



VIOLENCIA DE GÉNERO: MODELO RADAR

María del Mar Baños Martín, María Dolores Serrano Justicia y Ana Belén Clavijo Segado.

mariadelmardue@hotmail.com

Violencia Género, Mujer, Modelo RADAR.

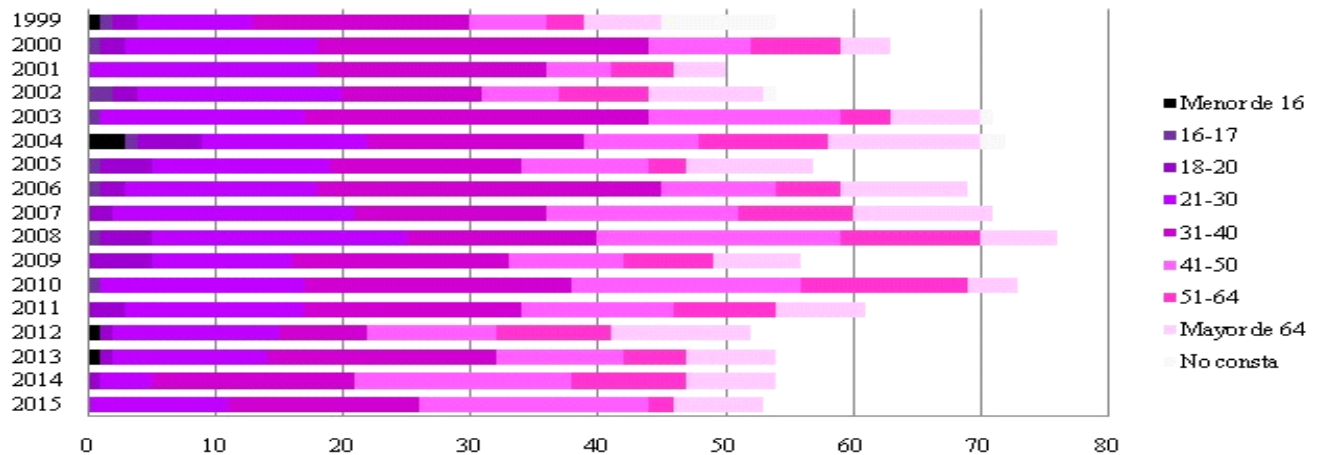
INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es un tema de preocupación social de repercusión mundial, en el que las políticas de los países, los medios de comunicación, sanitarios y educativos han volcado una gran atención. En la II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la mujer en Copenhague en 1980 se denominó a la violencia contra la mujer como el crimen más silenciado del mundo. No obstante, el mundo ha evolucionado desde entonces mediante avances científicos, métodos anticonceptivos, avance en la legislación contra la violencia de género (Carrilero, Martínez, y Flores, 2012).



En España la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la Violencia de Género tiene por objeto y ámbito actuar contra la, violencia como manifestación de la discriminación, de la situación de desigualdad y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges, o de quien este o haya estado allegados a ellas por situación de afectividad, aun sin convivencia. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad las víctimas mortales por Violencia de Género desde enero 2003 hasta enero 2016 están representadas en el siguiente gráfico.

VIOLENCIA DE GENERO: MODELO RADAR



Edad víctimas mortales por violencia de género desde 1999 hasta 2015

Las mujeres que son maltratadas tienen mayor número de enfermedades físicas como fracturas, hematomas, trastornos gastrointestinales y consumen más ansiolíticos, antidepresivos, analgésicos, así como otras drogas, alcohol y tabaco.

La violencia de género en la salud de la mujer es acumulativa ya que presenta distintos tipos de maltrato: psicológicos, físicos, reproductivos y sexuales.

- **Las consecuencias en la salud física** a pesar de ser la evidencia más visible no es la única ya que tiende a cronificarse. Suelen ser hematomas, fracturas, fibromialgia, molestias gastro-intestinales.
- **Consecuencias reproductivas/sexuales.** Dispareunia, trastornos menstruales disminución de la libido, infecciones de transmisión sexual. Durante el embarazo puede surgir hemorragia preparto, infección uterina. Sangrado vaginal, muerte fetal.
- **Consecuencias en la salud psíquica:** conductas de ansiedad extrema causadas por la amenaza sobre su vida y seguridad, depresión que causa indefensión, apatía y desesperanza causado sobre todo por el aislamiento impuesto del agresor. Sentimientos de culpa ya que la víctima se siente culpable por no haber sido capaz de romper la relación. En el síndrome de la mujer maltratada es muy común que la mujer víctima de malos tratos tenga distorsiones cognitivas que le ayuden a soportar la situación en la que vive, utilizando equivocadamente los recursos de minimización, negación y disociación (Escribano, 2012).

Este trabajo se va a centrar más en la violencia psicológica debido a que esta suele pasar desapercibida y, sin embargo, el daño que se le causa a la mujer está grave como en la violencia física. La familia tras el ejército durante un periodo de guerra es el mayor agente de violencia, la situación de cautiverio en la familia al ser una institución cerrada, refuerza las

VIOLENCIA DE GENERO: MODELO RADAR

agresiones repetidas y prolongadas del agresor hacia la víctima, aumentando la percepción del agresor de la indefensión y vulnerabilidad de las mujeres en el hogar.

Las consecuencias de este tipo de violencia de género suelen ser devastadoras llegando en último extremo a la muerte por el suicidio al no detectar ningún atisbo de esperanza en su futuro. En este tipo de violencia se desvaloriza, minusvalora, se humilla, se ignora y se atemoriza una mujer, y puede empezar desde el inicio de la relación de una pareja.

Más de dos tercios de mujeres sometidas a violencia de género acabarían desarrollando ansiedad, depresión, síndrome estrés postraumático, o abuso de sustancias nocivas (Garriga y Martín, 2010)

Según el DSM-IV el Trastorno de Estrés Postraumático no exige la presencia de un desencadenante inesperado y extraordinario. Aparece con sintomatología concomitante de depresión y ansiedad

Los síntomas de:

- Reexperimentación hacen que la víctima continúe manteniendo la intensidad del sufrimiento que ha padecido.
- Evitación se provoca una desconexión entre la víctima y los sucesos de alrededor, siendo responsables de la aparente pasividad de la mujer.
- Activación es la incapacidad de la mujer de reponerse al trauma.
- Desesperanza y falta de autoestima les hace ser incapaz de afrontar la situación de sufrimiento que padecen.

En un estudio realizado por Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta, y Sarasua, (2002), en una muestra de 212 mujeres maltratadas cuyo perfil era mujer casada o en trámites de separación con edad alrededor de los 38-40 años. Un 62% de la muestra habían padecido maltrato físico, una tercera parte de la muestra había sufrido violencia sexual por su pareja, y la violencia se había extendido a los hijos en un 63%. El 80% de la muestra no tenía antecedentes de violencia en su familia de origen. El 46% de las mujeres fueron diagnosticadas del síndrome de estrés postraumático, y también estaban afectadas de síntomas de ansiedad y depresión.

Zumalde, Gutiérrez, y Corral, (2007) en su estudio sobre trastorno estrés postraumático relacionado con esquemas cognitivos disfuncionales participaron 114 mujeres atendidas por servicios especializados para las víctimas. Los resultados establecían que las mujeres diagnosticadas con síndrome de estrés postraumático en comparación con la mujer que no reunían estos criterios tenían más esquemas cognitivos de desconexión y rechazo de la autonomía deteriorada del modelo de terapia centrada en los esquemas de Young. También puntuaron más alto en los esquemas de abandono, imperfección/culpa, dependencia, apego y aislamiento social.

VIOLENCIA DE GENERO: MODELO RADAR

OBJETIVOS

- Describir el funcionamiento en todas sus fases del modelo RADAR.
- Informar a los profesionales de la salud de cuáles son las actitudes para abordar a las mujeres víctimas de violencia de género.

CONCLUSIONES

El modelo RADAR es la adaptación del grupo de trabajo de violencia en el ámbito doméstico de Filadelfia adaptado a la red de salud mental del Servicio Murciano de Salud.

Unido a lo anterior, siempre que se vaya a poner en marcha un plan de cribado, se deben realizar actividades formativas sobre la violencia de género en los profesionales del campo de la salud debido al desconocimiento de estrategias para abordar estas situaciones.

Los profesionales de la salud deberían hacer una visualización interior de lo que consideran violencia de género y posteriormente juzgarla como un problema de salud con una base de socialización real, que se escuda en el empoderamiento del hombre, la justificación y minimización de conductas machistas, con lo que estas conductas continúan persistiendo ya que no son juzgadas ni rechazadas. Esto puede conducir a una doble victimización de la mujer (ya que es maltratada y culpada de la situación en la que se encuentra).

Así mismo, es muy importante saber documentar el abuso que la mujer ha sufrido, y también es muy importante conocer la obligación legal que tiene el personal sanitario cuando se le comunica un abuso.

Este programa considera que las mujeres que consultan los servicios de salud mental y drogodependencias son consideradas como población de riesgo de estar padeciendo violencia de género. Se debería preguntar directamente a todas las usuarias de estos servicios si están padeciendo violencia de género, en ocasiones ni las propias víctimas se dan cuenta que son víctimas de violencia machista, por lo que una detección temprana tendrá mejor pronóstico de futuro que una que se retrase en el tiempo durante meses o años.

El modelo RADAR

Radar: recogida de datos en salud mental. Puede ser que la mujer relate espontáneamente una situación de violencia pasada o presente. Si no relata situación de violencia vivida se pasará a la primera A del RADAR. No tiene en la actualidad pareja, pero la ha tenido se pasará a la primera A del RADAR.

- rAadar: abordar con preguntas directas. Los profesionales de salud deberían aplicar estrategias de cribado de salud universal, y según la respuesta inicial priorizar las necesidades de las mujeres, teniendo siempre en cuenta etnia, religión, etc. Las preguntas dirigidas a la mujer que en la actualidad tienen pareja son el WAST corto, y según la respuesta que ellas den el cribado será positivo pasando a la D de RADAR, o si es negativo cerrando el RADAR.

VIOLENCIA DE GENERO: MODELO RADAR

- raDar: en caso de confirmar la sospecha de violencia de género se pasará a confirmar el diagnóstico y valorar qué tipo de maltrato ha tenido la víctima. En este punto la actitud del profesional es muy importante, ya que puede favorecer que la mujer se decida a contar que le pasa o se vuelva a casa y continúe con el maltrato.
- radAr: analizar la seguridad y el riesgo. Se evalúa junto a la mujer el riesgo de agresión hacia ella, hijos y personas dependientes que habitan en el domicilio, también se evalúa el riesgo de suicidio. El personal sanitario debe valorar si la mujer es maltratada, pero sin peligro, o está padeciendo maltrato en situación de peligro extremo.
- radaR: respuesta sanitaria y social. Se informa a la mujer de las alternativas disponibles en los recursos de salud mental y en los recursos sociales de la comunidad en la que viva. En relación a la respuesta de salud mental se elabora un plan terapéutico basado en las necesidades y situación de la mujer. La respuesta de los servicios sociales serían recursos de alojamiento, centro especializado para mujeres víctimas de maltrato, ayudas económicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrilero López, S., Martínez Díaz, J.M., & Flores Bienert, M.D. (2012). Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. *Enfermería Global*, 11(27), 430-445. <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300024>
2. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. España, (2015). *Informe estadístico de violencia género*.
3. Consejería para la igualdad y bienestar social. - junta de Andalucía. *Informe estadístico de violencia género*.
4. Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
5. Escribano Martínez, A. (2012). *Detección y abordaje de la violencia de género por el personal sanitario*. Madrid: Formación y Sanidad.
6. Garriga Puerto, A. and Martín García-Sancho, J. (2010). *Actuación en Salud Mental en mujeres maltratadas por su pareja*. [Guía Practica Clinica] Región de Murcia.
7. Zumalde, E. C., Gutiérrez, A. E., & Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19(3), 446-451.