

2. La violencia de género

2.1. Marco y situación actual

Resuena en nuestra sociedad, cada vez con mayor intensidad, el eco de mujeres, víctimas todas ellas de un problema común, el maltrato, que a pesar del desarrollo de un clima social de denuncia e intolerancia, la magnitud de esta realidad sigue siendo al día de hoy desconocida. Según Larión Zugasti, las mujeres tienen 6 veces más probabilidades de ser agredidas por un familiar que por un desconocido. Tal vez, sería necesario recurrir para explicar la actual situación de una forma gráfica a la teoría del iceberg: la realidad que se percibe es sólo la punta del iceberg, la mayor parte del problema permanece oculto a los ojos.

La violencia física coexiste con la psíquica y la sexual, aunque de estas dos últimas existen pocos trabajos por la dificultad inherente a la hora de medir o cuantificar. Sin embargo, en los estudios realizados se concluye que el maltrato psíquico o la degradación son tanto o más intolerables, y con consecuencias en la salud y el bienestar similares a las de la violencia física.

Los datos a nivel mundial resultan sencillamente escalofriantes:

- Cada año mueren en el mundo 4.000.000 de mujeres víctimas de la violencia.
- La prevalencia de mujeres sometidas a violencia física por sus parejas en algún momento de sus vidas es del 10 al 69% a nivel mundial, y del 18 al 58% en países europeos. Constituyendo ésta la principal causa de muerte o invalidez en el grupo de mujeres de entre 16 y 44 años de edad, según un informe sobre la violencia doméstica en los hogares europeos adoptado por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (APCE) el 27-09-02.

En España son pocos los estudios sobre prevalencia de la VG. Nos tenemos que referir a la encuesta llevada a cabo por el Instituto de la Mujer en el año 1999, a mujeres mayores de 18 años. En ella podemos observar:

- Sobre una muestra de 20.552 mujeres mayores de 18 años, cómo el 12,4% de las mismas están en «situación objetiva» de violencia en el entorno familiar (según los criterios de maltrato utilizados a través de indicadores). Estos datos, proyectados a la población española, signifi-

can que 2.090.767 mujeres estarían en situación objetiva de violencia familiar (según lo que la encuesta presenta como «técnicamente» maltratadas). Sin embargo, tan sólo una de cada cinco se consideraba como tal.

- Un 4,2% de las mujeres encuestadas tenían una percepción subjetiva del maltrato, presentando una mayor gravedad en sus formas.

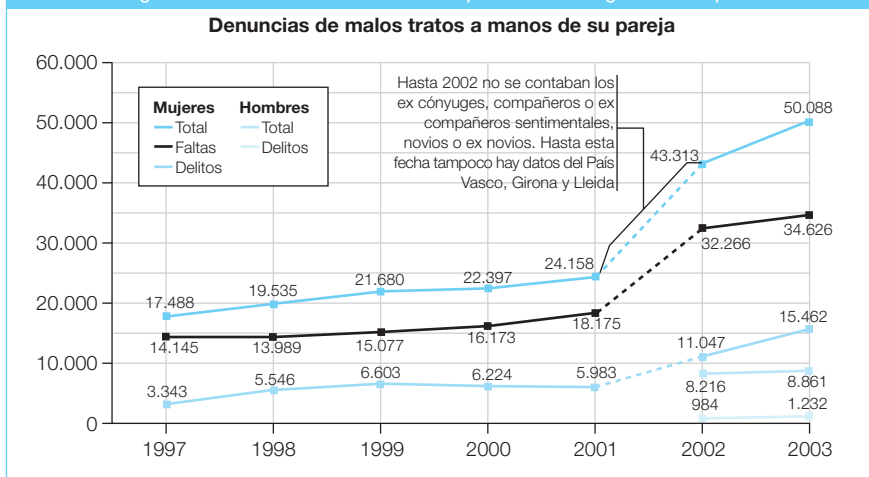
La principal diferencia entre las mujeres objetivamente maltratadas y las que se consideraban a sí mismas maltratadas radica en que para muchas mujeres el hecho de estar sometidas a humillación, desprecio, abuso sexual y control de sus vidas por parte de sus parejas forma parte del conjunto de sus relaciones, sin tener conciencia de la dignidad y la igualdad a la que tienen derecho y sin evidenciar que están inmersas en relaciones destructivas.

La profesora Rosaura González apunta, en un proyecto que concluirá en 2006, para detectar los patrones que pronostican la violencia de género entre los jóvenes, que el maltrato de género, que afecta a un 10% de este colectivo entre 16 y 18 años, arranca en el noviazgo y crece a medida que el compromiso es mayor. Empieza con agresiones verbales, psíquicas y físicas más o menos sutiles. En ese mismo trabajo resulta curioso observar cómo las chicas suelen interpretar esas agresiones benévolamente: o no les dan importancia o las niegan para evitar la ruptura. Ellas no se consideran agredidas, dicen que el maltrato les pasa a las casadas.

La violencia se convierte tanto para las víctimas como para los agresores en un mal endémico que no distingue estatus social, económico y cultural, y acontece tanto en el ámbito urbano como en el ámbito rural. Del mismo modo podemos observar que no existe tampoco límite de edad, aunque como apunta la macroencuesta es entre los 44 y los 64 años donde las cifras son más elevadas. Que se articula sobre la base de una organización social construida desde el desequilibrio, la asimetría, el dominio y la desigualdad de los hombres frente a las mujeres, que encuentran en la violencia un modo de resolver los conflictos.

Ante esta realidad, resulta interesante observar cómo en los últimos cinco años se ha producido un incremento considerable de las denuncias, que puede no corresponder a un aumento real de malos tratos, sino a una mejor información de la mujer, a una mejora en el desarrollo de la red de recursos y el apoyo social a la mujer maltratada, así como a una mayor sensibilidad social ante el problema (**figura 2.1**).

Figura 2.1. Evolución de las denuncias por violencia de género en España



Nota: No hay datos de denuncias masculinas antes de 2002

Fuente: Instituto de la mujer

2.2. Concepto

El concepto y tipos de violencia de género se podría sintetizar en la siguiente tabla resumen (**tabla 2.1**).

2.3. Causas de la violencia de género

El interés por conocer las causas de VG ha llevado a muchos investigadores a profundizar en el estudio de las características de las personas que la sufren o la ejercen. Entre los rasgos definitorios que nos ayudarían a extraer el perfil de mujer con un mayor riesgo de ser maltratada podemos subrayar: una relación de dependencia y sumisión, baja autoestima, la vivencia de VG en su familia de origen, el bajo nivel cultural y socioeconómico, el aislamiento psicológico y social, el consumo de alcohol o drogas y el desequilibrio de poder en la pareja. También es preciso subrayar que el embarazo es para algunas mujeres el inicio de la violencia por ser una situación de mayor vulnerabilidad. Algunos hombres viven el embarazo de su pareja como una amenaza para su dominio. Pero las dificultades del estudio de la causalidad no acaban ahí, dado que los factores personales son sólo un eslabón de la cadena que incluye además otro tipo de factores sociales y culturales.

En un estudio reciente (Jewkes, 2002) se refiere a la existencia de dos causas, en el sentido epidemiológico de la palabra, para que exista la VG: una

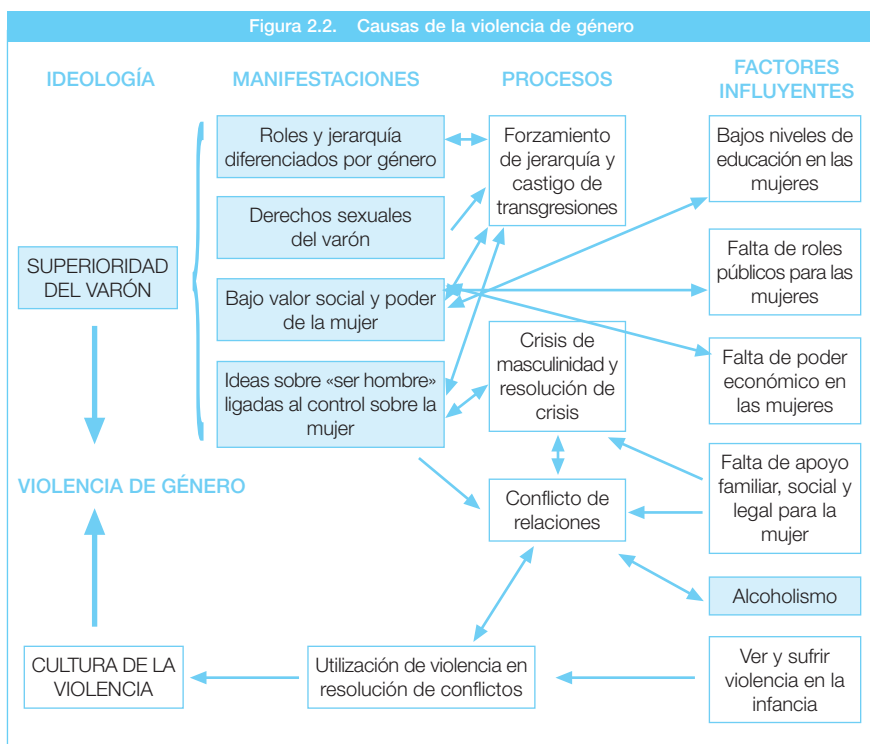
Tabla 2.1. Concepto de violencia de género y tipos

<p>CONCEPTO</p> <p>«... 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» (ONU, 1995). En el año 1995 en Beijing, las Naciones Unidas, al referirse a la violencia contra las mujeres, declara: «es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad» (ONU, 1995).</p>		
Tipos		
Violencia física	Violencia psíquica	Violencia sexual
<p>Es toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar daño o lesiones físicas a la mujer. En la evaluación de lesiones y severidad de las mismas se pueden destacar unos criterios básicos, como la conducta lesiva y su intencionalidad, los efectos de la lesión, los medios utilizados para lesionar y los elementos que la acompañan, como las amenazas. Sin embargo, no sólo importa la severidad de las lesiones resultantes, sino también la severidad del acto cometido.</p>	<p>La violencia psíquica es toda conducta orientada a la desvalorización de la otra persona. Los malos tratos psíquicos causan sufrimiento y son tan dañinos o más que los malos tratos físicos en cuanto al deterioro de la salud física y mental de la víctima. Manipulaciones emocionales en forma de desprecio, humillación o culpabilización; indiferencia ante las necesidades, opiniones, trabajos o actividades realizadas por la mujer. Control de actividades, relaciones, trabajo y medios de subsistencia... Todas estas conductas van encaminadas a reducir y erosionar la autoestima y la seguridad en sí misma de la mujer, así como limitar al máximo su autonomía personal y la iniciativa propia, convirtiéndola en un ser pasivo y dócil.</p>	<p>Es cualquier contacto sexual practicado contra la voluntad de la mujer. Se trata de un atentado contra la libertad sexual de la mujer por el que se le obliga a soportar, bajo coacción, actos de naturaleza sexual o a realizarlos. Las vías más comunes de presión son tres: la amenaza implícita o explícita de agredir o forzar a la mujer si no accede a los deseos de su pareja; la coerción social por la cual se presiona a la mujer para que cumpla las expectativas de su rol de género, y la coerción personal como las amenazas de infidelidad, control del dinero, abandono, etc. Una práctica muy habitual entre los maltratadores es utilizar las relaciones sexuales como muestra de reconciliación o como muestra de castigo.</p>

posición desigual de la mujer en la sociedad y la utilización normalizada de la violencia en la resolución de conflictos. Sin la existencia de alguno de estos dos factores, la VG no existiría. Estos factores, a su vez, actúan con el resto de factores complementarios (figura 2.2). Tales como la pobreza, el alcohol o la experiencia de maltrato en la infancia.

2.4. La «historia natural» de los episodios de violencia de género

Es habitual que comience por agresiones verbales y no verbales que se repiten, acoso, reclusión, privación de recursos físicos, financieros, personales.



Tomado de Jewkes R. Lancet 2002; 359: 1423-29.

Luego, agresiones sociales, relegándola al aislamiento social y a la dependencia, minando la seguridad y la confianza de la mujer que lo padece. Entretanto, el maltrato sexual ha ido apareciendo, y si el agresor no va logrando los objetivos de obediencia y sumisión por parte de la mujer, se pasa al maltrato físico. Es decir, la violencia contra la mujer no es un hecho puntual, sino que se va cronificando, y la violencia física es la punta del iceberg de la vivencia de la violencia incrustada. La mujer es consciente de su sufrimiento, pero, con el tiempo, deja de ser consciente de que no merece ese sufrimiento. De alguna manera, la conciencia de la injusticia es la voz de alarma que empuja a la lucha contra esa situación. Por eso, cuando el maltrato se prolonga es porque ella «consiente», porque aprendió el rol que le enseñaron y el que él marca, se siente culpable y responsable de lo que pasa, llegando a pensar que no se somete lo suficiente, e intenta portarse mejor para que él no se vuelva a enfadar. La esperanza de que él cambie, aunque mezclada con las dudas, va haciendo que caiga en una tela de

aña de la que no intenta salir porque piensa que es ahí donde debe estar. Niegan la realidad autoengañándose, autoinculpándose y usando estos mecanismos como mecanismos de protección, reduciendo así su nivel de ansiedad, pero también su capacidad de salir de esta situación. Sin embargo, no olvidemos que no se necesita ningún tipo de acción o reacción por parte de la víctima para que se produzca el maltrato, ya que el objetivo de éste es el sometimiento.

Walker definió el «**Ciclo de la violencia**» en tres fases, intentando explicar la agresión continuada asumida:

Primera fase: tensión. Es el principio de la escalada, causada por conflictos cotidianos que provocan en el agresor cambios de humor exagerados y sin razón aparente. La mujer aprende que la única forma de evitar o retrasar el maltrato, es ceder a las exigencias del agresor, y se muestra sumisa.

Segunda fase: agresión. Surge como explosión de la tensión acumulada, con daños, no sólo psíquicos, sino físicos para la mujer, incluso la muerte.

Tercera fase: calma o remisión. El agresor se muestra arrepentido y busca la reconciliación con palabras cariñosas y promesas, lo que origina en la mujer un sentimiento de esperanza, convenciéndose de que todo va a cambiar.

Como decíamos, cuando los signos físicos se hacen evidentes es porque hay mucho sufrimiento vivido previo y violencia silenciosa. De hecho, se ha visto en varios estudios mediante encuestas, uno de ellos en un Centro de Salud de Granada, en 2002, que la forma más frecuente de maltrato es el emocional (22,3%), seguido del físico (9,8%) y el sexual (5,1%), y que los diferentes tipos coexisten en una proporción elevada de mujeres.

2.5. ¿Cuáles son las opciones de la mujer maltratada? ¿Por qué no hace nada para defenderse?

Podríamos decir que, en el momento actual, las mujeres maltratadas tienen tres opciones, y no todas muy alentadoras para ellas. Veamos:

1. **Enfrentarse a la agresión**, para lo cual se requiere fuerza y habilidad física, algo difícil en muchas mujeres.
2. **Abandono o separación**, con lo que se plantea un problema económico-familiar, además de que es cuando la mujer experimenta una agudización de maltrato, ya que el agresor siente que pierde una serie de servicios y obligaciones, que ella le debe por el simple hecho de ser su

mujer. Marcharse no aparece como una verdadera opción para muchas mujeres, tan influidas como sus cónyuges por esta forma patriarcal de entender las relaciones de pareja, en las que se hace difícil pensar en una misma. La conciencia de superioridad del hombre sobre la mujer, el sentido de la propiedad y de dominio que tiene el hombre, hacen muy difícil aceptar la libertad de la mujer para romper la relación. Así, existe el llamado «*Síndrome de dependencia afectiva*», que se define como el nexo emocional que impide a su víctima romper con su agresor, y cuya causa fundamental es el aislamiento al que el agresor le hace llegar, haciéndola pensar que él es todo su mundo y que le ama, perdonando y justificándole siempre.

- 3. Denuncia o petición de ayuda**, solución ésta que, a lo largo de las últimas décadas, se ha desarrollado como la más importante gracias a la acción de las asociaciones de mujeres, feministas y organizaciones, casi siempre voluntarias, y, por fin últimamente, gracias a medidas legales y gubernamentales. También está siendo decisiva, aunque con paso lento, el proceso de concienciación social. Está claro que es ésta, la sociedad, la que castiga, la que da más o menos importancia a cada hecho y a cada punición. No es posible, aunque sí real, que un 46% de los europeos señalen como causa de la violencia de género «el comportamiento provocativo de las mujeres» o un 64% «estar genéticamente predispuesto al comportamiento violento». Cuanto mayor sea la conciencia social de los problemas, más denuncia social existirá, y, en este caso, más libres se sentirán las mujeres maltratadas para denunciar sus propios horrores, sin miedo a la vergüenza de sus familiares ni de sus amigos ni de sus propios médicos.

La violencia de género tiende a ser repetida con una media de 6 incidentes por año. El primer episodio ocurre en el primer año de matrimonio en casi la mitad de los casos y, en muchos de ellos, en el primer embarazo. Pasan entre 5 y 10 años desde el inicio del maltrato hasta que el hecho es denunciado.

Una de las razones que más inhibe a las mujeres de presentar una denuncia por malos tratos es que las penas que se imponen a su agresor, hasta ahora —esperemos que con la Ley Integral contra los malos tratos esta situación pueda variar—, suelen repercutir negativamente sobre ella y su familia, sufriendo un descenso de su nivel de vida. No tienen dónde ir, pueden tener hijos pequeños, lo que provoca problemas socioeconómicos asociados al estrés psicológico y físico del maltrato.

La necesidad de aportar pruebas del maltrato para denunciar, así como la lentitud de los procesos —que es otra de las cosas que promete cambiar la Ley Integral—, pueden hacer que estas mujeres sufran daños añadidos originados, o al menos derivados, de la lentitud o ineficacia del propio sistema judicial, el sistema sanitario, o cualquier otro de los sistemas públicos, pudiendo dar lugar a la llamada «victimización secundaria».

Los motivos de denuncia son, en primer lugar, por malos tratos físicos y psíquicos; en segundo lugar, los psíquicos solamente, y en tercer lugar, sólo los físicos.

Las denuncias pueden ponerse en cualquier comisaría de Policía, cuartel de la Guardia Civil o en el Juzgado de Instrucción que esté de guardia. Existen protocolos en cada uno de estos lugares para tratar cada situación. Existe el SAM, Servicio de Atención a la Mujer, cuerpo especializado en atención a las mujeres víctimas de violencia, integrado por mujeres inspectoras que se personan en las comisarías, informan y asesoran a las víctimas, instruyen la denuncia y ayudan a realizar las declaraciones. Los servicios EMUMES, Unidad de Mujeres y Menores de la Guardia Civil atienden también a las víctimas de malos tratos.

2.6. Las consecuencias para la mujer. Síntomas orientativos de la violencia de género

Es obvio que vivir bajo la presión de cada instante de humillación, paliza, violación y bajo la espera de la próxima, destroza la vida de la mujer maltratada. Van apareciendo señales o síntomas que pueden hablar de alguna forma de todo lo que está sucediendo, unas veces físicos, otras psíquicos, unos más evidentes que otros, y otras veces, ni una ni otra, ni tan evidentes. Claro que los que vemos están ahí y no podemos ignorarlos, pero... ¿y los que no vemos? **¿Será que tenemos que preguntar a todas las mujeres en la consulta?**

Los **síntomas** que aparecen en estas mujeres los podemos clasificar, de forma didáctica, en síntomas físicos y psíquicos, y se presentan de forma resumida en la **tabla 2.2**.

No se trata solamente de un gravísimo problema de salud para las personas que lo padecen. Es, además, un problema sociosanitario con unas repercusiones económicas difíciles de calcular. Está comprobado que las mujeres víctimas de VG acuden más a los servicios sanitarios que las demás, se someten a más cirugía, prolongan más su estancia hospitalaria y consumen

Tabla 2.2. Síntomas físicos y psíquicos más frecuentes en las mujeres maltratadas

FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos, sobre todo, en cuello, espalda, pecho y brazos, habitualmente bilaterales. • Heridas y traumatismos maxilofaciales, dentales, rotura de tímpano, desgarro del lóbulo de la oreja por arrancamiento del pendiente. • Quemaduras. • Hematomas en diferentes estadios evolutivos. • Cefalea crónica, dolores lumbares crónicos, síntomas gastrointestinales, colon irritable, problemas dermatológicos, palpitaciones, astenia, fibromialgia, muerte. • E.T.S., embarazos de riesgo, embarazos no deseados, abortos, dolores pélvicos crónicos, dispareunia, infecciones urinarias de repetición.
PSÍQUICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos por estrés postraumático. • Baja autoestima, ansiedad, depresión, hipocondría, fobias, crisis de pánico. • Abuso de drogas, psicofármacos, alcohol. • Trastornos de alimentación (bulimia, anorexia). • Trastorno por somatización. • Intentos de suicidio.
SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social. • Absentismo laboral. • Pérdida de empleo.

más fármacos. Con esto podemos imaginar que, además de las consecuencias para el estado de salud de la mujer, el gasto sanitario se incrementa.

2.7. Las consecuencias de la violencia de género en el entorno familiar

La VG afecta tanto a la vida de la mujer, como a la de los hijos y a la del resto del entorno familiar, tanto a nivel físico y psicológico como a nivel cultural por lo que de «carga de código patriarcal» lleva consigo, contribuyendo a perpetuar la violencia en los hijos e hijas. Se trata, por tanto, de un problema que se proyecta a nivel horizontal (hacia la mujer y su entorno) y a nivel vertical (hijos).

Algunas de las consecuencias sobre los hijos son las siguientes:

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral.
- Sentimientos de amenaza.
- Dificultades de aprendizaje.
- Dificultades en la socialización.
- Comportamientos violentos con compañeros.
- Enfermedades psicosomáticas.
- Víctimas de maltrato.
- Alta tolerancia a las situaciones de violencia.

Por tanto, si se ha detectado violencia en la mujer y ésta tiene hijos, se recomienda contactar con el pediatra e informarle de esta situación, para prevenir las repercusiones en los menores.

Es frecuente encontrar diferencias de género en los mecanismos de adaptación, de modo que suele ocurrir que los niños aprenden que la violencia es un recurso eficaz y aceptable para hacer frente a las frustraciones del hogar, y las niñas que, hasta cierto punto, deben aceptarlo y convivir con ello. Tanto unos como otras encuentran en la violencia una forma eficaz en la resolución de los conflictos.

2.8. ¿Cuál debe ser el papel del médico de familia ante la violencia de género?

Como vemos, hay ya sobre la mesa varios o muchos puntos que nos hacen reflexionar sobre las consecuencias de esta plaga y enfermedad sociofamiliar. El maltratador sufre en su baja autoestima e inseguridad, impidiéndose ser feliz; la mujer, anulada, sintiéndose fracasada, y, lo que es peor, sin la posibilidad de la visión de un futuro diferente, los hijos, viviendo y aprendiendo conductas violentas para resolver pequeños conflictos cotidianos. **¿Y los médicos?** Los médicos, muchas veces únicas personas con potencial para acceder a sus vidas, sin llegar a imaginar que detrás de la mujer que tenemos al otro lado de la mesa o en la camilla de exploración, hay una enorme presión y desesperanza que, si no le ha llevado directamente a la consulta ese día, sí le ha llevado anteriormente, o en un futuro lo hará.

2.8.1. ¿Por qué las mujeres no nos hablan de su situación de maltrato? ¿Por qué tenemos los médicos que leer entre líneas?

La respuesta es más simple de lo que imaginamos, y es que no hablan porque no les preguntamos. Caben más respuestas, que también pueden servir para justificar nuestra «inocencia»:

- Porque sienten vergüenza.
- Porque sienten miedo.
- Porque no confían en nuestra complicidad.
- Porque no esperan una solución rápida y eficaz.
- Porque no están bien informadas.
- Porque no estamos bien informados.

2.8.2. ¿Por qué los médicos no llegamos a ellas? ¿Por qué no detectamos? ¿No lo sospechamos? ¿Lo sospechamos y lo ignoramos? ¿No lo queremos ver?

Hay para estas preguntas muchas respuestas, algunas aplicables a la generalidad de los profesionales, y otras, a algunos en particular, pudiendo ser éstas, estrictamente profesionales, y otras, personales. Las resumimos en la **tabla 2.3**.

Cada uno de nosotros, al leer esta tabla, ya nos habremos asignado alguna de estas respuestas para asegurarnos nuestra inocencia en la falta de detección. Pero ninguna de las anteriores respuestas son lo suficientemente fuertes como para dejarnos sin pensamientos, sin sentimientos y sin voz. No todos los cuadros explicativos sirven para encuadrarnos en algunas de sus parcelas, sino, a veces, para hacernos ver la necesidad de salir de ellos.

Salir del anterior cuadro es tan importante a nivel profesional como salir de cualquiera que intente explicar la falta de detección de los casos de HTA o de DM o de cáncer; es decir, de cualquier enfermedad crónica que pueda suponer un menoscabo en la salud de nuestros pacientes y una respuesta positiva en nuestro trabajo diario.

Nosotros, los médicos, somos las únicas personas que tenemos más acceso a sus sentimientos y sus vidas. Para ellas, ser maltratadas es una vergüenza. A la vez, el miedo de que su pareja sepa que ella habla de su situación de víctima, hace que éste sea un tema estrictamente privado, no compartido, escondido.

Tabla 2.3. Obstáculos para una correcta atención a las mujeres maltratadas

Generales:

- Falta de consenso para cribado a las mujeres.
- Falta de tiempo en la consulta.
- Falta de formación.
- Falta de información.

Particulares:

- Profesionales:
 - Formación.
 - Acceso a los servicios sociales.
 - Informe médico-legal-juicio.
 - Características de la población.
- Personales:
 - No creer en el relato de la mujer.
 - Incapacidad para enfrentar el tema.
 - Temor a no poder controlar el comportamiento de la víctima.
 - Machismo.
 - Verse reflejado en el maltratador o en la víctima.
 - Conformarse con el diagnóstico de «histérica» o «neurótica», sin profundizar.
 - Mitos o interpretaciones erróneas (alcohol, desempleo, hormonas), como causa del maltrato.

Sin embargo, a veces van hablando con sus síntomas, y aparecen en la consulta si no es porque está cansada, es por un catarro, y si no, por una infección urinaria, o por insomnio, o por tristeza, o por lumbalgia, o por dolor abdominal, o por lumbalgia otra vez, o lo que es peor, llegan directamente a urgencias por una tentativa de suicidio o por traumatismos varios, o lo que es ya irremediable, llegan al tanatorio por suicidio, que dejó de ser una tentativa, o quemada, o acuchillada, o asfixiada... por su pareja.

Y ¿dónde estamos nosotros en medio de tanta consulta? o de tan poca, porque, ni siempre son hiperfrecuentadoras, ni siempre se consideran víctimas de maltrato (tan sólo un 20-30%).

2.8.3. ¿Será que, tal y como hacemos para el diagnóstico de aquellas patologías crónicas, debemos hacer cribado?

Pero, ¿a quién? ¿A todas las mujeres? ¿Y a los hombres? ¿Escrito o preguntado verbalmente? ¿En la sala de espera o en la consulta? ¿En la consulta de Medicina o en la de Enfermería?

Son, otra vez, muchas preguntas, aunque éstas no están tan claras como las anteriores. Cada día más, los actos y las decisiones médicas llevan una carga de estudios y evidencias que los supervaloran, o, por el contrario, los hacen inútiles. Como sabemos, estas evidencias están basadas en estudios que relacionan las consecuencias clínicas del problema con la gravedad, la extensión a la población, la facilidad, gastos... para llevarlos a cabo. Ni siquiera están perfectamente definidos aquellos que se refieren a las patologías más estudiadas hasta ahora, cuanto menos, a las que van apareciendo como nuevos, o a los que, como el maltrato, se comienzan a considerar problemas de salud. Por eso, no hay consenso a nivel nacional ni internacional sobre la implantación del cribado a la población.

Aquí simplificamos **algunas recomendaciones y conclusiones de algunas zonas donde ha sido estudiado el problema:**

1. El Department of Health in England recomienda que los profesionales de salud consideren preguntas rutinarias para alguna o todas las pacientes mujeres en cuanto a VG (Ramsay *et al.*, 2002).
2. American Medical Association's Council on Scientific Affairs and the American Academy of Family Physicians (Rodees & Levinson. 2003) recomiendan el cribado rutinario.

3. Sullivan, Bybee and Sullivan (2002) presentan un argumento típico a favor del cribado universal en los servicios de salud: «La temprana identificación del abuso es esencial para eliminar la violencia y los posteriores problemas de salud en la vida de las mujeres. El cribado universal debe ser el camino más efectivo para identificar a las mujeres maltratadas. Los signos de abuso no son siempre visibles, y si los médicos confían en la presencia de lesiones sospechosas para preguntar a la mujer sobre violencia, están dejando pasar la oportunidad para proporcionar una asistencia valiosa; aunque peor puede ser el infradiagnóstico de las causas subyacentes de los problemas de salud, o proporcionar tratamientos que arriesguen el estado de alerta de la mujer, como prescribir tranquilizantes».
4. Campbell *et al.* (2002) hablan de la importancia del cribado no sólo para identificar a las mujeres que requieren asistencia por los abusos actuales, sino para encontrar mujeres que también fueron agredidas o maltratadas en el pasado, en las que existe un aumento de problemas ginecológicos y psiquiátricos que persisten en el tiempo y que ellas no los relacionan con aquel maltrato.
5. Taft (2002) no se decanta a favor del cribado hasta que cada sistema de salud sea capaz de responder apropiadamente a las revelaciones sobre el maltrato en la mujer, ya que pobres respuestas pueden arriesgar la seguridad de la mujer y conducir a la victimización secundaria, estigmatización o sentimientos de desesperanza.
6. The Canadian Task Force on Preventative Health Care (2001, cited in Rhodes & Levinson 2003) han adoptado que no hay evidencia suficiente a favor o en contra del cribado. Recomiendan que los médicos estén alerta ante los signos que puedan aparecer.
7. Nadine Wathen y Harriet MacMillan's están en contra del cribado por el hecho de que falta evidencia sobre las consecuencias para la mujer en términos de reducir la violencia o mejorar su calidad de vida sólo por el hecho de ser identificadas.
8. The Alaska Network on Domestic Violence & Sexual Assault se declara a favor del cribado, basándose en el marco de las estrategias de la prevención:
 - a) Para la **prevención primaria** (pacientes sin historia de abuso), el cribado tiene como objetivo preservar la salud, informando que la violencia es un importante asunto sanitario.

- b) En cuanto a la **prevención secundaria**, el cribado ayudaría a detectar el riesgo tan rápido como posible para reducir la prevalencia de la enfermedad. También puede ayudar a la víctima a salir antes de que aumente la violencia, a que comprenda que el maltrato influye en la salud de sus hijos y a ofrecerles alternativas.
- c) Identificar a las mujeres maltratadas es fundamental en la **prevención terciaria**, porque proporciona la oportunidad para revelar el maltrato en un ambiente de seguridad y confidencialidad, además de servir de soporte en las respuestas médicas apropiadas, valorar el riesgo físico, psicológico y social, informar, e intervenir con otros profesionales.
9. Healthy People 2000 y la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations recomiendan a los servicios de urgencias el uso de protocolos para detección y tratamiento de las víctimas en Estados Unidos.
10. En Nueva York, Suffolk County Department of Social Services, existe un formulario que pregunta sobre los tres tipos de violencia de género para que lo rellene la mujer que desee, y en caso de ser positivo para violencia, será requerida más adelante para firmar una declaración jurada, confirmando la veracidad de la información para continuar el proceso de ayuda.
11. Ohio Domestic Violence Network (2003) está a favor del cribado universal, incluidos hombres (siempre y cuando puedan estar tomadas precauciones adicionales para proteger a la pareja de aquel que declare haber sido maltratado, tal es el recelo de que la maltratada pueda ser ella y no él), por el simple hecho de que habitualmente los pacientes no se presentan con signos obvios de violencia. Aboga por preguntar a los pacientes en todas las salas de urgencias, en las primeras visitas y anuales en las consultas, en cada paciente admitido en el hospital y en cada trimestre del embarazo. En privado, con preguntas no amenazantes, informando del sentido del cribado, con honestidad y preguntando por las tres esferas.
12. En España, el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) recomienda a los profesionales de Atención Primaria lo siguiente:
- Identificar las personas en riesgo.
 - Identificar situaciones de riesgo y mayor vulnerabilidad.

- Estar alerta ante demandas que pueden ser una petición de ayuda no expresa.
- Una vez detectado el maltrato, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima, con los hijos y con el agresor.
- Identificar trastornos psicopatológicos en la víctima y en el agresor.
- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social, los servicios especializados y el pediatra, si fuera preciso, e informar sobre la red social disponible.
- Realizar el informe médico-legal si procede.
- Registrar los hechos en la historia y en la hoja de problemas.

El PAPPS recomienda también a la administración sanitaria:

- Facilitar a los profesionales actividades de formación para mejorar el abordaje profesional de la violencia de género.
- Garantizar las condiciones estructurales y organizativas (tiempo, número de pacientes, confidencialidad, etc.) que facilite el abordaje del problema a través de la entrevista.
- Incluir en los currículos de pregrado y de los programas postgrado de los profesionales sanitarios la enseñanza de la violencia de género como problema de salud.
- Implantar un sistema de registro de casos de violencia de género en los servicios sanitarios.

Es importante decir que, en los estudios realizados, la mayoría de las mujeres aceptaron ser preguntadas, fueran o no maltratadas. Incluso las mujeres que decidieron no declararse víctimas de maltrato aun siéndolo, el hecho de haber sido preguntadas hace que sepan que serán escuchadas si alguna vez quieren hablar sobre su problema. Las que no respondieron a las preguntas fue por falta de privacidad, tiempo limitado para contestar, malestar por ser preguntadas por problemas personales e indecisión sobre cómo responder a la revelación del abuso.

2.8.4. Nuestra opinión acerca del cribado rutinario

Continuando con la discusión de la idoneidad o no del cribado, pensamos que debemos reflexionar que el hecho de no haber consenso no nos puede eximir de valorar por nosotros mismos cuál es la manera de detectar más casos y qué hacer con ellos.

Vayamos por partes:

- La VG afecta a un 12% de las mujeres españolas.

- El 90% de las que sufrieron violencia de género habían visitado a su médico en el año siguiente a la agresión.
- Sólo un 35% de ellas se considera víctima de maltrato.
- Menos de 25% de los casos son reconocidos por los profesionales de salud.
- El 57% de ellas nunca ha hablado con nadie de su situación.
- A la mayor parte de las mujeres a las que se les aplicó el cribado en cualquiera de los estudios, no les incomodó ser preguntadas.
- Aumento del coste sanitario ante síntomas inespecíficos, tanto a nivel de exámenes complementarios como de tratamientos instaurados.
- Infradiagnósticos.
- Consecuencias graves para la mujer y resto del entorno familiar, fundamentalmente hijos.

¿Será entonces que no tiene que depender la detección del maltrato, algo tan subjetivo para la mujer, de nuestro ojo clínico o de nuestra situación personal o profesional?

¿Será que tiene que existir un cribado para no dejar ninguna de estas situaciones fuera de sospecha?

Nosotros pensamos que **SÍ**. ¿A quién y de qué manera creemos que debe ir dirigido el cribado?

- Debe ser realizado fundamentalmente por los médicos de familia, que tenemos más acceso y un mejor conocimiento de nuestros pacientes.
- Es importantísimo realizarlo dentro de la consulta, sin ningún acompañante.
- Preguntando verbalmente.
- A todas las mujeres a partir de los 16 años en adelante, sin límite superior de edad.
- Las preguntas tienen que abarcar los tres tipos de violencia, psíquica, sexual y física.
- Antes de comenzar a indagar, tenemos que explicar a la mujer que nuestro propósito es preguntar por la violencia de género y declarar que las preguntas se las realizamos a todas las pacientes debido a la alta prevalencia y al daño que este tipo de violencia puede ocasionar.
- Ser honestos y mantener una actitud empática y seria durante las preguntas.

Las preguntas pueden ser elaboradas de diversas maneras. Presentamos un ejemplo de cribado en la **tabla 2.4**.

Tabla 2.4. Modelo de entrevista clínica para el cribado de VG

1. ¿Se siente en peligro con alguien que viva con usted?
2. En el último año ha habido alguien que:
 - ¿Le haya herido, empujado, abofeteado, le haya dado patadas?
 - ¿Le haya controlado lo que ha hecho, como haber quedado con alguien, haber hablado con alguien, haber ido a algún sitio o el haber vestido algún tipo de ropa en concreto?
 - ¿Le haya forzado a hacer algo que usted no quería hacer?
 - ¿Le haya controlado los accesos a sus cuentas?
 - ¿Le haya impedido tener acceso a sus documentos personales y legales?
 - ¿Le haya amenazado?
 - ¿Le haya intimidado?
 - ¿Le haya aislado de sus amigos o familia?
 - ¿Le haya criticado constantemente o llamado por nombres o desvalorizado?
 - Si es inmigrante: ¿haya usado o amenazado con usar su estatuto de inmigrante contra usted o sus hijos?
3. En el último año, ¿ha sido forzada alguna vez a tener relaciones cuando no quería?
4. ¿Le tiene miedo a su pareja, antigua pareja o a la persona con quien convive?
5. Antes de este último año, ¿ya sufrió algunas de estas situaciones que le he planteado?

2.8.5. ¿Y si tenemos sospechas o hay alguna evidencia de maltrato en la mujer que tenemos en nuestra consulta?

Es decir, ¿y si existe alguno de los factores de riesgo, tanto para el hombre como para la mujer o alguno de los síntomas o signos que vimos al inicio?

En ese caso, usar las preguntas anteriores destinadas al cribado, tornaría fría la comunicación. Es mejor en estos casos usar una serie de **preguntas facilitadoras** del tipo de las que presentamos en la **tabla 2.5**.

Al igual que resaltábamos la importancia de la honestidad en torno a este tema cuando hemos hablado del cribado, con más razón ha de estar presente cuando sospechamos maltrato.

Éstas son algunas normas para que la conversación con la mujer con sospecha de maltrato sea lo más cuidada posible:

1. Ver a la mujer a solas, asegurando la confidencialidad.
2. Utilizar el tiempo necesario para la entrevista.

Tabla 2.5. Preguntas facilitadoras para la entrevista clínica ante la sospecha de situaciones de VG

- La veo preocupada.
- ¿Cómo van las cosas en casa?
- ¿Tiene algún problema con su marido o sus hijos?
- ¿Sienten que no le tratan bien en casa?
- ¿Ha sufrido alguna vez malos tratos?
- ¿Se siente segura?
- ¿Ha sentido o siente miedo de alguien?
- ¿Tiene armas su marido o pareja en casa?

3. Observar las actitudes y el estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
4. Facilitar la expresión de sentimientos.
5. Mantener una actitud empática, facilitadora de la comunicación, con una escucha activa.
6. Hacerle sentir que no es culpable de la violencia sufrida.
7. Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
8. Abordar directamente el tema de la violencia, con intervenciones facilitadoras.
9. Creer a la mujer, tomarla en serio, sin poner en duda su interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar el miedo a la revelación del abuso.
10. Alertar a la mujer sobre los peligros que corre.
11. Respetar a la mujer y aceptar su ritmo de elección.
12. Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
13. Registrar estos hechos con precisión en las historias.

Y ¿qué es lo que NUNCA debemos decir o hacer?

- Suponer que la violencia contra la mujer no ocurre entre la población que atendemos.
- Justificar y excusar al agresor.
- Recomendar una entrevista con el agresor o terapia familiar.
- Aconsejar que ponga fin a la relación (debe decidir ella misma).
- Hacer afirmaciones o preguntas en tono sarcástico.
Cuando la mujer habla del maltrato, debemos hacer preguntas abiertas y cerradas, pero nunca que quieran sugerir o que quieran manipular la respuesta. Por ejemplo, podemos hacer este tipo de preguntas:
¿Cómo se desencadenan los hechos cada vez que le agrede?
¿Cuánto tiempo hace que esto está sucediendo?
Pero no podemos hacer éstas:
¿No le dijo que parara de pegarle?
¿Cómo es posible que no le haya abandonado después de lo que le ha hecho?
- Subestimar el riesgo que corre la mujer.

Es importante recalcar el hecho de que las mujeres maltratadas no nos piden a los médicos siempre que actuemos o que tomemos el control de la situación. Ellas quieren estar informadas, que no nos precipitemos en nuestros actos, que no las juzguemos, que las escuchemos y que exista, por encima de todo, la CONFIDENCIALIDAD.

Necesitamos redefinir el éxito médico de la revelación del maltrato por parte de la mujer, en términos de aumentar el conocimiento de su situación, de la educación sobre las implicaciones de los abusos en su salud y la de sus hijos, informarla sobre los recursos y, por encima de todo, realzar su seguridad.

Hasta aquí, hemos intentado establecer una serie de pautas que nos pueden ayudar a comprender mejor el problema y la manera de abordarlo. Pero todos sabemos que en nuestra consulta no podemos ni puede que debamos ser rígidos con la manera de echar mano de normas y protocolos. Nuestros pacientes nos cuentan muchas cosas, nos descolocan con sus dudas y afirmaciones, a veces nos agreden con sus miradas desconfiadas, nos exigen resolver inmediatamente sus problemas como si fuésemos los causantes de ellos, tienen miedo de tener siempre algo grave o de las pruebas que van a realizar, otros no quieren saber de sus enfermedades...; en fin, es un mundo complejo donde ni somos ni podemos ser cuadrículados, sino que vamos siempre buscando la mejor manera de solucionar los problemas de cada paciente en particular.

2.8.6. Modelo de atención a la VG, ejemplos ilustrativos

En primer lugar, preguntar a la mujer por el motivo de consulta para intentar solucionarlo. Si para resolverlo, por las características de los síntomas o las peculiaridades de la paciente, o por lo que conocemos de ella, consideramos que es el momento de utilizar las preguntas facilitadoras, entonces será eso lo que hagamos. Si, por el contrario, no hay nada que nos pueda hacer sospechar de un posible maltrato, utilizaremos, al final de la resolución del motivo de consulta, las preguntas del cribado, con los cuidados previos que ya hemos comentado.

Veamos algunos ejemplos ilustrativos de lo que estamos comentando:

Mujer de 53 años, hiperfrecuentadora, a menudo con síntomas vagos, con la que ya hemos intentado en consultas anteriores que fuese capaz de reconocer que su problema no tiene por qué estar relacionado con patologías físicas graves, sino de fondo psicológico. Con ella podríamos usar las pre-

guntas facilitadoras o incluso las preguntas rutinarias que le puedan dar a entender la importancia de sus respuestas.

Mujer de 25 años que acude a la consulta por una rinitis alérgica. Es obvio que si queremos saber si es víctima de maltrato, tendríamos que aplicar las preguntas del cribado.

Mujer de 68 años que no frecuenta demasiado la consulta y habitualmente cuando acude es por patología aguda. Hoy viene por dolor costal mecánico y cuando la exploramos observamos un gran hematoma en la región dolorosa. Cuando le preguntamos por la causa de ese hematoma, comienza a llorar sin conseguir hablar. Es evidente que no vamos a utilizar las preguntas del cribado, sino que la ayudaremos con las preguntas facilitadoras.

A partir de las respuestas de la paciente y nuestras sospechas, definiremos nuestra decisión en la consulta. Hemos elaborado un cuadro que pretende ayudar a los médicos de familia en su consulta, teniendo en cuenta la decisión de la mujer (véase Anexo. Documento 1).

Ante la sospecha o confirmación de maltrato, la Family Violence Prevention Fund and Educational Programs Associates ha elaborado un informe tipo para que sea archivado en la historia para saber en cada momento el tipo de intervención que se ha realizado. (véase Anexo. Documento 2).

2.9. El informe de malos tratos o el parte de lesiones

Según la Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 262, «los que por razones de su profesión, cargo y oficio tuvieren noticia de algún delito, están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, juez instructor. Nombrar especialmente si la omisión en dar parte fuese de un profesor en Medicina, Cirugía, en el ejercicio de su profesión».

En el Código Civil, artículo 576, se hace alusión a la obligatoriedad de dar parte judicial ante este tipo de delitos.

Es decir, nos vemos obligados, desde el punto de vista legal, a dar parte al juez en cualquier tipo de agresión, incluidas las de la violencia de género. Es importante recalcar que siempre que llega un parte de lesiones al juez, y con independencia de que la víctima quiera o no denunciar, el fiscal ordenará a las fuerzas policiales que comience la investigación, para después el juez tomar las medidas oportunas, tanto con la víctima como con el agresor. Se intenta, con las últimas medidas legales y judiciales de los últimos años, que se celebren juicios rápidos, en menos de una semana, y que entretanto, las

medidas cautelares y provisionales, si se han de tomar para la seguridad de la víctima, sean lo más rápidas y eficaces. Esto es importante, ya que los médicos no nos veremos entre la espada y la pared a la hora de realizar y emitir un parte de lesiones cuando vemos que ha existido maltrato denunciado y la víctima nos pide que no actuemos. De cualquier forma, éste es un tema de discusión donde caben muchas opiniones. Se pide simplemente celeridad en el proceso judicial.

Dentro de nuestra actuación es muy importante, ya que es lo que el juez va a considerar, la buena cumplimentación de este informe de malos tratos, que realizaremos en caso de constatación en la mujer, de maltrato físico y/o psíquico.

En el protocolo o informe de malos tratos hacia la mujer como consecuencia de violencia de género se incluirá lo siguiente:

- 1. Datos de filiación de la víctima:** nombre, edad, dirección, teléfono, estado civil, sexo...
- 2. Exposición de los hechos que motivan la asistencia:** fecha, hora, lugar de la agresión, tipo de maltrato y, si ella quiere, la identidad del presunto agresor. Registrar textualmente el testimonio aportado por la paciente.
- 3. Antecedentes personales de interés en relación con las lesiones.**
- 4. Exploración física:** descripción de las lesiones, sin olvidar data aproximada. Debe hacerse mención al posible instrumento de la agresión (armas de fuego, armas blancas), así como las partes del cuerpo con las que se arremete (pies, manos, codos, rodillas...). Importantes también estos puntos:
 - a) Naturaleza: contusión, erosión, excoriación.
 - b) Localización anatómica.
 - c) Forma: lineal, redondeada, circular.
 - d) Disposición: diagonal, longitudinal.
 - e) Longitud relativa.
 - f) Aspecto, color: cicatrizado, sangrante, costra, sucia, limpia.

En caso de *agresión sexual*, judicialmente sólo tienen valor pericial las actuaciones realizadas por el médico forense, el cual nombra como perito al ginecólogo, con quien realiza la exploración. Si no hubiera forense, el ginecólogo deberá ser autorizado por el juez de guardia para actuar solo. En los centros de salud y ante una agresión sexual, es imperativo remitir a la paciente al hospital.

5. Estado emocional actual: llorosa, ansiosa, triste, nerviosa, abatida, ataque de pánico, inquieta, abstraída, mirada huidiza, temerosa, sensación de vergüenza, confusa, contradictoria...

6. Pruebas diagnósticas complementarias.

7. Diagnóstico: importante resaltar que los médicos no tenemos la función de determinar que las lesiones que hemos observado son consecuencia de VG o de otro tipo de violencia. Es el juez quien lo debe de decidir. Por eso, no tenemos que escribir: «Lesiones por agresión debidas a violencia de género».

8. Tratamiento.

9. Plan de actuaciones y observaciones: alta, derivación al hospital de referencia, fallecimiento.

El informe tiene que llevar la identificación, con el nombre, número de colegiado, centro y lugar de trabajo del médico que lo realiza.

Consta de tres copias, la primera para la interesada, la segunda para el juzgado y la tercera para el facultativo.

Podemos dejar en la historia clínica o archivada la que le correspondería a ella si su seguridad se viese comprometida en caso de que la descubriera el agresor.

2.10. Informando a la mujer

Si hemos de establecer un **plan de seguridad** con ella, podemos basarnos en tres situaciones:

Durante el propio incidente

- Que sepa dónde irá cuando se marche de casa.
- Hablar previamente con algún vecino de confianza para llamar a la policía en caso de oír ruidos de golpes o voces.
- Saber dónde deja el bolso con los documentos importantes que tenga a su alcance. Es importante recordarle éstos: tarjetas, DNI de ella y de sus hijos, dinero, Libro de Familia, nómina de la persona con la que convive o copia de la declaración del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas (IRPF), facturas y documentos que acrediten los gastos del mantenimiento familiar...

Cuando se prepara para marcharse

- Hacer copias de documentos importantes.
- Abrir alguna cuenta que luego pueda usar, para aumentar su independencia.
- Cambiar el número de su teléfono móvil.
- No decirle al agresor previamente que está pensando en irse de casa.

Cuando ya está en su propia casa

- Cambiar las cerraduras de las puertas y ventanas tan pronto como sea posible.
- Cambiar puertas de madera por puertas de metal.
- Instalar cerraduras adicionales, barras en las ventanas, sistemas de alarma...
- Informar a las personas que cuidan de los hijos que su marido no tiene permiso para irles a recoger.
- Informar a los vecinos que su marido no reside con ella y que llamen a la policía si le ven cerca de su residencia.
- Incentivarla a estar informada sobre el derecho de posesión de armas de su marido y otras medidas penales referentes al agresor.

La Red de Asistencia es el conjunto de recursos que ofrecen atención integral a las mujeres que han sufrido maltrato, así como a los menores que tengan a su cargo. (véase Anexo. Documento 3).

Se articula a través de dos vías, una general y otra especializada.

La **atención general** se presta durante 24 horas y desde centros con régimen de alojamiento en los que se ofrecen servicios para la cobertura básica de las necesidades físicas, psíquicas y sociales, y son:

Centros de emergencia, que ofrecen acogida y protección. Si una mujer acude a la Guardia Civil, o a la Policía Nacional o Local, o al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social, o al Juzgado de Guardia, o a los Servicios de Urgencias hospitalarios y de Centros de Salud, en una situación de riesgo, es invitada a que permanezca un breve tiempo (máximo 12 días) en este centro de emergencia, hasta quedar aclarado si debe ir a otro centro y mientras se tramita su admisión en el mismo. Dan apoyo psicológico en situaciones de crisis.

Casas de acogida, que ofrecen además:

- Atención a las necesidades educativas.
- Apoyo a la autonomía funcional de la mujer e integración sociocomunitaria.
- Apoyo emocional.
- Inserción sociolaboral.

La permanencia máxima en estas casas es de 6 meses, con prórroga de 3 meses excepcionalmente.

La solicitud tiene que ser por la interesada y presentada a través de corporaciones locales, que será valorada por una Comisión Técnica Interinstitucional.

Pisos tutelados, que ofrecen alojamiento y atención temporal a mujeres que no disponen de vivienda propia. Sería la transición desde la casa de acogida a la vida normal. En estos pisos, las mujeres comienzan a hacer su vida con toda libertad y autonomía.

La **atención especializada** se presta con carácter diurno, desde centros de día específicos y programas que ofrecen servicios especializados de tipo psicológico, jurídico o social u otros que fomenten la autonomía personal y la plena integración de la mujer.