



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL

Alumno/a: **Ángela M^a Esteban de Dios**

Tutor/a: **Esther López-Zafra**
Dpto: **Psicología**

Junio, 2015



ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 Justificación	4
1.2 Marco conceptual	5
1.3 Marco teórico	9
1.4 Marco legal	12
1.5 Estado de la cuestión	15
2. OBJETIVOS	18
3. METODOLOGÍA	20
4. RESULTADOS	22
5. DISCUSIÓN	29
6. CONCLUSIONES	31
7. LÍMITES DEL TRABAJO	33
8. BIBLIOGRAFÍA	34
9. NORMATIVA	38
10. ANEXOS	39
ANEXO 1: Guión de la entrevista	39
ANEXO 2: Informe del Comité de Ètica	40



RESUMEN

La violencia de género supone una de las mayores lacras sociales de nuestro país. En España, un alto número de mujeres son víctimas diariamente de este tipo de violencia. A pesar de los esfuerzos de múltiples instituciones y de los profesionales para su erradicación, no se está produciendo un cambio considerable y la violencia de género sigue siendo un problema actual. En este trabajo se investiga, a través de entrevistas en profundidad a profesionales del trabajo social en distintos ámbitos, acerca de los protocolos de actuación con los que cuentan para abordar la violencia de género y la labor de los/as trabajadores sociales ante este tipo de situaciones. A su vez, se subraya la importancia de la formación específica de los profesionales que trabajan día a día en la prevención y detección ante tal realidad.

Palabras clave: violencia de género, protocolo de actuación, trabajadores sociales, formación específica, detección y prevención.



1. INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) constituye un problema social reconocido (Ferrer & Bosch, 2000). Sin embargo, los datos sobre la incidencia de ésta señalan que no se está produciendo una respuesta adecuada para erradicarla y que son muchos los factores a tener en cuenta en distintos niveles: individual, analizando las características de agresores y víctimas; grupal, en el que se tiene en cuenta el entorno y características sociodemográficas; social, a nivel legislativo y de indicadores sociales; y societal o cultural, en el que se consideran elementos de la cultura (creencias, valores...) que influyen en los patrones de relaciones interpersonal (López, 2010).

Esta inadecuación de la respuesta puede apreciarse al observar la diferencia entre los datos del año 2005 de víctimas mortales de VG y años más tarde. En el año 2005, 57 mujeres fueron asesinadas a manos de sus maridos, ex maridos, parejas, etc., y en el año 2014, 54 perdieron la vida del mismo modo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015). El progreso en esta última década, como puede apreciarse, ha sido mínimo.

Actualmente, son muchos los profesionales que luchan cada día por reducir la brecha de género y mejorar la situación de las mujeres en España, pero aun así, el esfuerzo está resultando insuficiente. En lo que va de año, a fecha de 20 de Mayo de 2015, 13 mujeres han sido asesinadas por VG en España. De este modo, el abordaje efectivo de la VG se convierte en una prioridad de nuestro país. Para ello, es necesario investigar los protocolos de actuación en VG, profundizar en los factores y aspectos que influyen en la misma y sensibilizar y formar a la población ante este tema. Este análisis debe ser multidisciplinar, teniendo en cuenta a todos los agentes implicados, entre ellos, el papel de los/as trabajadores sociales, el cual resulta fundamental en el abordaje de la VG.

1.1 JUSTIFICACIÓN

En el presente trabajo se subraya la importancia del profesional del trabajo social como agente de detección de la VG, así como de su prevención. Por ello, se destaca la necesidad de que dichos profesionales así como expertos de otras disciplinas, tengan



formación específica en materia de VG, para que ambos sean capaces de trabajar coordinadamente como establece la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en España.

Teniendo en cuenta lo anterior, la finalidad de esta investigación es conocer los protocolos de actuación ante la VG en distintos ámbitos (sanitario, servicios sociales, dependencia, Instituto Andaluz de la Mujer,...) y la interpretación que los/as trabajadores sociales hacen de estos documentos. Además, consideramos de especial relevancia las opiniones y propuestas de mejora de los profesionales acerca de los mismos puesto que son estos quienes trabajan diariamente con las víctimas. Todo ello con el fin de prosperar y avanzar en la detección y actuación ante el maltrato contra la mujer.

1.2 MARCO CONCEPTUAL

La VG es un problema extendido mundialmente, que afecta a numerosas culturas y que se desarrolla de forma diferente en cada contexto, trascendiendo límites de edad, socioeconómicos, de educación y geográficos (López-Núñez, 2013). Esta lacra social “comprende no sólo la violencia de un hombre contra una mujer en una relación afectiva, sino también todas las acciones sociales, culturales e individuales que atentan contra el bienestar, la salud y los derechos de las mujeres y que se desarrollan contra éstas por el mero hecho de ser mujeres” (Barroso, 2010, pág. 116).

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2000), se entiende por Violencia contra la mujer “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada” (pág. 51).

De esta definición se destaca su referencia al factor riesgo que, en este caso, no es otro que ser mujer. Además se deduce, a partir de la significación de violencia basada en el género, que su objetivo es perpetuar la subordinación de la mujer al hombre (Fundación Mujeres, 2007).



El uso de este término es relativamente nuevo. Comenzó a consolidarse a partir de la década de los noventa gracias a actuaciones como la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, la Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer en el mismo año, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994) o la Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing (1995). A partir de estos sucesos y de su definición, la VG ha sido reconocida internacionalmente como problema social (Maqueda, 2006).

Existen múltiples definiciones a nivel social que ahondan en el origen y finalidad de la VG. Según la LO 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, la VG es aquella que “(...) se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión”.

Siguiendo a López (2010), la VG se entiende como un proceso de control y sumisión que persigue la perpetuación de la situación de sometimiento, manteniendo los estereotipos y roles de género que han caracterizado las relaciones de pareja tradicionalmente.

Maqueda (2006) la define como una estrategia de dominación “consecuencia de una situación de discriminación intemporal que tiene su origen en una estructura social de naturaleza patriarcal” (pág. 2). Este fenómeno, individual y social, pretende que la mujer, asumiendo la labor que corresponde al género femenino, adopte el papel de sumisa y se encuentre subordinada con respecto al hombre.

El género es una construcción social mediante la cual se adjudican simbólicamente las expectativas y valores que cada cultura atribuye a hombres y mujeres. En concordancia a dicho aprendizaje social, hombres y mujeres se comportan y adoptan funciones y roles que les han sido asignados bajo la etiqueta del género. Estos componentes culturales, arraigados en el patriarcado, que definen las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, son el origen de la VG (Maqueda, 2006).

En ocasiones, el concepto de VG se confunde con otros conceptos como violencia intrafamiliar o doméstica. Estas expresiones son menos adecuadas porque se limitan a



informar del lugar en el que se produce la situación de violencia y no especifican datos tan esenciales como quién es la víctima, quién el agresor, cuál es el objetivo y la causa de este tipo de situaciones. Dentro de estas dos expresiones, se enmarcaría la violencia entre cónyuges, pero también la agresión a menores, mayores, o cualquier miembro del núcleo familiar (Comisión Europea encargada de la igualdad de oportunidades, 1999; Fundación Mujeres, 2007).

Esta divagación terminológica entre VG y violencia doméstica no es más que una forma de evitar reconocer que el maltrato a la mujer no constituye un tipo más de violencia neutral, sino que se trata de una violencia instrumental cuyo objetivo es perpetuar la discriminación entre hombres y mujeres, situando a éstas últimas en la más baja escala de la estructura social (Maqueda, 2006). Además, el uso de conceptos como doméstica o familiar refuerzan la concepción de un asunto de índole privado que pertenece a la familia y a la intimidad del hogar (Ferrer & Bosch, 2000). Esta consideración de privacidad de la VG dificulta la visualización o intervención ante una situación de este tipo, suponiendo así uno de los prejuicios culturales que en mayor medida han obstaculizado su persecución (Maqueda, 2006).

En nuestro caso, para hacer referencia a esta realidad, además de VG, hablamos de violencia machista o violencia contra la mujer. Ambos conceptos se ajustan a la situación de inferioridad que sufre el sexo femenino en la VG, dejando claro que ésta es un tipo de violencia especial “consecuencia de la discriminación y del desequilibrio de poder entre hombres y mujeres en la sociedad” (Fundación Mujeres, 2007).

La perpetuación de esta situación de discriminación, basada en premisas biológicas y sociales originadas culturalmente, se asienta en el sistema patriarcal, firmemente arraigado en nuestro país. La *familia* es la institución de socialización primaria que comienza transmitiendo dichos comportamientos patriarcales, estableciendo diferencias sexuales que sitúan al hombre en una posición superior. En este sentido, la historia y la religión han influido notablemente en la asignación de posiciones sociales distintas para hombres y mujeres (Alberdi & Rojas, 2005; Asociación Mujeres para la Salud, 2012).

Además, la educación y la cultura fomentan la desvalorización de la mujer. Así,



“los hombres no se considerarían con derecho a maltratar a sus compañeras si la sociedad no les hubiera convencido de que éstas son una cosa de su propiedad, seres claramente inferiores. Y las mujeres no se dejarían maltratar si no hubieran sido socializadas para ser seres dependientes: esposas (medias naranjas), madres (sólo madres) y amas de casa (al servicio de los suyos)” (tomado de Asociación Mujeres para la Salud, 2012).

Por lo que esta fuerte diferenciación de roles de género es el elemento central del sexismo, que refleja de manera individual patrones o esquemas sociales transmitidos a lo largo del tiempo (Asociación Mujeres para la Salud, 2012).

La base sobre la que se fundamenta el sexismo son los estereotipos. Diversos estudios han corroborado que existen dos dimensiones distintas que delimitan qué es lo masculino y qué es lo femenino. Lo masculino se asocia a la dimensión de instrumentalidad, la cual tiene que ver con la autorrealización, el control y el dominio; mientras que lo femenino es asociado con la dimensión afectiva, primando los sentimientos y el afecto por encima de cualquier otro aspecto (López, 2010). Una actitud sexista implica discriminación y violencia hacia el otro género (Álvarez, Jaén, & Marzo, 2015).

La violencia es una forma de ejercer poder mediante el empleo de la fuerza e implica necesariamente la existencia de una persona que se encuentra en posición superior respecto a otra (Álvarez, Jaén, & Marzo, 2015). Concretamente, en la VG, es la posición hegemónica del varón quien garantiza la continuidad de esta relación de superioridad, en la cual se utiliza el recurso de la violencia como un medio para asegurar el dominio por parte del hombre en todos los escenarios de la vida social. Por lo tanto, no debe menospreciarse el carácter instrumental de la violencia para garantizar la sumisión (Maqueda, 2006). A esto se añade una particularidad que diferencia a esta forma de violencia de otras formas de agresión: la víctima mantiene o ha mantenido una relación afectiva importante con su agresor (López, 2010).

Otra característica fundamental de la VG es la pervivencia en el tiempo (García, 2010). En el 40% de los casos, la VG suele alargarse hasta más de los 10 años, con una diferenciación entre el maltrato psicológico y el físico, siendo aún de mayor duración en este último (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 1997). La tolerancia a este tipo de



situaciones se explica por razones económicas (dependencia), sociales (importancia de la cultura del honor y la opinión de los demás) y familiares (protección de los hijos) (Echeburúa & Corral, 1998).

Un factor que afecta al mantenimiento de la relación violenta está relacionado con el control de recursos. Incluso en los países más desarrollados en los que la brecha en el terreno laboral se ha ido reduciendo, se mantienen diferencias salariales en el mismo empleo. Esta diferencia de recursos se acentúa en las clases más bajas, haciendo que la mujer se convierta en una persona totalmente dependiente del hombre, ya que no pueden sostener los gastos familiares sin el apoyo de su pareja (López, 2010). La dependencia económica, emocional o de recursos aumenta el poder de los hombres sobre las mujeres y el riesgo de que éstas sufran violencia. A su vez, la VG reduce la participación de las mujeres en la vida social lo que retroalimenta su situación de inferioridad y desigualdad (Alberdi & Rojas, 2005).

1.3 MARCO TEÓRICO

La violencia de género es un fenómeno complejo que ha sido abordado por diferentes puntos de vista. La multitud de factores que influyen en él convierten la aproximación teórica al mismo en un hecho difícil. Estos factores pueden distinguirse en individuales, grupales y societales, confluyendo todos ellos en el marco de las relaciones interpersonales, concretamente, en las relaciones de pareja (López, 2010).

Tradicionalmente, la visión de VG ha sido individualista. Se trataba de un problema particular y propio en el que no confluía otro tipo de variable que la propia persona. Actualmente, la mayoría de investigadores coinciden en considerar a la VG como un problema originado por diversos factores.

En cuanto a las variables individuales, se observa que no hay un perfil claro del maltratador. Los últimos datos demuestran que la VG está presente en todos los ámbitos, en todas las clases sociales, en todas las etnias, etc. En relación a las víctimas ocurre el mismo fenómeno. No existe un perfil definido de la misma puesto que es una situación en la que puede encontrarse cualquier persona. A pesar de ello, pueden establecerse algunas variables sociodemográficas asociadas al maltratador o a la víctima por ser características



que un número considerable de personas implicadas en la VG han presentado (Berrios, 2010).

Una de las investigaciones que se centran en el estudio de estas variables es la realizada por Fernández-Montalvo y Echeburúa (2005). Según ésta, el perfil del *agresor* es una persona divorciada, de mediana edad (40 años), con un nivel educativo primario y con un nivel socioeconómico medio-bajo. Si bien es cierto, que en los últimos años, la figura del maltratador ha cambiado. Los casos de VG en menores de 25 años y mayores de 65 han aumentado, y continúan haciéndolo. A su vez, el número de agresores titulados y de nivel de ingresos elevados ha experimentado también un crecimiento sucesivo (Berrios, 2010).

En cuanto a las variables sociodemográficas asociadas a la *víctima*, pueden detallarse algunas características según las mujeres que recurren a la policía o a Servicios Sociales para denunciar su caso. Según la Asociación de Ayuda a las Mujeres Maltratadas (2009) el perfil de víctima de VG es una mujer casada, de entre 26 y 40 años, ama de casa o desempleada, y con estudios primarios.

En relación a las variables personales, los *agresores* suelen presentar una serie de creencias negativas relacionadas con dos aspectos. La primera, con los roles sexuales y la inferioridad de la mujer. La segunda, con la legitimación de la violencia como forma de resolver conflictos. Estas creencias de supremacía de los hombres pueden suponer un aumento del impulso a hacer daño. A su vez, hay una serie de creencias generales compartidas con parte de la población que invisibilizan o diluyen la problemática de la VG como “*también hay hombres maltratados por sus mujeres*” o “*las drogas y el alcohol son los responsables de estas situaciones*”. A estas creencias, se une la utilización de estrategias de afrontamiento o sesgos cognitivos con el fin de eludir la responsabilidad. Destacan la negación, minimización o desviación del problema y la atribución del conflicto a la pareja. En cuanto al comportamiento, se caracterizan por la pasividad y la falta de habilidades sociales. No poseen estrategias para solucionar problemas lo que conlleva a la imposibilidad de los mismos para canalizar los conflictos de un modo adecuado (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 1997).

Entre las variables personales de las *víctimas* también destacan la utilización de estrategias de minimización del problema, los sesgos cognitivos o las creencias sociales. La autorresponsabilidad y autoculpabilidad son actitudes frecuentes en mujeres víctimas de



VG. A lo que se une la baja autoestima, el miedo o la resignación ante tal situación (García, 2010). En cuanto al comportamiento se distinguen dos perfiles distintos. Algunas se caracterizan por escasas habilidades sociales, dificultades para solucionar problemas y conductas sumisas y pasivas, frente otras que muestran capacidad de responsabilidad en la familia, aprendizaje rápido y confianza en sus parejas (Echeburúa & Corral, Manual de violencia familiar, 1998).

En relación a las variables grupales, los problemas familiares en la infancia, el consumo de alcohol y drogas o el desempleo son aspectos que inciden en la VG.

El hecho de haber sido testigo en la infancia de situaciones de violencia en la familia favorece el riesgo de convertirse en maltratador. Esta no es una situación que ocurra siempre, pero si refuerza la posibilidad de que aparezca una situación de VG. Aunque, por otra parte, hay un número amplio de hombres que sufrieron esta exposición, y como consecuencia, no demuestran conductas violentas con sus mujeres (Johnson, 1996; citado por Berrios, 2010). En un estudio anterior realizado por Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) sobre variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar, entre un 36-38% de los agresores observados provenían de familias en las que había existido violencia, lo que supone el aprendizaje del uso de ésta como medio lícito o aceptable de resolución de conflicto.

Las sustancias alcohólicas, en la VG, actúan como un desinhibidor moral para el agresor. Esto no significa que el abuso del alcohol explique la presencia de conductas violentas, puesto que éstas no se intensifican sobre otras personas, sino que se dan sobre la mujer, lo que supone que el origen del problema no sea el alcohol, sino el ejercicio del poder que el hombre cree que tiene sobre la mujer. En relación a las drogas, no pueden establecerse como efecto de la misma las conductas agresivas, puesto que dependiendo del tipo de sustancia las consecuencias son diversas (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 2000).

En cuanto al desempleo, puede considerarse un factor favorecedor de la aparición de conductas agresivas ya que estar en paro supone una situación de estrés que posibilita las reacciones agresivas (Berrios, 2010).



Al abordar las variables sociales, es importante resaltar el papel que la Cultura del Honor (CH) ejerce sobre la VG. Se entiende por CH la predisposición a reaccionar emocionalmente con violencia como forma de defender algo propio (Cohen, 1996). Las leyes, la historia y las políticas sociales han originado y perpetuado normas culturales que legitiman el uso de la violencia para proteger la propiedad. En este caso, en el sistema patriarcal, la mujer sería considerada la propiedad del hombre (Cohen, Nisbett, Bowdle, & Schwarz, 1996).

Diferentes trabajos sobre este concepto ponen de manifiesto cómo el honor influye en que la reacción ante una posible ofensa sea diferente según los valores culturales. Así, las culturas que enfatizan la lealtad y sacrificio femenino frente al honor masculino, pueden reforzar la violencia en la relación indirectamente y recompensar la sumisión de las mujeres (López-Zafra, 2008).

A su vez, la VG se relaciona con la identidad de género. De modo que al autoclasificarse la persona como hombre o mujer asume los roles que según la cultura conlleva ser miembro de ese género. De hecho se produce una estrecha relación entre la cultura del honor y la masculinidad (López-Zafra, 2008). Así, las relaciones de poder son diferentes dependiendo de los valores culturales, estando masculinizadas en aquellas sociedades patriarcales, y más igualitarias en las feminizadas (López-Zafra, 2000).

La reducción de este problema social pasa así, por la necesidad de tener en cuenta distintos factores, incluido el legal para que los profesionales puedan aplicar las medidas oportunas de forma eficaz desde su ámbito competencial.

1.4 MARCO LEGAL

El derecho regula las relaciones de poder y la consideración que la sociedad hace de ellas. La forma en la que hombres y mujeres se relacionan y sus respectivas posiciones dentro de la vida familiar se retractan en la legislación (Alberdi & Matas, 2002). Para analizar la evolución legislativa de nuestro país en materia de VG, nos basaremos principalmente, a lo largo de este apartado, en la revisión legal de Cano y Contreras (2010).



La posición que la mujer ha tenido en la sociedad española puede analizarse a través de las leyes. Éstas demuestran cómo ha evolucionado su situación en relación a la autonomía y libertad. Su inferioridad social se plasma en las leyes españolas hasta la transición democrática. Hasta este momento, el *ius corrigendi*, derecho del hombre a castigar a la mujer, pervive en nuestro país. La mujer pasa de la posesión del padre a la del marido. No se consideran personas de pleno derecho por ser inferiores (Alberdi & Matas, 2002; Alberdi & Rojas, 2005).

Con el desarrollo de la Constitución de 1978, cambia el marco jurídico español. En él se reconoce expresamente la igualdad legal entre hombres y mujeres. A su vez, se incluyen principios como el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art.15 CE), el derecho del hombre y de la mujer a contraer matrimonio con plena igualdad jurídica (art. 32 CE), etc. Además, se introducen sucesivas reformas en el Código Penal, que se han ido endureciendo a medida que la sociedad española ha ido adquiriendo conciencia del fenómeno de la VG (Alberdi & Rojas, 2005). El sometimiento de la mujer a la autoridad masculina es una realidad legal en todos los códigos penales hasta el de 1983, en los cuales la relación conyugal era considerada un atenuante en los malos tratos del hombre a la mujer (Alberdi & Matas, 2002).

El delito de Violencia Doméstica aparece recogido por primera vez en la legislación penal española en el art. 425 del Código Penal de 1989, haciendo referencia a “violencia física sobre su cónyuge o persona a la que estuviese unido por análoga relación de afectividad, así como sobre los hijos”. En el Código Penal de 1995, se endurecen las penas para este mismo delito. En 1999, con el asesinato de Ana Orantes se pone de manifiesto el problema social de malos tratos en España. Este suceso fue el detonante para una nueva reforma en el Código Penal, en la cual se incide en la protección a las víctimas. Además, se incluye el maltrato psíquico y se extiende la Violencia Doméstica en casos en los que la pareja ya no conviva (Cano & Contreras, 2010).

Años más tarde, la Ley Orgánica 11/2003, de 20 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros modificó el Código Penal y el Código Civil, introduciendo la variable de “análoga relación de afectividad aún sin convivencia” para el delito de violencia doméstica habitual e incluyendo como agravantes a los que se le aplica penas más severas la presencia de menores durante los actos de violencia, el uso de armas, que tenga lugar en el



domicilio común o de la víctima, o que se realice quebrantando una pena o medida cautelar de alejamiento (Cano & Contreras, 2010). Este mismo año, se introduce la orden de protección de las víctimas de violencia doméstica, una importante medida que responde a la necesidad de protección de las víctimas, teniendo en cuenta aspectos penales, civiles y sociales (Schmal & Camps, 2008).

A pesar de todas estas modificaciones, el cambio legal en materia de VG es un proceso complejo que aún sigue en desarrollo (Cano & Contreras, 2010). La máxima expresión y reconocimiento de ésta como problema social se plasma en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, aprobada tras años de lucha del movimiento feminista.

La otorgación de Ley Integral supone, por un lado, avalar el cambio social puesto que ésta es un instrumento de garantía, y, por otro, simbolizar la importancia social de apoyar a las mujeres y combatir un problema cuya raíz es la diferencia de género (Alberdi & Rojas, 2005). A su vez, el carácter integral se manifiesta en la coordinación de todos los sectores implicados (sanitario, asistencial, policial, educativo, judicial, etc.) con el fin de lograr una verdadera recuperación y protección de las mujeres, reconociendo derechos como la información, la asistencia jurídica o el apoyo económico (Schmal & Camps, 2008).

Además, dicha ley hace hincapié en la importancia de la socialización y la educación como medidas de prevención de la VG, estableciendo acciones de sensibilización e intervención en el ámbito educativo (Schmal & Camps, 2008).

A nivel autonómico, han sido promulgadas diversas leyes que abordan la problemática de la VG, unas antes de la Ley Integral y otras con posterioridad. Concretamente, en Andalucía, la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía ya asume un compromiso en la erradicación de la VG y en la protección a las mujeres al establecer en su art. 16 el derecho a la protección integral de las mujeres, incluyendo medidas preventivas, medidas asistenciales y ayudas públicas.

Este artículo se desarrolla y complementa en la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género de la Junta



de Andalucía. Ésta recoge medidas en todos los ámbitos en los que la Administración autonómica tiene competencias (salud, educación, ámbito laboral y socioeconómico.), proporciona instrumentos para la prevención y sensibilización de la población ante dicha problemática y articula medidas de protección, atención y recuperación integral de las mujeres.

En su art. 58 recoge la creación de la Comisión Institucional de Andalucía de coordinación y seguimiento de acciones para la erradicación de la Violencia de Género. En la cual participan miembros de todas las Consejerías que compongan el Gobierno, representantes de las entidades locales y de las asociaciones de mujeres. Su funcionamiento está regulado en el Decreto 72/2009, de 31 de marzo.

Por otro lado, el Decreto 122/2008, de 29 de abril, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, recoge la incorporación de un nuevo órgano a la estructura orgánica de la Consejería, la Dirección General de Violencia de Género. Su función es gestionar y coordinar los recursos y actuaciones de los departamentos de la Junta de Andalucía, a la vez que propiciar la acción coordinada de todos los agentes e instituciones implicadas en la lucha contra la VG en la comunidad autónoma. En este ámbito, los/as trabajadores sociales deben ejercer su función como agentes de cambio y de actuación. Además, deben ser colaboradores y facilitadores de coordinación, cooperación y relación interinstitucional, estableciendo sinergias que posibiliten una lucha integral contra la VG.

1.5 ESTADO DE LA CUESTIÓN

A partir de su reconocimiento legal, la VG ha adquirido la categoría de problema social, resaltando la LO 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la VG que “(...) no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad”.

Esta inclusión de la VG en las leyes de nuestro país supuso el inicio de sucesivos Planes de Acción en los cuales se proyectan y organizan una serie de medidas a seguir por los distintos ministerios e instituciones, tanto privadas como públicas, para erradicar la lacra del maltrato a la mujer. En ese sentido, se proponen varios planes que permiten



establecer protocolos de actuación. El primer plan (1998-2000) originó un gran avance en este campo, ya que, a partir de éste, y de las medidas llevadas a cabo en el ámbito sanitario, tuvo lugar la elaboración del primer protocolo español ante la VG, centrado en la atención de víctimas de violencia en atención primaria (Alberdi & Matas, 2002).

En el segundo plan (2001-2004) se intensifican las acciones formativas y sensibilizadoras dirigidas a todo tipo de profesional: sanitario, cuerpos de seguridad, profesorado, trabajadores de servicios sociales y de órganos judiciales, etc. Durante todos estos avances, destaca la labor del Instituto de la Mujer (IAM) en la coordinación de la Administración central con las comunidades autónomas, la Federación de Municipios y Provincias y las Organizaciones No Gubernamentales en la lucha contra los malos tratos (Alberdi & Matas, 2002).

A nivel autonómico, en Andalucía, se aprobaron planes de acción que respondían a las directrices de los organismos internacionales y nacionales. Dicha comunidad autónoma ha constituido un referente en lo que se refiere a políticas de igualdad entre mujeres y hombres y en la lucha contra la VG. El desarrollo del Procedimiento de Coordinación para la Atención a las Mujeres Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales en 1998 como respuesta a una de las medidas previstas por el Plan de Actuación del Gobierno Andaluz para Avanzar en la Erradicación de la Violencia Contra la Mujeres supuso la creación del primer protocolo de actuación en VG en Andalucía. En él se exponen las pautas de actuación ante situaciones de este tipo en centros sanitarios, juzgados de guardia, policía, guardia civil, servicios sociales comunitarios y red de servicios de información a la mujer (Instituto Andaluz de la Mujer, 2003).

En la actualidad, los protocolos vigentes son los que se crearon originariamente, pero actualizados en base a las reformas legales. En Andalucía, el Procedimiento de Coordinación para la Atención a la Mujeres Víctima de Malos Tratos y Agresiones Sexuales de 1998, actualizado en base a la Ley 27/2003 de Orden de Protección a las víctimas de la violencia doméstica, sigue siendo la guía básica de actuación en materia de VG para los profesionales (Instituto Andaluz de la Mujer, 2003).

En 2006, tras la aprobación en 2004 de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la VG, se aprobó el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la VG. A partir del mismo, cada comunidad autónoma adaptó un protocolo específico para su territorio. En



Andalucía, se desarrolló, en 2008, el Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG, guía de actuación específica orientada al ámbito de salud (Observatorio de Violencia contra las Mujeres; Red andaluza de formación contra el Maltrato a las Mujeres, 2008).

En el desarrollo, implementación y gestión de dichos protocolos y en la detección y prevención de la VG, el trabajo social tiene una labor relevante. Actualmente, la socialización preventiva de la VG es un campo de trabajo fundamental y prioritario para el trabajo social comunitario, especialmente entre jóvenes y adolescentes, entre los cuales, en los últimos años, la violencia se ha convertido en una forma legítima de afrontar los conflictos (Elboj & Ruíz, 2010).

En cuanto a prevención y detección precoz, es necesario que los profesionales estén formados específicamente en VG. A pesar de presentar una sensibilización mayor con respecto a las problemáticas sociales, los/as trabajadores sociales, al igual que el resto de españoles, se han socializado en un país predominado por la jerarquía masculina y el patriarcado. Ello los sitúa en un punto de partida complejo para modificar sus propios modelos de atracción y llegar a comprender íntegramente el fenómeno de la VG con el fin de detectar las situaciones más complejas y sutiles (Elboj & Ruíz, 2010).

A pesar de todos estos esfuerzos, la situación actual de la problemática sigue siendo preocupante en Andalucía. La destacable labor de formación y sensibilización que se ejerce desde la Consejería andaluza de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, el IAM y la Red FORMMA (Red Andaluza de Formación Contra el Maltrato a las Mujeres) ha conseguido visibilizar el fenómeno de la VG, pero, no ha conseguido disminuir de un modo significativo la cifra de víctimas, que sigue siendo alarmante. Del total de víctimas mortales en España en lo que va de año, 3 pertenecían a la comunidad andaluza, lo que supone un 23,1% de la totalidad (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Uno de los elementos a analizar para comprender qué puede estar dificultando el avance en dicha materia es el estado y adecuación de los protocolos actuales y sus debilidades y fortalezas. A su vez, es necesario investigar el modo en que los profesionales los aplican, con el fin de mejorar la detección preventiva así como reducir los casos de VG.



2. OBJETIVOS

El objetivo general de esta investigación ha sido analizar el abordaje de la VG por parte de los/as trabajadores sociales en distintos ámbitos (sanitario, servicios sociales, dependencia, IAM,...). Para ello, se han establecido los siguientes objetivos específicos.

- Conocer quién detecta en cada ámbito la posible situación de VG, qué tipo de señales se tienen en cuenta y con qué frecuencia se activan protocolos.
- Indagar sobre los protocolos establecidos por las instituciones y su cumplimiento, así como si todo el centro sigue el mismo protocolo.
- Investigar la opinión profesional de los/as trabajadores sociales acerca del funcionamiento de los protocolos de actuación de VG actuales.
- Indagar en la sensibilización y formación de los profesionales (auxiliares administrativos, psicólogos, enfermeros, médicos, etc.) de cada ámbito en materia de VG.

A partir de estos objetivos, establecemos tres hipótesis de trabajo:

Hipótesis 1. En la detección de VG están implicados todos los profesionales del centro.

Consideramos que no solo los/as trabajadores sociales deben activar este tipo de casos por tratarse de un trabajo multidisciplinar. Sin embargo, sí que deben conocer y activar los protocolos. Incluso consideramos que es más probable que sean estas/os profesionales quienes lo activen cuando reciban información sobre la situación familiar de parte de otros profesionales (enfermeros, auxiliares, psicólogos, etc.).

Hipótesis 2. Los/as trabajadores sociales conocen cual es el protocolo establecido así como las pautas de actuación y tienen formación específica en VG.

Puesto que una de sus funciones es conocer la situación social de las usuarias creemos que los protocolos deben ser bien conocidos y tener formación específica sobre VG. Sin embargo, no tenemos muy claro que esto se produzca en todos los casos por lo



que habría que ver si es necesario incrementar los esfuerzos en formación específica de estos profesionales.

Hipótesis 3. Los/as trabajadores sociales manifestarán puntos fuertes y débiles de los protocolos.

Puesto que son las personas que directamente pueden detectar o recibir información sobre situaciones de VG, no solo deben conocer los protocolos, sino que, derivado de su experiencia, tendrán ideas claras sobre posibles defectos y mejoras del protocolo. En concreto, creemos que los protocolos pueden mejorarse activamente y esperamos que los profesionales nos ayuden a comprender las claves de estas mejoras.



3. METODOLOGÍA

Esta investigación, orientada a conocer en profundidad los procedimientos con los que se afronta la VG desde la profesión del Trabajo Social, es de tipo inductivo, ya que se intenta ordenar la observación e información obtenida a través de 5 entrevistas, tratando de extraer conclusiones de carácter universal en relación a la VG desde la acumulación de datos particulares. Se va de lo particular a lo general con el fin de refutar las hipótesis recogidas en el apartado anterior (véase Objetivos), pero éstas no pueden confirmarse ni negarse, sino ajustarse más o menos a la realidad. Para ello se parte de las preguntas de la entrevista con el objetivo de ver si el razonamiento de partida es lógico y se apoya mediante los argumentos de éstas (Barroso, 2011). Se trata de una investigación social orientada a comprender y explicar la realidad social del procedimiento y tratamiento que los profesionales realizan ante la VG.

La metodología empleada tiene un enfoque cualitativo tratando de identificar la naturaleza profunda de la realidad ante la VG, su sistema de relaciones, su estructura dinámica y cambiante, etc. En este método, se pretende analizar e interpretar los fenómenos a partir del discurso. No pretende generalizarse, sino ofrecer una visión amplia sobre el abordaje que hacen los/as trabajadores sociales ante la VG. Se trata de un estudio no experimental, ya que no se construye ninguna situación, sino que se observan ya existentes, tal y como se presentan en la realidad.

En concordancia con los objetivos establecidos, se lleva a cabo una investigación social utilizando como instrumento el guión de una entrevista abierta semiestructurada, con el fin de suscitar el discurso de los entrevistados en condiciones controladas y obtener la mayor cantidad de información. En el anexo 1, se encuentra el guión de la entrevista.

El *procedimiento de elaboración* ha sido el siguiente. En primer lugar, se realizaron profundas lecturas acerca de la problemática social de la VG y su abordaje en nuestro país. Después, tras solicitar el permiso a la Comisión de Ética, se elaboró un esquema de categorías de análisis, en el cual se recogían los principales ejes temáticos a tratar y analizar: detección de VG, protocolo establecido y seguimiento del mismo, formación de los profesionales, etc. Tras ello, se fueron creando preguntas en relación a todas estas las categorías señaladas en la etapa anterior y se organizaron siguiendo el precepto científico de “de lo general a lo particular”. Además de estos aspectos, en la elaboración de las



preguntas, se ha tenido en cuenta que éstas sean lo más breve y escuetas posible. Una vez que se contaba con un amplio número de posibles preguntas, se discutieron por parte de la alumna y tutora, para ver su carácter específico, el abordaje de los objetivos y la repetición de ideas. De esta discusión se extrajeron, 8 preguntas que abordan los objetivos y que ofrecen un margen suficiente para que las profesionales puedan desarrollar su discurso.

La *muestra* de este estudio está compuesta por 5 profesionales. Los criterios de participación y elección de las participantes fueron: primero, que fuesen trabajadores/as sociales; segundo, que ejercieran su profesión en diferentes ámbitos en los que puedan llegar casos de VG, para aumentar así la calidad y variedad de la información recogida; y tercero, la disponibilidad de las participantes, por lo que la muestra final ha sido incidental. De modo que los participantes han sido:

- Entrevistada 1 (E1): Trabajadora Social del área de Dependencia de la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Jaén.
- Entrevistada 2 (E2): Actualmente profesora de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Jaén. Anteriormente, Trabajadora Social de un centro de salud de Jaén.
- Entrevistada 3 (E3): Trabajadora Social del Complejo Hospitalario de Jaén.
- Entrevistada 4 (E4): Trabajadora Social de un Centro de Servicios Sociales Comunitarios de Jaén.
- Entrevistada 5 (E5): Trabajadora Social del IAM

Las entrevistas se realizaron en sus lugares de trabajo con una duración media de una hora y media.



4. RESULTADOS

Para dar a conocer los resultados de la manera más comprensiva posible se analizarán en función de los objetivos e hipótesis marcados.

Para abordar el *primer objetivo*, en el que queríamos conocer quién detecta la posible situación de VG, qué tipo de señales se tienen en cuenta y con qué frecuencia se activan protocolos, incluimos en la entrevista las preguntas 1,2 y 6.

Al preguntarle quién detecta la situación de VG, las respuestas son muy diversas. Según la E1, en el área de Dependencia, los casos siempre vienen derivados por Servicios Sociales Comunitarios. En el ámbito sanitario (E2 y E3), afirman que la detección de la situación puede provenir de cualquier profesional del centro, pero, desde el Complejo Hospitalario, (E3), la mayoría de las veces suele ser detectado en el servicio de urgencias. En el caso de los Servicios Sociales Comunitarios (E4), suelen detectarse en el Servicio de Atención, Valoración y Asesoramiento por parte del trabajador/a social, aunque en ocasiones también lo detecta el educador/a social. En el IAM (E5), el departamento que detecta la VG es el de Información, ya que éste constituye el primer espacio de atención para las mujeres.

En cuanto a las señales que se tienen en cuenta para activar protocolos, 4 de las 5 entrevistadas (E2, E3, E4 y E5) coinciden en sus respuestas. Según éstas, las señales que se detectan con mayor facilidad son las físicas por su visibilidad, pero también se detectan señales no visibles y más difíciles de apreciar como por ejemplo *“cuando una mujer tiene malestares inespecíficos constantemente se le pregunta a que pueden ser debidos o cómo están las situaciones en casa”* (E2). También se atienden como señales sus declaraciones e informaciones, *“muchas de ellas se sienten angustiadas, deprimidas, paralizadas, pero no se sienten víctimas, tienes que ir entresacando información y haciendo preguntas que le hagan analizar su situación como ¿su marido prioriza sus gastos personales antes que los gastos de la casa?”* (E4). *“Puede ser una frase, una palabra o incluso nada, un indicio es que no cuenten nada y se queden calladas durante toda la entrevista”* (E5). Todas éstas coinciden también en la importancia de la relación de confianza entre el profesional y la persona que acude.



La respuesta de E1 difiere de todas las demás. Según ésta, el indicador que se tiene en cuenta en el área de Dependencia es la relación de parentesco entre el dependiente y su cuidador. La problemática de la VG viene derivada y debe estar siendo atendida y tratada desde Servicios Sociales por lo que lo único que refleja el informe son los apoyos sociales que tiene la persona, si tiene hijos u otros familiares que puedan ser los nuevos cuidadores de ésta.

En cuanto a la frecuencia con la que llegan casos de VG, las respuestas han sido muy diversas, dependiendo del área profesional en el que se encontrasen. En el área de Dependencia, según la E1, la detección de casos de VG es muy baja. Además, cuando los casos llegan, ya están detectados por Servicios Sociales que son quienes se encargan realmente de la problemática. *“Nosotros lo único que podemos hacer es agilizar el proceso. La intervención no es nuestra competencia”*. En cuanto a la frecuencia, añade que en los últimos años se ha mantenido más o menos igual, no ha variado mucho. Desde el Complejo Hospitalario, la E3 señala que la asiduidad con la que llegan casos de VG es variable y no hay una frecuencia exacta, pero si hay muchas épocas en las que aumentan, especialmente en la etapa vacacional tanto en verano como en navidad y en la postvacacional. En Servicios Sociales Comunitarios, según la E4, hay pocos casos que se detecten directamente, ya que la mayoría provienen derivados del Instituto Andaluz de la Mujer. Además, añade que la frecuencia con la que aparece se mantiene más o menos igual. Desde el IAM, la E5 señala que en su centro todo lo que se detecta es VG, *“es lo que vemos cada día”* añade. Desde su punto de vista, el tema económico ha influido en que las personas dejen de informarse y pidan ayuda, pero cree que el problema está aumentando, especialmente entre los jóvenes donde pueden observarse relaciones controladoras y violentas. Con la E2 se omitió dicha pregunta puesto que actualmente no sigue trabajando en el centro de salud y no tendría una visión actual sobre la frecuencia con la que aparecen situaciones de VG.

Para proyectar el *segundo objetivo*, en el cual pretendíamos indagar sobre los protocolos establecidos por las instituciones y su cumplimiento se incluyeron las preguntas 3 y 4.

Según todas las entrevistadas, todos los profesionales del centro en el que se encuentran siguen el mismo protocolo de actuación ante casos de VG. En cuanto al



protocolo establecido difiere según la institución, puesto que cada centro actúa de un modo muy concreto y específico.

Según E1, el protocolo de Dependencia *“sólo contempla la posibilidad de agilización de ese procedimiento de dependencia. En vez de seguir el circuito normal que tiene una duración de meses, en poco menos de un par de semanas podemos dar una resolución de dependencia. Con el informe de priorización y con el informe médico que pedimos ya se procede a la valoración”*.

A diferencia de éste, en el área sanitaria la actuación es más profunda y compleja. En el centro de salud (E2), el protocolo se basa primero en la diferenciación entre sospecha de maltrato o maltrato confirmado. En el caso de que sea confirmado, *“se comienza rellenando el parte de lesiones y si es necesario se deriva, por ejemplo, al hospital si estamos hablando de un caso grave (E2)*. En atención primaria, no hay tantos casos de este tipo, sino que habitualmente atienden casos en los que la situación de violencia se muestra sobre todo de forma emocional. En el hospital (E3), cuando en urgencias aparece un caso de VG se llama al Departamento de Trabajo Social. Éste baja directamente al lugar donde se encuentre la víctima y la informa de todos los aspectos posibles. Si se da el caso de que sea necesario el ingreso, se registra con datos falsos (nombres, apellidos, etc.) para que en un momento dado si alguien aparece en el hospital preguntando por ella, no aparezca que se encuentra ingresada allí. En otras ocasiones, la víctima llega ya acompañada por la policía por lo que el procedimiento es más sencillo, puesto que ya está protegida y la denuncia ya está interpuesta. Ambas entrevistadas desde el área de salud (E2 y E3) coinciden en la intervención. El primer paso es diferenciar entre mujeres que manifiestan y reconocen su situación de violencia y mujeres que no lo hacen. En las ocasiones en las que la mujer reconoce la VG, se registra en historia y se trabaja con ella en la fase de proceso de cambio. Además, se procede a interponer la denuncia. En el caso que no sea así, el trabajador social comienza a trabajar con la persona, iniciando una relación a través de entrevistas que facilitan que poco a poco la persona vaya reconociendo la situación que atraviesa. En ambos centros, además, se tiene en cuenta el riesgo que corre la víctima y sus hijos (en el caso de que tenga) para ver si son necesarios activar otros mecanismos además de los ya gestionados.

En el caso de los Servicios Sociales Comunitarios,



“lo primero es trabajar con la mujer, que reconozca las situaciones que está viviendo y que le hacen ser víctima de VG, que identifiquen a qué tipo de maltrato están siendo sometidas y esperar su decisión” (E4). En el caso de que haya menores hay que *“empujar a las mujeres, puesto que sí la situación es límite y está afectando a los niños, si éstas no denuncia, debemos hacerlo nosotros, ya que nuestra función como administración es protegerlos y velar por ellos”*. En el momento en que la persona se identifica como víctima se le deriva a los Servicios Sociales Especializados, IAM. También se gestiona el dispositivo de protección de ATENPRO, éste es un Servicio Telefónico de Atención y Protección a las Víctimas de Violencia de Género que está conectado con la policía y que coordina Cruz Roja a nivel andaluz.

Desde el IAM (E5), la actuación es muy diversa, desde la intervención urgente, pasando por activar el protocolo por teléfono hasta la intervención en un proceso lento que se alargue hasta más de 4 o 5 años. Cuando llega una señora en situación de VG, lo primero que se hace es tranquilizarla y darle opciones *“puedes separarte solo o denunciar y separarte”*. Es necesario que ella se identifique como víctima de violencia y después que identifique en qué fase del ciclo se encuentra para poder reaccionar. En el caso de que haya una situación de riesgo, que lleguen con signos físicos graves, el primer paso es el recurso sanitario, se deriva al centro de salud para que desde aquí se les entregue un parte de lesiones, necesario e importante si se inicia un proceso jurídico. En otras ocasiones, cuando la víctima se encuentra ingresada, los/as trabajadores sociales del propio hospital se encargan de llamar al IAM para que la trabajadora social de éste se traslade allí y hable con la familia, les explique los recursos disponibles: sociales, jurídicos, económicos, etc. Normalmente no se pasa a la habitación a ver a la víctima, a no ser que ésta quiera. En el caso de que la trabajadora social no esté, desde el Departamento de Información o desde el teléfono 900 se le deriva a los recursos necesarios. También se deriva a la policía, avisando a éstos de que acudirá una mujer con una situación de VG para que cuando esta persona llegue le atienda el grupo especializado en atención a mujeres y evitar así que la persona tenga que hacer cola para interponer la denuncia; o, en el caso de los pueblos, a la guardia civil, el EMUME (Equipo de Mujer-Menor), que es el grupo especializado en la intervención contra la VG y la violencia contra los menores.



Para responder al *tercer objetivo* en el que se pretende investigar la opinión profesional de los/as trabajadores sociales acerca del funcionamiento del protocolo de actuación de VG actual se incluyeron las preguntas 5 y 7.

Para 4 de las 5 entrevistadas (E1, E2, E4 y E5), el protocolo establecido de cada centro está funcionando bien. Añaden: *“Siempre hay aspectos a mejorar, pero creo que la agilización del recurso de dependencia facilita o da la posibilidad de mejora de la situación”* (E1); *“A nivel histórico sí creo que ha mejorado mucho. Los protocolos y documentos en relación a la VG cada vez son más específicos y más concretos* (E2).

A diferencia de éstas, la E3 ha respondido que no cree que esté funcionando adecuadamente en todos los niveles: *“Para mí, el protocolo está funcionando bien en casos graves, en casos muy evidentes, pero se nos están escapando muchos otros, sobretudo la violencia psicológica, que está generando un daño impresionante, que no se ve, no se nota en las mejillas”*. Según ésta, al tratarse de una violencia difícil de demostrar, sobre todo para justificar que los síntomas que padece la víctima están relacionados con el maltrato, los mecanismos actuales no están siendo los adecuados: *“Tendríamos que tener otras armas para tratar este aspecto. En los casos de maltrato emocional, creo que queda mucho camino por recorrer. Además, es necesario también un cambio en la visión de los profesionales. Estamos socializados en la violencia, por lo que es necesario cambiar la perspectiva. Hay que mirar con los ojos de la violencia”*.

En cuanto a los posibles aspectos que consideraban que deberían cambiarse, las respuestas han sido muy diversas. La E2 resalta la trascendencia de la formación y sensibilización por encima del protocolo: *“El protocolo está bien, pero es necesario que la gente tenga claridad de ideas de lo que supone la VG para darse cuenta y detectar situaciones de este tipo”*. Además, destaca importancia de realizar correctamente el parte de lesiones, ya que ésta es una herramienta clave que puede servir después como prueba judicial. Desde el Complejo Hospitalario, la E3, vuelve a resaltar la necesidad de mejorar en lo que se refiere a la detección del maltrato psicológico: *“No sé cómo podríamos hacerlo, pero habría que activar otras armas para detectar este maltrato tan sutil que pasa inadvertido en numerosas ocasiones”*. La E4 hace hincapié en el conocimiento de los recursos, por parte de todas las administraciones y la utilización de esos recursos. Según ésta, una mejor y mayor conexión entre instituciones mejoraría la actuación ante la mujer y la problemática de VG. Desde el IAM, la E5 destaca la necesidad de políticas sociales para



las víctimas con mayor duración en el tiempo, ya que hay recursos pero muy limitados temporalmente. Además, expone como ejemplo unos de los recursos con mayores índices de éxito de Jaén. Se trata de una reserva del 2% de las sustituciones laborales de la Junta de Andalucía para mujeres, con la titulación o preparación necesaria, víctimas de VG que se encuentren en una casa de acogida.

A diferencia de éstas, la E1, desde Dependencia, afirma que es posible que el protocolo pueda mejorarse, pero desde su ámbito la actuación es única y exclusivamente la agilización del recurso, ya que el problema de VG está siendo atendido por otros cauces, por lo que su labor es puntual. A esto se añade el problema de inaccessión al recurso, cuando en la valoración de una persona sale que no tiene grado de dependencia, se termina la actuación desde esta institución.

Para abordar el *cuarto y último objetivo* acerca de la sensibilización y formación de los profesionales contábamos con la pregunta número 8.

La respuesta de 2 de las 5 entrevistadas (E2 y E3) recoge que todo el personal del ámbito sanitario está sensibilizado ante la problemática de la violencia y, la mayoría de ellos, no todos, formado específicamente en el tema. Dicha formación facilitada por la red FORMMA y el IAM. La E2, resalta el avance que ha supuesto la sensibilización obligatoria de profesionales: *“antes era voluntaria, por lo que iba la gente que estaba más sensibilizada. Sin embargo, a partir del protocolo andaluz y de la creación de la red FORMMA, se han ido formando a todos los profesionales del ámbito sanitario (médicos, pediatras, recepcionistas, etc.) de modo que estos puedan formar a otros. Al menos la sensibilización se ha introducido de modo obligatorio para todos. A su vez, se ofertan cursos de formación que ya si son voluntarios”*. La E3, critica este mismo hecho, que la formación sea voluntaria implica que los que acuden a los cursos sean aquellos que ya están sensibilizados, por lo que siempre va a haber un sector que no se forma en este aspecto. Además, considera que la sensibilización dada ha sido muy superflua, y requiere un cambio de perspectiva, por lo que no les ha permitido penetrar en el problema tanto como deberían, *“pero sí, si tu les preguntas la mayoría de ellos te van a decir que sí están sensibilizados, que les preocupa muchísimo”*.

Desde Servicios Sociales Comunitarios (E4) y el IAM (E5), la respuesta es unánime: todos sus profesionales están concienciados, sensibilizados y formados en VG.



Además, siguen mejorando su formación en jornadas y cursos ya que consideran necesario y vital el cambio de perspectiva social ante la problemática de la VG. Además, desde el IAM ofrecen sensibilización y formación a guardias civiles, policía local, institutos, etc.

La respuesta de la E1, difiere con todas las anteriores. Según ésta, el personal del área de Dependencia si está sensibilizado frente a la VG, pero no tiene formación específica sobre el tema.



5. DISCUSIÓN

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos en relación a las hipótesis establecidas en el inicio de la investigación.

La implicación de todos los profesionales en la detección de VG (H1) es un hecho real en todos los centros, según las respuestas de las entrevistadas. No sólo los/as trabajadores sociales son los encargados de activar protocolos de actuación, aunque sí es cierto que estos desarrollan una función fundamental en el proceso. Tras estos expertos, enfermeros y educadores sociales destacan entre todos los profesionales en la detección de casos de VG.

En cuanto al conocimiento del protocolo establecido y las intervenciones necesarias en situaciones de VG, es cierto que los/as trabajadores sociales dominan las pautas de actuación y tienen formación específica en el tema (H2).

A partir de la investigación, hemos podido probar el conocimiento de los profesionales del trabajo social en el abordaje, la detección y las pautas de actuación ante un caso de VG. A su vez, hemos observado que si que habría que trabajar, aún más de lo que se está haciendo, con la formación del resto de profesionales, que a pesar de estar sensibilizados ante la problemática, no todos poseen conocimientos específicos sobre el tema.

Los profesionales manifestaron puntos fuertes y débiles de los protocolos establecidos (H3). A partir de su experiencia, expusieron aspectos que consideran que pueden mejorarse, no sólo del protocolo en sí, sino de la práctica, de la identificación y reconocimiento de la VG, así como de las políticas sociales vigentes en esta materia. En definitiva, todo aquello que cambiarían para mejorar la actuación ante situaciones de violencia hacia las mujeres.

En relación a dichos cambios, destacan la importancia de establecer mecanismos para detectar y justificar la violencia psicológica. Según los/las trabajadores sociales, el protocolo es muy efectivo en aquellos casos evidentes, pero en los casos de maltrato emocional es necesario crear otros mecanismos de detección. A su vez, resaltan la necesidad de una modificación de la perspectiva patriarcal de España. Al estar la población



española socializada en la violencia, resulta complejo visualizar o detectar algunas situaciones, que, aún siendo violencia, pasan sutilmente por la sociedad sin detectarse como tal. Siguiendo a Elboj y Ruiz (2010) en su artículo *Trabajo social y prevención de la violencia de género*, es prioritario atender a los procesos de socialización que legitiman la violencia y sienten atracción por los modelos de hombres dominantes y que ejercen poder sobre otras personas. Estos modelos son los que se transmiten continuamente en los medios de comunicación y los que la sociedad interioriza, especialmente, los jóvenes, siendo los valores de igualdad y de respeto los modelos que pasan inadvertidos.

En último lugar, las entrevistadas hacen referencia a la cumplimentación incorrecta o inadecuada del parte de lesiones. Éste debe rellenarse rigurosamente para que sirva como prueba en un proceso judicial, y no siempre sucede de este modo. Subrayan la falta de conocimiento de los recursos existentes, por parte de todas las administraciones y la utilización de los mismos, como un aspecto a mejorar. De modo que si hubiese una mayor coordinación entre las instituciones y sus recursos, la actuación ante situaciones de este tipo sería más eficiente. A su vez, debido a la limitación temporal de los recursos dirigidos a las víctimas que existen actualmente, resaltan la prioridad de creación de políticas sociales con mayor duración en el tiempo.



6. CONCLUSIONES

La VG es una realidad que ha sido abordada y estudiada desde múltiples puntos de vista, por la gravedad e importancia social que conlleva. La influencia de los factores, sus consecuencias, etc. son temas que han ocupado una gran parte del tiempo de los investigadores de esta materia. Sin embargo, existe un vacío documental en relación a la actuación de los profesionales, y, más concretamente, en relación a los protocolos establecidos. De hecho, una de las entrevistadas comentaba que el protocolo de actuación que se sigue en la actualidad sigue siendo el del año 1998.

A partir de todo lo expuesto anteriormente, puede considerarse que se ha alcanzado aquello que pretendíamos al inicio de la investigación: conocer la labor de los/as trabajadores sociales de distintos ámbitos ante la VG y sus respectivos protocolos de actuación.

Los resultados del estudio revelan el cumplimiento de las hipótesis planteadas. Se ha podido comprobar el conocimiento y actuación de los profesionales en base a los protocolos establecidos, así como sus propuestas de revisión con el objetivo de efectuar cambios, que aseguren detectar o aumentar el número de casos de VG emocional y psicológica, que son aquellos a los que más difícilmente acceden los profesionales. A su vez, los/as trabajadores sociales resaltan la necesidad de mejora y ampliación temporal de las políticas sociales orientadas a la víctima.

Como hemos podido analizar, el abordaje de la VG es una labor compleja en la que están involucrados profesionales de distintas disciplinas, destacando el trabajo social como fuente de prevención, empoderamiento y atención a las víctimas. La labor e implicación de dichos profesionales ante tal problemática es total. Éstos, desde sus ámbitos de trabajo, asisten, gestionan recursos, derivan a servicios especializados y empoderan a la persona para que sea capaz de observar y actuar ante su propia situación.

En cuanto a la formación específica en materia de VG, esta investigación ha permitido comprobar que se trata de un aspecto indispensable a la hora de trabajar ante tal problemática. A partir del estudio, podemos considerar que la mayoría de los/as trabajadores sociales disponen de conocimientos específicos desde su paso por la universidad. Además, se ha podido observar que los formados más específica y



profundamente en este campo son aquellos más sensibilizados con la VG. Por lo que, en general, puede considerarse que la disciplina del trabajo social está preparada académicamente para actuar ante una cuestión de tales características. A diferencia de ésta, los propios trabajadores sociales manifiestan la necesidad de formar adecuadamente a profesionales de otras disciplinas que también actúan ante la VG pero que, a pesar de estar sensibilizados, no disponen de una formación específica sobre la misma.

Desde nuestro punto de vista, consideramos que es necesario remodelar la actuación que se está dando ante la VG. Ello requeriría una modificación a nivel integral, que permita abordar la VG de un modo más amplio, ahondando en todos sus aspectos. Especialmente, creemos que es necesario actualizar los protocolos, puesto que resulta insólito que en el año 2015 se utilice un documento de 1998. Además, convendría realizar una revisión de los mismos atendiendo a las especificidades de cada ámbito.

Dicho cambio debería implicar también un especial trabajo en la prevención, desde los niveles educativos y comunitarios, ya que el tipo de educación y los modelos observados socialmente desarrollan actitudes legitimadoras de la VG sobre las que es necesario actuar, con el fin de evitar que se trasmitan a las nuevas generaciones. Siguiendo a Pitágoras, *“Educad a los niños y no será necesario castigar a los hombres”*.

En definitiva, el logro de la igualdad y la desaparición de conductas machistas no vendrá determinado si continuamos con la actuación que se está llevando a cabo hasta ahora. El abordaje efectivo de la VG implica la necesidad de trabajar de un modo global, atendiendo a las consecuencias de la misma, pero tratando de corregir especialmente las causas que la originan.



7. LÍMITES DEL TRABAJO

En la elaboración de esta investigación se han encontrado algunas dificultades que han obstaculizado y reducido la posibilidad de un estudio más profundo de la VG desde el Trabajo Social. Hubiera resultado interesante contar con un número más amplio de entrevistas y con profesionales de otros ámbitos y disciplinas. Sin embargo, puesto que el TFG es de trabajo social, considerábamos que era más pertinente escoger la muestra en los sectores más representativos y en los que con mayor frecuencia se detectan, tratan o derivan situaciones de VG. Igualmente, se podría haber realizado un muestreo aleatorio, pero ante la dificultad de obtener un listado, así como su participación, se optó por incluir la disponibilidad como criterio de muestreo incidental.

Al tratarse de una investigación cualitativa con una muestra reducida no se pretende generalizar ni deducir verdades incuestionables, sino conocer el proceso de abordaje de la VG y la opinión de los profesionales sobre los protocolos actuales, propuestas de mejora, etc. Esto implica la presencia de subjetividad en toda la investigación, es decir, la influencia de percepciones y argumentos desde el punto de vista de los propios profesionales.

A esto se une la amplia variedad bibliográfica en materia de VG. La amplitud del tema a abordar y la falta de espacio para el mismo, ha obligado a sintetizar aspectos que requerirían una mayor profundización teórica.

En cuanto a los protocolos de actuación ocurre el fenómeno contrario. Existe una enorme falta de documentación teórica sobre el tema. A pesar de encontrar archivos y documentos sobre la actuación en VG, ha sido difícil obtener información acerca de la aparición y evolución de los protocolos en nuestro país.



8. BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi, I., & Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Alberdi, I., & Rojas, L. (2005). *Violencia: tolerancia cero. Programa de prevención de la Obra Social "la Caixa"*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Álvarez, E., Jaén, N., & Marzo, S. (2015). *Asociación de Ayuda a la Mujer Maltratada*. Recuperado el 16 de Febrero de 2015, de <http://mural.uv.es/margua/aamm.htm>
- Asociación Mujeres para la Salud. (10 de Mayo de 2012). *Informe: Efectos y consecuencias de la violencia y el maltrato doméstico a mujeres*. Recuperado el 1 de Marzo de 2015, de <http://www.mujeresparalasalud.org/spip.php?article163>
- Barroso, I. (2011). *Métodos y técnicas de investigación social*. Jaén: Universidad de Jaén.
- Barroso, O. (2010). Intervención psicológica para mujeres supervivientes de malos tratos en la pareja: un caso clínico con intento de asesinato. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 115-128.
- Berrios, M. P. (2010). Variables sociodemográficas que incrementan el riesgo de la violencia de género. En E. López-Zafra, *Violencia contra las mujeres: descripción e intervención biopsicosocial* (págs. 83-94). Jaén: Universidad de Jaén .
- Cagigas, Á. (2010). Aproximación histórica al fenómeno de la violencia. En E. López-Zafra, *Violencia contra las mujeres: descripción e intervención biopsicosocial* (págs. 15-38). Jaén: Universidad de Jaén.
- Cano, M. C., & Contreras, L. M. (2010). Aspectos psicossocio jurídicos de la violencia de género. En E. López-Zafra, *Violencia contra las mujeres: descripción e intervención biopsicosocial* (págs. 61-82). Jaén: Universidad de Jaén.
- Cohen, D. (1996). Law, social policy and violence: the impact of the regional cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (5), 961-978.



- Cohen, D., Nisbett, R. E., Bowdle, B. F., & Schwarz, N. (1996). Insult, aggression, and the southern culture of honor: an experimental ethnography. *Journal of personality and social psychology*, 70 (5), 945-960.
- Comisión Europea encargada de la igualdad de oportunidades. (1999). *100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres*. Recuperado el 24 de Marzo de 2015, de http://www.generourban.org/documentos/glossary_gender_equality/glossary_es.pdf
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Echeburúa, E., & Fernández-Montalvo, P. J. (2000). *Vivir sin violencia: aprender un nuevo estilo de vida*. Madrid: Pirámide.
- Elboj, C., & Ruíz, L. (2010). Trabajo social y prevención de la violencia de género. *Trabajo social global. Revista de investigaciones en intervención social*, 1 (2), 220-233.
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de conducta*, 23 (88), 151-180.
- Fernández-Montalvo, J., & Echeburúa, E. (2005). Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. *Análisis y Modificación de conducta*, 31 (138), 451-475.
- Ferrer, V. A., & Bosch, E. (2000). Violencia de género y misoginia: reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo. *Papeles del psicólogo* (75), 13-19.
- Fundación Mujeres. (2007). *Fórmulas para la igualdad: violencia de género*. Alpegraf.
- García, A. (2010). Variables psicológicas implicadas en la violencia doméstica. En E. López-Zafra, *Violencia contra las mujeres: descripción e intervención biopsicosocial* (págs. 95-113). Jaén: Universidad de Jaén.



- Gómez, J. (2004). *El amor en la sociedad del riesgo. Una tentativa educativa*. Barcelona: El Roure.
- Instituto Andaluz de la Mujer. (2003). *Procedimiento de Coordinación para la Atención a las Mujeres Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.
- Johnson, H. (1996). *Dangerous domains. Violence against women in Canada*. Nelson, Canada: International Thomson Publishing Corp.
- López, M. (2010). Violencia machista: un medio para el ejercicio del poder. En E. López-Zafra, *Violencia contra las mujeres: descripción e intervención biopsicosocial* (págs. 39-60). Jaén: Universidad de Jaén.
- López-Núñez, M. I. (2013). La construcción de la masculinidad y su relación con la violencia de género. *Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales* (5), 61-84.
- López-Zafra, E. (2000). Individualismo y valores desde la perspectiva de los niveles de análisis. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53 (2), 241-257.
- López-Zafra, E. (2008). Relación entre la Cultura del Honor e identidad de género: el papel del sexo, edad y nivel de estudios en la predisposición a la violencia. *Estudios de Psicología*, 29 (2), 209-220.
- López-Zafra, E., & Rodríguez, N. (2008). Relación entre cultura del honor, celos y satisfacción de pareja. *Boletín de Psicología*, 94, 7-22.
- Maqueda, M. L. (2006). La violencia de género: entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*(08-02), 1-13.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades*. Recuperado el 20 de Abril de 2015, de <http://www.inmujer.gob.es/>



- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Violencia de Género y Trata de Mujeres*. Recuperado el 22 de Abril de 2015, de Datos estadísticos: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/home.htm>
- Naciones Unidas. (2000). *Examen y evaluación de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing*. Recuperado el 3 de Abril de 2015, de <http://www.un.org/spanish/conferences/Beijing/ecn600pc2.pdf>
- Observatorio de Violencia contra las Mujeres. (s.f.). *Banco de buenas prácticas*. Recuperado el 23 de Abril de 2015, de http://www.observatorioviolencia.org/bbpp-proyecto.php?id_proyecto=71#
- Red andaluza de formación contra el Maltrato a las Mujeres. (2008). *Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Rodríguez, P., Manstead, A. R., & Fischer, A. (2002). The role of honor concerns in emotional reactions to offences. *Cognition and emotion*, 16 (1), 143-163.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., & De Corral, P. (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa, *Personalidades violentas* (págs. 111-115). Madrid: Pirámide.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., & De Corral, P. (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa, *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Schmal, N., & Camps, P. (2008). Repensando la relación entre la ley y la violencia hacia las mujeres. Una aproximación a los discursos de los/las agentes del ámbito judicial en relación a la ley integral de violencia de género en España. *Psicoperspectivas*, VII.
- Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper & Row Publishers.



9. NORMATIVA

Constitución Española de 29 de diciembre de 1978. BOE núm. 311.

Ley Orgánica 3/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal. BOE núm. 148, de 22 de junio de 1989, pág.19351-19358.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281, de 24 de Noviembre de 1995, pág. 33987-34058.

Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE núm. 138 de 10 de junio de 1999, pág. 22251-22253.

Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas concretas en materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los extranjeros. BOE núm. 234, de 30 de septiembre de 2003, pág. 35398-35404.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313 de 29 de diciembre de 2004, pág. 42166-42197.

Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. BOE núm. 68, de 20 de marzo de 2007, pág. 11871-11909.

Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica. BOE núm. 183, de 01 de agosto de 2003, pág. 29881-29883.

Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género de la Junta de Andalucía. BOJA núm. 247, de 18 de diciembre de 2007, pág. 17-28.

Decreto 122/2008, de 29 de abril, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. BOJA núm. 87, 2 de mayo 2008, pág. 56-59.

Decreto 72/2009, de 31 de marzo, por el que se regula la Comisión institucional de Andalucía de coordinación y seguimiento de acciones para la Erradicación de la Violencia de Género. BOJA núm. 74, 20 de abril 2009, pág. 39-40.



10. ANEXOS

ANEXO 1: GUIÓN DE LA ENTREVISTA

1. ¿Quién detecta la posible situación de VG?
2. ¿Qué tipo de señales se tienen en cuenta para activar protocolos?
3. ¿Cómo es el protocolo establecido en la institución que debe seguirse cuando llega un caso de VG? ¿Se sigue igual?
4. ¿Todo el centro sigue el mismo protocolo?
5. ¿Considera que está funcionando bien?
6. ¿Con que frecuencia llegan casos de VG? ¿Detecta que han aumentado, han disminuido o siguen igual? ¿Se activan menos o más protocolos?
7. ¿Cree que podría modificarse el protocolo para mejorar el funcionamiento ante casos de VG? En caso positivo ¿qué aspectos considera que deberían cambiarse?
8. ¿Considera que el personal está sensibilizado ante esta problemática? ¿Tiene formación específica sobre el tema? En caso positivo, ¿la han adquirido por su cuenta o lo ofrece la institución?



ANEXO 2: INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Vicerrectorado de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación

COMISIÓN DE ÉTICA

Tipo de actividad: TFG

Referencia: CEIH 031214-2

Título de la actividad: El abordaje de la violencia de género en la práctica del trabajo social

Convocatoria y/o entidad a la que se presenta: TFG UJA

Tutora: Esther López Zafra

Tipo de documentación examinada: Protocolo de investigación, Información a participantes y consentimiento

Tipo de experimentación o actividad sometida a informe: Investigación en humanos: entrevistas, encuestas y test; Utilización de datos de carácter personal

Informe que se emite: FAVORABLE

Observaciones:

Jaén, 26 de febrero de 2015

Juan Jiménez Millán
Presidente de la Comisión de Ética

Vicerrectorado de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación

Campus Las Lagunillas, s/n. Edificio B-1 Rectorado – Telf: 953 212597 – Fax: 953 211968 – E-mail: vicinv@ujaen.es