

Taller

Detección de las violencias en las consultas de salud sexual y reproductiva

Rafaela Martín Pérez

- ◇ Diploma en Especialización en Salud Pública y Género.
- ◇ **Experta Universitaria en Agentes de Igualdad de Oportunidades para las mujeres.**
- ◇ **Especialista Universitaria en Educación para la Salud.**
- ◇ Master en Sexualidad Humana.
- ◇ **Diploma en Antropología Sexual.**
- ◇ Diploma en Puericultura.

Desde el principio de los 80 su trabajo se ha desarrollado en el campo de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos. Inicialmente en el Centro de Salud Municipal de Fuenlabrada, en la consulta de Planificación Familiar y el laboratorio de microbiología, donde estuvo hasta finales de los 80. Posteriormente, desde 1991 hasta 1997 desempeñó la labor de Directora del "Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad" de Madrid, ocupándose, además de la gestión del Centro, de la realización de múltiples intervenciones formativas/educativas sobre SSSR en: Centros de Enseñanza Primaria y Secundaria. Residencias del Tutelar de Menores. Aulas de personas adultas. Poblado del Cerro de la Mica, (población de etnia gitana). Profesionales socio-sanitarios; además de la participación en diferentes congresos, jornadas, mesas redondas..., relacionadas con estos temas. Participó como Técnica Asesora en el diseño de la aplicación interactiva "Sida. Alarma en el distrito de Salud"- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

A partir de 1997, trabajando como "autónoma", desarrolla actividades como asesora y/o docente sobre SSSR.-DDSSRR., para instituciones-entidades de/con diversos grupos poblacionales (profesionales socio-sanitarios, mujeres, juventud, mediadores-as,...): Instituto de la Mujer-Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Asociación de Educación para la Salud. Agencia Laín de Enlalgo-CAM. Federación de Planificación Familiar Estatal. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Servicio Murciano de Salud. Centro Universitario de Salud Pública-CAM. Junta de Extremadura- Escuela de Administración Pública. Escuela de Animación Juvenil-CAM, etc.

Integrante del panel de expertas sobre "La perspectiva de género en los programas formativos de las profesiones sanitarias en relación con la salud sexual y reproductiva" y en el Comité Técnico de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Observatorio de Salud de las Mujeres.

Antes de empezar a hablar sobre “violencias”, habrá que acordar lo que se va a entender por “violencia”:

Se puede acordar: **‘forzar o hacer mal’, ejercer la fuerza sobre alguien, el sometimiento de su voluntad, la falta de reconocimiento, la desposesión de su identidad y de su integridad personal o social, en suma, la reducción de la persona a objeto.**

En un sentido más amplio y comprehensivo, se puede entender que violencia **“es imponer pensamientos o valores con la fuerza, es hacerse valer con el miedo, es no entrar a dialogar, es excluir e infravalorar todo lo que pone en cuestión el poder de quien la pone en marcha y la utiliza”**. (Instituto de la Mujer, 1998).

Caben muchas manifestaciones en esta definición, aunque muchas de ellas pueden pasar por ‘naturales’, ‘normales’ o ‘legítimas’.

“Más allá de la agresividad física o verbal, la violencia engloba un abanico de conductas que, a menudo, quedan ocultas y que no se identifican como violentas, aunque su capacidad para hacer daño a otra persona pueda ser tanto o más grande que un puñetazo”. (Anna Berga)

En efecto, la violencia puede pasar desapercibida cuando se instala como forma de relación, en acciones y conductas que a menudo, utilizadas de forma cotidiana, no son sancionadas porque no somos capaces de identificarlas como violentas.

Entre esas “violencias invisibles” se incluiría, a escala micro-social:

- ✓ **La agresión ‘relacional’**: excluir, ignorar,
- ✓ **‘Indirecta’**: difundir un rumor, y
- ✓ **‘Social’**: dañar el estatus social o la autoestima,

Todas ellas, formas de relación social, sin duda violentas, que acaban siendo formas “civilizadas” de agredir a las personas (Anna Berga, 2003).

Desde la “legitimidad” de las posiciones de poder dominantes, habría que incluir:

- ✓ **La violencia estructural**: cuando la estructura social desigualitaria provoca exclusión (paro, feminización de la pobreza...).
- ✓ **La violencia institucional**: discriminación en el sistema jurídico-político.
- ✓ **La violencia represiva**: monopolio del Estado (terrorismo, emigración).
- ✓ **La violencia simbólica**, logra imponer la definición y valoración de la realidad propia del orden dominante sin que llegue a ser percibida como una imposición. Constituye una forma de ‘dominación consentida’.

(**Violencia simbólica**: concepto instituido por el sociólogo francés Pierre Bourdieu que, en ciencias sociales, se utiliza para describir una *acción racional donde el “dominador” ejerce un modo de violencia indirecta y no físicamente directa en contra de los “dominados”, los cuales no la evidencian o son inconscientes de dichas prácticas en su contra*. (Bourdieu, 1994). La violencia simbólica se caracteriza por ser una violencia invisible, soterrada, subyacente, implícita o subterránea, la cual esconde la matriz basal de las relaciones de fuerza que están bajo la relación en la cual se configura).

Violencia de género:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública, como en la vida privada”. (Art. 1. Resolución de la Asamblea general de las Naciones Unidas, 1993).

Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género:

Art. 1 La presente Ley tiene por objeto actuar contra 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, aun sin convivencia.

3. *La violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluida las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.*

La concepción romántica del amor es por donde se “cuela” el machismo y, aunque la violencia física no cesa y no tiene que dejar de preocupar, la forma más habitual de malos tratos hacia las mujeres por parte de sus parejas, es **el dominio psicológico, ocasionando en ellas:**

- ♦ Ansiedad, depresión, baja autoestima, vergüenza, culpa, sentimientos de indefensión, sensación de baja capacidad de control, bajas expectativas de autoeficacia y MIEDO, miedo a la soledad, al abandono, a la respuesta social y familiar, a hacer uso del sistema policial y judicial, al daño que puedan sufrir ellas mismas o su familia y amigos/as por parte del maltratador, incluso a las consecuencias para él de la posibilidad de que sea detenido.
- ♦ Deterioro importante de las relaciones sociales, ya que el control excesivo va provocando el progresivo aislamiento, quedándose sin amistades y, muchas veces, incluso enfrentamiento con sus familias.
- ♦ El rendimiento laboral, o académico, se ve perjudicado puesto que es frecuente el acoso, la vigilancia y los incidentes violentos con la irrupción del maltratador en el centro de trabajo, o estudio.

Algunos factores de riesgo adquiridos:

- Internalización del rol social femenino disfuncional que está culturalmente extendido, y que suele ser reforzado socialmente, caracterizado por la responsabilidad excesiva, el sacrificio, la abnegación.
- Ideas disfuncionales sobre el amor y la pareja: excesiva idealización.
- Sensación de dependencia funcional y afectiva.
- Autoestima basada en criterios externos.
- “Responsabilización” de la conducta del otro.

Las mujeres que viven en/con violencia en la pareja, inicialmente están sometidas a mucha confusión, ya que se debaten entre “el amor” y el miedo.

Síntomas y efectos de las violencias en la Salud Sexual y la Salud Reproductiva de las mujeres

Como consecuencia de las relaciones eróticas-sexuales impuestas, o vividas con miedo o con dolor, se puede-suele dar:

- Pérdida del deseo sexual.
- Desarrollo de fobias.
- Dificultades para disfrutar de la vivencia de la sexualidad en el futuro.
- “Problemas” ginecológicos:
 - trastornos menstruales,
 - dolor pélvico,
 - hemorragias vaginales.
- No utilización de medidas preventivas
 - tratamiento postcoital
 - embarazos no deseados o abortos
 - presencia de ITS/ETS, (incluso recurrentes), - VIH/Sida.
- Durante el embarazo
 - hemorragias vaginales,
 - infecciones genitales,
 - amenaza de aborto o abortos
- Parto prematuro

Rol de género –femenino- y prevención

Factores predisponentes consecuentes de los roles de género que interfieren y repercuten en la prevención:

- Silenciar el deseo sexual.
- Ser la única amada: fidelidad ‘relativa’.
- Poder/querer saber si existen, o no, relaciones múltiples de la pareja erótica-sexual, y si son de riesgo.
- Subordinación del propio deseo por ser “objeto” del deseo masculino.
- Hipervaloración de la satisfacción masculina
- “Fusión” y entrega incondicional en el coito, dándose resistencia al uso de preservativos por “cortar la entrega”
- Validación a través del deseo masculino.
- Resignación.

Rol de género –femenino- y VIH

Factores facilitadores para la prevención:

- Reconocimiento de la vulnerabilidad ante la posibilidad de infección.
- La posibilidad/la voluntad de mantener relaciones eróticas no penetrativas.
- La decisión o exigencia de utilizar medidas preventivas.
- Pasar de ser “objeto de deseo” (sin límites) a “sujeto deseante” (con derechos y límites).**

Violencia Institucional y SS.SR de las mujeres:

- Legislaciones restrictivas, o incumplimiento de las leyes:
 - Ley Orgánica 2/2010, 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Falta de libertad para elegir:
 - ACAI - método que prefieren dentro de las primeras siete semanas de gestación (límite del aborto farmacológico): el 91,6% de las mujeres encuestadas prefieren el método de aspiración frente al farmacológico. Esta preferencia confrontaría con el intento de distintas administraciones sanitarias por “imponer” el método farmacológico en las primeras semanas de gestación.
 - No financiación de métodos preventivos.
 - Falta de servicios/profesionales adecuados.

Derechos Humanos & Derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva

Derechos Humanos	Derechos relacionados con SS.SR.
<i>Derecho a la vida</i>	Protección de las mujeres cuyas vidas pueden estar en peligro debido al embarazo.
<i>Derecho a la libertad</i>	Protección a las mujeres que corren riesgo de mutilación genital, acoso sexual, embarazos forzados, esterilización o aborto impuesto.
<i>Derecho a la igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación</i>	Acceso en igualdad de condiciones a la educación y a los servicios relativos a la SSSR. Protección de todas las formas de violencia causadas por razones de raza, color, sexo, idioma, religión o cualquier otro estatus.
<i>Derecho a la privacidad</i>	Protección al carácter privado y confidencial de los servicios de información relativos a la atención de la SS y de la reproducción. Respeto a la elección autónoma de las mujeres con respecto a la procreación.
<i>Derecho a la libertad de pensamiento</i>	Respeto a la libertad de pensamiento de las personas en lo tocante a su vida sexual y reproductiva. Derecho a estar libres de la interpretación restrictiva de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres como instrumentos para limitar la libertad de pensamiento en materia de SSSR.
<i>Derecho a la información y la educación</i>	Derecho a la información correcta, no sexista y libre de estereotipos en materia de sexualidad y reproducción. Derecho a la información sobre beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fertilidad.
<i>Derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a formar y planificar una familia</i>	Protección contra los matrimonios sin consentimiento pleno, libre e informado. Derecho a la atención de la salud reproductiva de las personas infértiles o cuya fertilidad está amenazada por enfermedades de transmisión sexual.
<i>Derecho a decidir tener hijos/as o no tenerlos, y cuándo tenerlos</i>	Derecho de las mujeres a la protección de la salud reproductiva, la maternidad y el aborto seguro. Derecho de las personas a acceder a la gama más amplia posible de métodos seguros, efectivos y accesibles para la regulación de la fertilidad.
<i>Derecho a la atención y a la protección de la salud</i>	Derecho a servicios completos de atención a la salud sexual y reproductiva. Protección de las niñas y las mujeres contra las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud.
<i>Derecho a los beneficios del progreso científico</i>	Acceso a la tecnología de atención a la salud reproductiva disponible, incluida la relacionada con la infertilidad, anticoncepción y aborto.
<i>Derecho a la libertad de reunión y a la participación política</i>	Derecho a reunirse, asociarse y tratar de influir en los gobiernos para que otorguen prioridad a la salud y derechos de la sexualidad y la reproducción.
<i>Derecho a no ser sometida/o a torturas y maltrato</i>	Protección a las personas contra cualquier tratamiento degradante y violencia en relación con sus sexualidad y reproducción, especialmente en tiempos de conflicto armado.

Profesionales y detección: Desde “el ser” profesional, -cada cual con nuestras vivencias, con nuestras experiencias, con las historias internas que llevamos en nuestra mochila de vida, que van a afectar el campo vincular con quien/quienes estemos interviniendo-, será desde “el saber hacer”, desde “el saber aprendido”, desde “ese comunicarnos” de lo que dependerá el vínculo que formemos con “la o el otro”.

Materiales básicos:

- * *“Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual”.*
 - * *“Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario”.*
 - * *“Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”.*
- Observatorio de salud de las mujeres (OSM). Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_02.pdf
- * *“Ley Orgánica 2/2010, 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo”.*
 - * *“Ley Orgánica 1/2006, 28 de diciembre de Medidas de protección Integral contra la Violencia de Género”.*
 - * *Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.*
 - * *“Cambios y persistencias en la igualdad de género de los y las jóvenes en España (1990-2010)”.* Instituto de la Juventud, 2012.

Algunos datos para analizar

Dirección General de Salud pública, Calidad e Innovación.

Sistemas autonómicos de vigilancia epidemiológica.

Centro Nacional de epidemiología. DIAGNÓSTICOS DE VIH EN EL AÑO 2012

- Los hombres suponen el 85% de los nuevos diagnósticos de VIH y las tasas correspondientes para hombres y mujeres fueron respectivamente 14,6 y 2,6/100000.
- La mediana de edad al diagnóstico de VIH fue de 36 años, sin diferencias por sexo, y las tasas más altas se produjeron en los grupos de edad de 25 a 29 y 30 a 34 años.
- La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) fue la más frecuente, 51%, seguida de **la transmisión heterosexual, que supone un 31%**, y la de usuarios de drogas inyectadas (UDI), que sumó un 5%. Por tanto, **el 82% de los nuevos diagnósticos de VIH del año 2012 tienen su origen en la transmisión sexual.**

	Nº	%	Tasa/100.000
Sexo			
Hombre	2.713	84,5	14,6 □
Mujer	497	15,5	2,6 ¥
Grupo de edad			
<19 años	45	1,4	0,6
20-24 años	293	9,1	15,2
25-29 años	498	15,5	20,9
30-34 años	635	19,8	20,9
35-49 años	1.344	41,9	14,4
50 o más años	395	12,3	2,9
Modo de transmisión			
HSH	1.641	51,1	8,8 □
UDI	166	5,2	0,4 §
Hombre heterosexual	558	17,4	3,0 □
Mujer heterosexual	424	13,2	2,2 ¥
Otros	14		
Desc./N.C.	407		
Total	3.210	100	8,5 §

*Datos no corregidos por retraso en la notificación. Datos de 18 CCAA

□ Tasa por 100.000 hombres

¥ Tasa por 100.000 mujeres

§ Tasa por 100.000 habitantes

- **Entre las mujeres, la transmisión heterosexual supone la gran mayoría, con un 85% de los nuevos diagnósticos.** En el caso de las mujeres, casi el 60% de los nuevos diagnósticos eran inmigrantes.
- Al ser analizado según el sexo y modo de transmisión, **el DT (diagnóstico tardío)** es máximo en el grupo de UDI (64%), seguido por **el de los heterosexuales, tanto hombres (59%), como mujeres (59%)**. Los HSH, con un 39%, son el grupo con menor DT; sin embargo, dado el peso que tienen en las cifras globales, son el grupo más numeroso entre los casos de VIH con diagnóstico tardío (44% del total).
- El DT aumenta también con la edad, pasando de un 31% en el grupo de 15 a 19 años, hasta un 66% en los mayores de 49 años.
- **El porcentaje de personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 35%; aunque dicha transmisión, en números absolutos, sigue afectando más hombres que a mujeres, entre las últimas adquiere especial relevancia al representar el 74% de los diagnósticos.**

Sistema de Información Microbiológica. Instituto de Salud Carlos III.

En el año 2012, el SIM recogió:

- 776 diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae*,
- 1.033 de *Chlamydia trachomatis* y
- 535 de herpes simple (tipo 1, tipo 2 y no tipado).
- El 87,9% de los diagnósticos de *N. gonorrhoeae* y el 51,8% de *C. trachomatis* se produjeron en hombres, mientras que **los diagnósticos de herpes simple fueron más frecuentes en mujeres (51,0%)**.
- El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años (39,8% de los diagnósticos de *N. gonorrhoeae*, 42,1% de *C. trachomatis* y 32,7% de herpes simple).

Estudio de la SEC. Anticoncepción de emergencia. (sep. 2011)

- El 18,1% de las mujeres entre 14 y 50 años mantiene relaciones sexuales sin utilizar de manera habitual algún método anticonceptivo, hecho que es más habitual entre las que tiene de 35 a 50 años.

Estudio ACAI (Asociación de clínicas de Interrupción Voluntaria del Embarazo)

- 6.045 mujeres que constituyen el total de las mujeres que han interrumpido la gestación en 20 de las clínicas de ACAI desde el 15 de octubre de 2013 al 15 de febrero de 2014.
- El 65% de las mujeres que interrumpen su gestación ha nacido en España frente al 34% que ha nacido en otro país.
- 96,58% embarazo no deseado.
- En este estudio se ha constatado que prácticamente **un 48% de las mujeres no utiliza método anticonceptivo**, frente a un 36% en el estudio realizado en 2012. En la mayoría de estos casos se ha pasado de utilizar el preservativo, que sigue siendo el método más usado, de forma continuada a circunstancial, es decir no en todos los momentos: no tenían, tenían la regla..., o bien combinaban su uso con el ogino o "la marcha atrás". Este cambio en las prácticas contraceptivas puede estar vinculado a la des-financiación de la mayoría de los métodos anticonceptivos desde verano de 2013.

- Al plantearles a las usuarias **el método que prefieren dentro de las primeras siete semanas de gestación** (límite del aborto farmacológico); **el 91,6% de las mujeres encuestadas prefieren el método de aspiración frente al farmacológico**. Esta preferencia confrontaría con el intento de distintas administraciones sanitarias por “imponer” el método farmacológico en las primeras **semanas de gestación**, frente a la posición de los centros acreditados que pasa por dejar que sea la mujer la que elija el método más acorde con sus circunstancias médicas y personales. **La experiencia demuestra que lo que pudiera ser “conveniente” para la Administración puede no serlo tanto para las mujeres.**

El 25% de las mujeres atendidas en el Centro Municipal para la Igualdad 8 de marzo de Fuenlabrada (Madrid) eran menores de 25 años, frente al 23% del año anterior.

Hace tres años que las llamadas a “Anar” por violencia machista aumentan de forma sostenida: en 2012 registraron un 15% más que en el año anterior.

En Andalucía se presentaron 78 denuncias por violencia de género contra menores de edad a lo largo de 2012; una cifra que, según el Instituto Andaluz de la Mujer, supera a las de periodos anteriores. Y cada año la media de edad es inferior al anterior.

Un informe realizado en 2012 por la Universidad Complutense de Madrid y el Ministerio de Sanidad desvela el machismo que arrastran los universitarios: **un 11% de ellos afirma haber ejercido malos tratos** (insultos, humillación, control o agresión) y, de ellos, otro 11% lo han hecho en más de una relación. **Entre las chicas, muestra que un 12% de ellas se ha sentido obligada a conductas sexuales en las que no quería participar**, un 10% ha visto cómo su pareja la aislaba de sus amistades, un 8% ha vivido una situación de control hasta el mínimo detalle, **un 6% ha recibido insultos con frecuencia y un 4% reconoce que su pareja le ha pegado**. A pesar de esto, solo el 1,5% de las llamadas que recibió el 016 —teléfono gratuito del Ministerio de atención a maltratadas— eran de estudiantes.

Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Universitat Autònoma de Barcelona. Enero, 2014

Unas 17.000 niñas están en riesgo de sufrir mutilación genital en España.

El número de niñas y jóvenes en riesgo de padecer mutilación genital en España **se ha incrementado un 61 % en los últimos cuatro años** en España y ahora **son casi 17.000 las menores de 15 años en esta situación**, hijas de **familias procedentes de países africanos** en los que se realiza esta práctica.

Cataluña concentra el 30% de las residentes en España.