

Violencia doméstica y alcohol:

Cómo actuar desde la atención primaria



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 Atención Primaria Socio-Sanitaria.....	23
5.1. Intervención del profesional.....	23
5.2. Proceso de intervención en las situaciones de violencia doméstica	24
5.3. Violencia doméstica con problemática de abuso de alcohol	28
6. Habilidades de comunicación.....	31
6.1. Disminución del estado emocional negativo	31
6.2. Actitudes y habilidades de comunicación	34
6.3. Comunicación no verbal	36
6.4. Técnicas de escucha activa.....	37
6.5. Errores comunes en la comunicación.....	38
7. Servicios especializados de atención a las víctimas de la violencia doméstica	39

¿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 TENSIONÍ**. 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.

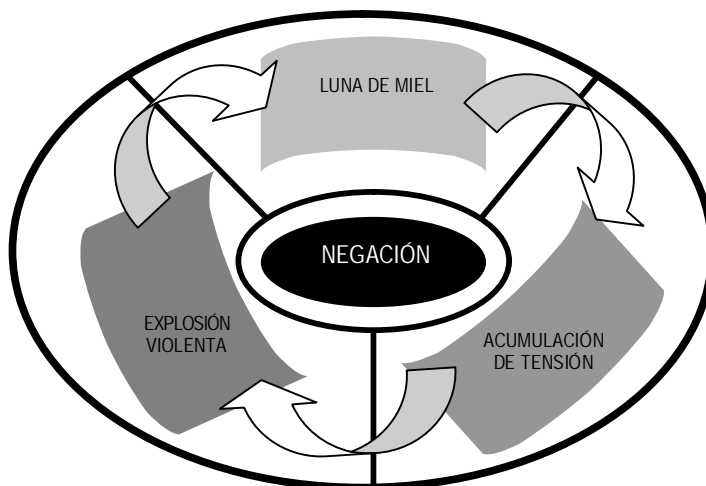


Figura: Ciclo de la violencia doméstica desde el punto de vista de la víctima

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 huida 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

¶ **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 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 supuestamente 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 uno de ellos (el agresor o la víctima, según el motivo explícito de la consulta) 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 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 ATENCIÓN PRIMARIA

5.1. Intervención del profesional

La atención primaria, tanto en el aspecto social (Servicios Sociales) como sanitario (Centros de Salud), es un lugar privilegiado para detectar situaciones de violencia doméstica y/o abuso de alcohol. Cuando una persona está sufriendo un problema de malos tratos y no quiere o no puede manifestarlo difícilmente acudirá a un centro especializado; sin embargo, puede que sí acuda al Centro de Salud o al Centro de Servicios Sociales, ya que a consecuencia de la violencia doméstica aparecen una serie de problemas como la desprotección de hijas e hijos, necesidades económicas o necesidad de atención sanitaria, que sí son motivo para acudir a los servicios de atención primaria. Y es en estas ocasiones donde el profesional que atiende juega un papel importantísimo. Si éste se limita a dar solución al problema manifestado, se potencia la aparición de conductas abusivas, en aquellos casos en que aún no están presentes. La prescripción de fármacos que alteran el estado de ánimo de la mujer (ansiolíticos y antidepresivos), la solución a quejas inespecíficas y a ciertos síntomas psicológicos, es una práctica bastante habitual. Sin embargo, en estos casos, no detectar que el/la paciente es víctima de violencia, pone a la víctima en una situación de mayor vulnerabilidad, aumentando el riesgo de daños mayores, ya que este tipo de medicamentos deja a la víctima con menor capacidad de reacción, necesaria en muchos casos para salvaguardar su integridad física. Una evaluación inadecuada de la situación de malos tratos puede suponer un obstáculo a la decisión de romper con la pareja, en el caso de que no se contemplen determinados aspectos de la problemática como la vivienda, por ejemplo. En este sentido, la apertura de un expediente o de una historia clínica, tanto en el caso de Servicios Sociales como de Sanidad, proporciona al profesional una situación única y privilegiada para realizar la detección de una manera más o menos encubierta, que no sea vivida por la persona como intrusiva.

Además, la exploración del consumo abusivo de alcohol y de situaciones de violencia debe realizarse cada vez que se abra un expediente o un historial clínico, al actualizar los datos y ante cualquier indicio que pueda llevar a la sospecha.

5.2. Proceso de intervención en situaciones de violencia doméstica

5.2.1. Exploración de la situación

Una vez detectada y/o explicitada la situación de violencia doméstica, en la exploración nos podemos encontrar con dos situaciones totalmente diferentes:

La víctima no está dispuesta a hablar.

Algunas víctimas no están preparadas para desvelar la violencia que están padeciendo, bien por temor a las consecuencias o por la propia dinámica de la violencia doméstica. En este caso, la intervención consistirá en respetar esa decisión e intentar “dejar una puerta abierta”. Debemos tener claro, que aún ante el silencio es posible hacer algo por la víctima. En estas circunstancias se pueden llevar a cabo dos acciones:

α 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. El objetivo es establecer un vínculo con la 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 haciendo recaer la culpa en la persona que ha cometido la agresión.

q **Dar información:**

En este caso, se introducirá en la conversación información acerca de recursos y servicios que brindan apoyo a personas víctimas de malos tratos. 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 provocar en la persona que causa el maltrato. Es de vital importancia asegurarle la confidencialidad de toda la información que pueda proporcionar o desvelar, confirmándole el secreto profesional.

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

La víctima está dispuesta a hablar

Cuando la víctima está en condiciones de hablar sobre lo que ha sucedido, la intervención se basa en realizar una exploración de la situación con el fin de evaluar el posible peligro, así como las necesidades más inmediatas (sanitarias, de asesoría legal, policial, etc.), teniendo en cuenta que son tan importantes las necesidades manifiestas como las necesidades detectadas.

Mediante la exploración se pretenden conocer los siguientes aspectos:

- **Situación personal, familiar y social.** Con quién vive, si tiene hijos, si posee trabajo, contacto con familiares, amistades, etc.
- **Características que rodean a la situación de violencia.** Económicas, sociales, familiares y psicológicas
- **Respuestas ante la situación de violencia.** Cómo reacciona (huye, discute, se defiende...), qué considera que está sucediendo (*'Lo provocho', 'Es injusto', 'Es culpa del alcohol',.....*) y cómo lo afronta (aislamiento, automedicación, bebida, otros). También interesa conocer qué soluciones ha planteado en ocasiones anteriores.

- **La intensidad de la respuesta emocional de la víctima.** Preguntar si después de un episodio de violencia aparece desorientación, bloqueo, disminuye la capacidad de comprensión, etc. Si han existido ideas de suicidio, hasta qué punto han sido elaboradas; preguntar por la posesión de fármacos y/o la existencia de armas en el domicilio familiar.
- **Las características del agresor.** Abusa del alcohol u otras drogas, comportamiento violento con el resto de la familia y/o a nivel social, posesión de armas, profesión, reacciones ante citaciones judiciales anteriores, etc.

5.2.2. Evaluación de los datos recogidos en la entrevista.

En esta fase, se valorará la información recogida y determinará en primer lugar la gravedad de la situación. Uno de los aspectos más preocupantes de la violencia doméstica y especialmente cuando la víctima decide pedir ayuda, es el riesgo que la situación supone para su integridad personal. La integridad personal de la víctima puede verse amenazada tanto a consecuencia de sus propias acciones (suicidio como una forma de terminar con la violencia), como a consecuencia de la violencia ejercida por el agresor (el mayor índice de asesinatos se da cuando las mujeres emprenden algún tipo de acción para abandonar esta situación).

Existe una combinación de los aspectos citados que indican la existencia de un alto riesgo para la vida de la víctima; será necesaria su exploración para valorar la peligrosidad real de la situación de maltrato. La víctima se encuentra en una situación de peligro si se dan algunas de las siguientes circunstancias: si hay una larga duración de la relación de maltrato, si el maltrato es físico y si la pareja posee armas o las tiene a su alcance, si han existido amenazas de muerte, si ha habido intentos de homicidio anteriores, si se observa una intensa respuesta emocional de la víctima, si hay presencia de enfermedades mentales...

En el momento de la evaluación, esta información permitirá hacernos una idea de los recursos que posee la persona para afrontar la situación, del apoyo a nivel familiar y/o social, de la gravedad de la situación, de las necesidades más inmediatas y de si se considera pertinente la derivación a servicios especializados.

En el caso de detectar alguna probabilidad de conducta suicida, lo primero será explorar y tener en cuenta una serie de consideraciones que nos ayudarán a valorar el riesgo real.

El riesgo será menor si:

- Existe la idea, pero no se ha elaborado el plan.
- El plan existe, pero no se poseen los instrumentos.

El riesgo será mayor si:

- Existen intentos anteriores.
- Si hay advertencias suicidas, ya que la mayoría de las personas que son agredidas, igual que las que agreden, advierten previamente de sus intenciones.

En un caso de riesgo considerable de suicidio, es importante que el/la profesional que comenzó la entrevista sea quien la prosiga, especialmente si se ha conectado cognitiva y emocionalmente con la víctima. Generalmente, las personas que deciden suicidarse tienen sentimientos ambivalentes hacia esta opción. Conociendo esto, el profesional puede generar alternativas para “enganchar” a la persona a la vida. Ante esta situación todos los recursos del profesional deben emplearse a fondo. En este caso, sería necesario que el profesional se pusiera en contacto directo con personal especializado y permaneciera con la víctima hasta la llegada de dichos profesionales.

- q Si se valora que la vida de la víctima corre peligro a causa de la actitud de la persona que ha cometido la agresión, se estimará la necesidad de contactar de inmediato con servicios policiales o Servicios de Atención a la Mujer.

- q Dependiendo tanto de las necesidades explicitadas como de las detectadas por el profesional, se facilitará a la víctima información sobre los servicios generales (legales, sanitarios, servicios sociales, etc.) y especializados existentes en la comunidad y se realizará la derivación. A causa de la conmoción que puede estar sufriendo la víctima, en general, es conveniente que seamos nosotros mismos quienes establezcamos el contacto con los servicios generales o especializados.

- q La información debe proporcionarse paulatinamente de acuerdo con las demandas de la víctima; no es conveniente, ni beneficia a la víctima facilitar más información de la que puede soportar en cada momento. Esto podría originar la pérdida de su confianza o de la relación con ella.

5.3. Violencia doméstica con problemática de abuso de alcohol.

El proceso de intervención sobre la violencia doméstica en casos donde existe abuso de alcohol puede verse complicado por los efectos a nivel cognitivo, conductual y emocional que produce la sustancia. El peligro de muerte de la víctima se incrementa, tanto por la disminución de la capacidad de reacción frente a una agresión, como por la merma en la capacidad de juicio e interpretación de las señales y por la mayor labilidad emocional, además del aumento en la probabilidad de suicidio.

En la intervención con personas que abusan del alcohol es necesario tener en cuenta los siguientes puntos:

- § Hablar de forma tranquila, pues su nivel de susceptibilidad es alto y puede sentirse provocada/o.

- § No utilizar la crítica pues generalmente una persona bebida está suspicaz y puede sentirse resentido/a y enjuiciado/a.

- § Valorar la probabilidad de suicidio e indicárselo a los profesionales de atención especializada.
- § Evitar insistir en la propuesta de soluciones con las que la persona no esté muy conforme, ya que podría producir confrontación.

5.3.1. Intervención con víctimas que abusan del alcohol.

Como se ha comentado, muchas víctimas de malos tratos utilizan el alcohol u otras drogas para reducir los estados negativos producidos por la violencia. En este sentido, atender a una persona que se encuentre bajo el influjo del alcohol es una tarea aún más compleja que requiere de una serie de consideraciones:

- q En una mujer maltratada y 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.
- q El alcoholismo sigue siendo peor considerado en las mujeres que en los hombres por parte de sus propios familiares y de la sociedad en general. Esto, unido a una situación de violencia doméstica, repercute en el apoyo sociofamiliar brindado a la víctima, que muchas veces resulta en una victimización secundaria, responsabilizando a la víctima de las agresiones sufridas y dejándola en una situación de mayor vulnerabilidad, si cabe.

5.3.2. Intervención con agresores que abusan del alcohol.

En el caso de los maltratadores, es necesario recordar que los malos tratos pueden o no desaparecer cuando deja de haber consumo de alcohol; generalmente lo que ocurre es el cese de los malos tratos físicos pero persisten los malos tratos psicológicos. Sin embargo, en este caso la derivación se realizará hacia recursos de atención de la drogodependencia.

Básicamente, centraremos la intervención en las consecuencias que tiene para el núcleo familiar el alcoholismo de uno de sus miembros y se presentará al alcohol como un facilitador de conductas violentas contra la pareja. La intervención breve que se realice puede acompañarse de material informativo impreso, que además le ofrezca información sobre servicios especializados de tratamiento. Se intentará la derivación a un servicio especializado en tratamiento de drogodependencias. Si la persona está de acuerdo, lo mejor es que seamos nosotros mismos quienes hagamos el contacto telefónico con los profesionales del centro especializado en tratamiento de la adicción al alcohol **en el mismo momento.**

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, para que nos permita llevar a cabo la intervención.

6.1. Disminución del estado emocional negativo

Este objetivo permitirá reducir el estado emocional alterado 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, la capacidad de atención de la víctima está mermada a causa de la alta emoción que está 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. El 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, aún 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 tales 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, diríjase 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

**IRES: INSTITUTO DE REINSERCIÓN
SOCIAL**
Tel.: 93.486.47.50
Tel.: 972.20.73.04

**AGI: ASSISTÈNCIA I GESTIÓ
INTEGRAL**
Tel.: 93 487 24 37 / 93 488 08 45

SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

Línia Verda: 93 412 04 12 (de lunes a
viernes de 9.00 a 21.00 horas)

Òrgan Tècnic de Drogodependències:
93 227 29 90

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:

