

Violencia doméstica y alcohol:

Cómo actuar desde el ámbito
profesional de las drogodependencias



Financiado por:



SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL
GOBIERNO PARA
EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS



© Texto original: Gemma Altell, Sacramento Pinazo y Francisca Boronat.
Revisado por: Raquel Allepús, Raquel Renes, Xavier Ferrer y Sandra Lafarga.
Diseño y Fotografías de la portada: www.lluissalvado.com

Una iniciativa del Proyecto MALVA, Servicio de Prevención de la Violencia
Doméstica Asociada al Alcohol
© Fundación Salud y Comunidad.

Edita: Fundación Salud y Comunidad

Imprime: Gráficas Alpres

Depósito Legal:

ÍNDICE

	<u>Página</u>
¿Por qué esta guía?.....	2
1. Introducción	4
2. El papel de los y las profesionales en la detección de la violencia doméstica asociada al abuso de alcohol.....	6
3. Detección de abuso y/o dependencia alcohólica	8
3.1. Indicadores de abuso y/o dependencia alcohólica.....	8
3.2. Técnicas de detección.....	10
4. Detección de violencia doméstica	12
4.1. La violencia doméstica	12
4.2. Indicadores de violencia doméstica	15
4.3. Características de la persona agresora y de la víctima.....	18
4.4. Técnicas de detección de violencia doméstica	20
5. Intervención en casos de Drogodependencias.....	23
5.1. Intervención profesional	23
5.2. Proceso de intervención en las situaciones de violencia doméstica	25
6. Habilidades de comunicación.....	34
6.1. Disminución del estado emocional negativo	34
6.2. Actitudes y habilidades de comunicación	37
6.3. Comunicación no verbal	39
6.4. Técnicas de escucha activa.....	40
6.5. Errores comunes en la comunicación.....	41
7. Servicios especializados de atención a las víctimas de la violencia doméstica	42

¿Por qué esta guía?

LA confección de estas guías se enmarca en el proyecto MALVA de prevención de violencia doméstica asociada al abuso de alcohol de la Fundación Salud y Comunidad, que cuenta con la colaboración de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana-Agencia Valenciana de Salud y del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio del Interior. La constatación de la presencia del alcohol en más del 50% de los casos de malos tratos, sin dejar de lado los factores culturales que intervienen en las situaciones de violencia familiar, nos ha llevado a tener muy en cuenta esta variable, poco contemplada hasta el momento, como una nueva e importante vía de prevención.

Estas guías responden a la necesidad de formar a los profesionales sanitarios y de drogodependencias sobre un aspecto, el de los malos tratos, estrechamente vinculado a su ámbito de intervención. A menudo, las víctimas de malos tratos, a causa de la situación de violencia en la que se hallan inmersas y, sobre todo, por las consecuencias que ésta genera – depresión, disfunciones del sueño, desestructuración familiar, etc.– acuden a los centros de atención primaria. Normalmente, las víctimas de la violencia doméstica tienen dificultades para ir en busca de ayuda explícita para ese problema. Por esto, la asistencia de estas personas a estos centros (los de salud y los de servicios sociales, principalmente) se convierte en una ocasión única para realizar una detección precoz y prevenir nuevas agresiones y, por ello, en un instrumento muy eficaz para luchar contra la violencia doméstica.

Para ayudar a los profesionales de la asistencia primaria a detectar los posibles indicios de violencia y su relación con el abuso de alcohol, la Fundación Salud y Comunidad ha elaborado dos guías: una dirigida a los profesionales de la atención primaria, y otra dirigida a los profesionales de atención a drogodependientes. Mientras que los primeros tendrán más ocasiones de atender a posibles víctimas, los profesionales de atención a drogodependientes tienen en sus manos la posibilidad de detectar tanto víctimas como agresores domésticos entre sus pacientes. Y es que, a veces, las mujeres maltratadas pueden recurrir al alcohol para evadirse de su dura situación o porque a través de una pareja alcohólica, se han iniciado en el consumo de esta sustancia.

Las guías detallan los indicadores indirectos que señalan una posible situación de violencia doméstica (lesiones físicas recientes o pasadas, estrés, miedo, trastornos menstruales, entre otros) o de abuso de alcohol (merma cognitiva, fallos de memoria, etc.), así como las claves para poder ayudar a quienes las padecen. De esta manera, los profesionales podrán proporcionar un servicio de detección precoz y un asesoramiento más completo. En ocasiones, una detección a tiempo de una situación de malos tratos puede ayudar a reducir la duración y gravedad del sufrimiento de las víctimas, e incluso bloquear a tiempo un potencial maltrato.

Asimismo, las guías aportan mecanismos para entrevistar a las personas maltratadas sin resultar intrusivos. Para ello, es fundamental, como destacan las guías, garantizar la confidencialidad de manera explícita y crear un clima de confianza para que los profesionales puedan poner en conocimiento de las víctimas o potenciales víctimas la existencia de una red de recursos asistenciales (legales, servicios sociales, casas de acogida, centros 24 horas, etc.) que pueden motivarlas a solicitar ayuda.

En definitiva, con estas guías el proyecto MALVA quiere aportar una nueva herramienta que contribuya a eliminar esta problemática tan presente en la sociedad actual.

1- INTRODUCCIÓN

Podemos decir que una de las consecuencias sociales más graves que se generan por el abuso del alcohol son las situaciones de violencia en el ámbito doméstico. Aproximadamente, en la mitad de los casos en donde se detectan situaciones de violencia doméstica, éstas van acompañadas del abuso de alcohol, ya sea por parte de la víctima o de la persona que comete la agresión, lo que nos indica que en muchas ocasiones ambas problemáticas están muy vinculadas. Ante esto, debemos dejar claro que hay alcohólicos/as que no ejercen maltrato y personas que ejercen maltrato que no son alcohólicos/as, y que no existe una relación constante entre el abuso de alcohol y la violencia doméstica. El alcohol actúa como desinhibidor y merma la capacidad de razonar, pero existen otros factores que repercuten en el desarrollo de la violencia (genéticos, educacionales y sociales, por ejemplo). Por lo tanto el abuso de alcohol podría considerarse como un factor de riesgo muy frecuente dentro del proceso de la violencia doméstica.



Debemos ser conscientes de que el consumo abusivo de alcohol u otros tóxicos aumenta considerablemente la probabilidad de ocurrencia de hechos violentos en el seno familiar, ya que el alcohol es uno de los estímulos que más desequilibran los mecanismos de la agresividad, especialmente cuando interactúan con pequeñas frustraciones de la vida cotidiana.

Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones las personas que sufren situaciones de violencia doméstica y/o de abuso de alcohol tienen miedo de acudir a un centro específico para dar a conocer la situación que están viviendo y para que les ayuden a solucionar su problema. Sin embargo, por problemas relacionados con la situación o por las consecuencias que ésta genera dentro del núcleo familiar (problemas de salud, abuso de alcohol de la pareja, necesidades económicas), sí que acuden al Centro de Salud o al centro de Servicios Sociales. Por ello consideramos necesario implicar no sólo a los centros especializados en drogodependencias o en violencia, sino también a los y las profesionales que sin ser especialistas atienden a diario a personas que sufren este tipo de problemática.

Con esta guía pretendemos ofrecer a los y las profesionales que atienden a personas que sufren ambas problemáticas, los instrumentos necesarios para poder realizar una intervención precoz sobre las situaciones de abuso de alcohol y/o violencia familiar, evitando con ello que la situación vaya a más.

2- EL PAPEL DE LOS Y LAS PROFESIONALES EN LA DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Los diversos servicios e instituciones (Servicios Sociales, Centros de Salud, Justicia, Policía, etc.), que trabajan directa o indirectamente con situaciones de violencia familiar y abuso de alcohol, deben colaborar entre sí para ofrecer ayuda sustancial y continuada a todas las personas afectadas.

La **intervención precoz** en estas situaciones es una herramienta útil para acabar con el sufrimiento y la desestructuración de muchas personas y familias. Por lo tanto, los y las profesionales que trabajan de forma indirecta con estas problemáticas se vuelven piezas clave en la intervención y disminución de casos de violencia doméstica ya que, en muchas ocasiones, son los que primero y mayor contacto suelen tener con víctimas o potenciales víctimas de malos tratos y personas agresoras o potenciales agresoras siendo, en ocasiones, los únicos que tienen la oportunidad de realizar una entrevista a la víctima.

La función del profesional consiste en realizar una **intervención precoz** en estas problemáticas centrada fundamentalmente en los siguientes pasos:

Hay una serie de factores que el y la profesional debe tener en cuenta en el momento en que se plantea la intervención en situaciones de violencia doméstica y abuso de alcohol, a saber:

FACTORES A TENER EN CUENTA

Se requiere que el profesional **trabaje sus propias actitudes frente a la violencia familiar y al abuso de alcohol y otras drogas** realizando permanentes ejercicios de reflexión acerca de las propias creencias, mitos y prejuicios. Este ejercicio de reflexión aumentará su sensibilidad y facilitará una intervención positiva.

Es imprescindible la **creación de un clima de apoyo** entre el/la profesional y la víctima.

En función de la situación en la que se encuentre la víctima, el/la profesional deberá derivarla a un recurso o a otro.

El/la profesional debe asumir como principio básico que lo prioritario es **la seguridad de las víctimas**, y en situaciones de urgencia, debe proporcionar una atención lo más rápida posible.

En todo el proceso de intervención con la víctima se debe garantizar la **confidencialidad de la información relatada**, así como la de sus registros e historial. De este modo, se fomenta la confianza en el/la profesional y en la relación de ayuda, facilitando la comunicación y, a la vez, posee la función de proteger a la víctima de posibles represalias que la persona que la está agrediendo pudiera tomar. La búsqueda de ayuda rompe el aislamiento al que la persona que maltrata tiene sometida a su víctima, percibiendo el/la maltratador/a una pérdida de control sobre la situación; en muchos casos, las agresiones se han recrudecido cuando la víctima ha hecho partícipes de su situación a otras personas.

3- DETECCIÓN DE ABUSO Y/O DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

3.1. Indicadores de abuso y/o dependencia alcohólica

La detección de situaciones de abuso y dependencia alcohólica nos permitirá plantear una intervención que vaya enfocada a ayudar a aquellas personas que abusen del alcohol para que dejen de beber o reduzcan su consumo, y a aquellas otras con dependencia para instarlos/as a buscar ayuda en servicios especializados. Además, puede darnos pie a indagar sobre la existencia de actitudes y comportamientos violentos con el fin de prevenir su agravamiento, interviniendo en el cese de éstas si ya están presentes.

Es necesario tener en cuenta que quien acude a pedir ayuda no suele ser la persona alcohólica, sino su pareja; en este caso, las labores de detección de violencia se realizarán con ella. Además de la persona bebedora que maltrata a su pareja, existen casos en los que la víctima abusa del alcohol y también de ansiolíticos y/o antidepresivos. En este sentido, la exploración debe ser lo suficientemente flexible para poder adaptarse a la persona que acuda a nuestro servicio a pedir ayuda.

Para realizar una correcta detección de problemas de abuso de alcohol, debemos tener en cuenta que dependiendo del consumo de alcohol, nos podemos encontrar con diferentes tipos de consumidores/as:

- § **Moderada/o.** Consume alcohol de manera habitual en cantidades situadas bajo el límite de riesgo.
- § **De riesgo.** Su consumo semanal de alcohol supera los límites de riesgo o aun sin superarlo consumen grandes cantidades en poco tiempo.
- § **Patológico/a.** Supera el límite y además a causa de este consumo presenta algún tipo de problema físico, psicológico, familiar, legal, social, económico,...

Esta clasificación de tipos de consumidores de alcohol se realiza en base al uso de éste teniendo en cuenta el límite de riesgo. En la tabla siguiente se indican las medidas de alcohol puro –diario y semanal– para ser considerado consumo abusivo o incluso sugerente de dependencia. Desde luego, hay que considerar que el abuso de una sustancia no depende básicamente de la cantidad consumida, sino de la relación entre el consumo y las consecuencias del mismo. Es decir, el **abuso** puede tipificarse cuando un determinado consumo está perjudicando objetivamente al usuario (a su salud, equilibrio psíquico, a su riesgo de accidentabilidad...) con independencia de la cantidad consumida, muy variable en función de la susceptibilidad de cada individuo, e incluso de su tolerancia adquirida frente al alcohol. Por ejemplo, pequeños consumos que pongan en riesgo de padecer crisis a un epiléptico, o que activen una gastropatía crónica en quien la padece, son asimismo formas de abuso. Consumos episódicos de alcohol que faciliten comportamientos agresivos, aún en ausencia regular, son asimismo formas de abuso muy relevantes en este caso. Sin embargo, con criterios de medicina interna (básicamente, de posibilidad de afectación hepática), se ofrece una orientación basada en la cantidad consumida en la tabla incluida abajo.

Consumo abusivo	Mujer	§ 21 – 40 gr./día	§ 168 gr/semana
	Hombre	§ 41 – 60 gr./día	§ 280 gr/semana
Indicios de Dependencia	Mujer	§ más de 40 gr./día	§ más de 168gr./semana
	Hombre	§ más de 60 gr./día	§ más de 280 gr./semana

Insistimos en que tanto el abuso como la dependencia –especialmente esta última– en modo alguno pueden ser diagnosticados en función de la cantidad que el sujeto reconoce consumir. Además, la **dependencia** puede valorarse sólo a partir de la imposibilidad de abstenerse de beber por parte de quien desea hacerlo, o bien de la presentación de un síndrome de abstinencia. Por lo tanto, un consumo abusivo estable mayor de 40 o 60 gr/día (mujeres/hombres) supone un indicio que debe guiar una anamnesis y exploración más detallada. Desarrollamos estas ideas más abajo.

De cualquier modo, un consumo que sea considerado problemático justifica la intervención profesional, debido a que este tipo de ingesta es la que, en la práctica, potencia la aparición de situaciones violentas.

Para calcular la cantidad de gramos de alcohol puro en sangre en función del alcohol consumido tomaremos en cuenta la siguiente tabla de equivalencias:

Tipo de bebida	Volumen	Nº de unidades	Gramos alcohol puro
Vino	1 vaso (100ml)	1	10
	1 litro	10	100
Cerveza	1 caña (200ml)	1	10
	1 litro	5	50
Copas	1 copa (50 ml)	2	20
	1 carajillo (25 ml)	1	8
	1 combinado (50 ml)	2	20
	1 litro	40	400
Generosos (jerez, cava, vermut)	1 copa (50ml)	1	10
	1 vermut (100 ml)	2	15
	1 litro	20	200

Para calcular los gramos de alcohol ingerido por la persona, y teniendo en cuenta que el consumo de alcohol suele ser superior durante los fines de semana, incluso en personas que beben diariamente, será más eficaz realizar un **cálculo semanal**.

3.2. Técnicas de detección.

La detección puede llevarse a cabo mediante una pequeña entrevista en el transcurso de la consulta. A pesar de que se ha criticado el uso de la entrevista en la detección de consumo de riesgo o problemático por la posible falta de sinceridad en las respuestas, en la mayoría de los casos la persona bebedora de riesgo no suele ocultar el consumo porque no existe percepción de estar transgrediendo ningún límite. En cambio, esta ocultación es más frecuente en los alcohólicos, que suelen haber desarrollado ya un sentimiento de culpa respecto de sus hábitos de bebida.

Realizando *preguntas abiertas* sobre el consumo habitual de bebidas alcohólicas es posible evaluar los indicadores citados anteriormente y pueden explorarse cuestiones como merma cognitiva, fallos de memoria, dificultades laborales o algún tipo de problemas legales, historia de accidentes de tráfico o caseros, etc.

Preguntas que el/la profesional puede hacer:

- ¿Últimamente ha notado que se olvida de las cosas que debe hacer?
- ¿Alguna vez ha pensado (o le han dicho los demás) que bebe demasiado?
- ¿Bebe en ayunas?
- ¿Necesita beber para soportar o afrontar alguna situación?
- ¿Tiene temblores finos de manos por las mañanas, al levantarse?
(indicador de síndrome de abstinencia, la mayoría de bebedores no lo asocian inicialmente al alcohol)
- ¿Ha pensado en alguna ocasión que beber le perjudica?

4- DETECCIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

4.1. La violencia doméstica

Según el Consejo de Europa, la violencia doméstica es “todo acto u omisión sobrevenido en el marco familiar por obra de uno de sus componentes que atente contra la vida, la integridad corporal o psíquica, o la libertad de otro componente de la misma familia, o que amenace gravemente el desarrollo de su personalidad”.

La violencia doméstica comprende diversas modalidades:

- **Violencia física.** Cuando las conductas implicadas son reflejo de un abuso físico intencionado que provoque daño físico o enfermedad en la persona o la coloque en grave riesgo de padecerlo. La situación de máximo riesgo suele ser el momento de la separación, cuando la persona que comete agresión percibe que está perdiendo su capacidad de control o de abuso de poder.
- **Violencia psicológica.** Se da cuando existe hostilidad verbal o no verbal reiterada, que perjudica directa o indirectamente la estabilidad emocional de la víctima. Son frecuentes las desvalorizaciones, las posturas o gestos amenazantes, conductas de restricción, destructivas y la culpabilización a la otra persona de las propias conductas violentas, romper objetos importantes para la víctima, controlar el dinero de la otra persona,...
- **Violencia sexual.** Se refiere al establecimiento forzado de relaciones sexuales, sin la más mínima afectividad, siendo en todo momento degradantes para la víctima.

Estas tres formas de violencia doméstica suelen combinarse aunque a veces se dan por separado.

La violencia familiar puede empezar en cualquier momento en una relación, aunque en la mayoría de los casos los episodios de violencia aparecen al inicio de la convivencia, incluso durante el noviazgo. En cualquier caso, cuando se inicia la violencia doméstica, ésta tiende a cronificarse y a crecer en intensidad. En un primer momento es una violencia sutil y toma la forma de agresión psicológica. La víctima recibe constantes ataques contra su autoestima (*'No sirves para nada' '¿A dónde vas a ir tú sin mí?', 'Tú no tienes nada que decir. ¿A quién le importa tu opinión?'*) y sufre un debilitamiento de las defensas psicológicas. Pasado un tiempo, esta agresión psicológica se va reforzando y recrudeciendo más con lo que es muy probable que el/la agresor/a empiece a aislar socialmente a la víctima, no deje que se relacione con amistades, familiares... Al mismo tiempo, puede que comience la violencia física. En un primer momento empieza con un empujón, un apretón de brazo, pero con el tiempo este tipo de violencia también se recrudece dando paso a las palizas y a los abusos sexuales, sin importarle si la relación sexual es deseada o no por la otra persona.

Inicialmente	AGRESIÓN PSICOLÓGICA. Es una agresión muy sutil, manifestada por ataques continuos contra la autoestima, debilitando las defensas psicológicas de la víctima.
Progresivamente	AGRESIÓN VERBAL. Es una agresión psicológica manifestada fundamentalmente en insultos. Es muy probable que el/la agresor/a someta a la víctima a aislamiento social cada vez mayor.
Finalmente	AGRESIÓN FÍSICA. Puede iniciarse simultáneamente a la agresión verbal, y comenzar con empujones, para, al cabo del tiempo, dar paso a palizas y contactos sexuales no deseados.

La violencia doméstica también está caracterizada por su carácter cíclico. Podemos distinguir tres fases dentro de este ciclo:

- La primera fase es la de **ACUMULACIÓN DE TENSION**. Se constituye en una sucesión de pequeños episodios que generan roces permanentes entre los miembros de la pareja, con un incremento constante de la ansiedad, hostilidad y agresividad.
- La segunda fase es la **EXPLOSIÓN VIOLENTA**. Tiene lugar la explosión de violencia mediante la cual se descarga toda la tensión que se había acumulado con anterioridad. Las personas agresoras en esta fase pueden intentar justificar la agresión, quitarle importancia o negar el incidente.
- La tercera fase es la **LUNA DE MIEL**. Hace referencia al resurgimiento de la relación. Suele producirse con el arrepentimiento de la persona que agrede, que reconoce su culpa, pide perdón y promete no volver a ser violenta. La duración de esta etapa va reduciéndose con el transcurso del tiempo hasta llegar a desaparecer.

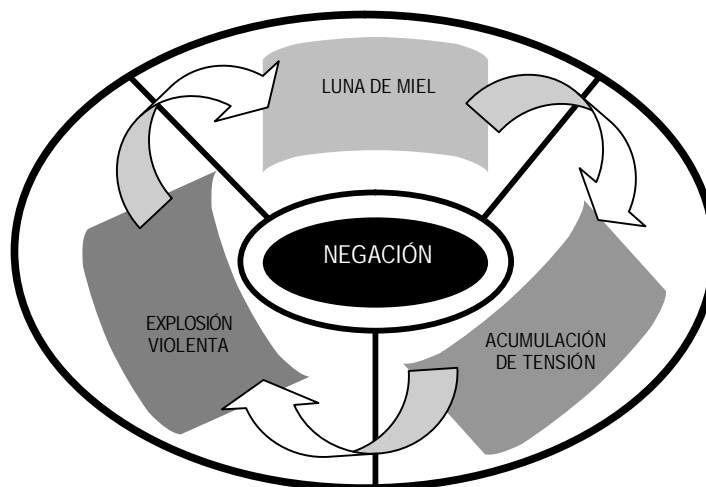


Figura: Ciclo de la violencia doméstica desde el punto de vista de la víctima

4.2. Indicadores de violencia doméstica

LA PERSONA AGRESORA

Los indicadores de violencia doméstica para la detección de personas agresoras son aplicables tanto en sujetos con problemas de abuso de alcohol como en sujetos que no presentan esta problemática añadida. No es fácil realizar la detección de situaciones de violencia doméstica a partir de las personas que agreden debido a que suele haber una negación de las conductas de maltrato, buscando excusas (*'Ella me provocó'*), haciendo atribuciones externas al pensar que la culpa no es de uno sino de los demás o de las circunstancias (*'Ella me provocó y yo simplemente respondí'*), considerando las conductas 'normales', minimizando las consecuencias negativas o reclamando privacidad en su ámbito familiar.

Sin embargo, hay algunas claves más o menos visibles que pueden ayudar a la detección, como las que se presentan a continuación:

INDICADORES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: LA PERSONA AGRESORA

- Comportamiento durante la entrevista. Suele acompañar a la víctima para controlar lo que dice. Puede que se muestre hipervigilante, mostrando un interés exagerado, excesivamente atenta a la contestación temerosa de la víctima, cogiéndole la mano, inclinándose hacia la víctima o contestando la persona agresora a las preguntas. Durante la entrevista, la persona agresora a veces se comporta hostilmente con el personal y excesivamente preocupada por obtener una mejor atención. O por el contrario, excesivamente despreocupada, despectiva e irónica y/o con signos de abuso de alcohol u otras drogas.
- Lesiones físicas. Puede presentar signos externos como hematomas, fracturas, lesiones oculares, heridas, mordeduras, quemaduras o cicatrices, que son producidas por la víctima en un intento de defenderse de las agresiones.
- Pensamientos distorsionados. Se valorarán las creencias distorsionadas de la víctima y sobre el uso de la violencia como estrategia de solución de problemas.
- Síntomas asociados. Se evaluará la presencia de sintomatología relacionada con la situación de maltrato. Ansiedad, depresión, ira, autoestima baja o pendular, nivel de ajuste con la pareja, grado de adaptación a la vida.

LA VÍCTIMA

Existen una serie de claves tanto físicas como psicológicas que podemos apreciar en las víctimas, que pueden ser indicativas de estar sufriendo una situación de malos tratos. Este tipo de indicadores de malos tratos también pueden utilizarse con víctimas drogodependientes, aunque a éstas también habría que sumarles las consecuencias de la problemática añadida.

En muchos casos una adicción es un indicador toxicológico de una situación de malos tratos, debido al uso/abuso que realiza la víctima tanto de medicamentos como de alcohol u otras drogas como una salida a su problema o como huída del mismo, por lo que requeriría de una exploración más profunda.

Los indicadores que se describirán a continuación pueden parecer muy específicos para el área sanitaria, al centrarse en las consecuencias tanto para la salud física como emocional de la víctima, sin embargo la mayoría de ellos pueden también valorarse mediante la observación y la recogida de información en el transcurso de una entrevista con otro tipo de profesionales.

INDICADORES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: VÍCTIMA

q **Indicadores físicos:**

§ **Lesiones físicas.** Hematomas en diferentes lugares del cuerpo y en diferente grado de evolución, cortes, fracturas, mordeduras humanas o quemaduras en lugares poco habituales, heridas de arma blanca o de fuego, así como cicatrices de las mismas o de mordiscos, cortes o quemaduras. Generalmente este tipo de lesiones se encuentran localizadas en partes centrales del cuerpo (cabeza, cuello, tórax, pecho y abdomen). Al preguntarles por el origen de las mismas suelen dar explicaciones no plausibles o inconsistentes. Si se indaga, se ve que suele existir una demora entre la lesión y la concurrencia al médico; para ello, la víctima da excusas de carácter económico, de transporte,... El objetivo de estas excusas es disimular la situación de maltrato debido a la vergüenza que provoca o el temor a la reacción de la persona agresora.

- § **En el caso de las mujeres: lesiones durante el embarazo.** Podemos preguntar sobre la evolución de los embarazos, si ha tenido algún aborto, hemorragias, desprendimiento de la placenta, parto prematuro, traumatismo del feto, rotura uterina o incluso muerte fetal en el útero. En muchos casos la violencia física suele iniciarse durante la gestación o agravarse en este momento.
- § **Síntomas no específicos.** Dolores crónicos, quejas leves e inespecíficas que no tienen causa orgánica, como dolor de cabeza, torácico, de espalda, abdominal o pélvico, insomnio, cansancio, hiperventilación, palpitaciones, dificultad para tragar o sensación de ahogo.
- § **Trastornos permanentes.** Lesiones en las articulaciones, trastornos gastrointestinales funcionales, trastornos en la audición, pérdida total o parcial de la visión, discapacidades permanentes.

q **Indicadores psicológicos:**

- § **Síntomas.** Suelen ser el miedo, los ataques de llanto, la irritabilidad, los cambios de humor, la confusión, la pasividad, la hipervigilancia, la baja autoestima, la escasez de relaciones sociales, la dificultad para resolver problemas, el estrés, la ansiedad, las disfunciones del sueño y el hambre o falta de concentración.
- § **Patologías.** Psicológicas asociadas. Depresión, trastornos de la alimentación, trastorno de somatización, trastorno por estrés postraumático. Además existe riesgo de que se les diagnostique neurosis, histeria o hipocondría.

q **Indicadores sexuales:**

Estos indicadores son importantes porque nos permiten detectar violencia sexual, y/o física, trastornos menstruales, hematomas en la cara interna de las piernas, sangrado anal y/o vaginal, contusiones en la vulva y pechos, disfunciones sexuales, negativa injustificada a utilizar anticonceptivos.

q **Otros indicadores.**

Automedicación. La víctima busca alivio a su situación de violencia en los medicamentos, pasando por alto en muchas ocasiones la visita al médico y sin tener en cuenta que supone un intento fallido de hacer frente al malestar generado por el maltrato.

4.3. Características de la persona agresora y de la víctima

Las características que se presentan a continuación no están presentes en todos los casos pero son orientaciones que pueden ayudar al profesional a detectar situaciones de violencia doméstica.

PERSONA AGRESORA

Las personas que agreden pueden pertenecer a cualquier nivel sociocultural, económico o grupo de edad; sin embargo, hay una serie de características psicológicas que suelen compartir y que, algunas de ellas pueden aparecer frecuentemente también en personas con una adicción.

Generalmente, se caracterizan como personas con unas **creencias rígidas y estereotipadas sobre los roles de género y familia**. En muchas de las ocasiones, la persona maltratadora tiene antecedentes de violencia en la familia de origen. Estos antecedentes provocan una identificación con el/la perpetrador/a de estos actos violentos –figura paterna más habitualmente–, lo que conlleva una repetición de las conductas aprendidas en la infancia, por lo que manifiesta el uso de la violencia como forma de solucionar problemas o conflictos y a veces incluso le sirve para justificarlo.

Suelen mostrar una **baja tolerancia a la frustración**, cosa que provoca que cualquier conflicto cotidiano o situación estresante desencadene un episodio de violencia, de la que su pareja es objeto. Por lo general, culpan a otros de sus acciones no responsabilizándose de sus errores, siendo común que se utilice la negación como una habilidad de afrontamiento ante un conflicto, no responsabilizándose de sus actos, ni tomando conciencia de la situación.

La **baja autoestima** junto con los **déficits en habilidades sociales** son otros de los rasgos que caracterizan a la persona que agrede. La pobre opinión que tiene sobre sí misma, la dificultad de expresar sus puntos de vista de manera convincente y preguntar de manera adecuada, tanto dentro como fuera de la pareja, le conduce a afirmar su ego a través de su pareja, mediante demostraciones de poder y control sobre su pareja tales como amenazas, agresiones, etc., en un intento de encontrar la estima que el/la agresor/a mismo no se concede. Pero estas conductas lejos de reforzar su autoestima, confirman la pobre opinión que tiene sobre sí mismo/a, aumentando su frustración y consecuentemente su agresividad.

Otra de las características que se identifica en algunas personas agresoras es la **posesividad y los celos**. A pesar de que la celotipia sea una consecuencia típica del abuso crónico de alcohol, en el caso del hombre maltratador, que es el más frecuente, aún antes de comenzar la conducta de abuso de alcohol o adictiva y después de la rehabilitación de la misma en muchos casos, es una persona posesiva y celosa, ansía la exclusividad de su pareja, por lo que intenta aislarla.

VÍCTIMA

Al igual que la persona agresora, la víctima de violencia doméstica puede pertenecer a cualquier nivel sociocultural, económico o grupo de edad. Aunque el perfil típico que se señala habitualmente de una víctima, es el perfil que la caracteriza como una mujer con un bajo nivel socio económico, esta información está sesgada ya que suele ser una característica de las mujeres que acuden a los centros asistenciales y gratuitos dependientes de las instituciones públicas y es de donde se obtienen los datos estadísticos. No se tienen datos sobre las mujeres que acuden a centros privados.

A pesar de esto, existen una serie de características que suelen generalizarse a todas las víctimas de esta problemática.

- La persona víctima de agresiones muestra una autoestima pendular.
- Suele padecer una grave incomunicación y aislamiento provocado por el continuo desamparo social.
- Suelen estar sometidas, subordinadas a su pareja, dependiendo totalmente de ésta, por lo que asumen la responsabilidad de los sucesos (culpabilización).
- No se ven capaces de solucionar la problemática que están sufriendo, ya que tienen o perciben una carencia de poder para solucionar el problema (impotencia e indecisión).

4.4. Técnicas de detección de violencia doméstica

Durante la entrevista, la víctima puede parecerse temerosa, que evita el contacto visual y/o en actitud defensiva. En este sentido, es necesario recordar que normalmente se sienten muy avergonzadas y con sentimientos de culpabilidad, lo que dificulta aún más el reconocimiento de la situación de violencia y exige del/de la profesional una actitud abierta y comprensiva. Muchos de los indicadores de violencia en la víctima de los que hemos hablado anteriormente, pueden ser detectados cuando se inicia la entrevista preguntando por la situación personal, familiar y social, de este modo, las preguntas parecerán menos intrusivas. Si a la consulta asisten los dos miembros de la pareja conviene no indagar sobre la existencia de una relación violenta. En este momento, habría que intentar buscar un motivo real o figurado para que la persona agresora saliera de la consulta y así poder hablar con la víctima con más profundidad y libertad. Por ejemplo, acordar con un/a colega que en situaciones de este tipo, llamará a la pareja para pasarle unas pruebas en la habitación contigua. También puede llevarse a la víctima a una sala de exploración individual y pedir al posible agresor/a que espere, etc.

Una de las técnicas que nos posibilitan conocer una situación de violencia doméstica es la *técnica del embudo* ya que nos permite introducir el tema que se desea tratar de una forma que no resulte intrusiva, haciendo preguntas acerca de lo que la persona entiende sobre una determinada cuestión. La idea consiste en comenzar realizando preguntas generales para ir haciéndolas cada vez más específicas. Pueden ir planteándose diversas cuestiones dirigidas a valorar la percepción del rol de mujeres y hombres dentro de la familia y del uso de la violencia como forma de solucionar problemas; después, se puede ir derivando hacia sus sentimientos y a la percepción que tiene cada uno de su situación. Esta entrevista puede ser mucho mejor realizarla por separado.

A continuación presentamos unas preguntas que pueden servir para aplicar la técnica del embudo tanto para la persona agresora como para la víctima.

TÉCNICA DEL EMBUDO

▫ **▫ Hábleme de su relación de pareja**

▫ § ¿Cómo reparten usted y su pareja las responsabilidades?

▫ § ¿Considera que su pareja/usted es la única responsable del hogar?

▫ **▫ ¿Con qué frecuencia discuten Ud., y su pareja?**

▫ § ¿Qué hace usted cuando discuten?

▫ § ¿Con qué frecuencia pierden usted o su pareja el control?

▫ § ¿El motivo de la discusión suele ser las tareas del hogar?

▫ § ¿Alguna vez su pareja ha discutido con usted porque estaba celosa?

▫ **▫ ¿Qué hace usted cuando pierden el control?**

▫ § ¿Su pareja le ha gritado alguna vez?/ ¿Ha gritado alguna vez a su pareja?

▫ § ¿La ha amenazado alguna vez?/ ¿Ha amenazado alguna vez a su pareja?

▫ § ¿Ha roto objetos suyos que tengan valor sentimental para usted?/ ¿Ha roto objetos de su pareja?

▫ § ¿La ha empujado alguna vez en medio de una disputa?/ ¿Ha empujado alguna vez a su pareja?

Si al empezar a plantear estas preguntas vemos en la víctima una negativa a responder, o que se siente incómoda, lo mejor no es presionarla para que responda y dejar de plantear más preguntas. En ese caso es conveniente manifestar a la víctima que comprendemos la dificultad de hablar de temas relacionados con problemas o actitudes de la familia, pero que estamos dispuestos/as a hablar del tema con ella cuando se encuentre preparada.

Una vez detectada la situación de violencia doméstica, en el caso de que la hubiera, intentaremos centrarnos en conocer las características que rodean a la situación de violencia pero, en ningún caso, preguntaremos más allá de lo que la víctima nos quiera contar. Nunca se le debe presionar. Es conveniente averiguar los siguientes puntos:

CARACTERÍSTICAS DE LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

- q **Tipología de los malos tratos:** violencia física, psicológica y/o sexual.
- q **Frecuencia y duración de los episodios:** Si el episodio de violencia ha tenido lugar una vez en la vida, si la agresión se ha repetido, si las agresiones tienen una periodicidad concreta.
- q **Intensidad de los episodios:** Uso de armas u otros instrumentos, por ejemplo.
- q **Extensión a otras personas:** Si el episodio de violencia ha afectado a otros miembros de la familia (por ejemplo, hijos/as), si ha ocurrido en presencia de otras personas, etc. También cabe contemplar que haya amenazado a otros familiares y/o personas de su alrededor.
- q **Gravedad de la situación:** Existen una serie de consideraciones que nos indican un alto riesgo para la vida de la víctima, por lo que será necesaria su exploración para valorar la peligrosidad real de la situación de maltrato. Estas consideraciones a tener en cuenta son si la pareja posee armas o las tiene a su alcance, si han existido amenazas de muerte, si ha habido intentos de homicidio anteriores o si se observa una intensa respuesta emocional de la víctima.

5- INTERVENCIÓN EN CASOS DE DROGODEPENDENCIAS

5.1. Intervención del/de la profesional

El/la profesional de un servicio de drogodependencias debe tener en cuenta que las intervenciones que se pueden llevar a cabo desde el mismo están sujetas a diferentes criterios:

∅ Especialización

Existen servicios especializados de atención al alcoholismo, con excelentes profesionales expertos/as en su área, pero no necesariamente en el difícil manejo de la violencia doméstica. Debido a la formación y experiencia de cada profesional, puede haber casos en los que nos parezca muy difícil llevar a cabo una intervención en violencia doméstica. Cuando nos encontremos ante esta situación siempre tenemos la posibilidad de derivar o buscar asesoramiento.

∅ Servicio desde el cual se realiza la intervención

Teniendo en cuenta la tipología del servicio especializado en drogodependencias, se puede ofrecer un tipo de intervención en violencia doméstica u otro.

Tipología del Servicio de Drogodependencias		Tipo de intervención en violencia doméstica
Residenciales	Comunidad terapéutica	§ Detección (con posibilidad de derivación)
	Pisos tutelados	§ Intervención individual y grupal en grupo ya existente § Creación de grupo específico
Ambulatorios (red pública)	Centros de Alcoholología (o de Salud Mental donde se atiende la dependencia del alcohol)	§ Detección (con posibilidad de derivación)
	Centros de Drogodependencias o de Conductas Adictivas	§ Intervención individual y/o grupal en el grupo de alcohol.
Asociaciones de ex – alcohólicos/as u otros grupos de autoayuda		§ Detección (con posibilidad de derivación) § Intervención individual y/o grupal en el grupo de alcohol o grupo específico
Centros de día/ noche	Centros de día	§ Detección (con posibilidad de derivación)
	Centros de Encuentro y Acogida u otros de contacto y reducción de daños	§ Intervención individual y/o grupal (con grupo de alcohol o creando uno nuevo de violencia doméstica).
Unidades de Prevención Comunitaria		§ Contemplar el fenómeno de la violencia doméstica en las intervenciones que ya se realizan. § Tener en cuenta la variable género en las intervenciones que se realizan.

En la intervención breve es importante escuchar y preguntar, no suponer ni inferir, explorar cómo se percibe la situación y cuáles son las necesidades en el momento y circunstancias específicas, no dando por supuestas ni las necesidades, ni las soluciones, ni la disponibilidad de recursos.

∅ *Tiempo*

La valoración del tiempo del que se dispone puede permitir hacer una intervención con más o menos profundidad. Se deben considerar las limitaciones reales y, también, aquellos momentos en los que el/la paciente se encuentre más receptivo/a.

5.2. Proceso de intervención en situaciones de violencia doméstica

Desde los recursos residenciales (Comunidad Terapéutica, pisos tutelados), los ambulatorios de la red pública (de Alcoholología, de Conductas Adictivas), las asociaciones de ex-alcohólicos/as, los centros de día/noche (centros de día, centros de encuentro y acogida) se pueden realizar varios tipos de intervención:

- Detección.
- Intervención individual y grupal en el grupo de alcohol.
- Creación de un grupo específico de apoyo mutuo sobre alcohol y violencia doméstica.

Desde las Unidades de Prevención Comunitaria se podría contemplar el fenómeno de la violencia doméstica en las intervenciones que ya se realizan, teniendo en cuenta la variable género.

5.2.1. Intervención individual

PERSONA AGRESORA

La intervención con personas agresoras es una tarea delicada y compleja, ya que suele haber, por parte del/de la perpetrador/a, una negación de las conductas de maltrato, buscando excusas, haciendo atribuciones externas, considerando sus conductas de maltrato como conductas normales, minimizando las consecuencias negativas o reclamando privacidad en su ámbito familiar. La persona agresora no suele hablar del abuso al que somete a su pareja, y cuando lo hace utiliza para ello eufemismos como “*No nos llevamos bien*”, “*Me hace perder los nervios*”, “*Tenemos problemas de pareja*”, etc., que no reflejan la realidad sino que la enmascaran en la ambigüedad de sus palabras.

Durante la fase de deshabitación, cuando se está consolidando la fase de abstinencia de alcohol, y el/la paciente tiene expectativas de una mejoría que podría redundar en otras áreas de su vida, puede ser un buen momento para plantear el programa de tratamiento o bien una intervención breve. La motivación existente para el cambio de la conducta adictiva puede hacerse extensiva a la conducta violenta.

La intervención debe consistir básicamente en ofrecer tratamiento psicológico a personas que infligen maltrato, con el fin de que dejen de ejercerlo, incidiendo en las siguientes cuestiones:

§ Asunción de su responsabilidad en la situación de violencia.

§ Modificación de creencias y cogniciones acerca de los roles de mujeres y hombres.

§ Incremento del autocontrol y el aprendizaje de nuevas estrategias de solución de problemas.

La detección inicial permitirá diseñar la intervención individual, pues, de acuerdo con los patrones específicos de maltrato presentes en cada caso de violencia, variarán las estrategias que se empleen para combatirlo. En líneas generales se puede decir que las técnicas de control de la ira seguirán trabajándose de forma individual durante todo el proceso de intervención con el fin de que el sujeto las incorpore definitivamente a su repertorio de conductas.

Tal y como se ha indicado, los contenidos a trabajar dependerán de los problemas detectados en cada uno de los casos. Sin embargo, un protocolo de tratamiento tendría en cuenta las siguientes patologías:

- § Celotipia
- § Sintomatología depresiva
- § Reducción de la ansiedad y el estrés
- § Déficits de Autoestima
- § Déficits en asertividad y comunicación
- § Déficits en habilidades sociales
- § Déficits en las relaciones sexuales

Para ello, pueden ser de utilidad una serie de técnicas psicológicas como:

- § Relajación
- § Respiración
- § Meditación
- § Entrenamiento en HHSS
- § Técnicas de resolución de problemas
- § Entrenamiento en asertividad
- § Entrenamiento en habilidades de comunicación
- § Reestructuración cognitiva
- § Educación sobre la sexualidad en pareja

VÍCTIMA

La intervención breve que se describirá a continuación puede ser aplicada tanto en el caso de una víctima de malos tratos por parte de su pareja alcohólica como en el caso de una víctima que presente problemática de abuso de alcohol.

En el caso de que la víctima sea una mujer drogodependiente podemos observar que de cierta manera ambas problemáticas interactúan, es decir, el consumo puede ayudar a sobrellevar una situación que de otra forma resultaría intolerable. Por este motivo, el tratamiento de la adicción le debe permitir a la vez aumentar sus recursos personales, su capacidad de atención y de reacción, necesarias para hacer frente a la situación de violencia, mientras que la derivación a servicios especializados en violencia de género le permitirá recibir apoyo social, legal y psicológico específico; y además, prevenir la escalada de violencia, ya que en muchos casos la recuperación de la víctima que abusa del alcohol puede suponer un aumento de la agresividad. En los casos en los que es el hombre agresor el que abusa del alcohol u otras drogas y tenemos indicios de que pueda estar maltratando a su pareja, intentaremos mantener una entrevista individual con la víctima, únicamente con el objetivo de ofrecer un espacio de información, asesoramiento y derivación cuando ella lo considere necesario.

La víctima de malos tratos no está dispuesta a hablar

Una víctima de malos tratos puede no estar dispuesta a revelarnos su situación por no ser consciente de la misma, por temor a las represalias por parte de la persona que la está agrediendo, por no encontrarse preparada o por sentirse avergonzada y/o culpable de la violencia de la que es objeto, por lo que la intervención en estos casos se hace más compleja; estas razones pueden frenar la disposición de la víctima a hablar directamente sobre el maltrato que sufre. El conocimiento de las características de la violencia doméstica, su carácter cíclico, la intensidad creciente, etc., nos permitirán un ejercicio de empatía, resultando más fácil eliminar esos sentimientos de frustración e impotencia.

Debemos tener claro que aun ante el silencio es posible hacer algo por la víctima. En estas circunstancias se pueden llevar a cabo dos acciones:

§ Establecer un vínculo:

El objetivo será conseguir que la víctima nos perciba como profesionales/personas que podemos entender la situación que está viviendo, que no la juzgamos ni culpabilizamos y que entendemos y respetamos que hoy no esté en condiciones de hablar, pero que cuando se decida puede acudir a nosotros. La idea es 'dejar una puerta abierta' y que nuestra actitud permita establecer un vínculo con esa persona.

Conduciremos la entrevista de manera que perciba la 'no-normalidad' de los malos tratos. Podemos ilustrar la conversación con ejemplos de situaciones de violencia vividas por otras personas, en donde se aclare que la violencia doméstica es un delito, desculpabilizando a la víctima y responsabilizando a la persona que comete la agresión.

§ Dar información:

En este caso, de una forma implícita se introducirán en la conversación la existencia de recursos y servicios que brindan apoyo a personas con problemática de violencia doméstica, lo que en un futuro puede facilitar la toma de decisión de pedir ayuda.

No debe interpretarse como un fracaso del/de la profesional el que la víctima no desee hablar sobre esta cuestión en un primer momento; el establecimiento de un vínculo y el conocimiento de una red asistencial, pueden motivarla en un futuro a tomar la decisión de pedir ayuda.

En el momento de informar a una víctima que no ha admitido la situación de maltrato debemos tener en cuenta que puede temer las consecuencias de que su situación sea conocida, por la reacción violenta que esta revelación puede tener en la persona que la está maltratando. Por esta razón es de vital importancia asegurarle la confidencialidad de toda la información que nos pueda proporcionar o desvelar.

La víctima de malos tratos suele encontrarse aislada socialmente como consecuencia del recelo de su pareja, quien la acompaña normalmente como una medida más de control a la que se ve sometida. En el caso de que ambos miembros de la pareja se encuentren bajo tratamiento en el mismo servicio, es necesario designar distinto terapeuta a cada uno debido principalmente a la desconfianza que puede generarse en relación a la privacidad y confidencialidad de la información revelada; esto afectaría tanto a la detección como a la intervención.

La víctima de malos tratos está dispuesta a hablar

En este caso, se debe recabar la información mediante la detección y después actuar en función del servicio y de las características de la víctima.

Dependiendo tanto de las necesidades manifestadas por la víctima como de las detectadas por el/la profesional se facilitará información sobre los servicios existentes en la Comunidad: generales (legales, sanitarios, servicios sociales, etc.) y especializados (Atención a la Mujer). A causa de la conmoción que puede estar sufriendo la víctima, a veces es preciso que seamos nosotros mismos quienes establezcamos el contacto con los servicios generales o especializados.

La información debe proporcionarse de acuerdo con las demandas del/de la paciente. No es conveniente, ni beneficia a la víctima facilitar información para la que la persona no se encuentra preparada. Esto podría originar la pérdida de su confianza o de la relación con ella.

En casos donde la detección haya mostrado que la peligrosidad es elevada es recomendable que la víctima abandone el domicilio que comparte con la persona agresora, por lo que sería necesario el contacto inmediato con servicios especializados en violencia de género.

5.2.2. Intervención grupal

Se ve justificado el uso de terapia grupal, porque además de ser práctica por razones de costo y tiempo, se ha mostrado efectiva para muchas personas agresoras ya que permite que otras con experiencias similares interactúen en un ambiente confidencial, modela un entorno adecuado de resolución de problemas, facilita el desarrollo de habilidades interpersonales y ofrece un mecanismo por el cual las personas agresoras aprenden a confrontarse a sí mismas y a sus pares en formas constructivas y no hostiles.

La terapia grupal será abordada desde una perspectiva psicoeducativa, con el fin de que las personas maltratadoras asuman la responsabilidad de su conducta y puedan controlarse. Para ello, se trabajará un aumento de atención con el fin de modificar las actitudes que desembocan en una conducta violenta. La intervención grupal puede contemplarse desde diferentes puntos de vista pero siempre teniendo en cuenta el servicio desde el cual se actúa.

Se proponen dos tipologías de grupos para trabajar la problemática de la violencia doméstica relacionada con el abuso de alcohol. En cualquiera de ambos casos, las fases que comprende la terapia son básicamente las mismas.

- § **Con el grupo de terapia de alcohol:** El mismo grupo de alcohol con el que ya se esté trabajando, puede permitir introducir elementos de la violencia doméstica para que los participantes entren en contacto con la temática y puedan hacer una autovaloración.

El objetivo principal es trabajar principalmente el abuso de alcohol e ir relacionando esta problemática con la agresividad y la violencia doméstica. Se debe posibilitar una conexión entre las dos temáticas sin que los y las participantes se sientan amenazados. Es especialmente indicado si se puede trabajar específicamente con personas agresoras.

En el caso de que encontremos entre los asistentes al grupo agresores y víctimas, cada profesional tendrá que valorar la idoneidad del abordaje del tema de la violencia en el grupo. Hagamos notar, sin embargo, que este tema suele aparecer casi siempre de forma espontánea, vinculado a la problemática familiar y de pareja existente, y se acostumbra a discutir de forma abierta, por cuanto a menudo supone además un reconocimiento de los cambios positivos operados con la abstinencia. Los casos que suelen ocultarse serán los más graves, y ahí debe ejercerse el papel prudente arriba descrito.

- § **Creando un nuevo grupo específico para violencia doméstica.** Esta opción permitirá que las personas participantes reflexionen sobre su problemática y puedan empezar a trabajar en ella. Abrir este nuevo tipo de grupo es interesante porque crea un espacio definido donde tratar aquellos aspectos de la agresión relacionados con el abuso de alcohol.

Se da la posibilidad de hablar de creencias sobre la violencia (roles femeninos, distribución de tareas en el hogar, etc) pero siempre en un contexto relacionado con el abuso de alcohol. Los/as usuarios/as pueden compartir experiencias y discutir sobre cómo afecta el alcohol en sus conductas violentas.

La terapia psicoeducativa en ambas tipologías de grupo comprenderá tres fases:

FASES DE LA TERAPIA PSICOEDUCATIVA

§ **Fase inicial:**

Además de todos los procedimientos y aspectos a tratar en cualquier inicio de un grupo terapéutico que son ya conocidos por los y las profesionales se introducirá el tema de la violencia, su origen, la asunción de responsabilidad, los beneficios de no ser violentos y la percepción de las consecuencias negativas del abuso/maltrato. Se explicará el ciclo de la violencia y el proceso de escala de la ira, enseñándoles a identificar situaciones antecedentes y conductas de la pareja facilitadoras de la ira, además de las señales fisiológicas que indican el inicio de la escalada de ira. Se recomendará llevar un registro en el 'diario de sentimientos agresivos' para que aprendan a identificar los momentos de ira y se comenzarán a introducir estrategias para el control de la ira.

§ Fase media

Se abordará el tema de los roles de género, favoreciendo la discusión y el intercambio de ideas, detectando las creencias distorsionadas sobre estos roles con el fin de trabajarlas y refutarlas dentro del grupo. Además, se tratará el nivel de control ejercido dentro de la relación y el manejo de la empatía. Se revisará el 'diario de sentimientos agresivos', practicando el reconocimiento de señales de ira, de técnicas de control de la ira y se introducirán técnicas de relajación. Se analizará el tema de las conductas violentas como estrategias de resolución de problemas, y sus consecuencias tanto para la pareja como para la familia. En cada una de las sesiones se reforzará el control de la ira, practicando el reconocimiento de señales, revisando el "diario de sentimientos agresivos", practicando las estrategias de control y las técnicas de relajación aprendidas.

§ Fase final:

En esta fase se retomarán los temas de roles de género, asunción de responsabilidades y control de la ira. Además, se abordará el tema de la finalización del grupo y se establecerán planes futuros teniendo en cuenta los cambios que quedan por hacer. Durante todas las sesiones se trabajará la motivación hacia el tratamiento y se insistirá en la necesidad de acudir a todas las sesiones. Siempre que sea posible es recomendable que cada una de estas fases sea llevada a cabo tanto por un terapeuta masculino como por otro femenino, con el fin de que el terapeuta masculino modele una nueva forma de entender la masculinidad y la terapeuta femenina actúe como modelo de un nuevo tipo de interacciones entre mujeres y hombres.

§ Fase de seguimiento y prevención de recaídas:

El objetivo de esta fase será el refuerzo y la cada vez mayor consolidación de los nuevos comportamientos aprendidos y de la nueva percepción de las relaciones de género. En estas reuniones se pueden tratar diferentes temáticas, como: técnicas de autocontrol emocional, análisis y evaluación de la propia ira, nuevo modelo de masculinidad, nueva forma de interaccionar con mujeres, etc.

6- HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Para poder hablar con otras personas acerca de sus sentimientos y problemas, además de manifestar el deseo de escuchar, que implica tener paciencia e interés intentando entender los sentimientos de la otra persona desde su perspectiva, es necesario desarrollar algunas actitudes que faciliten la comunicación.

Una intervención en crisis requiere el reconocimiento de las emociones, para ello es necesario prestar atención a todos los canales de comunicación, especialmente a los no verbales. Algunos indicadores no verbales del estado emocional negativo pueden ser:

- § Incremento de la actividad y/o la velocidad oral
- § Errores de pronunciación
- § Inquietud motora o posturas rígidas
- § Habla poco y aumenta el número de silencios
- § Tono de voz bajo
- § Monotonía en el contenido de los mensajes
- § Cabeza y brazos caídos, etc.

Este tipo de intervención en crisis se plantea a corto plazo pues sus objetivos están encaminados a la reducción de estados emocionales adversos, que nos permita llevar a cabo la intervención.

6.1. Disminución del estado emocional negativo

Este objetivo permitirá reducir el estado emocional de la persona con el fin de movilizar y reorientar sus recursos personales hacia la búsqueda de soluciones.

La crisis se manifiesta con altos niveles de tensión, sensación de ineficacia e impotencia. Esta vulnerabilidad emocional puede manifestarse como muestras de nerviosismo (habla rápida, movimientos corporales repetitivos) o de bloqueo (dificultad al hablar, rostro inexpresivo,..). Entre las manifestaciones más frecuentes de este estado de crisis podemos encontrar:

- § Físicas: náuseas, dolor de cabeza, dolor de estómago, cansancio,...
- § Cognitivas: sentimiento de indefensión y de impotencia, confusión, miedo,...
- § Ansiedad: sudores, sequedad de boca, falta de concentración,...

El entrenamiento en una serie de estrategias básicas para el manejo de emociones puede disminuir su propia ansiedad e incomodidad beneficiando la práctica profesional. A continuación se describirán algunas de estas estrategias y cómo se utilizan:

Facilitar la expresión de las emociones: Permitir el llanto y respetar los silencios.

Es indispensable facilitar su expresión pues con ello se logrará la relajación de la persona. La no expresión puede conducir a la acumulación de la tensión aumentando innecesariamente el malestar emocional. El llanto es una forma de expresar la tristeza y la preocupación, consigue un alivio para esa tensión acumulada.

Por otra parte, a veces suelen no respetarse los silencios porque incomodan al profesional, sin embargo, atendiendo a los momentos en que se producen podemos extraer información significativa acerca de lo que esta afectando principalmente a esa persona y, por otra parte, le permitimos elaborar la información que le estamos ofreciendo a la velocidad que la persona precisa.

Dar mensajes congruentes: De comprensión y de ayuda.

Es necesario que la actitud y la información que se ofrezca sea pertinente a la situación angustiosa que sufre esa persona en ese momento. La sensación de comprensión facilitará la confianza y en consecuencia la comunicación. Además, los recursos atencionales de la víctima están mermados a causa de la alta emoción que esta experimentando, por lo que es necesario que los mensajes sean cortos y con un lenguaje asequible. Argumentaciones complejas o términos técnicos pueden saturar a la persona y confundirla aún más.

No dar falsas esperanzas: Son poco creíbles y generan desconfianza.

Es necesario dar esperanzas teniendo en cuenta las posibilidades reales. Mensajes del tipo:

'*Todo se arreglará fácilmente, ya lo verás*' conducen a que la persona desconfíe del profesional y aumente su sensación de inutilidad e indefensión. Una información realista puede ayudar a aumentar la mermada sensación de control característica de una situación de crisis.

Preguntar sobre las necesidades: No presuponer nada y no inferir.

Es necesario preguntar acerca de las necesidades que la persona percibe que tiene, pues las inferencias se basan en nuestra visión y experiencia que no es la única ni tiene porque ser la más adecuada. Pueden existir tantas realidades y circunstancias como sujetos. Preguntar permitirá situarnos dentro de la perspectiva de la otra persona lo que facilitará la comprensión desde su visión.

Mantener una actitud empática:
Mantener la mirada de interés y comprensión.

Es necesaria la empatía para entender la conducta y los sentimientos de otra persona. La empatía no significa que nuestro nivel emocional deba asemejarse

al de la persona en crisis, pues de esta manera la relación de ayuda estaría ausente, sino que se trata de comprender al otro desde su marco de referencia en lugar de hacerlo desde el propio. Esta actitud debe prevalecer durante toda la intervención para facilitar el proceso de desahogo y comunicación.

Contacto físico y proximidad: La cercanía favorece la intimidad y la confianza.

Es necesario tener en cuenta que cada persona posee su propia idea respecto al espacio personal adecuado, sin embargo, en este tipo de circunstancias una mano en el hombro o sentarse cerca pueden propiciar un clima de ayuda y comprensión favoreciendo la comunicación.

6.2. Actitudes y habilidades de comunicación

La comunicación con pacientes que están viviendo una situación de violencia es en sí misma compleja, debido a las alteraciones emocionales y cognitivas que provoca el estrés continuado. La adopción de ciertas actitudes y el conocimiento de una serie de habilidades de comunicación permitirán establecer un diálogo más fluido, beneficioso para la relación con los pacientes que acuden a nuestro servicio.

Comunicar es mucho más que ofrecer información, es entender lo que la otra persona quiere decirnos, respetar sus silencios, es saber escuchar activamente, interpretar la comunicación no verbal, etc., todo ello utilizando la empatía, el respeto y la apertura hacia los sentimientos del otro. El establecimiento de una buena comunicación requiere tanto del conocimiento de estrategias como de las actitudes que subyacen a ella.

A continuación se describirán una serie de contenidos que nos ayudaran a conocer las actitudes y estrategias de comunicación que pueden facilitar el establecimiento de la comunicación.

SER EMPÁTICOS.

Hace referencia a ponerse en el lugar del otro/a, es decir, entender la situación bajo la perspectiva de la otra persona. En este caso, es necesario situarse en el marco de referencia del paciente, tratar de entender los motivos, creencias, valores y circunstancias que le han llevado a esta situación y a actuar de una determinada manera.

SUGERIR.

Teniendo en cuenta que hablamos de la vida de otra persona es importante sugerir y no imponer. Además de que la imposición genera reactividad esta actitud puede ser contraproducente para la propia interacción.

EVITAR MENTIR.

Aunque la información siempre debe graduarse a lo que la persona esté en condiciones de recibir en ese momento particular, tienen derecho a conocer la verdad. Además de que esta actitud implica respeto hacia la persona, cuando mentimos, aun con la buena intención de consolar, a largo plazo generamos desconfianza.

PREGUNTAS ABIERTAS.

Con ellas se demuestra interés. Si las preguntas son cerradas, la persona sólo tiene opción a escuchar, cerrándose así toda posibilidad de interacción.

REFLEJAR.

Para dar muestras de que se ha entendido. Repetir escueta y claramente el mensaje nos ayuda a demostrar a la persona y a nosotros mismos que hemos entendido en su mensaje lo que nos quiere expresar y no sólo lo que queremos entender.

ESCUCHAR.

Es necesario estar atento a percepciones y sentimientos del otro, así como a sus necesidades de información.

ESPERAR.

Es difícil hablar de ciertos temas en situaciones delicadas. Cuando las personas cuentan aspectos de su vida en los que está implicada la intimidad o la integridad personal, es muy angustioso expresar la propia vulnerabilidad.

FACILITAR LA EXPRESIÓN DE LA EMOCIÓN.

La represión de las emociones conduce a la acumulación de tensión que aumenta innecesariamente el malestar emocional. Por el contrario, la expresión en el clima adecuado facilita la relajación.

GRADUAR LA INFORMACIÓN NEGATIVA.

La emoción reduce la capacidad de comprensión. La cantidad de estimulación negativa que un ser humano puede tolerar y la tensión que ella genera son limitados, por tanto es conveniente que la información negativa necesaria en algunas ocasiones se gradúe de modo que la persona pueda ir asimilándola paulatinamente.

PERSONALIZAR.

En la comunicación interpersonal son importantes los mensajes en primera persona del tipo 'A mí me importa cómo te sientes' ya que facilitan la

comunicación denotando por parte del profesional una actitud más abierta hacia el dialogo y una preocupación por el paciente. Los mensajes normativos y abstractos suponen una barrera que dificulta el acercamiento.

ACOMPañAR LAS MALAS NOTICIAS DE SOLUCIONES.

Hablar con las personas de sus dificultades es necesario para poder entenderlas y buscar soluciones, pero es necesario también hablar de las soluciones y de los recursos para alcanzarlas.

DESCRIBIR.

Los juicios de valor interfieren, de modo que su emisión dificulta la comunicación y es totalmente irrelevante para la ayuda. La persona que se siente juzgada pierde confianza en quien la juzga.

ESPECIFICAR Y PRIORIZAR.

Los problemas no son sencillos, y dada la complejidad del comportamiento humano, la problemática que muestran los individuos incluye diversas facetas que será necesario especificar para poder abordarlas y priorizar puesto que es muy difícil la solución simultánea de varios problemas. Es útil tener en cuenta que la persona en crisis tiene mayor dificultad para resolver situaciones, por lo que resulta más adecuado solicitar pequeños esfuerzos sucesivos que un gran esfuerzo.

EXPRESAR SENTIMIENTOS.

El contacto emocional facilita la comunicación. La expresión de sentimientos de pesar por el malestar del paciente o de alegría por sus progresos sin que ello suponga un desbordamiento emocional, potencia la sensación de confianza y comprensión.

6.3. Comunicación no verbal

Generalmente, le otorgamos mucha más importancia a la comunicación verbal al ser ésta la que posee los contenidos informativos que queremos transmitir. Sin embargo, la comunicación no verbal es la que transmite las emociones y los sentimientos de quien emite un mensaje que influirán en la interpretación del mensaje por parte de quien lo recibe. Por este motivo es importante que ambos tipos de comunicación mantengan una relación coherente, así la información que estemos ofreciendo tendrá más fuerza.

Aspectos de la comunicación no verbal que se deben tener presentes son los siguientes:

ASPECTOS DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

- § **La mirada:** Es importante mirar a la persona que estamos hablando, sin llegar a la intimidación. En ocasiones, la falta de contacto ocular puede ser interpretada como desinterés, falta de atención, recelo, vergüenza.
- § **El tono de voz:** Es importante aprender a modular la voz pues un tono aburrido, irritado, monótono, puede hacer perder validez al mensaje o intimidar a la persona.
- § **Expresión de la cara:** La expresión de la cara puede interferir en el mensaje que se quiere ofrecer si no concuerda con la comunicación verbal, debido a que su principal objetivo es mostrar coherencia entre la expresión verbal y facial.
- § **La postura:** La postura puede expresar incomodidad, relajación, tensión, inseguridad, etc. Una postura atenta supone una pequeña inclinación en dirección hacia la persona a quien se habla.
- § **Gestos:** Los gestos deben adaptarse al contenido del mensaje. Especialmente en estos casos, deben indicar tranquilidad, calma y calidez en el diálogo.
- § **Silencios:** Estos no significan falta de comunicación, al contrario, pueden brindarnos bastante información si nos fijamos en el momento en que se producen.

6.4. Técnicas de Escucha Activa

La escucha activa implica una conducta que indica al interlocutor interés y entendimiento sobre lo que está diciendo. Se produce una escucha activa cuando se tienen en cuenta los siguientes puntos:

ESCUCHA ACTIVA

- § **Deje hablar a su interlocutor/a.** Interrumpa solamente cuando le estén dando demasiada información de golpe o cuando tenga la sensación de que ha perdido el hilo de la conversación.
- § **Pida aclaraciones.** Si no ha entendido contenidos importantes o si falta información esencial, pida al interlocutor que lo explique de otro modo.
- § **Deje que haya silencios en la conversación.** Estas pausas sirven, con frecuencia, para que el interlocutor elabore lo dicho o reflexione acerca de nuevos contenidos.
- § **Repita contenidos importantes** con sus propias palabras (paráfrasis). Así podrá comprobar si ha entendido bien. Además, eso le ayudará a separar lo importante de lo secundario, de modo que su interlocutor se sienta más comprendido.
- § **Anime a su interlocutor/a a seguir hablando.** Utilice indicaciones como 'Humm', 'Sí', 'Entendido',...
- § **Verbalice** aquello que le haya llamado especialmente la atención (por ejemplo, contradicciones en las exposiciones o entre las palabras y los hechos). Sin embargo, no haga reproches, ya que ocurre con frecuencia que el mismo interlocutor no tiene todavía muy claras sus propias contradicciones. Es mejor expresar ese tipo de información como una duda que le surge.
- § **Manifieste su interés con sus gestos:** Mire al interlocutor, dirijase a él, asienta con la cabeza, coloque su cuerpo de forma que quede frente al que habla, etc.

6.5. Errores comunes en la comunicación

Los errores más importantes que se oponen a la escucha activa y que hacen difícil o imposible que el interlocutor hable abiertamente, son fundamentalmente:

- § Ser irónico, minimizar o ridiculizar el problema del otro.
- § No terminar de escuchar lo que dice el otro o intentar terminar las frases del otro.
- § Hacer reproches, criticar o hacer juicios de valor.
- § Proponer soluciones prematuras, sin haber aclarado suficientemente bien el problema o sin haber escuchado todavía las soluciones que propone el propio interesado.
- § Hacer comentarios demasiado extensos y hablar con muchas divagaciones del tema principal.
- § Realizar preguntas que en sí mismas llevan una respuesta implícita: por ejemplo, '*¿Verdad que es así...?*', '*¿Es que acaso tú no estas de acuerdo?*', '*¿No te parece a ti también que...?*'.
- § Hacer –sobre todo al comienzo de la conversación– preguntas cerradas, preguntas que pueden ser respondidas con '*Sí*' o '*No*'.

7. SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

OFICINAS DE INFORMACIÓN DEL INSTITUT CATALÀ DE LES DONES

BARCELONA

Tel.: 93.317.92.91
93.495.16.00

GIRONA

Tel.: 972.41.29.90

LLEIDA

Tel.: 973.28.11.93

TARRAGONA

Tel.: 977.24.13.04

TERRES DE L'EBRE

Tel.: 977.44.47.58

LÍNIA D'ATENCIÓ A LES DONES EN SITUACIÓ DE VIOLÈNCIA (24 HORAS)

Institut Català de les Dones: 900.900.120

Instituto de la Mujer: 900.191.010

Girona. Equip d'Intervenció en situació
de Violència Domèstica: 972.222.478

PUNTS D'INFORMACIÓ I ASSESSORAMENT A LES DONES A BARCELONA

EQUIP D'ATENCIÓ A LA DONA (EAD)

Tel.: 93 243 37 10

PUNT D'INFORMACIÓ I ATENCIÓ A LES DONES LES CORTS

Tel. 93 291 64 91

PUNT D'INFORMACIÓ I ATENCIÓ A LES DONES HORTA-GUINARDÓ

Tel. 93 420 00 08

PUNT D'INFORMACIÓ I ATENCIÓ A LES DONES NOU BARRIS

Tel. 93 291 68 67

PUNT D'INFORMACIÓ I ATENCIÓ A LES DONES L'EIXAMPLE

Tel. 93 256 28 19

PUNT D'INFORMACIÓ I ATENCIÓ A LES DONES GRÀCIA

Tel. 93 291 43 30

PUNT D'INFORMACIÓ I ATENCIÓ A LES DONES SANT MARTÍ

Tel. 93 307 72 60

PUNT D'INFORMACIÓ I ATENCIÓ A LES DONES SANTS-MONTJUÏC

Tel.: 93 443 43 11

SERVICIOS PARA PERSONAS AGRESORAS

SAHM: Servei d'Atenció Psicològica per a homes que maltracten (IRES)

Tel.: 93.486.47.50
Tel.: 972.20.73.04
Fax. 972.22.67.10

ARHOM. Asistencia i Rehabilitació per a Homes (AGI)

Tel.: 93 487 24 37 / 93 488 08 45

SITUACIONES DE URGENCIAS

Guardia Civil: 062

Policia de la Generalitat- Mossos
d'Esquadra: 088

Policia Nacional: 091

Urgencias Médicas: 061

Emergencias: 112

Guardia Urbana: 092

OTROS TELÉFONOS DE INTERÉS

Teléfono de la Infancia: 900 300 777

Derechos del menor: 900 202 010

Urgencias Sociales: 900 703 030

Bienestar Social: 900 300 500

Atención a la Víctima: 900 121 884

A modo de resumen... PASOS EN LA DETECCIÓN PRECOZ

§ **DetECCIÓN DE SITUACIONES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y/O PROBLEMAS CON LA BEBIDA**

Son pocas las víctimas que informan del origen real de sus lesiones cuando entran en contacto con un profesional. Es muy importante poder reconocer los indicadores de las situaciones de abuso de alcohol y otras drogas.

(► ver puntos 3 y 4)

§ **EVALUACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA**

Una vez detectada la situación de violencia y/o de abuso de alcohol es necesario evaluar la gravedad de la situación de maltrato, comprobando si la víctima, sus hijas e hijos u otros familiares se encuentran en peligro inmediato y la gravedad de las lesiones, en caso de haberlas. Dependiendo de la situación concreta de cada persona, es posible realizar un tipo de actuación u otra. Para ello, es de gran utilidad el conocimiento y uso de habilidades comunicativas.

(► ver puntos 5 y 6)

§ **CONOCIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE DERIVACIÓN A SERVICIOS ESPECIALIZADOS**

Una vez evaluada la problemática y estando provistos de protocolos, teléfonos de urgencia y de una guía de recursos e información en violencia familiar y tratamiento de drogodependencias, es posible informar de forma sencilla y completa de los recursos disponibles, derivando si procede a los servicios especializados de la comunidad.

(► ver punto 7)

Un proyecto de:



Financiado por:

