

Abordaje integral de los Trastornos de Adaptación en situaciones vitales complejas

APOYANDO EL BIENESTAR MENTAL DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

CURSO ONLINE



Módulo 2: SITUACIONES VITALES DE CONFLICTO

Capítulo 2: Violencia de Género

Capítulo 2: Violencia de Género

Dra. Lucía Villoria Borrego.

Psiquiatra Adjunto de la Fundación Jiménez Díaz. Coordinadora del Programa de Prevención de Suicidio de la Fundación Jiménez Díaz "Código 100".

Introducción

La psiquiatra Judith Herman, una de las mayores especialistas mundiales en trauma, describe cómo *"durante el movimiento de liberación femenino de los años setenta la sociedad comenzó a tomar conciencia de que la violencia era una parte cotidiana de la vida sexual y doméstica de muchas mujeres. Las verdaderas condiciones de la vida de las mujeres estaban escondidas en la esfera personal e íntima. Hablar sobre experiencias en la vida sexual o doméstica significaba enfrentarse a la humillación pública, al ridículo y al escepticismo. A las mujeres las silenciaba el miedo y la vergüenza, y su silencio daba licencia a todo tipo de explotación sexual y doméstica."*

De todas las formas de violencia que padecen las mujeres, la más frecuente, la más invisible y, probablemente, la más destructiva, es **la que proviene de una pareja actual o anterior**. Por este motivo, y para distinguirla de otros tipos de violencia que se produce dentro y fuera del seno familiar, **en este curso se hablará de violencia de pareja hacia las mujeres (VPM)**.

¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LA MUJER Y CÓMO SE CLASIFICA?

La VPM es un proceso en el que los actos y comportamientos violentos son ejercidos por un compañero o cónyuge, actual o anterior, con el fin de someter a la mujer. Los malos tratos generalmente comienzan de modo insidioso, por lo que con frecuencia son difíciles de reconocer, incluso por la propia mujer.

En el inicio, suele manifestarse por actitudes de dominio que pueden identificarse culturalmente como pruebas o actos de amor, y que impiden la autonomía e independencia. Paulatinamente, los actos violentos se van incrementando en intensidad y frecuencia, observándose mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para las mujeres cuando la relación violenta tiene varios años de evolución. Este proceso repercute tanto en las esferas biológica y psicológica como en la social de las mujeres, atentando contra su integridad.

La VPM puede adoptar diferentes formas que pueden darse de manera aislada, aunque lo más frecuente es que se ejerzan simultáneamente.

Las formas de violencia se clasifican en: violencia psicológica, física, sexual, económica y ambiental.

CLASIFICACIÓN DE VPM

- ▶ **Violencia psicológica:** insultos, humillaciones, desprecios, descalificaciones, abandono, amenazas o aislamiento social, tanto en público como en privado.
- ▶ **Violencia física:** uso de fuerza para producir heridas o lesiones corporales en las víctimas, independientemente de que se consiga o no este objetivo. Incluye empujones golpes, palizas, utilización de armas, intentos de homicidio o asesinatos.
- ▶ **Violencia sexual:** cualquier actividad sexual no deseada impuesta a la mujer a través de intimidación o coacción, o en otras situaciones de indefensión.
- ▶ **Violencia económica:** controlar de forma estricta el manejo del dinero que realiza la mujer, quien debe rendir cuentas al maltratador de todos sus gastos. Este control se produce independientemente de que la mujer tenga o no trabajo remunerado, siendo en ocasiones el maltratador quien le impide realizar un trabajo asalariado.
- ▶ **Violencia ambiental:** cualquier acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el entorno para intimidar a la mujer. Es hacer despliegues de violencia con la intención de que la mujer perciba que lo mismo le puede ocurrir a ella: destrucción de objetos con especial valor sentimental para la mujer, dar golpes a las puertas, maltrato de los animales domésticos...

¿DE DÓNDE SURGE?

El principal factor determinante de la violencia de género es la **desigualdad en la relación entre hombres y mujeres** consolidada a lo largo de la historia a través de un sistema de organización y de relación social basados en el dominio del hombre sobre la mujer.

Dada la complejidad del fenómeno, se usan para el estudio del tema modelos ecológicos que incluyen ámbitos distintos: individual, familiar, comunitario y sociocultural. Lo que se plantea es un modelo multinivel en el que no existe un solo factor causal, sino más bien una interacción de factores que operan en niveles distintos y que pueden favorecer la violencia o proteger frente a ella.

El ciclo de la violencia consta de tres fases:



- ▶ **Acumulación de tensión:** se caracteriza por una escalada de tensión y se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. Él expresa hostilidad, aunque no de una manera explosiva, ella lo intenta calmar, complacer, controlarse o al menos no hacer lo que a él le pueda molestar, con la creencia irreal de que ella puede parar la violencia, esta tensión sigue aumentando y se produce la fase siguiente.
- ▶ **Episodio agudo o explosión de la violencia:** Se produce el estallido de la violencia, dando lugar a malos tratos emocionales o psíquicos, físicos y/o sexuales. Esta fase puede durar minutos u horas; algunas mujeres se han sentido atemorizadas durante días y semanas. Es en esta fase cuando la mujer suele pedir ayuda, o incluso denunciar, aunque no suele ser en las primeras agresiones.
- ▶ **Reconciliación o luna de miel:** en esta fase la violencia y la tensión desaparecen. Él le pide perdón, se muestra amable e incluso cariñoso; le promete que va a cambiar, y que ella le tiene que ayudar porque la necesita; le hace regalos y le promete que no volverá a ocurrir. Esto supone un refuerzo positivo para que la mujer mantenga la relación. Además, esta situación le permite ver que la relación tiene su parte buena como ella manifiesta cuando reflexiona sobre sus vivencias. La mujer, si ha puesto denuncia, la suele retirar y busca cómo ayudar a su pareja que tiene "problemas". A medida que aumenta la violencia esta fase puede llegar a desaparecer quedando sólo las fases de tensión y de agresión.

No todas las mujeres experimentan la violencia de esta forma, algunas nunca pasan por la luna de miel, ya que las conductas controladoras de sus parejas son constantes.

¿QUÉ REPERCUSIONES TIENE EN LA SALUD DE LAS MUJERES?

- ▶ La **mayoría de los homicidios cuyas víctimas son mujeres han sido cometidos por una pareja actual o previa** (en España esta proporción alcanza el **75%**).
- ▶ El **riesgo de suicidio es hasta 4 veces mayor** en las mujeres maltratadas que en las que no lo son.
- ▶ Existe mayor probabilidad de experimentar **peor percepción de su salud**.

La vulnerabilidad a los problemas de salud, tanto físicos como psíquicos, es mayor en las mujeres maltratadas que en las que no lo son; por ejemplo: **dolor crónico, enfermedades de transmisión sexual, infección de vías urinarias**, etc.

- ▶ Pueden presentar una gran **variedad de lesiones físicas**: erosiones, contusiones, heridas superficiales en diversas localizaciones, roturas de tímpano, fracturas o traumatismos craneales graves que conducen a la discapacidad o la muerte.
- ▶ Las **consecuencias de la violencia para la salud** mental abarcan un amplio rango. Los trastornos más frecuentes, además de la conducta suicida ya mencionada, son:
 1. El trastorno por estrés postraumático.
 2. La reacción por estrés agudo.
 3. Los trastornos adaptativos con síntomas depresivos y ansiosos
 4. Las somatizaciones, que suelen estar presentes, en mayor o menor grado, en todas las formas de violencia.
 5. Cambios en la personalidad: cuando las amenazas y demás actitudes violentas son intensas y persistentes, la víctima con frecuencia incorpora el sistema de creencias del agresor como un modo defensivo, frente a la amenaza potencial que implicaría diferenciarse. Este hecho puede producir alteraciones en su identidad y provocar cambios emocionales y conductuales que podrían confundirse con trastornos de personalidad.
- ▶ En cuanto a las **consecuencias para la salud sexual y reproductiva** se destaca: carencia de autonomía sexual, aumento de embarazos no deseados y de alto riesgo, mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y de VIH y abortos.
- ▶ También puede tener **repercusiones en la salud del feto y/o recién nacido**, se ha descrito muerte fetal, distrés fetal prematuridad, bajo peso al nacer, etc.

Criterios de derivación a los servicios de salud mental:

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Criterios de derivación urgente

- Planificación autolítica.
- Episodios de agitación psicomotriz.

Se procederá a la derivación de la mujer al servicio de urgencias de psiquiatría del hospital de referencia para su valoración.

Criterios de derivación preferente

- Episodios depresivos graves (con ideación autolítica, alteración importante de ritmos biológicos, aislamiento marcado, abandono de autocuidados...).
- Trastorno de estrés postraumático.
- Descompensación de trastornos psicóticos crónicos.

Criterios de derivación por vía normal

- Episodios depresivos leves o moderados en el tiempo.
- Trastornos de ansiedad en los que existen limitaciones graves.
- Asociación de abuso de sustancias y alcohol.

¿QUÉ ES EL TRAUMA?

El trauma puede definirse como una experiencia inasumible con los esquemas cognitivos y emocionales habituales de la persona, porque pone en cuestión el sí mismo en relación.

La dialéctica central del trauma psicológico es el **conflicto entre la voluntad de negar los acontecimientos horribles y la voluntad de desvelarlos.**

- ▶ Las personas traumatizadas a menudo cuentan su historia de una manera altamente emocional, contradictoria y fragmentada que resquebraja su credibilidad.
- ▶ Cuando por fin se reconoce la verdad, puede comenzar la curación. Pero con frecuencia el secreto gana, y la historia del acontecimiento traumático no sale a la superficie como narración verbal, sino como síntoma.
- ▶ Los síntomas de angustia psicológica de las personas traumatizadas llaman la atención sobre la existencia de un secreto impronunciable, y al mismo tiempo distraen la atención de ella.
- ▶ La dialéctica del trauma da paso a complicadas y misteriosas alteraciones de conciencia: la disociación. Esto tiene como resultado los síntomas proteiformes, dramáticos y a menudo extraños de la histeria.

¿CÓMO SE DEFINE, CÓMO SE MANIFIESTA Y CÓMO SE TRATA EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)?

Definición de TEPT:

En 1980, cuando se incluyó por primera vez el TEPT en el DSM, la Asociación de Psiquiatría Americana describió los acontecimientos traumáticos como aquellos producidos fuera de la experiencia humana habitual. Pero esta definición se ha revelado como inexacta:

- ▶ La violación, malos tratos y otras formas de violencia sexual y doméstica son tan habituales en la vida de las mujeres que no pueden ser descritas como fuera del ámbito de la experiencia habitual.
- ▶ Y dado el número de personas que han fallecido en guerras también el trauma militar debe ser considerado una parte habitual de la experiencia humana.

Los **acontecimientos traumáticos** son extraordinarios no porque ocurran raramente sino porque **superan las adaptaciones habituales de los seres humanos a la vida**. A diferencia de las desgracias del día a día, los acontecimientos traumáticos normalmente implican amenazas contra la vida o la integridad física, o un encuentro personal con la violencia y la muerte.

Los acontecimientos traumáticos **producen profundos y duraderos cambios en la respuesta fisiológica, las emociones, lo cognitivo y la memoria**, dañando estas funciones que normalmente están integradas y que sufren un extrañamiento unas de otras:

- ▶ La persona traumatizada puede experimentar una emoción intensa sin tener un recuerdo claro del evento.
- ▶ Puede recordar con todo detalle pero sin ninguna emoción.
- ▶ Puede encontrarse en un estado de activación y de irritabilidad constante sin conocer el motivo.

Los síntomas traumáticos tienen tendencia a desconectarse de su origen y a cobrar vida por sí mismos.

Síntomas del TEPT:

Los múltiples y variados síntomas de TEPT pueden resumirse en tres categorías principales:

1. Hiperactivación
2. Intrusión
3. Constricción

1. Hiperactivación:

Refleja la persistente expectativa de peligro. Es un estado de alerta permanente, como si el peligro pudiera volver en cualquier momento.

La persona traumatizada se sobresalta con facilidad, reacciona con irritación y duerme mal. Puede tener ansiedad y reacciones agresivas, pesadillas y quejas psicósomáticas.

2. Intrusión:

Las personas traumatizadas reviven el hecho como si estuviera ocurriendo una y otra vez mucho tiempo después de que el peligro haya pasado.

El momento traumático queda codificado en una forma anormal de memoria, que aparece espontáneamente en la conciencia tanto con forma de flashback en estado de vigilia como en pesadillas traumáticas durante el sueño.

Los recuerdos traumáticos carecen de una narrativa verbal y de un contexto, y están codificados en forma de sensaciones vívidas e imágenes.

Es frecuente que las personas revivan el trauma de forma inconsciente (comportamientos arriesgados y peligrosos en la edad adulta, relacionados con historial de abusos en la infancia) o con menos frecuencia de forma consciente (regresar al lugar de los hechos).

Se interpreta como intentos de integrar el acontecimiento traumático, ya que revivir el trauma puede suponer la posibilidad de dominarlo.

3. Constricción o embotamiento:

Las alteraciones de la conciencia son el síntoma nuclear de la constricción.

Las situaciones traumáticas pueden acompañarse de un estado de extraña calma en la que se disuelven las angustias.

Las percepciones pueden embotarse o distorsionarse, con anestesia parcial o pérdida de sensaciones determinadas.

Puede que el sentido del tiempo quede alterado (que dé la sensación de que las cosas discurren a cámara lenta).

La persona puede sentir que el acontecimiento no le está pasando a ella, como si lo estuviera observando desde fuera de su cuerpo o toda la experiencia fuera un mal sueño.

Aunque los síntomas disociativos pueden ser adaptativos en un momento de absoluta indefensión, se convierten en maladaptaciones una vez ha pasado el peligro.

Como estos estados alterados de conciencia mantienen la experiencia traumática alejada de la conciencia normal, impiden la integración necesaria para la curación.

Los síntomas constrictivos no solo se refieren al pensamiento, memoria y estados de conciencia, sino también al terreno de la acción e iniciativa. Las personas traumatizadas limitan sus vidas con la intención de conservar un cierto sentido de seguridad y de controlar su miedo. La persona se encierra en sí misma y su vida se empobrece. Disminuyen la confianza en la capacidad para hacer planes y tomar iniciativas.

Tratamiento del TEPT

Tres fases:

- ▶ Estabilización y reducción de síntomas
- ▶ Tratamiento de los recuerdos traumáticos
- ▶ Reintegración y rehabilitación. Poder volver a vincularse de manera adecuada con otras personas

Recuperación del trauma relacional complejo:

Conferirle un sentido a la experiencia traumática en la biografía

Restaurar en la persona la competencia como narradora y protagonista de su propia experiencia.

Intervención encuadrada entre:

La elaboración subjetiva: reescritura autobiográfica

La legitimación social del daño sufrido

La narrativa es la herramienta para llevar a cabo esta tarea.

El mundo que nos envuelve y las acciones de las otras personas y las propias cobran sentido en tanto las podemos narrar.

Los terapeutas debemos apreciar que somos un recurso relacional y usar este recurso para promover conversaciones que ayuden dentro y fuera de la sala de terapia.

Lo importante es si la terapia ayuda a romper los patrones que atan a las personas y facilita que puedan manejar sus problemas con efectividad.

No podemos cambiar los acontecimientos vividos, pero anticipar un horizonte de futuro diferente y movernos en su nueva dirección en el presente, cambia el sentido de lo que hemos vivido, que es al final lo que importa.

¿CÓMO PUEDE CUIDARSE EL PERSONAL SANITARIO QUE ATIENDE A MUJERES TRAUMATIZADAS EN SITUACIÓN DE VPM?

La exposición a casos de VPM puede producir en el personal que los atiende cambios en sus esquemas de creencias, expectativas y asunciones acerca de quienes son y del mundo que les rodea.

La neutralidad ante el trauma, especialmente si es provocado por otro ser humano, es imposible. Los profesionales se van a mover entre un amplio abanico de reacciones que oscilan entre la sobreimplicación y el rechazo a las víctimas.

- a) **La sobreidentificación** se produce cuando el profesional adopta masivamente la posición afectiva de la víctima y se deja llevar por los sentimientos de humillación, indefensión, dolor, desamparo, pérdida y agresividad que comporta su situación. La sensación de indefensión puede provocar también que el profesional intente asumir desde un papel de “rescatador” hasta actitudes de omnipotencia, que refuerzan aún más la indefensión de la mujer. En estas ocasiones, pueden producirse dificultades en distinguir entre lo que son las necesidades de los profesionales y las de las mujeres.
- b) **El rechazo** se encuentra en la base de muchos de los comportamientos negativos que se dan en la atención inicial a las víctimas y que se materializan en entrevistas inadecuadas. El motivo principal que induce este mecanismo contra-transferencial es la identificación del profesional con el agresor, la subsiguiente consideración de la mujer como culpable y de la agresión como castigo.
- c) En ocasiones aparece **rabia**: cuando las mujeres tienen dificultades para poner fin a su relación violenta, produciéndose abandonos del compromiso de los terapeutas en el tratamiento de la mujer, argumentando imposibilidades y resistencias al cambio.

Es importante tener en cuenta una serie de **estrategias** que pueden ser **de utilidad para el autocuidado**, entre ellas cabe destacar:

- a) Desarrollar habilidades de afrontamiento que permitan eliminar o mitigar las consecuencias negativas de esta experiencia.
- b) Mejorar la calidad de la relación profesional-paciente, intentando encontrar la distancia terapéutica adecuada para mantener una relación empática y comprensiva.
- c) Tomar conciencia de nuestros prejuicios, vivencias y afectos movilizados por cuestiones relacionadas con la violencia en nuestra historia vital. Ello nos puede ayudar a entender nuestra forma de reaccionar y de relacionarnos con mujeres sometidas a VPM.
- d) Adquirir formación que facilite las claves para comprender la complejidad del fenómeno del encuentro entre el profesional y la mujer.
- e) Buscar oportunidades para debatir y compartir información y experiencias (sesiones clínicas, grupos Balint).
- f) Evitar el desgaste por empatía que se produce al activarse los traumas no resueltos del profesional por el relato de la mujer, dando como resultado una incapacidad para escuchar las experiencias de la misma. La estrategia de superación se basa en la supervisión, en el humor y en la psicoeducación. Se trataría de aliviar la carga emocional, disminuir el estrés laboral e identificar el problema para planificar su solución.

¿CÓMO DETECTAR UNA POSIBLE SITUACIÓN DE VPM QUE NO ES EVIDENTE?

A veces las mujeres que atendemos están siendo víctimas de violencia de género y esta situación nos puede pasar desapercibida.

Lo más importante es tener conocimiento sobre el fenómeno de la violencia de género y una actitud de alerta en la práctica diaria.

Asimismo un contacto frecuente con la mujer y crear un clima de confianza en la relación del profesional con la mujer facilita enormemente la detección del maltrato.

Es una recomendación esencial no hacer un abordaje crítico de la violencia de género y tener una actitud de apoyo a las diferentes fases que la mujer va a ir transitando en su relación con el maltrato.

Partir del principio de no desconfiar del relato de la mujer. Es importante no desvalorizar las opiniones, sentimientos o hechos que nos puedan relatar en relación al maltrato.

Consejos que puedan facilitar la detección de una situación de maltrato:

- ▶ En los protocolos o entrevista de evaluación iniciales incluir de forma sistemática una primera exploración general sobre posibles situaciones de maltrato.
- ▶ Realizar una secuencia de preguntas de las más generales e indirectas a preguntas más concretas y directas. Desde preguntas del tipo “¿Cómo están las cosas en casa?” “¿Cómo es la relación con las personas con las que convive?” hasta preguntas más concretas del estilo “¿Tiene algún problema con su pareja?”, “y ¿con otros familiares?”, “¿Cómo la trata su pareja/familiares?” “¿Tiene oportunidad para tomar decisiones sobre cuestiones cotidianas de su vida (qué comer, qué ponerse,...)?”

Signos y comportamientos que alertan frente a una posible situación de maltrato:

- ▶ Falta e incumplimientos de citas.
- ▶ Negativa a comentar acerca de sus relaciones familiares o respuestas escuetas o generales.
- ▶ Información poco veraz, incoherencia.
- ▶ Acentuación de síntomas depresivos, ansiedad, pánico, ideación suicida, trastorno del sueño y de la alimentación, etc.
- ▶ Aislamiento social exagerado, pérdida progresiva de contactos sociales y negativa a entablar nuevas relaciones.
- ▶ Contactos inusualmente escasos o nulos con su familia extensa.
- ▶ Comentarios de la mujer sobre su deseo de abandonar el hogar, ingresar en una unidad de hospitalización, etc.
- ▶ Propensión a los “accidentes”.
- ▶ Control excesivo del dinero por parte de sus familiares sin indicios de que la mujer no tenga capacidades para su manejo autónomo.
- ▶ Vestir ropa inadecuada para la época del año (jerséis de cuello alto o manga larga en verano) con el objeto de ocultar lesiones.
- ▶ Actitud evasiva, de temor, agresividad, culpabilizadora, resistente a ciertas preguntas, etc.
- ▶ Define a su pareja o familiar como colérico, celoso o agresivo.
- ▶ Actitud sospechosa de la pareja de la mujer: solicitar estar siempre presente, controlador, siempre contesta él, interrumpe a su pareja, excesivamente preocupado o solícito con ella, a veces hostil con la pareja o con el profesional, minimizar los síntomas o quejas de la mujer...
- ▶ La pareja o la familia hace comentarios críticos y/u hostiles hacia la mujer.
- ▶ La mujer no participa en la vida familiar, en la toma de decisiones, en las actividades de ocio, etc.
- ▶ Acude sola a urgencias o no recibe visitas cuando está ingresada en una Unidad de Hospitalización, miniresidencia, etc.

Si se aprecian lesiones físicas en la mujer los siguientes indicios hacen sospechar que dichas lesiones pueden ser debidas a maltrato:

- ▶ Relatan o intentan explicar la lesión de forma incoherente.
- ▶ Dejan un lapso de tiempo demasiado largo entre el accidente y la consulta u ocultan el origen de las lesiones.
- ▶ Tienen historia de alta accidentabilidad.
- ▶ Huellas de golpes y/o hematomas, en diferentes lugares del cuerpo.

¿CÓMO VALORAR E INTERVENIR EN LA SITUACIÓN DE VPM?

Una vez confirmada la situación de violencia que sufre la mujer, es preciso realizar la valoración de la misma. Hay que tener presente que es un proceso abierto ya que la situación de VPM cambia con el paso del tiempo.

El **proceso de valoración** se realiza en función de:

- ▶ El riesgo vital.
- ▶ Tipo, duración e intensidad de la violencia.
- ▶ Grado de percepción de la mujer sobre su situación de VPM (se utilizará el modelo teórico de cambio de Prochaska y Di Clemente que se detalla mas adelante).

VALORACIÓN DE RIESGO VITAL

Cuando se detecta un caso de violencia es preciso realizar la valoración del riesgo vital, entendiendo como tal el derivado de la situación de VPM que puede comprometer la vida de la mujer. Es por tanto siempre una urgencia.

Debe primar garantizar la seguridad por encima de otras intervenciones.

Para realizar la valoración del riesgo vital es preciso tener en cuenta: las señales de alerta de riesgo grave, así como la valoración del tipo, intensidad y duración de la VPM.

SEÑALES DE ALERTA DE RIESGO GRAVE EN LA MUJER

- ▶ La mujer declara temer por su vida. Esta verbalización de la mujer es especialmente sensible en la detección de riesgo grave.
- ▶ Los episodios de violencia se producen también fuera del domicilio.
- ▶ Su pareja se muestra violento con sus hijos e hijas.
- ▶ Su pareja se muestra violento con otras personas.
- ▶ Ha sometido a la mujer a actos de violencia sexual.
- ▶ Amenaza con suicidarse, matarla y/o matar a los hijos/as.
- ▶ La frecuencia y gravedad de los episodios de violencia se han intensificado.
- ▶ Su pareja abusa de drogas, especialmente aquéllas que agudizan la agresividad (alcohol, cocaína...)

- ▶ La mujer tiene planeado abandonarle o divorciarse en un futuro cercano.
- ▶ La pareja conoce que la mujer ha recurrido a ayuda exterior para poner fin a la violencia.
- ▶ Su pareja o expareja le sigue o acosa.
- ▶ La mujer ya ha denunciado lesiones graves.
- ▶ La pareja dispone de armas en casa.
- ▶ La pareja o expareja ha amenazado a amigos o parientes de la mujer.

VALORACIÓN DEL TIPO, INTENSIDAD Y DURACIÓN DE LA VPM

Es necesario profundizar para saber qué tipo de violencia está o ha estado sufriendo la mujer, la intensidad y la frecuencia que tienen los episodios agudos de violencia así como cuál es la duración del proceso de violencia.

TIPO DE VIOLENCIA

Violencia psicológica:

¿Le grita a menudo?

¿Le habla de manera autoritaria? ¿Le insulta/ amenaza/ chantajea/ ridiculiza/ menosprecia?

¿La elogia y humilla alternativamente?

¿Ignora su presencia?

¿Le habla con un tono paternalista? ¿La culpa de todo lo que sucede? ¿Le pone en evidencia continuamente en público?

¿Le controla las llamadas/ cartas/ a diario?

¿Le acusa de ser infiel sin motivo? ¿Le pone problemas para ver a su familia o amigos? ¿Les trata mal?

Violencia física:

¿Alguna vez le ha golpeado/ le ha puesto la mano encima?

¿Le ha dado alguna bofetada?

¿Le ha empujado alguna vez durante una discusión?

¿Le ha echado alguna vez de casa?

Violencia sexual:

¿Se siente respetada por su pareja en las relaciones sexuales? ¿Tiene en cuenta sus deseos?

¿Le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad? ¿Alguna vez se ha sentido obligada a mantener una relación sexual sin que lo deseara?

¿Le fuerza a llevar a cabo prácticas sexuales que usted no desea?

¿Se siente libre para decidir el uso del preservativo u otros métodos anticonceptivos?

Violencia económica:

- ¿Dispone de suficiente dinero?*
- ¿Quién dispone del dinero de la pareja?*
- ¿Quién es dueño de la casa?*
- ¿Le pide explicaciones continuamente acerca de sus gastos?*
- ¿Le acusa de no saber administrar el dinero?*
- ¿Puede usted tomar decisiones sobre el manejo del dinero?*

Violencia ambiental:

- ¿Cuándo se enfada rompe o tira objetos? ¿Golpea las puertas o la pared?*
- ¿Desordena o ensucia a propósito? ¿Esparce la basura?*
- ¿Invade la casa con elementos desagradables o que le atemorizan? (material pornográfico, armas) ¿Alguna vez ha roto/ estropeado intencionalmente algún objeto al que usted tenga especial aprecio?*

LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Promueve una aproximación a un trabajo de colaboración con la paciente.

Se aplica en la atención a mujeres que sufren VPM.

- ▶ Informar y clarificar sobre las características de la entrevista que se va a realizar buscando, conjuntamente con la mujer, una definición de temas a tratar y objetivos a conseguir.
- ▶ Mantener una actitud empática facilitando la expresión de emociones.
- ▶ Aclarar y ayudar a ordenar las ideas para que la mujer pueda visibilizar la discrepancia entre la realidad que vive y los objetivos que quiere conseguir. Para ello es importante que pueda entender las consecuencias que el maltrato ha tenido en su vida.
- ▶ Evitar la confrontación directa y los juicios de valor ante el relato de la mujer o los argumentos que ella plantea.
- ▶ **Trabajar las resistencias** (cualquier aspecto de la actividad del o la paciente que surge en un proceso terapéutico y que pensamos que obstruye su curso).

Son habituales en mujeres maltratadas, y pueden relacionarse con miedo a su retraumatización, sentimientos de vergüenza y humillación, o a determinadas actitudes o acciones del o la profesional (por ejemplo, estilos confrontativos).

Es importante identificar y utilizar la información que nos dan las resistencias para, de una forma conjunta con la mujer, usarlas como un elemento útil para el cambio.

Algunos ejemplos de resistencias: interrumpir al profesional, poner a prueba sus conocimientos o desvalorizarlos, manifestar hostilidad en relación a sus comentarios, minimizar riesgos, negar conflictos, etc.

Ante este tipo de resistencias, las y los profesionales podemos proponer un cambio en el ritmo de la entrevista, plantearle temas alternativos a tratar y siempre mostrar disponibilidad y respeto a sus decisiones.

- ▶ Fomentar la auto-eficacia. Ayudarle a detectar y potenciar estrategias y recursos propios que le sirvan para la realización de sus objetivos. Por ejemplo: ayudarle a recordar otros momentos difíciles y los mecanismos que utilizó para afrontarlos; preguntar por elementos de resistencia a la adversidad; detectar áreas de fortaleza personal; ayudarle a exponer razones que la motivan para realizar un cambio; animar a realizar y definir pequeños cambios que ella plantee como deseables.

Algunas **estrategias usadas en la entrevista motivacional** son:

- ▶ **Preguntas abiertas:** permiten no ser contestadas con preguntas cortas y pueden ser una vía de entrada para una comunicación más fluida. Por ejemplo: "¿Querría hablarme de lo que le preocupa?"
- ▶ **Escucha reflexiva:** en este tipo de intervención, el profesional no se limita a escuchar, sino que a partir del relato de la mujer y por medio de comentarios o clarificaciones, ayuda a que ella pueda interiorizar algunos elementos de su discurso que son especialmente significativos y que pueden ser útiles en el proceso terapéutico. Para facilitar la escucha reflexiva pueden usarse distintas herramientas: **repetir frases o ideas verbalizadas por la mujer, señalar sentimientos asociados, etc.** También es importante saber tolerar el silencio evitando hacer frases hechas.
- ▶ **La recapitulación o resumen** al finalizar la entrevista de los temas tratados durante la misma es un elemento útil en la realización de entrevistas motivacionales. Puede enriquecerse con otro tipo de información, como señalar las mejorías evidentes y/u observables, los comentarios positivos de la familia, etc.

VALORACIÓN E INTERVENCIÓN POR FASES DE CAMBIO



Se basa en el *modelo teórico de cambio de Prochaska y Di Clemente*.

Este modelo se dirige al análisis del comportamiento, facilitando su categorización en las fases pre-establecidas por el mismo, lo que conllevará la posibilidad de establecer una línea de actuación y una elección de los recursos, técnicas e instrumentos.

Es fundamental identificar **en qué fase del proceso de cambio se encuentra** la mujer.

A. Fase precontemplativa:

En este momento la mujer no reconoce la violencia como un problema.

Puede negar la relación de maltrato, defender al maltratador, autoculpabilizarse, culpabilizar a los demás, minimizar el problema, mostrar desesperanza, abandonar la relación con quien le presta atención.

Cómo intervenir en la fase precontemplativa con la entrevista motivacional

Entrevista muy breve, aproximadamente 5 minutos, ya que es posible encontrar un alto nivel de resistencia, rechazo, nerviosismo o incluso llanto que no permiten una intervención larga y detallada.

Hacer una devolución a la mujer sobre su estado de salud, relacionando el motivo de consulta con su situación de VPM.

Ejemplo: *"Veo que está sufriendo por alguna situación que está influyendo en su insomnio. En otras mujeres con este problema he podido detectar que puede haber algún problema en casa."*

Mantener una actitud empática.

Insistir en que la violencia nunca está justificada (ante excusas o minimizaciones de la violencia).

Fomentar la auto-eficacia. Ejemplo: *"Todas las personas podemos hacer cambios poco a poco. Por lo que me has contado (por ejemplo si ha referido que tiene trabajo fuera de casa o cuida de sus hijas e hijos) en esta situación difícil tú estás saliendo adelante..."*

B. Fase contemplativa:

La mujer comienza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva y/o problemática. Puede analizar pros y contras respecto del posible cambio que aún no está dispuesta a realizar.

Cómo intervenir en la fase contemplativa con la entrevista motivacional

Sucesivas citas concertadas de 15 a 30 minutos, utilizando la escucha reflexiva:

Iniciar la entrevista recalcando nuestro respeto a las decisiones que tome a lo largo de su proceso.

Visibilizar y nombrar lo que está ocurriendo en su relación de abuso, sin culparla, relacionándolo con los hallazgos de la valoración. Ejemplo: *"Alguna vez me ha comentado que su pareja le pone en evidencia delante de su familia. ¿A qué situaciones en concreto se refiere?... ¿Me podría explicar lo que ocurre con más detalles?..."*

Analizar con ella el ciclo de la violencia. Reflexionar sobre 3 episodios de violencia: el primero, el más grave y el último.

Prestar especial atención al reconocimiento de la tensión y la agresión.

Señalar la importancia de la fase de arrepentimiento como refuerzo positivo para continuar con la relación.

Enfatizar la importancia del propio bienestar y el autocuidado, frente a mantener una relación nociva. Ejemplo: *"Todo lo que me ha contado influye directamente en su salud y dificulta que se pueda cuidar"*.

Demostrar la existencia real de una situación de VPM. Ejemplo: *"El hecho de que la ponga en evidencia continuamente, como hemos estado hablando, se corresponde con violencia psicológica según los estudios existentes"*.

Indagar acerca de los recursos personales y sociales: apoyo familiar, de amistades y laboral.

Identificar razones para seguir o no en esa relación. Puede ser un trabajo que ella traiga por escrito en la siguiente cita concertada.

Analizar los miedos a un posible cambio.

Elaborar un plan de seguridad según las circunstancias (Ejemplo: *agresión física grave, riesgo de suicidio*).

Apoyar y dar valor a su decisión.

Advertir sobre la importancia del riesgo que supone compartir esta información con su pareja.

C. Fase de preparación (decisión):

Las mujeres van realizando pequeños cambios (actividades de ocio, ampliar red social...) Pueden aparecer sentimientos de ambivalencia respecto de su relación y de la decisión de separarse de su pareja.

Cómo intervenir en la fase de preparación con la entrevista motivacional

Realizar en citas concertadas de 15 a 30 minutos utilizando la escucha reflexiva:

- ▶ Escuchar los planes de la mujer y expresar la importancia de los esfuerzos que está realizando.
- ▶ Analizar objetivamente con ella la situación actual y, si en el pasado intentó hacer cambios y qué ocurrió.
- ▶ Valorar qué problemas anticipa para hacer un cambio en la actualidad.

Esta fase y la siguiente (acción) son de un riesgo especial, ya que el maltratador, cuando observa que la situación empieza a escapar a su control, puede aumentar la intensidad y frecuencia de la VPM. Por lo tanto, **es conveniente revisar el plan de seguridad con ella**.

Es imprescindible en esta etapa valorar y **consensuar con la mujer la derivación y/o coordinación con trabajo social o con recursos disponibles de la zona (municipales, regionales...)**.

La ambivalencia es un estado de conflicto en el que la persona tiene sentimientos contrarios de forma simultánea. En el caso de la mujer maltratada se puede dar la ambivalencia **"querer y no querer dejar a la pareja que la maltrata"**.

Comprender que la ambivalencia es algo habitual, aceptable y comprensible en un proceso de cambio, facilitará que no se produzcan resistencias a la escucha por parte de la mujer.

D. Fase de acción:

La mujer hace cambios manifiestos para mejorar su situación respecto de la violencia, por ejemplo, empezar a buscar trabajo (si no lo tenía anteriormente) para tener independencia económica, participar en algún grupo de apoyo o buscar asesoría legal para el proceso de separación.

Objetivo: Acompañar a la mujer para que no se sienta sola y reafirmar su proceso. Garantizar y extremar la seguridad. Es importante recordar a la mujer que existe un riesgo especial y preparar los recursos necesarios para salir de la situación en que se encuentra.

Cómo intervenir en la fase de acción con la entrevista motivacional

Generar afirmaciones automotivadoras que, partiendo del proceso de reflexión de la mujer, están relacionadas con:

- ▶ El reconocimiento del problema. Ejemplo: "Me doy cuenta de que la ansiedad que sufro puede tener que ver con los problemas en casa".
- ▶ Expresión de preocupación.
- ▶ Intención de cambiar.
- ▶ Optimismo sobre el cambio.
- ▶ El balance de pros y contras de la decisión a tomar.

E. Fase de mantenimiento:

La mujer mantiene los cambios que ha hecho. Pueden reaparecer sentimientos de ambivalencia hacia su agresor y su situación anterior.

Objetivo: Ayudar a identificar y utilizar estrategias para prevenir recaídas. Mantener la vigilancia del riesgo.

Cómo intervenir en la fase de mantenimiento: animar a la mujer a participar en algún grupo de mujeres. Preparar con la mujer una posible derivación.

F. Fase de recaída:

La mujer vuelve a vivir una situación de VPM.

Objetivo: Ayudar a la mujer a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezcan bloqueos o desmoralización por la recaída.

Cómo intervenir en la fase de recaída con la entrevista motivacional

Volver a mostrar nuestra empatía y cercanía.

Evitar caer en desánimo o en sentimientos de fracaso, por ejemplo decirle: "*Usted no es la única, esto le ocurre a muchas mujeres*".

En la entrevista motivacional se trabajará con la mujer:

- ▶ su historia de maltrato y se hará una devolución. Ejemplo: "*¿te acuerdas cuando me decías que no te dejaba salir?*"
- ▶ el sentimiento de culpa que aparece en la mujer. Ejemplo: "*¿Le culpa de todo lo que sucede?*"

¿CÓMO APOYAR E INTERVENIR CON LAS FAMILIAS?

Es muy importante que no nos olvidemos de las familias, y que estas puedan ser atendidas, informadas y orientadas.

Las intervenciones se dirigen sobre todo a **madres y padres de chicas adolescentes que sufren violencia de pareja**, si bien se pueden aplicar a todas las familias.

Peculiaridades de la posición de los familiares frente a la VPM:

- ▶ Es una situación nueva y desconocida.
- ▶ Es una situación que no responde a un planteamiento lógico: ¿cómo se hace daño a quién se quiere? ¿por qué no le deja si la está dañando?

La intervención familiar permite:

- ▶ Implicar a los familiares en la intervención que se realiza con la paciente, para que comprendan y asuman las características y peculiaridades del proceso de recuperación y colaboren con él.
- ▶ Dar respuesta a la necesidad de las familias de orientación y apoyo para afrontar esta problemática, ya que suelen presentar unos niveles muy altos de angustia y una gran desorientación.

El primer paso es entender la violencia de pareja hacia la mujer, cómo funciona y cómo está afectando a la mujer, y conocer las dificultades que se encontrarán en el camino.

Siempre que sea posible, se debe orientar a los familiares a que busquen el apoyo de profesionales especializadas ya que necesitarán información, orientación y ayuda.

Estrategias y actuaciones:

- ▶ Buscar apoyo profesional para la mujer.
- ▶ Buscar apoyo profesional para los familiares dirigido a:
 - Contener la angustia, el miedo y la preocupación.
 - Evitar la desorientación (no saber qué hacer, no saber si lo que se está haciendo es útil o adecuado).
 - Comprender cómo funciona la violencia de género y cómo la mujer ha llegado a esta situación y por qué se mantiene en ella.
 - Planificar, mantener, revisar y adaptar estrategias específicas para la situación personal cada mujer, para mejorar la relación con ella y tratar de ayudarla para abandonar la relación violenta y reparar el daño sufrido.

- ▶ Reforzar o recuperar los vínculos familiares
 - Potenciar las actividades familiares positivas: viajes, comidas, celebraciones, tradiciones familiares...
 - Buscar espacios agradables con ella, donde no se hable de lo sucedido, sino de cuestiones positivas, para permitir el descanso emocional tanto de ella como del resto de la familia.
 - Establecer una relación positiva entre ella y toda la familia, intentando que se sienta segura y apoyada en casa.
 - Plantearle (y demostrarle) que la familia siempre estará a su lado.
- ▶ Comunicación:
 - Fomentar el hablar con ella de cuestiones variadas, no de este tema en concreto, se trataría de establecer el hábito de hablar.
 - Es muy importante que la comunicación se realice desde el respeto: aprender a mantener una comunicación adecuada con ella, una comunicación asertiva, sin juzgarla ni criticarla.
 - Si los familiares consideran que puede ser positivo abordar el tema de su relación de pareja, se deben evitar los juicios de valor, explicando cómo se sienten y lo que piensan de la relación, sin hacerle reproches.
- ▶ Crear una red de apoyo:
 - El grupo de amistades puede ejercer una gran influencia, especialmente en adolescentes.
 - Es importante explorar la actitud de sus amigos ante este tema para ver si pueden favorecer o entorpecer (por prejuicios, mitos románticos, etc.) la salida de la violencia.
- ▶ Ayudar a la mujer a normalizar su vida: todo aquello que refuerce a la mujer como persona va a dificultar el dominio del maltratador y va a favorecer su recuperación (gustos, aficiones, amistades...).

¿Denunciar?

- Lo aconsejable en estas situaciones es ayudarla a valorar el riesgo de la situación y de su propia seguridad e intentar convencerla para que denuncie, pero respetando su decisión.
- Imponerle la denuncia podría ser contraproducente ya que podría distanciarla de los familiares.
- Esto no quiere decir que se renuncie a la denuncia, sino que hay que valorar el momento adecuado. Para ello va a ser muy importante consultar con profesionales especializados este tema.
- Por supuesto si hay una situación grave, riesgo que requiera medidas de protección, hay que denunciar.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de actuación en Atención Especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid. 2011.
- Guía de apoyo en Atención Primaria para abordar la violencia de pareja contra las mujeres. Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Servicio Madrileño de Salud, Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid, 2008.
- Guía para madres y padres con hijas adolescentes que sufren violencia de género. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- Herman Judith. Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia. Espasa Calpe S.A. 2004.
- Miller W.R. La entrevista motivacional. Ed Paidós Ibérica. 2015.
- Prochaska James O, Di Clemente Carlo C, Norcross John C. Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. RET, Revista de Toxicomanías. 1994;(1):1-12



Patrocinado por:

