENUNCIAS AL PROCESO				
AÑO	PROCEDENCIA NACIONAL	% SOBRE TOTAL	PROCEDENCIA EXTRANJERA	% SOBRE TOTAL
2017	10.212	9,3	6.252	13
2016	10.427	11,1	5.691	14,2
2015*	9.641	62,9	5.680	37,1
2014	9.783	62	5.938	38
2013	9.173	60	6.127	40
2012	9.207	59	6.352	41
2011	9.046	59	6.414	41

Desde el 2015 el dato se refiere a los casos en que la víctima se acoge a la dispensa a la obligación de declarar

Nota sobre tablas: Las tablas son de elaboración propia a partir de los datos obtenidos de los informes del Observatorio contra la violencia doméstica y de género del Consejo General del Poder Judicial.

Las mujeres inmigrantes en Extremadura —como en el resto de España— tienen gran diversidad cultural y religiosa, una realidad que convierte en difícil la tarea de compilar cómo debe ser la intervención de los y las profesionales sanitarios ante una mujer víctima de violencia de género de procedencia extranjera. Intentamos dar unas aproximaciones en este cuaderno, con la seguridad de que quien tenga interés en el tema va a buscar más información.

Las mujeres que sufren violencia de género, por lo general, son incapaces de ayudarse a sí mismas debido a su

deterioro psicológico por la situación de violencia reiterada. La detección y la atención profesional suponen un apoyo clave para romper con esta situación.

Además, los discursos tendentes a minimizar el problema, a cuestionar las denuncias que interponen las mujeres, la legitimación y la naturalización, por muchas personas aún, de la violencia, los estereotipos y mitos; provocan en las mujeres inseguridad y desvirtúa la percepción de la violencia en particular y de las relaciones de pareja en general, anulando su capacidad de reacción y dificultando la búsqueda de recursos. Todo esto influye negativamente a la hora de que las y los profesionales consigan detectar la situación.

Otra cuestión a tener en cuenta a la hora de atender a una mujer víctima de violencia de género es que ella puede no ser consciente, o no serlo del grado de riesgo.

Las funciones mínimas que, desde el ámbito sanitario debe realizar el/la profesional son⁷:

➊ Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia en el ámbito doméstico, como tarea habitual dentro de las actividades

⁷Extraídas del Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género.

preventivas (tener en cuenta las recomendaciones que se hacen más adelante para el caso de las extranjeras).

- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.

- Ofrecer **atención sanitaria integral** y registrarla en la historia de salud o historia clínica.

- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.

- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.

- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.

- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.

- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.

- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.

- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

NO HACER es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres empeore. **ACTUAR** contribuye, además de poder resolver el caso, a hacer desaparecer los mitos y creencias que acompañan a la violencia de género. Frecuentemente no se interviene por miedo a no saber qué hacer, a hacer más daño..., pero es importante señalar que el sólo hecho de escuchar con respeto es un acto terapéutico. Con frecuencia la consulta es el único espacio que la mujer tiene para hablar de lo que le pasa. Al hablar con la mujer se puede ir descubriendo en qué se la puede ayudar y cómo.

RECOMENDACIONES GENERALES



Cuando se tenga la certeza o simplemente la sospecha de que una mujer está siendo víctima de violencia de género se deben seguir, en líneas generales las siguientes pautas:

- ➔ Practicar la escucha activa, estableciendo una comunicación fluida.
- ➔ Generar los procesos adecuados para que la mujer verbalice y relate su historia de maltrato, sus experiencias, necesidades y demandas.
- ➔ Apoyarla en la expresión de sus sentimientos.
- ➔ Establecer una relación profesional de apoyo en la toma de decisiones.
- ➔ Orientarla sobre sus derechos y los recursos a su alcance; mostrando las vías para salir de la situación pero sin imposición por parte del o la profesional. Hay que respetar los tiempos de cada mujer.

LA ATENCIÓN A MUJERES INMIGRANTES



Una cuestión a tener en cuenta es que en algunas de las sociedades de origen de la mujer inmigrante, las relaciones de pareja se delimitan al ámbito de lo

privado y no es habitual hablar de ellas con terceras personas y máxime con profesionales del ámbito que sean. Ellas pueden considerarlo, incluso, como una falta de respeto o lealtad hacia su pareja.

La relación de confianza que se establezca con la mujer necesita un tiempo, que va ser distinto en función de cada mujer, de su marco cultural y de su propia situación. A veces, el tiempo que un/a profesional sanitario pueda dedicarle a la mujer en una consulta es insuficiente para crear ese marco de confianza y que ella se sienta cómoda. Si no es posible acortar el tiempo entre citas, lo mejor es derivar (con mucho cuidado) a otro/a profesional o servicio.

Entre las dificultades que pueden encontrarse el/la profesional que atiende a la mujer están:

➡ Ausencia de una relación de confianza.

➡ Naturalización de la violencia (en cualquiera de sus manifestaciones en la sociedad de origen).

➡ Desconocimiento por parte de las mujeres de sus propios derechos, de su cuerpo y modelos equivocados que tiene interiorizados.

➡ Interiorización de una imagen negativa de sí mismas.

➡ Que el profesional sea hombre. En muchas culturas las confidencias solo se hacen entre mujeres.

➡ Miedo a las consecuencias legales y a los riesgos para su vida.

➡ Percepción de que se le está presionando. Hay que tener mucha cautela en la forma de plantear las preguntas.

➡ Sentimiento de estar traicionando a su pareja.

➡ Desconocimiento de los y las profesionales del proceso migratorio, de las claves culturales y religiosas.

➡ Falta de herramientas para abordar una entrevista por parte del/la profesional.

MUJERES DE LATINOAMÉRICA



Por América Latina entendemos aquellos países del continente americano y del Caribe donde la oficial es cualquiera de las lenguas latinas, como el español, el portugués y el francés. El predominante es el español.

Tiene una gran diversidad cultural y geográfica; y una gran mezcla entre creencias religiosas precolombinas y cristianas, por lo que no se puede hablar de una identidad “latinoamericana”.

En el año 2017, vivían en Extremadura alrededor de 4.500 mujeres procedentes de Latinoamérica; siendo las brasileñas, colombianas, hondureñas y nicaragüenses las nacionalidades más representadas.

Las mujeres de procedencia latinoamericana atribuyen el hecho de sufrir violencia de género en España a varios factores:

- ➔ Dependencia económica y/o afectiva sobre el otro miembro de la pareja (del hombre sobre la mujer o viceversa).
- ➔ Vivir lejos de la familia, tener hijos/as menores.

- Inseguridades ante la nueva sociedad que les es desconocida.
- Consumo de alcohol o drogas por parte del hombre.
- Roles de género.
- Temor a romper con la tradición y al enfrentamiento con la familia si acusan al esposo o si lo cuentan.
- El convencimiento de que la situación es irremediable y no se puede cambiar.

Recomendaciones de mujeres latinoamericanas para hablar de violencia de género en la relación sanitaria:

➤ Las preguntas directas sobre si han sufrido violencia o maltrato les parecen un poco fuertes. No comprenden el concepto de “maltrato emocional”. Es mejor indagar en los indicadores que directamente en el concepto.

➤ Las mujeres han sufrido acoso laboral, acoso sexual, viven muchas veces en contexto de violencia; por lo que la pregunta a plantear debe centrarse en el agente que lo ha causado (la pareja). No comprenden (en algunas ocasiones) que la relación forzada de su pareja, sea tal; tienen interiorizado que “el marido es el marido”. Es mejor incidir —nuevamente— en los posibles indicadores.

➤ En caso de estar embarazada, están más dispuesta a responder por el posible riesgo para el bebé. Prefieren que las

preguntas las haga una matrona. Aunque manifiestan que los sentimientos contradictorios que sienten (alegría por tener un bebé, tristeza por la situación de maltrato) pueden “despistar” sobre la situación de violencia.

➡ Prefieren, por lo general, que les garanticen el anonimato. Que les dediquen tiempo en la atención.

➡ Afirman que las personas que realmente están siendo víctimas no tienen claridad sobre lo que les sucede, tienden a negarlo y no son conscientes de que necesitan ayuda. Especialmente no entienden, como tal, el maltrato psicológico.

➡ En las preguntas de tipo sexual (relaciones, satisfacción,...) hay que poner especial cuidado porque ellas se sienten violentadas. Hay que echar mano de circunloquios para preguntar y prestar especial atención al lenguaje no verbal.

➡ En general prefieren las preguntas indirectas tipo: “¿cómo es tu familia?”, “¿sales con tu marido?”, “¿cómo se encuentra?”, “¿cómo está tu familia?”, “¿tu marido tiene problemas?”, “¿cómo se siente con su pareja en la intimidad?”, “¿te cuida tu pareja en el embarazo?”.

➡ Responden con más facilidad sobre sus hijos e hijas, por su afán de protegerles.

MUJERES DEL MAGREB



El Magreb está formado por los países de Libia, Túnez, Argelia, Marruecos, Mauritania y Sáhara occidental.

En el año 2017, en Extremadura, vivían alrededor de 3.300 mujeres procedentes de esta zona. En su inmensa mayoría de nacionalidad marroquí.

El núcleo familiar lo compone la familia extensa. Los ancianos, especialmente los varones, son muy respetados. La tarea de mantener la unidad y la estabilidad familiar se transmite de padres a hijos (hombres).

Las relaciones de pareja son asuntos del ámbito privado, y solo se habla de ellas entre mujeres con una relación muy estrecha.

La mayoría es musulmana, aunque el islam es muy diverso. Existen versiones del islam más ortodoxo, vinculado al culto en las mezquitas. Otra versión, más propia de regiones rurales donde se mezclan con valores ancestrales y

Guía orientativa para profesionales

un islam menos ortodoxo que difunde ideas más acordes a los momentos actuales; acentuando principios a vivir dentro de la religión como la igualdad entre géneros.

También hay personas no musulmanas, ni creyentes, ni practicantes.

“La concepción del cuerpo y el modo de vestir para no despertar deseo, tanto en hombres como en mujeres, les lleva a cuidar mucho el contacto corporal en la relación hombre-mujer, siendo la relación muy afectiva entre personas del mismo sexo y con un alto nivel de expresividad corporal. Todo ello hace que, en la relación sanitaria, prefieran ser atendidos/as por profesionales del mismo sexo.

En relación al cuerpo, es importante comprender que, aunque llevar velo tiene raíces religiosas, en sí mismo no es un *signo de imposición, ni de maltrato, ni de sumisión*”.

Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas del Magreb.

En las consultas marroquíes junto al médico hay siempre una enfermera. Cuando hay contacto corporal este lo establece la enfermera, si el médico es hombre.

En nuestro país, es frecuente que la mujer vaya acompañada de su marido o de otra persona para evitar el

Hygía: la salud de las mujeres inmigrantes

contacto de dos personas. A veces es él quien habla en nombre de la mujer.

Lo más indicado es que en atención primaria, haya dos personas que atiendan, una de ellas mujer, para hablar con la mujer sin la presencia de ninguna persona allegada.

En cuanto a la violencia de género tienen la idea clara sobre la responsabilidad de la misma es del patriarcado y de la educación, especialmente de las madres. Consideran que en todas las sociedades existe.

No vinculan el hecho de ser musulmán con que se dé más violencia, más bien al contrario: consideran que un buen musulmán es un hombre respetuoso con las relaciones familiares.

Las mujeres musulmanas residentes en España consideran, por lo general, que el origen rural o urbano y el nivel socioeconómico, son factores claves en el grado de libertad que gozan las mujeres para permitirles salir de la situación de violencia de género.

Recomendaciones de mujeres magrebíes para hablar de violencia de género en la relación sanitaria:

🕒 Las preguntas directas les intimidan. Ellas van a la consulta porque se sienten mal, si les preguntan directamente si

Guía orientativa para profesionales

son maltratadas es probable que lo nieguen, que se muestren esquivas y que salgan de la consulta con una mala sensación.

➔ Es importante que las cuestiones las plantee una mujer, con quien va a crear un mayor clima de confianza.

➔ Le dan mucha importancia al tiempo de atención.

➔ Muchas plantean que es mejor hablar de su problema con una psicóloga.

➔ El idioma es una barrera. Si la mujer no habla español hay que procurar que esté en la consulta una persona que sí lo hable. Es clave el papel de las mediadoras interculturales.

➔ Como en el caso anterior, son más adecuadas las preguntas indirectas "¿tienes amigas, sales con ellas?", "¿cómo le va al niño en el cole?", "¿te encuentras nerviosa por algo?".



MUJERES SUBSAHARIANAS OCCIDENTALES



Esta zona de referencia está compuesta por dieciséis países: Benín, Burkina Faso, Cabo Verde, Costa de Marfil, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bisáu, Liberia, Malí, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Togo y Mauritania. Además incluye la isla de

Santa Elena. El número de mujeres, procedentes de estos países, que vivían en Extremadura en 2017 apenas superaba la centena.

En cada uno de estos países hay una gran diversidad étnica, donde conviven poblaciones (como en Nigeria) de hasta 250 grupos étnicos diferentes.

Además del religioso, el núcleo de organización es la etnia. Hay una gran identificación con el grupo étnico y los lazos de solidaridad son muy fuertes.

La desigualdad de género en el África Subsahariana es abismal. Las mujeres están expuestas, más que los hombres, a la violación de sus derechos humanos. Y la violencia de género está profundamente arraigada.

"...la agresión dentro de la familia y en el hogar, el secuestro y la violación sexual, la prohibición de métodos de control de natalidad, el tráfico de personas y el comercio sexual, abusos psicológicos y emocionales por parte de la pareja, agresiones físicas y sexuales por parte de componentes familiares, el acoso sexual y el abuso del poder por parte de las autoridades (los profesores, la policía y los superiores en el lugar de trabajo), la obligación de practicar el sexo pagado o de trabajar en la economía sumergida, las prácticas de la mutilación genital femenina o la ablación, los matrimonios precoces o concertados, la violencia como resultado de las dotes matrimoniales insuficientes y los asesinatos por proteger el honor viril puesto en entredicho (Alberdi y Rodríguez, 2012)".

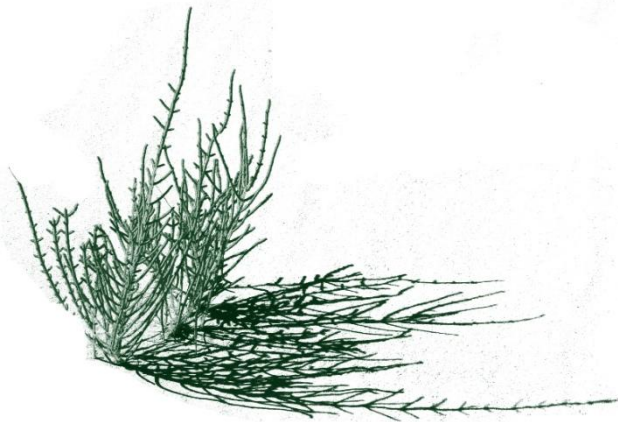
Extraído de Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas del África Subsahariana occidental.

Consideran, las mujeres subsaharianas inmigradas que, si bien, la violencia de género se da en todas las sociedades y culturas, en sus países de origen es más frecuente y que la misma está relacionada con la falta de respeto de los derechos humanos en general.

Las mujeres subsaharianas identifican sin problemas las diferentes dimensiones de la violencia de género (violencia física, sexual, psicológica...). Y reconocen que aunque el daño físico no sea muy grave, el psicológico puede ser destructor.

En relación con la violencia física, señalan como uno de los problemas más graves en sus países de origen, para las mujeres y niñas, la mutilación genital.

Reconocen que la violencia contra las mujeres está arraigada y el alto grado de sumisión de las mismas ante la total falta de oportunidades. La familia tiene mucho peso a la hora de mantener el matrimonio, pese a que haya violencia en el mismo. Son quienes, en caso de que la mujer regrese al hogar paterno, "arreglan" las cosas para la vuelta de la mujer con el cónyuge.



Recomendaciones de mujeres subsaharianas occidentales para hablar de violencia de género en la relación sanitaria:

➡ Exponen que las preguntas directas no las responden. Les resulta muy fuerte responder a cuestiones sobre la violencia que han ejercen sobre ella, de forma frontal.

➡ Consideran que, en este tema, es mejor hablar con un/a psicólogo/a. Por dos cuestiones: consideran que es labor más propia de profesionales de la psicología y que le pueden dedicar el tiempo que necesitan para que se genere el clima de confianza.

➡ Manifiestan que si les preguntan en atención primaria es posible que no respondan con sinceridad.

➡ Un factor muy importante es el hecho de que si se les ha practicado la Mutilación Genital Femenina, tienen graves problemas de salud que les afecta también en sus relaciones sexuales. En el cuaderno 2 de esta guía, se abordó el tema de la MGF que encontrará en nuestra web.

➡ Hablar con una médica les facilita las cosas, identifican al hombre con maltratador.

➡ Necesitan saber qué va a pasar después de reconocer su maltrato, si va a ser protegida, si va a tener ayuda.

MUJERES DE EUROPA DEL ESTE



Europa del Este o Europa oriental es una de las veintidós subregiones en que la ONU divide el mundo.

Está formado por los países de Albania, Bielorrusia, Bulgaria, Eslovaquia, Eslovenia, Moldavia, Polonia, Hungría, República Checa, Rumanía, Rusia y Ucrania.

Aunque es habitual incluir, en esta clasificación, a otros Estados como Armenia, Azerbaiyán, Estonia, Georgia, Kazajistán, Letonia, Lituania, Bosnia-Herzegovina, Croacia, Eslovenia, Montenegro, República de Macedonia y Serbia.

Esta amalgama de países, con relaciones entre ellos complejas y que resultan hoy en día aún difíciles, tiene una gran diversidad religiosa (cristianos ortodoxos, protestantes o católicos; judíos, musulmanes) y una parte importante también de población no creyente. En estos países se habla hasta once idiomas diferentes, y con diferente alfabeto.

En Extremadura, en el año 2017, vivían un total de 4.780 mujeres procedentes de estos países. El 87% eran rumanas y

el resto entre búlgaras, ucranianas, polacas y rusas, principalmente.

Hablar, por tanto, de mujeres procedentes de Europa del Este para el tema que nos ocupa es hablar de mujeres rumanas.

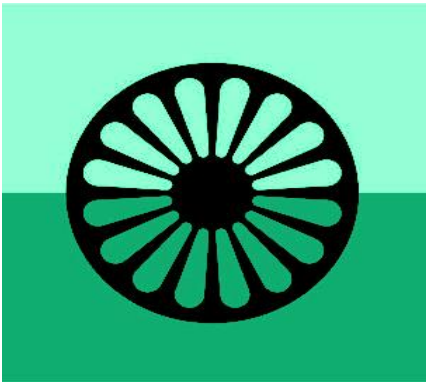
Rumanía es un país con multitud de etnias: población rumana de procedencia húngara, de etnia gitana, comunidad judía y no gitanos. La religión con más practicantes es la cristiana ortodoxa, que presenta similitudes con la católica en las celebraciones de la Cuaresma, la Pascua y Navidad. También su día festivo es el domingo.

La familia extensa o nuclear es el centro de la vida de las personas, con más importancia que a los individuos. La mujer, aunque el cabeza de familia es el varón, tiene bastante relevancia familiar y forma parte de las decisiones. Los hijos varones pequeños son los responsables de cuidar a las personas mayores, las hijas se incorporan a la familia política.

El pasado comunista del país permitió a las mujeres que se incorporaran al mercado laboral, sin embargo (como en todas partes) las tareas del hogar no son compartidas.

Una característica de la población rumana es que solo el 55% vive en ciudades, siendo esta proporción una de las más bajas de Europa.

La comunidad gitana rumana.



La etnia gitana es la segunda minoría con más representación en Rumanía. Y muchas de las personas inmigradas en España son de esta etnia, que sufre una gran discriminación en toda Europa.

La vida de la familia gitana se desarrolla en torno a la familia extensa y en la de la comunidad.

Los rasgos más destacados de la población gitana son la generosidad, la hospitalidad, la conciencia de un origen común, el respeto a la familia por encima de todo, la libertad y, sin duda, el rito más importante es el de la muerte. Las honras y respeto a los muertos, los funerales son de obligada asistencia para toda la población.

Tienen una gran referencia respecto a lo que es impuro y puro. El cuerpo de la mujer, por ejemplo, es puro de cintura para arriba e impuro de cintura para abajo.

Precisamente en la mujer recae el rol de la pureza y el honor de la comunidad, por lo que tiene que vivir para mantenerlos. De ahí que, tradicionalmente, la virginidad sea un requisito para el matrimonio.

También es la responsable del hogar, de la educación y crianza de hijos e hijas, y en donde recae la transmisión de los valores sociales y culturales del pueblo gitano.

Las mujeres inmigradas en España reconocen la violencia de género, las manifestaciones de violencia verbal, física y psicológica. Sin embargo, no han sido conscientes de la sexual hasta llegar a España. Entre las causas de la violencia destacan: la dependencia económica de la mujer respecto del marido, el machismo, el consumo de alcohol y otras drogas y la inestabilidad emocional y económica de las mujeres.

Recomendaciones de las mujeres rumanas para hablar de violencia de género en la relación sanitaria:

- ➔ Consideran que las preguntas sobre el maltrato no pueden ser directas, porque hay formas de violencia que no la entienden como tal. Es mejor poner ejemplos.
- ➔ Las preguntas directas no deben hacerse enseguida. Se debe generar un clima de

confianza y se debe plantear la entrevista de forma sutil. Trabajar la parte emocional y el acercamiento del/la profesional.

- ➔ Preguntar antes por los sentimientos, por la parte emocional de la relación de pareja.
- ➔ Trabajar temas como la autoestima, el miedo, la vergüenza.
- ➔ Hablar de los diferentes contextos culturales para hacer visible qué manifestaciones son consideradas maltrato en España.
- ➔ Explicar a la mujer los logros conseguidos en España en materia de violencia de género y las formas de protección a la mujer.
- ➔ Hacer entender que denunciar no implica perder la custodia de hijos e hijas. Si no que es, más bien, una forma de protegerlos a la vez que se protege ella.

MUJERES CHINAS



A pesar de que la inmigración China tiene bastante representación en España es esta una cultura que, por lo general, nos resulta bastante desconocida.

China tiene una gran tradición étnica y las personas se sienten altamente vinculadas a su etnia. El 91% de la población pertenece a la etnia *Han* y el resto pertenece a 56 etnias diferentes.

En Extremadura, en 2017, residían 839 mujeres procedentes de China.

En cuanto a la religión, la mayoría practica el confucianismo y el taoísmo, también existen budistas y minorías de cristianos y musulmanes. A la vista de esto, vemos que —en su mayoría— el concepto religioso es muy diferente al occidental, está más cercano a corrientes filosóficas basadas en principios de respeto, adecuación, autocontrol y búsqueda del equilibrio.

La lengua es una barrera importante. Su forma de escritura, la gramática y la forma de construir el

pensamiento son muy distintas a las latinas. La adaptación a nuestra lengua es un proceso complicado que les puede costar años.

La familia es el centro de la vida china. La tradición, especialmente en las zonas rurales, tiene mucho peso. Las mujeres han sido no deseadas durante décadas, se realizaba el valor del varón como signo de continuidad de la familia. La ley del hijo único, instaurada en los años 80 para controlar la superpoblación, dio lugar a diversos maltratos, discriminación hacia mujeres y niñas, abortos clandestinos, abandono de niñas e incluso su asesinato tras el nacimiento.

Al igual que ocurrió en Europa del Este, a las mujeres chinas les cuesta identificarse con los movimientos occidentales que reivindican la igualdad de derechos entre hombres y mujeres. Más allá de la reivindicación de la igualdad entre sexos, su lucha incluye la condena de toda forma de opresión.

Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas de China.

Las mujeres chinas residentes en España, al hablar del maltrato en su país, destacan que en las ciudades está peor visto y es más visible, pero que en el mundo rural el papel de la familia es más influyente.

La violencia de género es considerada un asunto privado y aún se siguen concertando matrimonios por intereses particulares, donde las mujeres no tienen capacidad de elección.

Como la violencia de género en China, hasta 2016, no era delito muchas mujeres residentes en España no saben que aquí se puede denunciar. No saben que es un delito. Todo depende de su procedencia (rural o urbana), del tiempo de residencia en nuestro país, del grado de conocimiento de nuestras instituciones y de nuestro país.

Recomendaciones de mujeres chinas para hablar de violencia de género en la relación sanitaria:

➡ Como en todos los grupos de mujeres entrevistadas de distinta procedencia, manifiestan que las preguntas directas les son muy duras de responder.

➡ La sexualidad es un tema tabú, hay que echar mano de rodeos para hacer alusión a ellas (“en privado”, “en vuestra habitación”, “como hombre y mujer”...).

➡ Un factor a tener cuenta: por cultura, la china, tiende a ocultar las manifestaciones del dolor. Es importante que el/la profesional tenga en cuenta este hecho, ya que ello no significa que haya una ausencia de dolor.

➡ El maltrato es considerado un asunto privado, del ámbito familiar que no debe traspasar ese ámbito.

➡ Aunque reconocen que el maltrato es una razón para separarse, no siempre lo consideran como una razón de denuncia. Dependerá del tiempo de residencia en España.

➡ Consideran que en caso de violencia quien les puede prestar mejor ayuda es un abogado.

女子

A modo de resumen:

- ➔ En todas las culturas, las mujeres tienen dificultades para hablar de la situación de violencia.
- ➔ Les da mucha vergüenza reconocer públicamente una situación de maltrato.
- ➔ Las preguntas directas sobre el maltrato las consideran agresivas y se mostrarán reticentes al responder.
- ➔ Hablar de sexualidad con personas de otro sexo les cuesta más que con una mujer. Prefieren que se utilicen términos un tanto ambiguos donde ellas puedan sentirse más cómodas.
- ➔ Las madres colaborarán más si comprenden el riesgo que entraña una situación de violencia para sus hijos e hijas.
- ➔ Muchas mujeres inmigradas no saben que en España la violencia de género es un delito, principalmente las recién llegadas.
- ➔ Conocer y saber interpretar bien las diferencias en las formas lingüísticas y el paralenguaje de la persona que viene a una consulta resulta fundamental para que no se den malentendidos.

➡ No plantear el tema de la violencia de género si la mujer no acude sola a la consulta. Aunque le acompañe otra mujer. Puede tratarse de la madre, una hermana o amiga del agresor.

➡ Si pregunta, hágalo sin prejuizar y empleando un lenguaje adecuado, sensible a la cultura de origen. Es posible que algunas mujeres rechacen términos como “violencia” o “maltrato”. Use las mismas palabras que ella.

Más allá de cómo se concreten las fases en la comunicación, de qué avances y retrocesos existan, de qué nivel de competencia hemos adquirido, de cuáles sean las dificultades, lo más importante en la intervención del/a profesional en relación con mujeres inmigradas y el proceso de detección de la violencia de género podría resumirse del siguiente modo: en este momento y con esta persona, cuál es mi margen de actuación: ¿Qué puedo hacer para avanzar un pequeño paso más en la relación de confianza?, o ¿qué puedo hacer para la derivación a algún/a profesional que pueda hacerse cargo de manera competente del proceso de esta mujer?

Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas desde los servicios de Atención Primaria. Fundación Ceimigra.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DE EXTREMADURA

El Protocolo vigente fue actualizado en 2016 y es de obligado cumplimiento para profesionales del ámbito sanitario, ya sea atención primaria, especializada o urgencias.

Es conveniente saber que, además de este Protocolo para la intervención en

violencia de género en el ámbito de las relaciones de pareja, en Extremadura existen dos protocolos para otras manifestaciones de violencia contra la mujer, como son el de trata de mujeres con fines de explotación sexual o el de Mutilación Genital Femenina. Ambos se pueden descargar tanto desde la web del Instituto de la Mujer de Extremadura, como de la de Adhex.

El *Protocolo* cuenta con una primera parte de contextualización del problema de la violencia de género, donde se exponen conceptos, manifestaciones, tipos de violencia, etc.



Destaca el papel importante que la Atención Primaria tiene en la detección de la violencia de género, ya que la relación entre profesionales de la salud y pacientes, basada en la confianza y la necesidad de ayuda; permite que los y las profesiones dispongan de mucha información sobre la situación familiar, incluso en las facetas más íntimas. La frecuencia con la que los pacientes acuden a atención primaria convierte este recurso asistencial en uno de primordial interés para prevenir, detectar y actuar sobre la mujer que sufre maltrato.

La detección de la situación de violencia facilitará la ruptura del silencio por parte de la víctima y, por el contrario, no hablar del tema puede conllevar la cronificación del mismo.

«Para muchas mujeres los servicios sanitarios pueden ser el único lugar donde poder recibir apoyo e información, por lo que aumentan las visitas a los mismos, dispuestas a revelar el maltrato a la mínima pregunta que se les haga de forma directa. Pero difícilmente esto lo harán de forma espontánea, pues sienten miedo o vergüenza, pudiendo incluso llegar a autoinculparse».

Recoge el protocolo cuál debe ser la **actuación en atención primaria y especializada**, agrupando tales actuaciones en la **prevención y promoción** (valoración del

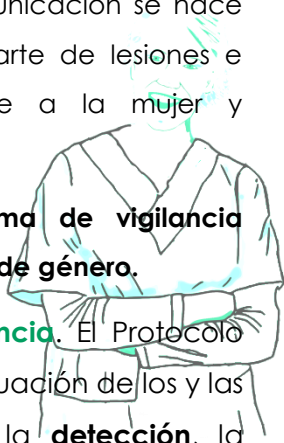
Asociación de Derechos Humanos de Extremadura

riesgo, diagnóstico precoz, educación para la salud al grupo); el registro de cada caso en el sistema JARA, ya que esto puede ser crucial a la hora de un proceso judicial. La **identificación y valoración** (valoración inicial, de riesgo y actuación judicial). **Actuación y seguimiento** que será distinta dependiendo de si la mujer reconoce o no el maltrato y de la situación de peligro.

La **actuación legal**, ya que existe la obligación legal de comunicar a la Autoridad Judicial la existencia de lesiones y la constatación de los malos tratos. Esta comunicación se hace mediante la notificación al juzgado del parte de lesiones e informe médico (informando previamente a la mujer y registrándolo en su Historia Clínica).

Y, por último, la notificación **al sistema de vigilancia epidemiológica de indicadores de violencia de género**.

La **actuación en los servicios de urgencia**. El Protocolo guía perfectamente cómo debe ser la actuación de los y las profesionales en urgencias, tanto para la **detección**, la **actuación asistencial**, la **valoración del riesgo, información y derivación** (tanto a los recursos especializados de atención en violencia de género, como a atención primaria en consulta para que hagan el seguimiento adecuado a la mujer). **La actuación legal y la notificación al sistema de**



vigilancia epidemiológica de indicadores de violencia de género.

El Protocolo de actuación sanitaria detalla la **actuación ante agresiones sexuales**, con una serie de **recomendaciones generales** que orientan para evitar una mala praxis que dificulte, a posteriori, la valoración del delito. La **actuación clínica** a llevar a cabo (recogida de muestras, procedimiento de reconocimiento, pruebas gráficas), **la atención y seguimiento, información y derivación y la notificación al Juzgado.**

La Violencia de Género es un asunto de salud pública y como tal debe ser registrado, contabilizado y analizado. El objetivo del **sistema de vigilancia de indicadores de violencia de género** es *conocer la magnitud, características y de la violencia de género, y consecuencias en la salud y en el sistema sanitario.* De esta forma se ayuda a planificar la atención sanitaria en violencia de género, conforme a la magnitud real del problema, se promueve la mejora de la calidad y la equidad en la atención en todo el territorio del Estado y se favorece el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre distintas administraciones.

Los y las profesionales del ámbito sanitario, de atención primaria, especializada y urgencias, deben disponer en consulta de la documentación complementaria (formularios

y documentos-guías) que forman parte del *Protocolo actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura* y que conforman la parte de anexos del mismo, a saber:

- Anexo I. Entrevista de cribado. Preguntas generales y específicas.
- Anexo II. Valoración de seguridad y riesgo.
- Anexo III. Ejemplos de preguntas En el caso de sospecha por información obtenida de los antecedentes y características de la paciente.
- Anexo IV. Algoritmo de actuación ante la violencia de género.
- Anexo V. Identificación de familias vulnerables para sufrir malos tratos.
- Anexo VI. Indicadores de sospecha durante la consulta.
- Anexo VII. Ejemplos de preguntas ante sospecha.
- Anexo VIII. Cuestionario para medición de malos tratos.
- Anexo IX. Modelo unificado de parte judicial de lesiones del SES.
- Anexo X. Modelo de ficha de notificación de caso.

RECURSOS DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA

Todos los recursos de la red pública de atención a las víctimas y profesionales se pueden encontrar en las webs de la **Delegación del Gobierno para la Violencia de Género** y del **Instituto de la Mujer de Extremadura**.

Señalamos algunos por su interés.

ENTIDADES PRIVADAS ESPECIALIZADAS.

Las cuatro entidades primeras además de ser especialistas en trata, trabajamos con mujeres inmigrantes.

➡ **ADHEX.** Atención jurídica y social, derivación a recursos de acogida. C/ Amberes, 10-5ª B en Cáceres y Avda. Felipe González Iglesias, 91-bajo en Puebla de Obando (Badajoz). Teléfonos: 927629370, 924109655, 686516071 y 647947234. Correo electrónico: adhex@centroderechoshumanos.com

➡ **Malvaluna.** Atención jurídica y social, derivación a recursos de acogida. C/ Anas, despachos 3 y 4; en Mérida. Tfnos.: 924318303, 651886000. Correo electrónico: malvaluna@malvaluna.org

➡ **MZC.** Mujeres en Zona de Conflicto. Atención social. C/ Miguel Arias, 13. Don Benito (Badajoz). Teléfono: 924090890.

➡ **APRAMP.** Atención social. C/ Arce, 2. Badajoz. Tfno.: 924258826. Correo electrónico: sedebadajoz@apramp.org

Asociación de Derechos Humanos de Extremadura

➔ **ACCEM.** Inmigración y refugio. C/ Argentina 1. 1º, puerta Cáceres. Tfno.: 927 20 90 79.

➔ **AUPEX:** Programas de sensibilización y participación con la población inmigrante en varios municipios extremeños. C/Vasco Núñez, nº 31 (Badajoz). Tfno.: 924 20 71 09.

➔ **AMEBENTO.** Asociación Amigos del Mundo. Dirección: Teresa Jormet, s/n. 06400 Don Benito.

➔ **CÁRITAS:** Alojamiento temporal para inmigrantes sin recursos económicos. Cáceres: C/ Doctor Fleming, nº 10. Tfno.: 927 24 12 17. Mérida-Badajoz: Avda. Antonio Masa Campos, nº 13. Tfno.: 924 23 11 72. Plasencia: Avda. de la Vera, nº 1 – 1º. Tfno.: 927 41 15 53.

➔ **CEPAIM.** Atención a Víctimas por Discriminación. Mediación Intercultural en centros Educativos. Calle Góngora, 2. Navalmoral de la Mata. Tfno.: 927 53 08 89.

➔ **FUNDACIÓN MUJERES:** Integración laboral de la mujer inmigrante en Extremadura. Calle de Francisco Paniagua, 1, Cáceres. Tfno.: 927 62 91 94

RECURSOS PÚBLICOS

➔ **016.** Teléfono de atención a víctimas de violencia de género. El servicio se ofrece en seis idiomas: castellano, catalán, gallego, vasco, inglés y francés y existe un número para personas con discapacidad auditiva: 900 116 016.

➔ **062.** Teléfono de la Guardia Civil.

➔ **091.** Teléfono de la Policía Nacional.

➔ **112.** Centro de atención de urgencias y emergencias.

➔ **Casa de la Mujer de Badajoz.** C/ Padre Tomás, 2. Badajoz. Tlfnos.: 924001924/25/26. Correo electrónico: casamujerba@juntaex.es

➔ **Casa de la Mujer de Cáceres.** Ronda de San Francisco, 9 (frente a Hospital San Pedro de Alcántara). Tlfnos.: 927010868/69/70. Correo electrónico: casamujercc@juntaex.es

➔ **Oficina de asistencia a las víctimas de Badajoz.** Avenida Antonio Masa Campos, 9. Badajoz. Tfno.: 924260783.

➔ **Oficina de asistencia a las víctimas de Cáceres.** Ronda San Francisco, s/n (Juzgados). Cáceres. Tfno.: 927620295

➔ **Oficina de asistencia a las víctimas de Mérida.** Avenida de las Comunidades, s/n. Mérida.

➔ **Oficina de asistencia a las víctimas de Plasencia.** Calle

Guía orientativa para profesionales

Juez Marino Barbero Santos, 6. Plasencia. Tfno.: 927427514

- **Programa de asesoría y atención jurídica de urgencia.**
- **Programa de atención a menores víctimas de violencia de género.**
- **Proyecto Pilar:** Atención psicológica de urgencia.
- **Puntos de Atención Psicológica.**
- **Red de Oficinas de Igualdad y Violencia de Género.**

Hay una oficina en cada Mancomunidad.

➤ **Servicio de Transporte y Acompañamiento** del Instituto de la Mujer de Extremadura.

➤ **Unidad de Violencia de Género de la Delegación del Gobierno en Badajoz.** Avda. de Huelva, 4. Badajoz. Teléfono: 924979163.

➤ **Unidad de Violencia de Género de la Delegación del Gobierno en Cáceres.** Avda. Virgen de la Montaña, 3. Cáceres. Teléfono: 927749135.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. OMS 2016.

Boletín Oficial de las Cortes Españolas. Congreso de los Diputados. 3 de agosto de 2017. Informe de la subcomisión creada en el seno de la comisión de igualdad para un pacto de Estado en materia de violencia de género.

Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas desde los servicios de Atención Primaria. Fundación CeiMigra.

Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas del África Subsahariana occidental. Fundación CeiMigra.

Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas de Europa del Este. Fundación CeiMigra

Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas del Magreb. Fundación CeiMigra.

Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas de América Latina. Fundación CeiMigra.

Claves contextuales para la detección de la violencia de género en mujeres inmigradas de China. Fundación CeiMigra.

Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Instituto Canario de Igualdad.

Informe Anual ONU-Mujeres 2016-2017.

Informes anuales 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017. Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial.

Informe mundial sobre Violencia y Salud- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2003

La teoría del ciclo de la violencia. Leonor Walter.

Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Ponencia "Violencia de género y mujer inmigrante". Uría Pelayo, Ana María. III Congreso del Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género. Asistencia Social y Recuperación Integral.

Protocolo actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura. 2016. Dirección General de Salud Pública.

Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva de 29 noviembre de 2017. Violencia contra la mujer.