

# “ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS: UNA PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN”



Alicia Acero Achirica  
Mayo 2004

## I.- MARCO DE ANALISIS DEL FENOMENO DE LOS MALOS TRATOS

El avance y modernización de la sociedad ha propiciado el llamamiento a impulsar el cambio de valores y la preocupación por garantizar los derechos de convivencia y libre expresión de todas las personas y sexos, así como a la intensificación de las medidas necesarias para propiciar el cambio social y cultural profundo que requiere la igualación en la práctica entre las mujeres y los hombres.

En las últimas décadas, se han alcanzado mejoras en toda una serie de logros sociales que, aún sin haber alcanzado la plenitud de metas deseables, sí han supuesto un claro avance en materia de igualdad. Sigue siendo necesario avanzar en materias como el derecho de acceso a la formación de las mujeres, la igualdad de oportunidades laborales y de participación en la vida pública, la promulgación de marcos legales que amplíen la regulación de medidas destinadas a la facilitación para compaginar aspectos como la maternidad y el derecho al trabajo de la mujer, en definitiva, toda la serie de medidas que pueden generar los cambios estructurales en una sociedad que quiera denominarse moderna, democrática e igualitaria.

Ante estas transformaciones sociales y culturales, la pervivencia de prácticas que atentan contra la dignidad básica de las mujeres y sus derechos más elementales, ha marcado el ámbito de atención prioritaria a un sector de población femenina, aquellas que se ven afectadas por la violencia doméstica, que están en situación de marcada exclusión de estos procesos de desarrollo de la igualdad y que, además de ser víctimas de acciones que deben perseguirse desde el más estricto marco penal, se convierten en colectivo de especial atención dentro de las políticas sanitarias y sociales.

Para comprender el fenómeno de la violencia doméstica, resulta imprescindible comenzar por el análisis de los factores que la legitiman desde el marco cultural, educativo e individual.

**Factores de índole socioeconómico y cultural:**

La violencia contra las mujeres tiene que ver con el conjunto de la organización social. Afecta a los valores y normas básicas de la sociedad y a los modelos de comportamiento imperantes. Las normas de socialización de cada género la han aceptado y legitimado históricamente (Alberdi y Matas, 2002).

Los principales condicionantes de esta pervivencia de prácticas violentas hacia las mujeres son de diversa índole y se asientan sobre los siguientes ejes:

- Los valores éticos dominantes sobre el respeto y la tolerancia hacia los derechos de las personas: el derecho a la vida y a la integridad física y moral. El sistema de transmisión y los contenidos que alberga siguen marcados por contenidos sexistas donde se refuerza el predominio de un sexo (el masculino) frente a otro (el femenino).
- Las formas colectivamente asumidas de reparto de roles y el contenido de valoración personal diferencial que implícitamente contiene esta distribución arbitraria, históricamente caracterizada por la infravaloración femenina frente a la sobrevaloración masculina.
- La consecuente parcelación de ámbitos de participación social en función de sexos. El rol tradicionalista dejaba al hombre abierto el campo de la participación en las actividades productivas y de trabajo en el medio exterior, siendo por añadidura la fórmula de obtención de ingresos económicos para el mantenimiento del sistema familiar.
- El propio "tratamiento" social que los fenómenos cercanos y conocidos de violencia doméstica han tenido, restringiendo su consideración a cuestiones del ámbito privado y personal que no debían trascender al conocimiento de otros y se dirimían de "puertas para adentro" de los hogares donde esto se producía. El comportamiento personal que víctimas y espectadores directos de la violencia han dado a los hechos. El tratamiento social de fenómeno "privado" y familiar, unido a los sentimientos de culpabilidad y vergüenza que estos acarreaban, han contribuido al silenciamiento de las víctimas y de los conocedores de las situaciones de maltrato, dando lugar a lo que ya se ha acuñado como una cierta "conspiración de silencio".

#### Factores de naturaleza educativa/individual

- La concurrencia de los valores negativos anteriormente citados en el orden social amplio, se materializan en pautas educativas personales, muchas veces transferidas generacionalmente por modelos paternos que ejercían el rol dominante y agresor de forma explícita.
- La violencia en la familia de origen ha servido de modelo de resolución de conflictos interpersonales y ha ejercido el efecto de "normalización" de la violencia: la recurrencia de tales conductas, percibida a lo largo de la vida, las ha convertido en algo corriente, a tal punto que muchas mujeres no son conscientes del maltrato que sufren, y muchos hombres no consideran autoimputable o sancionable cuando se les señala que sus conductas ocasionan daño.
- Los procesos de identificación con modelos violentos en la familia de origen tienen un efecto "cruzado" cuando consideramos la variable género. Los varones se identifican con el agresor, incorporando activamente en su conducta lo que alguna vez sufrieron pasivamente. Las mujeres, en cambio, llevan a cabo un verdadero "aprendizaje de la indefensión", que las ubica más frecuentemente en el lugar de quien es víctima del maltrato en las sucesivas estructuras familiares.

## II.- DEFINICION Y DESARROLLO DEL CICLO DE VIOLENCIA

Dado que las mujeres son la población en riesgo, en la literatura internacional se suele utilizar el término violencia doméstica como equivalente a violencia hacia la mujer en el contexto doméstico. Obviamente la violencia doméstica se halla inscrita dentro del fenómeno global de la violencia de género, pero es desde este escenario de convivencia donde se desarrollan las principales acciones de ayuda encaminadas a romper el círculo de la violencia.

Como señala Echeburúa, la familia, por muy paradójico que resulte, es un agente de violencia. Las situaciones de cautiverio - y la familia es una institución cerrada- constituyen un caldo de cultivo apropiado para las agresiones repetidas y prolongadas.

El maltrato doméstico se refiere a las agresiones físicas, psíquicas, o sexuales llevadas a cabo reiteradamente en el hogar por parte de un familiar, que vulneran la libertad de otra persona y que causan daño físico o psicológico (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997).

El maltrato doméstico, a diferencia de otras conductas violentas, presenta unas características específicas:

- A) Es una conducta que no suele denunciarse, y si se denuncia, la víctima muy frecuentemente perdona al supuesto agresor antes de que el sistema penal sea capaz de actuar.
- B) Es una conducta continuada en el tiempo: el momento de la denuncia suele coincidir con algún momento crítico para el sistema familiar (por ejemplo, la extensión de la violencia a los hijos).
- C) Como conducta agresiva, se corre el riesgo de ser aprendida de forma vicaria por los hijos, lo que implica, al menos parcialmente, una transmisión cultural de los patrones de conducta aprendidos (Echeburúa y Corral, 1998; Sarasua y Zubizarreta, 2000).

### 2.1.- TIPOLOGIA DE MALOS TRATOS

La violencia doméstica puede adoptar diversas formas, siendo sus principales manifestaciones:

- **Maltrato Físico:** “Cualquier conducta que integre el uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de otra persona de tal modo que encierre riesgo de lesión física, daño o dolor, sin importar el hecho de que en realidad esta conducta haya tenido estos resultados.
- **Maltrato Psicológico:** “Aquellas conductas que producen a las víctimas desvalorización o sufrimiento y es generalmente percibido como tanto o más difícil de soportar que el maltrato físico. Algunos autores han clasificado seis tipos de maltrato psicológico:
  - Ridiculización, amenazas verbales o insultos
  - Aislamiento social y económico
  - Celos/posesividad
  - Amenazas verbales de maltrato, daño físico o tortura
  - Amenaza repetida de divorcio, abandono o de tener una aventura con otra persona

- Destrucción o daño a objetos personales a los que se tiene cierto apego o cariño
- Maltrato Sexual: “Cualquier intimidación sexual forzada (por intimidación, coacción o estado de inconsciencia/indefensión) por parte del marido o compañero, no limitándose a la penetración vaginal o anal forzada, por lo que incluye sexo oral y la penetración por objetos e instrumentos.

Todas y cada una de las manifestaciones que pueda adoptar las diferentes formas de maltrato (abuso físico, psicológico, emocional, sexual, económico, la intimidación, el aislamiento social, el abuso de privilegios...) poseen un objetivo común por parte del maltratador que las ejerce: asegurar y mantener el estatus de poder y control sobre el miembro maltratado.

Generalmente los malos tratos no se dan aislados a un solo tipo de los mencionados anteriormente, sino que se producen simultáneamente en fases avanzadas de maltrato crónico.

## 2.2.- FASES DEL CICLO DE VIOLENCIA

Algunos autores como Walker (1984) han sistematizado las fases del denominado Ciclo de la Violencia, útil para comprender y no errar en el posterior abordaje profesional con víctimas de malos tratos.

Las tres fases fundamentales que describe este autor son:

- Fase de Formación o Tensión: Se va produciendo una escalada gradual de tensión y hostilidad, muchas veces como reacción del agresor ante hechos nimios, con acumulación de conflictos y fricciones.
- Fase de Explosión o Agresión: Desencadenamiento de agresiones físicas y/o psicológicas de alta intensidad.
- Fase de Reconciliación o luna de miel: la agresión desaparece y el agresor se muestra amable y arrepentido. Se produce en la víctima la falsa ilusión de que el maltrato desaparecerá.

En los estadios iniciales, el maltrato psicológico, físico y/o sexual se da generalmente de modo intermitente, existiendo entre los incidentes de malos tratos periodos de calma y aparente normalidad. Tras un incidente de agresión los agresores suelen entrar en la fase de “luna de miel”. En esa fase pueden mostrarse arrepentidos, amables, protectores y hacer demostraciones de “amor sincero”. La mujer por mecanismos de “supervivencia psicológica” elige creer que él es como se muestra en esta fase, el hombre de quien ella se enamoró. Aquí es cuando se produce la unión traumática.

Sin embargo, tras esta fase aparece la fase de tensión, donde los malos tratos psicológicos vuelven a hacer acto de aparición, pasando inmediatamente después a la fase de explosión donde las agresiones se manifiestan con mayor gravedad, pudiendo el agresor causarle la muerte a su pareja.

En este ciclo se cronifica el maltrato y progresivamente el espacio de tiempo entre cada una de las fases suele reducirse, llegando a desaparecer la fase de reconciliación o de luna de miel.

### **III.- PROTOCOLO DE INTERVENCION MALTRATO**

Adoptando un formato de guía de buenas prácticas en tratamiento, destinada a marcar pautas adecuadas de intervención, vamos a repasar algunos aspectos clave para acercarnos y adecuar la respuesta asistencial a esta problemática de la violencia de género.

#### **3.1.- META GENERAL DEL PROTOCOLO**

La meta general de este protocolo es proveer a los profesionales de atención a la salud de conocimientos generales del tema de la violencia ejercida hacia las mujeres, imprescindibles para establecer desde un enfoque comprensivo las necesidades, entender actitudes y comportamientos de estas usuarias y poder así adaptar estos factores a la puesta en marcha de protocolos de actuación, abordaje de la demanda, canalización a recursos especializados y planificación de las acciones para llevarlo a cabo.

#### **3.2.- BASES PARA LA DEFINICION DE UNA PROPUESTA DE ABORDAJE CON VICTIMAS DE MALOS TRATOS**

La atención a los problemas de violencia doméstica exige, como en cualquier nueva propuesta de atención y asistencia a problemas de naturaleza biopsicosocial, un diseño de actuación que contenga:

- Un marco conceptual claro y amplio del fenómeno
- Un modelo de abordaje que proponga la filosofía de trabajo y el espectro general de medidas a desarrollar para atender el problema.
- Un diseño de proceso que, definiendo las acciones concretas a llevar a cabo, permita desplegar y poner en marcha, de modo ordenado y progresivo, las medidas tendentes a solucionar la situación problemática.

#### **3.3.- FASES DE LA INTERVENCIÓN INTEGRAL**

##### **3.3.1.- INTERVENCION EN CRISIS**

La intervención en crisis se define como “el proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona para soportar un suceso traumático, de modo que la probabilidad de debilitar los efectos se aminore y la probabilidad de crecimiento se incremente”. (Slaikeau).

Cuando la paciente informa espontáneamente de ser víctima de violencia doméstica, y haber padecido un episodio de agresión en un periodo previo de 24-48 horas, las primeras actuaciones a realizar se dividirán en prioritarias y secundarias. Las prioritarias son:

- Realizar un diagnóstico breve de las lesiones o daños derivados de la agresión reciente. Emitir parte de lesiones que puede ser útil para decisiones de denuncia posterior.
- Garantizar su seguridad. Si convive con el maltratador y no ha abandonado el domicilio, se trabajará la decisión de hacerlo en ese momento y buscar un alojamiento de emergencia al que pueda ser derivada. Se trabajará sobre el eje decisión/motivación y se iniciarán las gestiones de localización de recursos especializados en maltrato. Con carácter prioritario debe pensarse en seleccionar recursos de la red de atención a víctimas de violencia doméstica. Si no existieran disponibles ó existen otras patologías o lesiones que requieran priorizar la atención

médicosanitaria, se activarán recursos que garanticen las condiciones de seguridad y protección necesarias con las garantías de anonimato y confidencialidad advertidas a los profesionales que trabajen en esos servicios.

Las actuaciones que se realizarán en segunda instancia serán:

- Dar credibilidad en primera instancia a lo que nos cuenta para crear un clima de confianza que permita generar las condiciones básicas para obtener una información más amplia y detallada del caso.
- Identificar las opciones en la red natural de relación. Esto puede servir para buscar apoyos con base afectiva y como sustitutos de recursos de alojamiento de emergencias si éstos no estuvieran disponibles.
- Facilitar la descarga emocional y atender los síntomas emocionales y psicológicos (ansiedad y depresión) que pueden ser una fuente de distorsión importante tanto para la toma de decisiones respecto a la ruptura inmediata de vínculos con el agresor.
- Valorar la decisión de la víctima de interponer denuncia. Asesorar en materia de recursos legales y judiciales de primera instancia (medidas previas, órdenes de alejamiento....). Acompañar en el proceso de ejecución de estas medidas.

### 3.3.2.- VALORACIÓN:

El proceso de valoración se realiza dentro de un marco terapéutico que brinda seguridad y confianza a las víctimas. Los instrumentos protocolizados de valoración del caso combinan pruebas estandarizadas, cuestionarios de diagnóstico discriminativo y entrevistas de modelo abierto, ya que éste permite el acercamiento inicial para dimensionar la naturaleza y magnitud del problema y a la vez la libre expresión de la problemática.

Por las características de esta problemática, se estima necesario que ésta se realice por un equipo básico de carácter multidisciplinar, para que cada uno de ellos aporte desde su perspectiva profesional los aspectos sobre los que se ha de intervenir.

Los objetivos que se plantean en esta parte del proceso asistencial son los siguientes:

- Recabar información de los aspectos fundamentales del problema personal de la usuaria y pautar acciones a realizar de modo más inmediato
- Reunir información pertinente que permita conocer individualmente las características de cada caso.
- Aplicar la óptica de intervención especializada interdisciplinar al conocimiento de los aspectos definitorios del caso.
- Destacar los aspectos personales, familiares, sociales y judiciales que pueden ser facilitadores o posibles obstáculos para el proceso de tratamiento.
- Planificar el diseño individualizado de intervención de acuerdo a la información obtenida.
- Identificar y calificar la forma de maltrato que sufre la víctima. Historia de malos tratos (incluido historial judicial si lo hubiere) y características actuales...

- Valorar en primera instancia el alcance de daños físicos y psicológicos derivados del maltrato.
- Identificación y localización de la persona agresora. Contacto con policía, siempre con conocimiento y consentimiento de la víctima.
- Valoración social inicial (describir la situación socioeconómica, laboral, familiar y de convivencia, situación de los hijos de la víctima: nº, edades, grado de afectación directa o indirecta por la situación de maltrato...)
- Valorar los niveles de riesgo en la repetición del maltrato, grado de peligrosidad actual y las consecuencias de éste en el caso particular, así como el grado de conciencia de la víctima respecto a lo anterior.
- Valorar el nivel de maduración de decisiones relativas al abandono del domicilio de convivencia compartido con el agresor.
- Estudiar la existencia de alternativas de acogimiento en su red de apoyo natural (familia, amigos...).

### 3.3.3.- DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS DERIVADOS DEL MALTRATO:

El diagnóstico de la persona que ha sido objeto de maltrato, pretende obtener toda aquella información relevante para poder llevar a cabo un diseño individualizado de áreas de afectación sobre las que intervenir.

#### Síntomas Físicos

Aunque hay determinadas afecciones y patologías orgánicas que pueden ser debidas al maltrato y no son fácilmente discriminables, debe realizarse una exploración específica de los signos del maltrato, máxime si la víctima no realiza un reconocimiento explícito de esta situación, pero existe sospecha de su existencia.

Son síntomas de malos tratos las heridas en cara, cabeza, nariz, ojos y abdomen, dolor abdominal, dolores de cabeza, trastornos de alimentación y del sueño. Estos síntomas deben ser “acreditados” por un facultativo autorizado y con capacidad de emitir informes con valor de testimonio forense ó de prueba judicial, ya que pueden ser de utilidad para las posteriores acciones que vaya emprendiendo la víctima (denuncias, demanda de orden de protección, demanda de separación etc...).

Es importante incorporar al protocolo de exploración ETS y prueba de embarazo, porque las mujeres víctimas de malos tratos se consideran población de alto riesgo en el caso de las enfermedades de transmisión sexual ya que su situación frente al maltratador les impide muchas veces interponer medidas de sexo seguro en las relaciones y de prevención de embarazos no deseados.

#### Síntomas Psicológicos

El maltrato con frecuencia se asocia a la aparición de una serie de síntomas que, por su similitud con el cuadro presentado por otro tipo de víctimas (excombatientes, personas torturadas, supervivientes del terrorismo, mujeres víctimas de agresión sexual), hace que las víctimas de violencia doméstica, también se incluyan entre los sucesos desencadenantes de los siguientes trastornos: trastornos de ansiedad, trastornos y estados disociativos, depresión e intentos de suicidio, trastornos alimenticios, alcoholismo y abuso de fármacos y otras drogas y cuadro clínico de estrés postraumático.

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1.994), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión.

Los síntomas más característicos del trastorno por estrés postraumático son:

**Criterio A.-** El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- Recuerdos recurrentes de la(s) agresión(es) en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- Sueños de carácter recurrente sobre la(s) agresión(es) (en forma de pesadillas), que producen malestar
- Respuestas autonómicas/reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

**Criterio B.-** Evitación persistente de los estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican 3 (o más de los siguientes síntomas):

- Esfuerzos para evitar los pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- Reducción acusada del interés o la participación en las actividades significativas.
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- Restricción de la vida afectiva (p. ej. incapacidad para tener sentimientos positivos)
- Sensación de desolación ante el futuro (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).

**Criterio C.-** Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausentes antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- Dificultades para conciliar o mantener el sueño Experimentar trastornos del sueño después de haber roto con la relación.
- Irritabilidad o ataques de ira; La rabia suele ser una reacción común entre las víctimas de un acontecimiento traumático. Este tipo de reacción es generalmente poco comprendida por los profesionales que desconocen la razón de su aparición y por lo tanto suelen responder negativamente ante aquellas víctimas que presentan signos de rabia y hostilidad.
- Dificultades para concentrarse; Los problemas de concentración afectan negativamente al funciona-miento de las mujeres maltratadas en una variedad de áreas. Incluso cuando los malos tratos han desaparecido, esta dificultad puede seguir persistiendo. Este problema interfiere



directamente en su capacidad para poner en orden sus ideas y asimilar la información que se le brinda.

- Hipervigilancia; En casos extremos, puede que éstos síntomas se asemejen a un trastorno maniaco, paranoide o incluso a una reacción psicótica. La hipervigilancia y sospecha de las mujeres maltratadas a diferencia de las ideaciones paranoides tienen su raíz en la creencia y en la casi certeza de la posibilidad de que los malos tratos se reanuden de manera inesperada.
- Respuestas exageradas de sobresalto ante cualquier estímulo de intensidad media-alta.

Hay otros indicadores derivados del padecimiento crónico del maltrato y que podrían denominarse mecanismos de “adaptación” a la relación traumática. Se trata de formas de pensamiento, creencias erróneas y negación respecto a la situación de malos tratos que padece la víctima. Muchas mujeres se adaptan en un sistema de “supervivencia cognitiva” a su situación, minimizando o negando los episodios de malos tratos, justificándolos por causas ajenas a la voluntad del maltratador (cuando no autoculpabilizándose), manifestando la creencia de que no van a volver a repetirse etc...

En el campo diagnóstico de los malos tratos son habituales los errores diagnósticos cuando la víctima no realiza un reconocimiento pleno de su situación. Es frecuente que se les asignen diagnósticos como por ejemplo: histeria, trastorno de personalidad dependiente, trastorno límite de personalidad o borderline, trastorno de personalidad pasivo-agresivo o personalidad antisocial.

#### 3.3.4.- DISEÑO DEL PLAN DE INTERVENCION INDIVIDUALIZADO

Aplicando la óptica de intervención multidisciplinar que se describe a lo largo de todo el proyecto, tras haber extraído y evaluado todos los elementos clave definitorios del caso, el diseño del Plan de Intervención Individualizado fijará de forma sistemática a través de instrumentos creados a tal fin:

- Áreas de abordaje y definición de problemáticas específicas del caso
- Definición de objetivos terapéuticos por área, concretados a nivel de logro a corto, medio y largo plazo.
- Definición de las estrategias y métodos terapéuticos y de apoyo profesional necesarios para alcanzar los objetivos
- Definición de la tipología, denominación y articulación temporal a lo largo del proceso de intervención de los recursos, servicios y dispositivos que se prevén utilizar.

Este resumen de planificación anticipada del proceso a seguir para cada usuaria servirá además como instrumento para ir evaluando y contrastando la evolución, el cumplimiento de objetivos marcados y reajustando las indicaciones que permitan asegurar el desenvolvimiento óptimo de los procesos de recuperación y autonomía.

El diseño del Plan Individualizado de Tratamiento debe incorporar objetivos de diagnóstico de riesgos, decisiones de activar medidas de protección y recuperación del maltrato coordinadamente.

Lo más importante en esta planificación es determinar las prioridades y conjugar acciones terapéuticas que organicen, por una parte, los elementos nucleares del proceso de recuperación personal global y las necesidades y riesgos de la usuaria en el marco de su relación de maltrato.

Es de suma importancia partir del momento concreto en el que se encuentre la mujer respecto al proceso de decisión relativo a romper vínculos con el agresor.

Así, en casos en que la toma de decisiones de la víctima no esté clara y determinada hacia la ruptura de vínculos con el agresor, no debe forzarse, ya que esto podría hacer abandonar el tratamiento y precipitar un incremento de las agresiones fuera del control y asesoramiento de la intervención profesionalizada. Es preferible proponer medidas parciales de seguridad frente al maltrato y a la vez iniciar un proceso en el que pueden trabajarse aspectos como el refuerzo de la autoestima, de la capacidad de tomar decisiones, de la recuperación del control y que estas esferas se hagan generalizables al plano de la toma de decisiones progresiva sobre su situación de malos tratos (ruptura evolutiva).

Es importante no dejar de trabajar de modo explícito la toma de conciencia sobre la situación de malos tratos, la revisión de evolución en este aspecto (nuevos episodios, reacciones y vivencias de la víctima, nuevas consideraciones hacia la asunción de su imposibilidad de resolución, recaídas en los mecanismos cognitivos de negación o autojustificación etc...). Para que el proceso evolucione es necesaria la intervención intencional en él, no basta mantener una actitud de espera y creer que el proceso se desarrollará por sí mismo.

### 3.3.5.- ELABORACION DEL PLAN DE PROTECCIÓN

En todos los casos, tanto si decide abandonar el domicilio o romper la relación como si no, se les debe ayudar a diseñar un Plan de Seguridad y de Protección para disminuir el riesgo de peligrosidad para ellas y para las personas con las que tienen contacto.

El plan de seguridad y de protección debe ser elaborado por las víctimas, y no por el profesional que las asesora. El papel del equipo interdisciplinar se limitará a ayudarlas a identificar las alternativas disponibles, a valorar los costes y beneficios de cada una de estas alternativas y poner a su disposición todos los recursos posibles para que puedan llevar a cabo este plan. Aquí es necesario que la mujer describa los últimos incidentes de malos tratos con la intención de identificar indicadores de riesgo para la repetición o inminencia de la agresión.

### 3.3.6.- TRATAMIENTO

Como ya se comentaba, hasta hace poco tiempo la violencia familiar se consideraba como un asunto privado que pertenecía a la intimidad familiar y no debía trascender al exterior, por lo que no es de extrañar el retraso sufrido como consecuencia en el desarrollo de la investigación clínica.

En general los programas de intervención de las víctimas de maltrato se han centrado en torno al tratamiento de la culpabilidad y del déficit de

autoestima y en la mejora de la relación social, así como en la expresión adecuada de la ira y en la terapia de los síntomas específicos presentados.

Como señalan algunos autores (Dutton, 1.992 y Walker, 1.991) se trata, en último término, de enseñar a las víctimas habilidades que les permitan el establecimiento de una nueva vida, enfocada a la autonomía personal y a la recuperación del control.

#### AREAS DE INTERVENCION:

El Programa de tratamiento gira en torno a distintos ejes de intervención que persiguen incorporar una serie de aprendizajes y habilidades específicas, a desarrollar dentro de un proceso general de “emponderación” (empowerment) o crecimiento personal que aborden áreas de contenido que se relacionan básicamente con los siguientes aspectos:

- A nivel cognitivo, se dota a la persona de una serie de técnicas para combatir algunas de las distorsiones perceptivas y de pensamiento, que se producen en la mayoría de las víctimas de maltrato (pensamiento polarizado, visión catastrófica, sobregeneralización...).
- El fortalecimiento continuado de la autoestima, lesionado profundamente tras las experiencias de maltrato y necesario para reorientar cualquier nuevo proyecto de vida con vistas a alcanzar logros estables.
- El aprendizaje y fortalecimiento de la capacidad para tomar decisiones, instrumento de apoyo básico al objetivo anterior.
- Las capacidades de afrontamiento de situaciones difíciles cuando no de reexposición a la situación de maltrato anterior.
- La reeducación emocional y afectiva que incorporen modelos sanos de relación y ayuden a superar los procesos de adaptación patológicos que han realizado y que han condicionado su percepción y “codificación” de las relaciones de pareja
- El aprendizaje de modelos de educación activa en el rechazo a la violencia y la coeducación con los hijos que han padecido la situación de violencia vivida en el hogar.

#### 3.3.7.- NORMALIZACION/INSERCIÓN SOCIOLABORAL

Paralelamente a la intervención más especializada e intensiva que se realiza en el denominado programa de tratamiento, se impulsarán acciones con el fin de facilitar el cumplimiento de objetivos de cobertura de necesidades básicas y apoyo a la normalización y promoción sociopersonal de las víctimas de violencia. Los logros alcanzados en estos programas pueden ser inconsistentes a medio y largo plazo si no ofrecen posteriormente la entrada a instancias promotoras de procesos de normalización que pongan sus recursos en función de objetivos como la ganancia de competencias básicas para la inserción socioprofesional, la preparación prelaboral y el acceso efectivo al mundo laboral, meta ésta que, en último término, garantiza la autonomía personal y económica. Las grandes acciones que persigue esta fase de normalización-independización se ordenan en la secuencia:

- Eliminación de la precariedad (tanto de medio de residencia como de cobertura de necesidades básicas como alimentación, vestido, educación de los hijos...)
- Ruptura del aislamiento social (generación de red de contactos personales y relacionales capaz de preinsertar en aspectos de desenvolvimiento en el medio social y creación de soportes sociales)
- Promoción de capacidades básicas para el desempeño futuro de actividades en medio laboral (formación prelaboral)
- Formación laboral y programas de promoción y acceso al empleo.

#### IV.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La actuación de los profesionales de la salud, así como de cualquier otro ámbito debe ser exquisita en materia de objetividad, profesionalidad y vocación de ayuda. Esto representa que el exceso de identificación con la víctima o la adopción de actitudes que supongan una implicación emocional o personal por parte del profesional puede distorsionar la visión objetiva del problema, la capacidad para dirigir adecuadamente las acciones en beneficio de la víctima y la precipitación de las decisiones o consejos dados a la víctima con el consiguiente incremento de los riesgos para ésta.
- En este mismo sentido se remarca la necesidad de que las instituciones públicas asuman la carencia de recursos especializados de atención a la violencia de género y, sobre todo, de protección de las víctimas con un mayor grado de peligrosidad. Puede afirmarse que aún hoy no existe una red de atención completa con número y diversidad de dispositivos, ordenada en cuanto a la definición consensuada del modelo de atención y suficiente en plazas de alojamiento de emergencia y alojamiento seguro a medio y largo plazo capaz de dar cobertura al total de la demanda. Esta realidad obliga a los profesionales de aquellos servicios de atención primaria que pueden ser agentes de detección del problema a ser cuidadosos en las recomendaciones y pautas que se dan a estas mujeres. No dejaría de ser una actuación dudosa en materia ética, cuando no irresponsable, insistir en que la mujer lleve a cabo procesos de afrontamiento completos, trabajando con el objetivo de denunciar al maltratador y romper vínculos de convivencia, cuando la red de apoyo profesional especializado no pueda dar respuesta segura en un momento determinado y garantizar esa protección por ausencia de plazas en los dispositivos de alojamiento. Una mujer que se vea obligada a volver con la pareja maltratadora tras haberla denunciado y habiendo materializado un intento de ruptura se sitúa obviamente en una posición de mucho mayor riesgo para volver a ser maltratada, con un grado de intensidad superior, si no en riesgo de que el maltratador lleve a cabo acciones irreparables en su agresión.
- Esta realidad de apertura de vías para la detección y abordaje del maltrato desde todas las instancias y servicios de atención a la salud y al bienestar, abre una línea de trabajo en sentido amplio que exige una práctica intersectorial y de intervención integral. Obliga a abrir líneas de comunicación entre sectores que actuaban independientemente en base a la especialización y sectorización de los servicios. Conocer este campo exige comprender con su bagaje de terminología y filosofía de abordaje el campo de la atención a víctimas de violencia de género.

- Destaca la importancia de realizar una tarea de identificación temprana de los malos tratos. Incorporar a los protocolos diagnósticos la detección y abordaje de los malos tratos puede ser el mejor instrumento para generalizar la implicación de los sectores profesionales y de atención a la salud en una problemática amplia y que requiere respuesta prioritaria.
- Aporta un marco de investigación clínica con el que pueden perfeccionarse y ampliarse las técnicas de diagnóstico, la planificación de los tratamientos y el diseño y desarrollo de la intervención de modo que afecten a los pronósticos y resultados reales de los esfuerzos terapéuticos dirigidos a las mujeres víctimas de la violencia.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Área de Promoción de la Igualdad y el Empleo. Ayuntamiento de Madrid. Programa Municipal de Violencia contra las Mujeres en el Ámbito Doméstico. 2002
- Alberdi, I. y Matas N.. La Violencia Doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España Colección Estudios Sociales -Fundación La Caixa.
- Corsi, J. (1995). Violencia familiar. Una mirada interdisciplinar sobre un grave problema social. Paidós
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1997). "Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, vol.2-1, pp.7-19.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). I Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI
- Dutton, M.A. (1992). Empowering and healing the battered woman: A model of assesment and intervention N.Y: Springer .
- Instituto de la Mujer "Violencia Doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres". Serie Estudios nº 59, 1999.
- Sanmartín, J. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Violencia Doméstica: Un Panorama Mundial. CONGRESO ESTATAL SOBRE VIOLENCIA DOMÉSTICA BARCELONA, 29 DE ABRIL DE 2003
- Walker, L.E.A. (1984). The Battered women syndrome. New York: Sringer.
- Walker, L.E.A. (1994). Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist. American Psychological Assosiation, Washington, DC.