

ORIGINAL

# Violencia de género, salud y trabajo

*Gender violence, health and work*

**Lucila Chust-Morató<sup>1</sup>, Lucila Morató Moscardó<sup>2</sup>, Ignacio Torres-Alberich<sup>3</sup>,  
M<sup>a</sup> Victoria Ramírez-Iñiguez de la Torre<sup>4</sup> , Luisa Capdevila García<sup>5</sup> ,  
M<sup>a</sup> Teófila Vicente-Herrero<sup>6</sup> **

1. Psicóloga sanitaria Equipo Base Servicios Sociales. Valencia 2. Médico del Trabajo. Valencia

3. Abogado Ilustre Colegio de Abogados de Valencia 4. Médico del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Grupo Correos. Albacete 5. Médico del trabajo Servicio de Prevención Mancomunado MAPFRE. Valencia 6. Médico del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales Grupo Correos. Valencia.

## Correspondencia

M<sup>a</sup> Teófila Vicente Herrero

Servicio Medicina del Trabajo. Grupo Correos

Plaza del Ayuntamiento nº 24. 46002 Valencia

E-mail: vicenteherreromt@gmail.com/grupo.gimt@gmail.com

Recibido: 9 - I - 2021

Aceptado: 2 - III - 2021

doi: 10.3306/AJHS.2021.36.02.11

## Resumen

La violencia de género en la pareja afecta a casi una de cada tres mujeres en el mundo. En los últimos años se ha convertido en un fenómeno social difícil de gestionar. En España la normativa es amplia siendo abordada esta problemática de forma total o parcial por distintas Leyes y Reglamentos.

Las diferentes formas de violencia, simbólica, estructural e interpersonal, no son excluyentes, sino que se interrelacionan y repercuten en la salud. Son objeto de investigación las repercusiones derivadas: psicológicas, biológicas, neurológicas, conductuales y fisiológicas.

Las consecuencias psicológicas son, en ocasiones, más graves que sus efectos físicos ya que la merma de autoestima de las mujeres aumenta el riesgo de problemas de salud. Los psicólogos actúan en coordinación con el personal sanitario para minimizar el daño derivado de la violencia y facilitar la integración social y laboral de la mujer.

En España, cuando la mujer retorna al trabajo después de un proceso de Incapacidad Temporal es valorada por el médico del trabajo del servicio de prevención de riesgos laborales de la empresa, a efectos de garantizar su seguridad y lograr la mejor adaptabilidad en esta etapa.

La psicología es una de las especialidades de los servicios de prevención, presentes en la propia empresa o concertados externamente, y su actuación coordinada con los profesionales sanitarios puede facilitar un retorno sin riesgo actuando conjuntamente con los responsables de la gestión empresarial y, de forma especial con los responsables de los recursos humanos.

**Palabras clave:** Violencia de género, intervención psicológica, salud laboral.

## Abstract

Gender violence in the couple affects one in three women in the world. It is currently a difficult social phenomenon to manage, although there is a generous legal support regulation.

The different forms of violence are not exclusive, but are interrelated and have an impact on health with consequences: psychological, biological, neurological, behavioural and physiological.

The psychological consequences are, occasionally, more serious than the physical ones. Therefore, psychologists and health workers must act in coordination to minimize the damage and facilitate the recovery and socio-labour integration of the affected woman.

In Spain, preventive legislation contemplates psychosociology as a specialty, incorporated into the company, or external agreements. The psychologist and the health prevention service workers working together will facilitate the return to work without risk, requiring the collaboration of business managers and human resources managers to adopt the required preventive-adaptive measures.

**Key words:** Intimate partner violence, Psychological intervention, occupational health.

**Nota:** En este documento, no se discrimina a nadie por razón de sexo. A lo largo de todo este documento se utilizará el género gramatical masculino para referirse a colectivos mixtos, como aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva. Tan solo cuando la oposición de sexos sea un factor relevante en el contexto se explicitarán ambos géneros.

## Introducción

El concepto de violencia viene definido en la Real Academia de la Lengua (RAE)<sup>1</sup> como: *cualidad de violento, acción y efecto de violentar o violentarse, acción violenta o contra el natural modo de proceder*. De forma complementaria, el diccionario del español jurídico define la violencia como: *fuerza física que aplica una persona sobre otra y que constituye el medio de comisión propio de algunos delitos, como el robo o los delitos contra la libertad sexual, entre otros (JRAE)<sup>2</sup>.*

No es un fenómeno exclusivo de hombres o de mujeres, pudiendo afectar a ambos, pero en los últimos tiempos la violencia sufrida por las mujeres ha adquirido proporciones que la convierten en un fenómeno social, de compleja gestión.

La violencia de pareja íntima afecta a casi una de cada tres mujeres en todo el mundo durante su vida. Su distribución es muy desigual, con una prevalencia de menos del 4% en muchos países de altos ingresos, mientras llega al 40% en algunos entornos de bajos ingresos.

Poco se sabe sobre los factores que impulsan la distribución geográfica de la violencia de pareja o cómo los macrofactores podrían combinarse con factores individuales para determinar estas cifras. Los resultados de una encuesta llevada a término en 44 países, a 481.205 mujeres, entre el 1 de enero de 2000 y el 17 de abril de 2013 muestran que, junto con el estatus de las mujeres y otros factores relacionados con el género, podrían incluirse otros factores presentes en el entorno. La educación de las niñas está fuertemente asociada con un menor riesgo de violencia de pareja en países donde el abuso de la esposa está normalizado.

Del mismo modo, la violencia de pareja es menos frecuente en países con una alta proporción de mujeres incorporadas al mundo del trabajo, pero trabajar por dinero en efectivo aumenta el riesgo de una mujer en países donde trabajan pocas mujeres. Los resultados de este trabajo sugieren que los formuladores de políticas podrían reducir la violencia al eliminar el sesgo de género en los derechos de propiedad y abordar las normas que justifican la violencia a la pareja y el control masculino del comportamiento femenino. Se propone poner mayor énfasis en las reformas de políticas a nivel macroeconómico y tener en cuenta los efectos a nivel transversal al diseñar las intervenciones (Heise LL, Kotsadam A, 2015)<sup>3</sup>.

Sin embargo la violencia está presente en todas las sociedades. En diversos grados, mujeres y niñas son víctimas de violencia física, sexual y psicológica que trasciende diferencias en renta, clase y cultura. Así lo destacó la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 2015, afirmando que *esta violencia es reconocida como una violación de los derechos humanos y una forma de discriminación contra*

*la mujer, que refleja el desequilibrio generalizado del poder entre mujeres y hombres. Dicha violencia puede conducir a problemas de salud a largo plazo a nivel físico, mental y emocional (The World's Women 2015)<sup>4</sup>.*

## La violencia de género como problema social

La violencia sobre la mujer en cualquiera de sus tipos está extendida en todos los países del mundo y afecta a todos los estratos sociales. Los estudios apuntan a diferencias en función de las distintas concepciones sociales. Un aspecto que cobra importancia creciente es el incremento de comportamientos violentos entre adolescentes y donde la labor educativa es fundamental. Se destaca la urgencia e importancia de implementar acciones preventivas tempranas en las escuelas, involucrando a las familias y la comunidad y centradas en la deconstrucción de los patrones culturales de género actuales, en función de su origen histórico, a fin de apoyar enfoques pedagógicos emancipadores y liberadores (Taquette SR, Monteiro DLM, 2019)<sup>5</sup>.

Casi un tercio (30%) de todas las mujeres que han tenido una relación ha sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja. Las estimaciones de prevalencia de la violencia de pareja oscilan entre el 23,2% en los países de ingresos altos y el 24,6% en la región del Pacífico Occidental, al 37% en la región del Mediterráneo Oriental y el 37,7% en la región de Asia Sudoriental (OMS violence-against-women)<sup>6</sup>.

Datos de nuestro país (de julio de 2019) procedentes de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad (estadísticas violencia género-igualdad)<sup>7,8</sup> estiman un total de casos recogidos de 557.101. El concepto de "caso de violencia de género" es muy similar al de "víctima de violencia de género", aunque no es idéntico. Un caso contiene toda la información que relaciona a una víctima con único agresor. De esta manera, si una mujer, a lo largo del tiempo, es víctima de violencia de género con más de un agresor, hablaremos de un caso distinto por cada uno de los diferentes agresores.

Aunque conocer y comprender la prevalencia y las consecuencias de la violencia hacia las mujeres es complejo, no se puede ignorar cómo los patrones de violencia están conectados con los sistemas sociales y las instituciones sociales. En algunos trabajos los autores han examinado cómo la violencia estructural y simbólica contribuye a la violencia interpersonal contra las mujeres; y cómo interactúan los determinantes sociales de la salud y la violencia interpersonal contra las mujeres. Las diferentes formas de violencia, simbólica, estructural e interpersonal, no son mutuamente excluyentes, sino que se relacionan entre sí. La violencia estructural está marcada por un

acceso profundamente desigual a los determinantes de la salud (vivienda, atención médica de calidad y desempleo), que luego crean condiciones en las que puede ocurrir violencia interpersonal y que configuran formas de violencia de género para las mujeres en posiciones sociales vulnerables. Los factores estructurales pueden tener impactos negativos en los determinantes sociales de la salud y aumenta el riesgo de violencia interpersonal entre las mujeres. Los autores proponen respuestas de las políticas de salud pública a la violencia contra las mujeres yendo más allá de los enfoques de violencia a nivel individual, para considerar cómo la violencia a nivel estructural e interpersonal y las relaciones de poder configuran las 'experiencias vividas' de violencia para las mujeres (Montesanti SR, Thurston WE, 2015)<sup>9</sup>.

Un estudio realizado en Nigeria destaca la asociación positiva entre el trabajo en efectivo y la violencia de pareja íntima (IPV) de tipo físico, que fue significativamente mayor para las mujeres que residían en localidades donde se contaba con una mayor aprobación social en el uso de la violencia del hombre contra la mujer y donde la toma de decisiones dominada por el esposo era más común. Esta brecha educativa conyugal favorecía a la IPV sexual y frente a ello se proponen programas integrados de prevención de IPV y empoderamiento económico que consideren las normas de género y las creencias de rol de género adaptadas a cada entorno y localidad, a fin de promover entornos sociales en los que las mujeres puedan beneficiarse de su empoderamiento económico (Gage AJ, Thomas NJ, 2017)<sup>10</sup>.

En Panamá un estudio, realizado entre marzo de 2014 y marzo de 2015, trató de visibilizar las desigualdades de género, violencia y su relación con el proceso salud-enfermedad en trabajadoras de instituciones públicas (civiles, policías militares y oficiales de prisiones). Los resultados revelaron los dilemas a los que están sometidas estas mujeres en el campo de la seguridad pública, la exposición a la violencia, principalmente institucional y de género, y su impacto en la salud; las relaciones de poder, marcadas por las jerarquías de las corporaciones y las asimetrías de género entre hombres y mujeres en entornos profesionales. Recomienda promover la visibilidad de las mujeres que trabajan en instituciones de seguridad pública, considerando el impacto de la violencia y las desigualdades de género en sus vidas personales y profesionales, incluida la resistencia y los reordenamientos promovidos por estas mujeres en las instituciones en respuesta a su presencia en un ambiente hegemónico y tradicionalmente masculino (Schneider D, Signorelli MC, Pereira PPG, 2017)<sup>11</sup>.

Las mujeres inmigrantes y refugiadas corren un alto riesgo de IPV y homicidio de pareja íntima (IPH). Países como EE.UU, con un elevado y creciente número de inmigrantes y refugiados, muestran especial preocupación por este tema con el objetivo de identificar

las percepciones de los sobrevivientes y agresores y poner en marcha factores de protección y riesgo comunes y culturalmente específicos para IPV e IPH para mujeres inmigrantes y refugiadas, priorizar áreas de intervenciones de planificación de seguridad para sobrevivientes que están en riesgo de violencia severa o letal por parte de una pareja íntima. El trabajo se realiza con inmigrantes adultos y refugiados sobrevivientes de IPV: asiáticos, latinos y africanos. Los resultados revelaron factores de riesgo y protección multinivel para IPV / IPH a nivel social (Normas culturales patriarcales), a nivel de relación (Comportamientos abusivos de la pareja) y a nivel individual (Aculturación en los EE. UU.). Los autores sugieren priorizar las intervenciones de evaluación de riesgos y planificación de seguridad culturalmente receptivas en entornos legales, de servicios sociales y de atención médica (Sabri B et al, 2018)<sup>12</sup>.

Páez Cuba concluye su trabajo *Génesis y evolución histórica de la violencia de género, afirmando que la violencia de género es uno de los efectos colaterales del sistema patriarcal y androcéntrico en el que hemos nacido mujeres y hombres. Los rasgos esenciales de la violencia de género son su carácter sociocultural, multifacético, pluricausal, cíclico, asimétrico y antijurídico; debiendo ser necesariamente tratada desde un enfoque multidisciplinario. Debemos sistematizar el tratamiento del fenómeno violencia de género desde el estudio multidisciplinario: psicológico, sociológico, antropológico, sociocultural, pedagógico, entre otros* (Páez Cuba LD, 2011)<sup>13</sup>.

## Normativa

En 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas *Reconociendo la urgente necesidad de una aplicación universal a la mujer de los derechos y principios relativos a la igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos... Proclama solemnemente la siguiente Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer e insta a que se hagan todos los esfuerzos posibles para que sea universalmente conocida y respetada*. Se aprueba así una declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres (United Nations General Assembly. Declaration on the elimination of violence against women, 1993)<sup>14</sup>. En 1996 Enterada con gran preocupación del dramático aumento en todo el mundo de la incidencia de lesiones intencionales que afectan a personas de todas las edades y de ambos sexos, pero especialmente a mujeres y niños, la OMS lo declaró prioridad en salud pública (WHA. Prevention of violence: a public health priority, 1996)<sup>15</sup>.

En España la normativa al respecto es amplia, siendo abordada esta problemática de forma total o parcial por distintas Leyes y Reglamentos y con especial incidencia en la violencia de género como forma específica que afecta a la mujer (**Tabla I**).

Tabla I: Normativa internacional y española de especial referencia en violencia de género.

<p><b>NORMATIVA EUROPEA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000).</li> <li>• Web de EU JUSTICE- Legislación de la Unión Europea sobre Violencia de Género.</li> <li>• Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica de 2011 (Convenio de Estambul).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000).</li> <li>• Web de EU JUSTICE- Legislación de la Unión Europea sobre Violencia de Género.</li> <li>• Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica de 2011 (Convenio de Estambul).</li> </ul>
<p><b>NORMATIVA INTERNACIONAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración universal de los Derechos Humanos.</li> <li>• Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración universal de los Derechos Humanos.</li> <li>• Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW).</li> </ul>
<p><b>NORMATIVA EN ESPAÑA</b></p> <p><b>I.- CÓDIGO DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y DOMÉSTICA</b></p> <p><b>II.- CONVENIOS</b> Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011.</p> <p><b>III.- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA</b> Constitución Española (parcial).</p> <p><b>IV.- NORMATIVA ESTATAL SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO</b> Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (parcial). Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género.</p> <p><b>IV.1.- MEDIDAS COMPLEMENTARIAS</b></p> <p><b>IV.1.1.- ORDEN DE PROTECCIÓN</b> Ley reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. Ley de reconocimiento mutuo de resoluciones penales en la Unión Europea. Sistema de registros administrativos de apoyo a la Administración de Justicia. Modelos de remisión al Registro Central para la Protección de las Víctimas.</p> <p><b>IV.1.2.- ASISTENCIA JURÍDICA</b> Ley de asistencia jurídica gratuita (parcial). Reglamento de asistencia jurídica gratuita (parcial).</p> <p><b>IV.1.3.- ÁMBITO PENAL</b> Ley Orgánica del Código Penal (parcial). Medidas concretas en materia de violencia doméstica. De medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. Ley del Estatuto de la víctima del delito. Desarrolla la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, y se regulan las Oficinas de Asistencia a las Víctimas del Delito. Ley de Enjuiciamiento Criminal (parcial) Circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad. Se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y de localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas.</p> <p><b>IV.1.4.- ÁMBITO CIVIL</b> Código Civil (parcial). Ley de Enjuiciamiento Civil (parcial). Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.</p> <p><b>IV.1.5 ÁMBITO SOCIAL, LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL</b> Texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (parcial). Ley del Estatuto del trabajo autónomo (parcial). Texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (parcial). Se aprueba el Reglamento General de Ingreso del Personal al servicio de la Administración general del Estado y de Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional de los Funcionarios Civiles de la Administración general del Estado. Reglamento General de Ingreso del Personal al servicio de la AGE (parcial). Se establece el procedimiento de movilidad de las empleadas públicas víctimas de violencia de género. Procedimiento de movilidad de las empleadas públicas víctimas de violencia de género. Se aprueba el Acuerdo para favorecer la movilidad interadministrativa de las empleadas públicas víctimas de violencia de género. Movilidad interadministrativa de las empleadas públicas víctimas de violencia de género. Programa de inserción sociolaboral para mujeres víctimas de violencia de género. Renta activa de inserción para desempleados con especiales necesidades económicas.</p>	<p>BOE 12 de agosto de 2019</p> <p>BOE núm. 137, de 06/06/2014</p> <p>BOE núm. 311, de 29/12/1978</p> <p>BOE núm. 313, de 29/12/2004</p> <p>BOE núm. 71, de 23/03/2007 BOE núm. 188, de 04/08/2018</p> <p>BOE núm. 183, de 01/08/2003</p> <p>BOE núm. 282, de 21/11/2014 BOE núm. 33, de 07/02/2009</p> <p>BOE núm. 39, de 14/02/2009</p> <p>BOE núm. 11, de 12/01/1996 BOE núm. 188, de 07/08/2003</p> <p>BOE núm. 281, de 24/11/1995 BOE núm. 234, de 30/09/2003</p> <p>BOE núm. 101, de 28/04/2015 BOE núm. 312, de 30/12/2015</p> <p>BOE núm. 260, de 17/09/1882 BOE núm. 145, de 18/06/2011</p> <p>Gaceta de Madrid núm. 206, de 25/07/1889 BOE núm. 7, de 08/01/2000 BOE núm. 65, de 16/03/2007</p> <p>BOE núm. 255, de 24/10/2015 BOE núm. 166, de 12/07/2007 BOE núm. 261, de 31/10/2015</p> <p>BOE núm. 295, de 10/12/2015</p> <p>BOE núm. 278, de 17/11/2018</p> <p>BOE núm. 278, de 17/11/2018</p> <p>BOE núm. 297, de 10/12/2008 BOE núm. 290, de 05/12/2006</p>

<p>Se regula el programa de renta activa de inserción para desempleados con especiales necesidades económicas y dificultad para encontrar empleo. Ley para la mejora del crecimiento y del empleo (parcial) Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (parcial)</p>	<p>BOE núm. 312, de 30/12/2006 BOE núm. 261, de 31/10/2015</p>
<p><b>IV.1.6 EXTRANJERÍA E INMIGRACIÓN</b> Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España (parcial). Reglamento Ley Orgánica sobre derechos y libertades de los extranjeros en España (parcial). Entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de la Unión Europea (parcial).</p>	<p>BOE núm. 10, de 12/01/2000 BOE núm. 103, de 30/04/2011</p> <p>BOE núm. 51, de 28/02/2007</p>
<p><b>IV.1.7 MENORES</b> Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor Derivación entre centros de acogida para las mujeres víctimas de violencia de género. Protocolo de derivación entre centros de acogida para las mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos e hijas.</p>	<p>BOE núm. 15, de 17/01/1996 BOE núm. 161, de 07/07/2015</p>
<p><b>IV. 2- JUZGADOS SOBRE LA VIOLENCIA SOBRE LA MUJER</b> Ley de Demarcación y de Planta Judicial (parcial). Ley Orgánica del Poder Judicial (parcial).</p>	<p>BOE núm. 313, de 30/12/1988 BOE núm. 157, de 02/07/1985</p>
<p><b>IV. 3- ORGANIZACIÓN</b> Estructura orgánica Ministerio de Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad (parcial). Estructura orgánica básica del Ministerio del Interior. Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer y se modifica el Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Desarrolla la estructura orgánica y funciones Dirección General de la Policía.</p>	<p>BOE núm. 164, de 07/07/2018</p> <p>BOE núm. 183, de 30/07/2018 BOE núm. 62, de 14/03/2006</p>
<p><b>IV.4 - OTRAS NORMAS RELACIONADAS</b> Ayuda económica Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género. Fondo de Garantía del Pago de Alimentos. Protección a los deudores hipotecarios (parcial). Plan Estatal de Vivienda 2018-2021 (parcial).</p>	<p>BOE núm. 21, de 24/01/2013</p> <p>BOE núm. 301, de 17/12/2005</p> <p>BOE núm. 299, de 14/12/2007 BOE núm. 116, de 15/05/2013 BOE núm. 61, de 10/03/2018</p>
<p><b>V. NORMATIVA AUTONÓMICA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO</b></p>	
<p><b>ANDALUCÍA</b> Ley de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.</p>	<p>BOJA núm. 247, de 18/12/2007, BOE núm. 38, de 13/02/2008</p>
<p><b>ARAGÓN</b> Ley de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia. Instituto Aragonés de la Mujer. Servicios de asesoramiento y orientación jurídicos gratuitos de Aragón.</p>	<p>BOA núm. 41, de 09/04/2007, BOE núm. 141, de 13/06/2007 BOA núm. 24, de 01/03/1993, BOE núm. 71, de 24/03/1993 BOA núm. 209, de 31/10/2017, BOE núm. 310, de 22/12/2017</p>
<p><b>CANARIAS</b> Ley de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género.</p>	<p>BOC núm. 86, de 07/05/2003, BOE núm. 162, de 08/07/2003</p>
<p><b>CANTABRIA</b> Ley Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres.</p>	<p>BOCT núm. 70, de 12/04/2004, BOE núm. 101, de 26/04/2004</p>
<p><b>CASTILLA-LA MANCHA</b> Ley para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha.</p>	<p>DOCM núm. 201, de 15/10/2018, BOE núm. 301, de 14/12/2018</p>
<p><b>CASTILLA Y LEÓN</b> Ley contra la violencia de género en Castilla y León.</p>	<p>BOCL núm. 243, de 20/12/2010, BOE núm. 317, de 30/12/2010</p>
<p><b>CATALUÑA</b> Ley del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.</p>	<p>DOGC núm. 5123, de 08/05/2008, BOE núm. 131, de 30/05/2008</p>
<p><b>COMUNIDAD DE MADRID</b> Ley integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid.</p>	<p>BOCM núm. 310, de 29/12/2005, BOE núm. 52, de 02/03/2006</p>
<p><b>COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA</b> Ley Foral para actuar contra la violencia hacia las mujeres.</p>	<p>BON núm. 71, de 15/04/2015, BOE núm. 107, de 05/05/2015</p>
<p><b>COMUNIDAD VALENCIANA</b> Ley integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Com. Valenciana.</p>	<p>DOGV núm. 6912, de 28/11/2012, BOE núm. 297, de 11/12/2012</p>
<p><b>EXTREMADURA</b> Ley de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género.</p>	<p>DOE núm. 59, de 25/03/2011, BOE núm. 88, de 13/04/2011</p>
<p><b>GALICIA</b> Ley para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género.</p>	<p>DOG núm. 152, de 07/08/2007, BOE núm. 226, de 20/09/2007</p>
<p><b>ILLES BALEARS</b> Ley de igualdad de mujeres y hombres</p>	<p>BOIB núm. 99, de 04/08/2016, BOE núm. 202, de 22/08/2016</p>
<p><b>LA RIOJA</b> Ley de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia.</p>	<p>BOR núm. 31, de 07/03/2011, BOE núm. 66, de 18/03/2011</p>
<p><b>PAÍS VASCO</b> Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres.</p>	<p>BOPV núm. 42, de 02/03/2005, BOE núm. 274, de 14/11/2011</p>
<p><b>PRINCIPADO DE ASTURIAS</b> Ley para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género.</p>	<p>BOPA núm. 64, de 18/03/2011, BOE núm. 106, de 04/05/2011</p>
<p><b>REGIÓN DE MURCIA</b> Ley Igualdad entre Mujeres y Hombres y de Protección contra la Violencia de Género.</p>	<p>BORM núm. 91, de 21/04/2007, BOE núm. 176, de 22/07/2008</p>

**Nota:** revisión no extensa actualizada a fecha julio 2019.

## Violencia de género y repercusión en salud

El concepto de violencia incluye la física, la sexual y la psicológica y representa un problema de salud pública mundial. Se ha documentado una asociación clara entre violencia de pareja (IPV) y un mayor riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT). En algunos estudios se ha correlacionado el TEPT y cada tipo diferente de IPV. De hecho, el componente psicológico de la violencia dentro de la pareja fue el predictor más fuerte del TEPT, y señala la importancia de separar los efectos de los diferentes tipos de abuso de pareja íntima cuando se tienen en cuenta sus efectos sobre la salud mental de las mujeres (Pico-Alfonso MA, 2005)<sup>16</sup>.

La alta prevalencia de resultados adversos para la salud relacionados con la IPV está bien documentada, pero sin embargo, se sabe poco sobre las vías que conducen a resultados adversos para la salud. La investigación sobre las alteraciones psicológicas, biológicas, neurológicas, conductuales y fisiológicas después de la exposición al IPV, muchas de las cuales están asociadas con el TEPT, requiere de nuevas tecnologías y esfuerzos de colaboración interdisciplinarios para integrar diversas metodologías y aplicar nuevos hallazgos con el fin de minimizar su impacto en salud y bienestar de las personas afectadas. Son aspectos a destacar la carga sociosanitaria por el impacto adverso en salud, especialmente en salud mental, y lo que implica de innovación metodológica integrada, interdisciplinaria, biopsicosocial y bioconductual (Dutton MA et al, 2006)<sup>17</sup>.

El suicidio es una de estas consecuencias en salud mental. Un estudio realizado entre 2005 y 2015 en Kentucky revela que hay evidencia de apoyo que muestra que la violencia subyacente y directa en las relaciones íntimas está exacerbando el riesgo de suicidio en las personas afectadas (Brown S, Seals J, 2019)<sup>18</sup>. En 2015, aproximadamente 62.000 personas murieron en los Estados Unidos como resultado de lesiones relacionadas con la violencia. Datos del Sistema Nacional de Denuncia de Muerte Violenta (NVDRS) de 27 estados de EE.UU proporcionan información por sexo, grupo de edad, raza/etnia, ubicación de la lesión, método de la lesión, circunstancias de la lesión y otras características seleccionadas. Los resultados ponen de manifiesto que las muertes violentas afectan con mayor frecuencia a hombres, a ciertos grupos de edad y poblaciones minoritarias. Los problemas de salud mental, los problemas de la pareja íntima, los conflictos interpersonales y los factores estresantes de la vida en general fueron los principales eventos precipitantes de múltiples tipos de muertes violentas, incluidos los suicidios. Este tipo de estudios son esenciales para los esfuerzos de salud pública para reducir las muertes por violencia (Jack SPD, et al, 2015)<sup>19</sup>.

Excluyendo las consecuencias fatales de la violencia, se muestran en la tabla algunas de las patologías relacionadas con la repercusión en la salud por la violencia sufrida (Tabla II).

Tabla II: Consecuencias no fatales de la violencia en la salud.

<b>Salud física</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones</li> <li>• Deterioro funcional</li> <li>• Síntomas físicos inespecíficos</li> <li>• Peor salud subjetiva</li> <li>• Incapacidad permanente</li> <li>• Obesidad</li> </ul>
<b>Condiciones crónicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor crónico</li> <li>• Síndrome del intestino irritable</li> <li>• Trastornos gastrointestinales</li> <li>• Quejas somáticas</li> <li>• Fibromialgia</li> </ul>
<b>Salud mental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrés postraumático</li> <li>• Depresión</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Trastorno de pánico</li> <li>• Trastornos alimenticios</li> <li>• Disfunciones sexuales</li> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Abuso de sustancias</li> </ul>
<b>Conducta negativa de salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábito de tabaco</li> <li>• Alcohol y abuso de drogas</li> <li>• Conductas sexuales de riesgo</li> <li>• Inactividad física</li> </ul>
<b>Salud reproductiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo no deseado</li> <li>• VIH/ETS</li> <li>• Trastornos ginecológicos</li> <li>• Aborto no deseado</li> <li>• Complicación en el embarazo</li> <li>• Hijos de bajo peso</li> <li>• Inflamación pélvica</li> </ul>

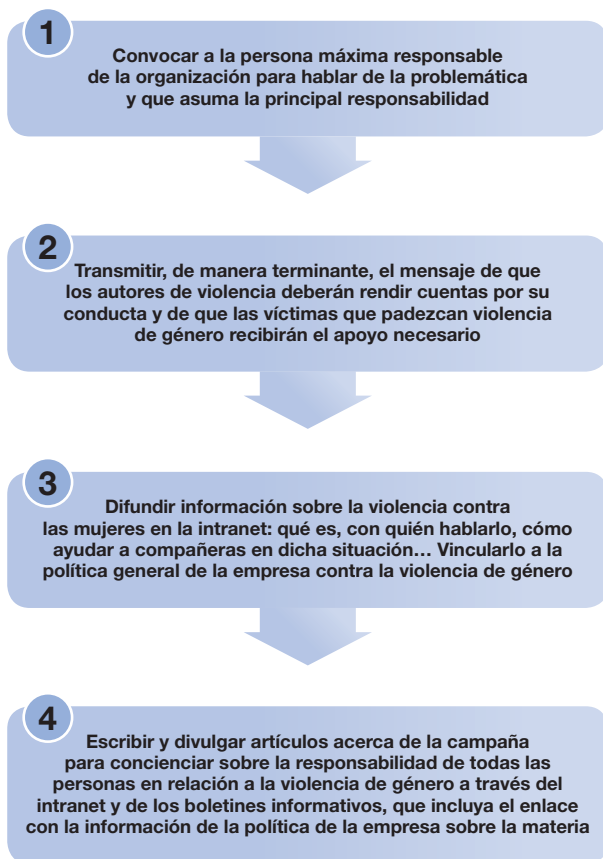
Fuente: Isabel Ruíz Pérez. Escuela Andaluza de Salud Pública. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud. Disponible en: [http://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo\\_03.pdf](http://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf).

### Abordaje de la violencia de género desde salud laboral

Si bien la violencia contra las mujeres, y de forma concreta la IPV, es un concepto complejo donde intervienen múltiples factores, algunas investigaciones destacan que, con frecuencia, se asocia con inestabilidad laboral y con el bajo nivel económico y cultural, analizando los efectos específicos de la violencia física, la violencia psicológica y los síntomas del TEPT como predictores de desempleo, sin que los resultados sean concluyentes (Kimerling R et al, 2009)<sup>20</sup>.

Un colectivo sobre el que tiene especial impacto es el de trabajadores migrantes. A nivel mundial, hay más de 150 millones de trabajadores migrantes internacionales, trabajando fuera de su país de origen y un número considerable de ellos en entornos peligrosos y de explotación, donde pueden correr un riesgo considerable de lesiones y problemas de salud. Sin embargo, existen pocos datos sobre salud laboral entre los trabajadores migrantes para permitir la formulación de políticas globales y la prestación de servicios de salud (Hargreaves S et al, 2019)<sup>21</sup>.

**Gráfico 1:**  
Toma de conciencia de la violencia de género en los centros de trabajo.

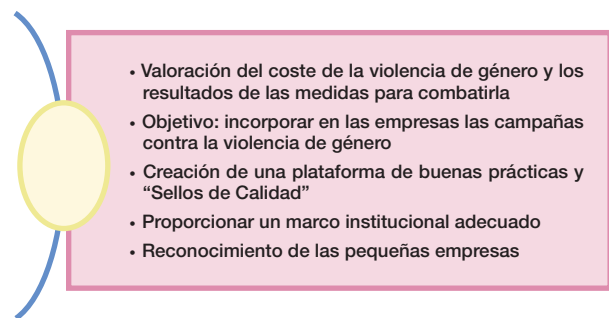


**Fuente:** Modificado de CARVE (companies againts gender violence). Disponible en: <https://asceps.org/makingprojects/carve-daphne/wp-content/resources/CARVEguideCAST.pdf>

El abordaje de la violencia de género en ámbito laboral incluye actuaciones individuales y actuaciones protocolizadas y estandarizadas en la gestión empresarial. Existen referencias de proyectos en diversas empresas que pueden servir de orientación.

Partiendo de la anteriormente comentada legislación española sobre la implantación obligatoria de planes de igualdad en las empresas (Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres y Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores), destacamos aquí la propuesta de CARVE (companies againts gender violence) que resulta particularmente interesante por dar una visión global desde y para las empresas en torno a este tema especialmente sensible (**Tabla III**) (**Gráficos 1 y 2**).

**Gráfico 2:**  
La implicación de las empresas para mitigar la violencia contra las mujeres. Recomendaciones de políticas específicas.



**Fuente:** Modificado de CARVE (companies againts gender violence). Disponible en: <https://asceps.org/makingprojects/carve-daphne/wp-content/resources/CARVEguideCAST.pdf>

**Tabla III:** buenas prácticas empresariales y recomendaciones para prevenir y abordar la violencia contra las mujeres.

<b>Desarrollo e implementación de políticas laborales relativas a la violencia contra las mujeres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificación</li> <li>Implicación</li> <li>Compromiso firme</li> <li>Establecimiento de mecanismos de reclamación internos</li> </ul>
<b>Detección y abordaje de la problemática en los centros de trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informar y formar al personal y a la dirección</li> <li>Generar confianza</li> <li>Disponer de un protocolo estándar incorporado a la política de contratación de personal</li> <li>Proporcionar apoyo o ayuda a través de remisiones a los servicios de apoyo y asistencia a las víctimas</li> </ul>
<b>Interacción con las trabajadoras víctimas en los centros de trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escuchar</li> <li>Informar y explicar</li> </ul>
<b>Apoyo a las mujeres víctimas de violencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponer permisos de baja laboral especiales y reincorporación laboral</li> <li>Apoyo en la superación del aislamiento</li> <li>Opción de flexibilidad laboral</li> <li>Posibilidad de oferta de nuevos puestos de trabajo</li> </ul>
<b>Garantizar la seguridad y protección de los empleados y las víctimas en el trabajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Condiciones de trabajo seguras</li> <li>Confidencialidad</li> <li>Seguridad</li> </ul>
<b>Colaboración con las partes interesadas en relación a la violencia de género</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colaboración con las partes interesadas especializadas (ONG, ayuntamientos fundaciones organizaciones sindicales...)</li> <li>Coordinación entre las instituciones (gubernamentales o privadas)</li> <li>Participación de representantes sindicales en las sesiones formativas y las campañas de sensibilización</li> </ul>

**Fuente:** CARVE (companies againts gender violence) Disponible en: <https://asceps.org/makingprojects/carve-daphne/wp-content/resources/CARVEguideCAST.pdf>

## La terapia psicológica como intervención en mujeres víctimas de violencia de género

Las consecuencias psicológicas de la violencia en las mujeres son en ocasiones más graves que sus efectos físicos ya que la agresión, física o psicológica, merma la autoestima de las mujeres y aumenta el riesgo de desarrollo de múltiples problemas de salud (Tabla IV).

**Tabla IV:** Consecuencias psicopatológicas más frecuentes de la violencia psicológica.

• Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
• Depresión
• Trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, ataques de pánico, agorafobia, etc.)
• Trastornos de la alimentación
• Alteraciones del sueño
• Abuso y dependencia de sustancias
• Problemas psicósomáticos
• Baja autoestima
• Problemas crónicos de salud
• Inadaptación. Aislamiento.
• Problemas de relación social/familiar/laboral
• Suicidio

**Fuente:** Asensi Pérez LF. La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. Revista Intermata de Práctica Jurídica, n.º 21, enero-junio del 2008, pp. 15-29 (www.uv.es).

La violencia psicológica es considerada un subtipo y la forma más común de violencia de pareja, cuyas consecuencias en salud mental son severas (Dokkedahl S et al, 2019)<sup>22</sup>. Los psicólogos participan activamente en programas para prevenir la violencia desde la enseñanza en las escuelas promoviendo conductas en igualdad de género, en trabajo como voluntarios en ONG y asociaciones contra la violencia, orientando, formando y asesorando individualmente o en grupos de autoayuda, si bien las competencias profesionales recaen sobre los técnicos de igualdad de servicios sociales (Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres y Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores) y también en las unidades de emergencia, grupos terapéuticos o grupos de intervención psicológica, recursos de vivienda de emergencia social y otros servicios de apoyo de los que se dispone en muchos países europeos, y que tienen un papel central en los procedimientos judiciales.

Los psicólogos actúan en coordinación y colaborando con el personal sanitario en cualquier ámbito donde exista una situación que suponga daño por violencia a la mujer. Existen iniciativas auspiciadas por colegios profesionales y expertos en psicoterapia para estas situaciones concretas (García MÁ et al, 2016)<sup>23</sup>, (Bosch Fiol et al, 2005)<sup>24</sup>, (Matud MP et al, 2016)<sup>25</sup> y en esta línea la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA-*European Federation of Psychologists Association*), de forma conjunta con la Asociación Europea de Psicología Comunitaria (*European Association*

*of Community Psychology*) y el Comité Permanente de Psicología Comunitaria subrayan la necesidad de realizar las siguientes actuaciones (INFOCOP 2018)<sup>26</sup>:

1. Promover la conciencia social y profesional sobre la violencia de género contra las mujeres, entre los psicólogos y todos los profesionales sociales y de la salud.
2. Establecer pautas de género específicas en los Departamentos de Emergencia y en todos los servicios públicos y privados (asociaciones contra la violencia, asesoría legal y expertos en apoyo, policía, servicios sociales, tribunales ordinarios y especiales), para crear unas directrices orientadas a las distintas consecuencias de la violencia.
3. Desarrollar programas de formación dirigidos a mejorar las actitudes y el conocimiento del personal sobre las mujeres maltratadas y a desarrollar protocolos médicos y psicológicos integrados, promoviendo, a su vez, la concienciación de la comunidad y las estrategias para abordar estas situaciones.

Las actuaciones deben adaptarse a la situación de la mujer en cada una de las fases por las que pasa tras el episodio de violencia de género.

### En el proceso de recuperación

La violencia de género es una problemática con causas múltiples, como se refleja anteriormente, sin embargo, en su base se encuentra siempre la asimetría y desigualdad entre hombres y mujeres (Goodman Lisa A et al, 1993)<sup>27</sup>. Este concepto es necesario para comprender la aparición, desarrollo y consecuencias de la violencia de género y, por tanto, el contenido y el proceso terapéutico de recuperación para las mujeres que la han sufrido.

El tratamiento psicoterapéutico, tanto en formato individual como grupal, supone la herramienta básica para la recuperación integral de la mujer y la prevención de repetición de relaciones basadas en el abuso. No es posible entender el proceso terapéutico únicamente desde el enfoque psicológico individualista, basado en la modificación de parámetros cognitivos y conductuales, sin un análisis de contenido sociológico y cultural, desde un modelo explicativo comprensivo que permita una adecuada valoración y conocimiento de todos los factores individuales, sociales y del contexto que explican la violencia contra la mujer. Los estereotipos asociados al género, la asimetría en las relaciones y la desigualdad en entornos tanto privados como públicos han relegado a la mujer a una posición de inferioridad.

La primera meta en el abordaje terapéutico es la evaluación, siguiendo la propuesta de Mary Ann Dutton(28), donde se destacan las principales cuestiones a analizar: tipo y patrón de violencia, abuso y control ejercido por el agresor; efectos psicológicos de ese abuso; estrategias



de afrontamiento (activas o pasivas) que ha utilizado y factores mediadores (institucionales, creencias previas, recursos materiales y apoyo social...)

En España el grupo de Matud establece una batería de instrumentos de evaluación para su programa de intervención en mujeres maltratadas por su pareja: Entrevista semiestructurada de historia y tipo de maltrato (Matud, 1999); Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa, 1997); Inventario para la ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 1990); Inventario para la depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996); Inventario de autoestima (SEQ-MR) Versión reducida y validada con mujeres maltratadas del Self-esteem Inventory de Rector y Roger (1993); Inventario de Apoyo Social (Matud, 1999); Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja (APCM, Matud, 2004b).

Existen propuestas terapéuticas basadas en el modelo clásico cognitivo-conductual, de demostrada eficacia en multitud de trastornos psicológicos, incluido el trastorno por estrés postraumático (TEPT) con una orientación individual basada en el tratamiento del trauma, como la realizada por F. Labrador (Labrador F J, 2004)<sup>29</sup> o las llevadas a cabo desde instituciones como el Colegio de Psicología de Guipúzcoa de la mano de M. García et al. Por su parte, el modelo de psicoterapia de orientación feminista de Bosch, Ferrer y Alzamora propone una terapia (Tabla V).

Teniendo en cuenta todo lo mencionado, consideramos imprescindible resaltar la importante coordinación de la intervención psicológica con la terapia social,

encaminada a la completa recuperación de la mujer de un entorno sociofamiliar y laboral; sin detrimento de la labor sanitaria y la orientación y acompañamiento judicial, necesarios en múltiples ocasiones para lograr el objetivo último del empoderamiento y el establecimiento de relaciones saludables, equitativas y equilibradas alejadas de cualquier forma de violencia. En el siguiente gráfico mostramos el proceso terapéutico en sus diferentes fases, establecidas en orden cronológico pero no estricto, es decir: tanto la evaluación como el establecimiento de objetivos están en constante desarrollo a lo largo del proceso terapéutico, pudiendo revisar y reevaluar las metas o estrategias establecidas en función del desarrollo de la paciente (Tabla VI).

### En el retorno al trabajo

A efectos de garantizar la seguridad de la trabajadora y de su entorno y lograr la mejor adaptación en esta etapa, cuando se produce el retorno al trabajo después de un proceso de Incapacidad temporal por daños físicos o psíquicos derivados de violencia contra la mujer, es necesaria una valoración global del puesto y de la situación clínica de la mujer por el médico del trabajo del servicio de prevención de riesgos laborales.

Los Servicios de Prevención de Riesgos laborales constan de cuatro especialidades: tres técnicas (Higiene, Seguridad y Ergonomía y Psicología aplicada) y una sanitaria (la Unidad Básica de Salud constituida por Medicina y Enfermería del trabajo).

Las empresas pueden tener un Servicio de Prevención propio con todas las especialidades, o al menos dos de ellas, pudiendo concertar externamente las no incluidas

Tabla V: Programa de Intervención Terapéutica.

<b>Objetivos generales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de conciencia de la situación vivida, comprensión de los hechos delictivos, desmontar mitos sobre el amor romántico</li> <li>• Reducción de la sintomatología y recuperación de la autoestima</li> <li>• Autonomía e independencia frente a la figura masculina</li> <li>• Analizar las relaciones familiares y con los hijos</li> <li>• Interiorización de los roles igualitarios y deshacer mitos y estereotipos</li> <li>• Reconstrucción de la vida social de la mujer</li> <li>• Empoderamiento como objetivo final y paso hacia una nueva vida de mecanismos de reclamación internos</li> </ul>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<b>Objetivos terapéuticos</b>
Valoración del riesgo: medidas de autoprotección	Establecer estilos de afrontamiento, potenciar sus recursos personales
Percepción del maltrato: reconocimiento del ciclo de violencia, reconocimiento de indicadores, reconocimiento de la tipología de violencia sufrida y reconocimiento del impacto en los hijos.	Devolución de información (exposición del modelo explicativo y propuestas de tratamiento), psicoeducación en TEPT (información sobre las respuestas traumáticas normales), psicoeducación sobre el ciclo de la violencia, nombrar el abuso (validar sus experiencias del maltrato), psicoeducación sobre el impacto de la violencia en los hijos.
Empoderamiento: modificación de mitos y creencias, autoafirmación, asertividad, regulación emocional, toma de decisiones, potenciar la autonomía y las relaciones igualitarias y de buen trato.	Revisión de creencias, revisión de problemas, atención a los sentimientos de culpa y de vergüenza, valoración de cosas positivas-inventario de sí misma, trabajo intrapsíquico (resignificación del hecho traumático), psicoeducación sobre asertividad, reelaboración afectiva a través del vínculo.
Sintomatología clínica.	Control de la respiración, ejercicio físico, relajación, elaboración del duelo (ruptura de la relación).
Cambios en la realidad social: entrenamiento, desarrollo de actividades sociales y red de apoyo social, afrontamiento del área de lo laboral.	Programación de actividades y tareas agradables, entrenamiento afectivo (expresar, recibir), entrenamiento social (iniciar y mantener contactos).

Fuente: Extraído de García, M. Á., Alías, A. M. S., & Ballester, P. B. (2016). Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista. Colegio Oficial de Psicología de Guipúzcoa (España).

en la empresa; o bien dispondrá de Servicio de Prevención Ajeno, con todas las especialidades externalizadas.

En todos los casos la psicología es una parte de estos servicios, bien en la propia empresa o concertado externamente en los casos en que sea necesario.

Cuando una mujer víctima de violencia de género retorna al trabajo después de un periodo de incapacidad temporal, o sigue trabajando sin recurrir a la baja laboral, debe ser apoyada por los especialistas del servicio de prevención en colaboración con los asistenciales, a nivel sanitario, psicológico y técnico, para facilitar su recuperación y adaptación del puesto, en caso necesario, con la información requerida de los responsables de la gestión empresarial y, de forma especial, en coordinación con los responsables de recursos humanos.

Sin embargo, hay dos principios básicos que rigen esta actuación profesional:

1. Respeto escrupulosos a la intimidad personal.
2. Riguroso cumplimiento de la protección de datos y de la confidencialidad, requerida siempre, pero de forma muy escrupulosa en estas situaciones de extrema sensibilidad y riesgo personal.

A efectos de agilizar los procedimientos y evitar duplicidades en la recogida de información se recomienda actuar conjuntamente, aunque el riguroso cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD, última actualización de 2018)<sup>30</sup> hace necesaria la colaboración de la mujer, que será quien transmita, si lo considera oportuno, la información de los distintos agentes implicados en aras de agilizar los trámites y mejorar su

situación personal y laboral.

La RAE define protocolo como:

- *Secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, médica, etc.*

O también como:

- *Conjunto de reglas que se establecen en el proceso de comunicación entre dos sistemas.*

Proponemos seguidamente un procedimiento protocolizado y coordinado para facilitar la atención e incorporación laboral de la mujer víctima de violencia (Gráfico 3).

## Conclusiones

La violencia de género es un problema mundial de creciente prevalencia y difícil de gestionar.

Los distintos tipos de violencia se interrelacionan entre sí y repercuten en la salud de la mujer que la ha sufrido. La repercusión psicológica es un aspecto a destacar y la intervención coordinada de psicólogos y sanitarios supone una atención más completa y facilita el proceso de recuperación y reintegración socio-laboral.

El retorno al trabajo de la mujer que ha sufrido violencia de género requiere una actuación conjunta de todos los implicados en la gestión preventiva de la empresa, destacando la labor del personal Médico y de Enfermería del Trabajo, la del profesional de psicología de empresa y la labor facilitadora de los responsables de Recursos Humanos.

**Tabla VI:** Proceso de recuperación. Intervención psicológica en mujeres que han sufrido violencia de género.

<b>Fase I: EVALUACIÓN</b>	<b>Fase II: ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS</b>	<b>Fase III: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA</b>
Entrevista semiestructurada e instrumentos de evaluación estructurados.	Devolución de los resultados de evaluación y establecimiento de metas en conjunto con la paciente.	Trabajo desde la perspectiva cognitivo conductual para la reducción de síntomas y el desarrollo de habilidades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de un diagnóstico a nivel psicopatológico, si corresponde</li> <li>• Exploración de las distintas áreas relacionadas con el proceso terapéutico: habilidades de afrontamiento, rasgos de personalidad, ansiedad rasgo-estado, habilidades sociales...</li> <li>• Análisis de la historia de violencia y relacional</li> <li>• Exploración de la existencia o no de red de apoyo social y familiar</li> <li>• Recogida de datos sociodemográficos y de coordinación con otras áreas (sanitaria, laboral...)</li> </ul>	<p><b>Como norma general:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoestima</li> <li>• Regulación emocional</li> <li>• Trabajo del trauma</li> <li>• Identificación y comprensión de la violencia de género</li> <li>• Asertividad, establecimiento de límites, comunicación y pautas de relación</li> <li>• Análisis desde la perspectiva de género de mitos relativos a las relaciones, el amor romántico y los roles asociados a la mujer</li> <li>• Sexualidad y relaciones de pareja saludables</li> <li>• Habilidades sociales, establecimiento o fortalecimiento de red de apoyo social-familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identidad, género, autoestima y empoderamiento</li> <li>• Sexualidad, maternidad, relaciones interpersonales y de pareja desde un análisis de género</li> <li>• Proceso de cambio y prevención de recaídas: círculo de la violencia machista</li> <li>• Género y violencia</li> <li>• Regulación emocional: identificación, gestión y afrontamiento de las emociones, establecimiento de límites, culpa y responsabilidad, vínculo y apego.</li> <li>• Trabajo cognitivo: Discusión de pensamientos irracionales, "debería", roles de género interiorizados, indefensión aprendida, normalización de la violencia...</li> <li>• Motivación y toma de decisiones</li> </ul>

Gráfico 3: Atención coordinada socio-sanitario-laboral a la mujer víctima de Violencia de género.



## Bibliografía

1. Real Academia Española (2018). *Diccionario de la lengua española*. Edición del tricentenario. Recuperado de <https://dle.rae.es>.
2. Real Academia Española y Consejo General del Poder Judicial (2017). *Diccionario panhispánico del español jurídico*. Madrid: Santillana. Recuperado de <https://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-panhispanico-del-espanol-juridico>.
3. Heise, L.L. & Kotsadam, A. (2015). *Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys*. *Lancet Glob Health*, 3(6):e332-40.
4. United Nations (2015). Capítulo 6: *Violence against women*. En *The World's Women 2015: Trends and Statistics*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. Sales No. E.15.XVII.8
5. Taquette, S.R. & Monteiro, D.L.M. (2019). Causes and consequences of adolescent dating violence: a systematic review. *J Inj Violence Res*, 11(2):137-47.
6. Organización Mundial de la Salud (2017). *Violencia contra la mujer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

7. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (s.f.). *Portal Estadístico violencia de Género*. Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Recuperado de <http://estadisticasviolenciagero.igualdad.mpr.gob.es/>.
8. Secretaría de Estado y Seguridad (2019). Gabinete de Coordinación y Estudios. *Sistema de seguimiento integral en los casos de Violencia de Género (Sistema VioGén)*. Gobierno de España. Ministerio del Interior. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/642012/9896454/dartos+estad%C3%ADticos+julio/e291c740-792e-4b79-84ac-6baf9dc757d1>.
9. Montesanti, S.R. & Thurston, W.E. (2015). *Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy*. BMC Womens Health, 15:100.
10. Gage, A.J. & Thomas, N.J. (2017). *Women's Work, Gender Roles, and Intimate Partner Violence in Nigeria*. Arch Sex Behav, 46(7):1923-38.
11. Schneider, D., Signorelli, M.C. & Pereira, P.P.G. (2017). *Public security female workers at the coast of Paraná, Brazil: intersections of gender, work, violence(s), and health*. Cien Saude Colet, 22(9):3003-11.
12. Sabri, B., Nnawulezi, N., Njie-Carr, V.P.S., Messing, J., Ward-Lasher, A., Alvarez, C., & al. (2018). *Multilevel Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Among African, Asian, and Latina Immigrant and Refugee Women: Perceptions of Effective Safety Planning Interventions*. Race Soc Probl, 10(4):348-65.
13. Páez Cuba, L.D. (2011). *Génesis y evolución histórica de la violencia de género*. Contribuciones a las Ciencias. Recuperado de [www.eumed.net/rev/cccss/11/](http://www.eumed.net/rev/cccss/11/).
14. United Nations General Assembly (1993). *Declaration on the elimination of violence against women*. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>.
15. World Health Assembly (1996). *Prevention of violence: a public health priority (handbook of resolution)*. WHA, (Sixth plenary meeting, Committee B fourth report. 3rd ed). Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203914/WHA49\\_B-Conf.Paper-;jsessionid=5D15007CF854E766B04859D4E086B384?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203914/WHA49_B-Conf.Paper-;jsessionid=5D15007CF854E766B04859D4E086B384?sequence=1).
16. Pico-Alfonso, M.A. (2005). *Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women*. Neurosci Biobehav Rev, 29(1):181-93.
17. Dutton, M.A., Green, B.L., Kaltman, S.I., Roesch, D.M., Zeffiro, T.A. & Krause, E.D. (2006). *Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes*. J Interpers Violence, 21(7):955-68.
18. Brown, S. & Seals, J (2019). *Intimate partner problems and suicide: are we missing the violence?* J Inj Violence Res, 11(1):53-64.
19. Jack, S.P.D., Petrosky, E., Lyons, B.H., Blair, J.M., Ertl, A.M., Sheats, K.J. & a.l (2018). *Surveillance for Violent Deaths - National Violent Death Reporting System, 27 States*. MMWR Surveill Summ, 67(11):1-32.
20. Kimerling, R., Alvarez, J., Pavao, J., Mack, K.P., Smith, M.W. & Baumrind, N. (2009). *Unemployment among women: examining the relationship of physical and psychological intimate partner violence and posttraumatic stress disorder*. J Interpers Violence, 24(3):450-63.
21. Hargreaves, S., Rustage, K., Nellums, L.B., McAlpine, A., Pocock, N., Devakumar, D., & al (2019). *Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Glob Health, 7(7):e872-e882.
22. Dokkedahl, S., Kok, R.N., Murphy, S., Kristensen, T.R., Bech-Hansen, D., Elkitt, A. (2019). *The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: protocol for a systematic review and meta-analysis*. Syst Rev, 8(1):198.
23. García, M.A., Alías, A.M.S. & Ballester, P.B. (2016). *Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista*. Colegio Oficial de la Psicología de Gipuzkoa.
24. Bosch Fiol, E., Ferrer Pérez, V.A. & Alzamora Mir, A. (2005). *Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género*. Feminismo/s, 6:121-36.
25. Matud, M.P., Padilla, V., Medina, L. & Fortes, D. (2016). *Eficacia de un programa de intervención para mujeres maltratadas por su pareja*. Ter psicol. 2016;34(3): 199-208.
26. Consejo general de la Psicología de España (2018). *Los psicólogos desempeñan un papel importante en el abordaje de la violencia contra la mujer*. Infocop Online. Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7810](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7810).
27. Goodman, L.A., Koss, M.P., Fitzgerald, L.F., Russo, N.F. & Keita, G.R. (1993). *Male violence against women. Current research and future directions*. American Psychologist, 48:(10):1054-8.
28. Dutton M.A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: a model of assessment an intervention*. New York, Springer.
29. Matud Aznar, M.P.(2004). *Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada*. Psicothema, 6(3):397-401.
30. Matud, M.P. (1999). *Impacto psicológico del maltrato a la mujer: un análisis empírico*. Informe del proyecto de investigación. Instituto Canario de la Mujer
31. Echeburúa, E., Corral, P. Amor, P.J., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1997a). *Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2, 7-19.
32. Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (1997b). *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas*. Análisis y Modificación de Conducta, 23, 503-26
33. Beck, A.T. & Steer, R.A. (1990) *Manual for the beck anxiety inventory*. The Psychological Corporation, San Antonio.
34. Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. & Ranieri, W (1996). *Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatient*. J Pers Assess, 67(3):588-97.
35. Rector, N. A., & Roger, D. (1993). *Self-concept and emotion-control*. Presentado en el 3rd Annual Meeting of the European Congress of Psychology. Helsinki, Finland.
36. Matud, M. P. (1998). *Social Support Scale [Database record]*. Retrieved from PsycTESTS. doi: 10.1037/t12441-000.
37. Matud, M. P. (2004). *Diseño y validación de un programa de intervención psicológica con mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja*. Informe de investigación. Madrid, Instituto de la Mujer.
38. Labrador F.J., De Luis P.P. & Fernández R (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid, Pirámide.
39. Jefatura de Estado. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. España. Boletín Oficial de Estado, núm. 294, de 06 del 12 de 2018.