

DTS

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Nº 22 • PRIMER CUATRIMESTRE DE 2001

EDITA Y DIRIGE:



Colegio Oficial de Diplomados
en Trabajo Social de Málaga

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL Nº 22

Primer cuatrimestre de 2001

EDITA Y DIRIGE

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga

C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1º C · 29005 Málaga
Tel. 952 227 160 · Fax 952 227 431
E-mail: malaga@cgtrabajosocial.es

VOCALÍA DE PUBLICACIONES Y DOCUMENTACIÓN

CONSEJO DE REDACCIÓN

Mari Luz Burgos Varo, Francisco Cosano Rivas,
Paloma Mora Rosado, Antonio Naváez Rodríguez,
Yolanda Peña Cañada, Mónica Tabares Arrebola,
M^a Luisa Taboada González
y Rosa M^a Valero Rodríguez.

El Consejo de Redacción no se identifica necesariamente
con el contenido de los artículos publicados.

SECRETARÍA TÉCNICA

Beatriz Garrido Gutiérrez

ASESORA DE PUBLICACIONES

Francisco Guerrero Cuadrado

DISEÑO

Magdalena García y Antonio Pedrajas

EL VIH/SIDA como Enfermedad Social Movimiento
Anti-Sida-Programa y servicios de la Asociación
Cuidadana Antisida de Málaga (ASIMA) 7
M^a CARMEN CAMPOS MORALES

Atención Integral a las víctimas de violencia
doméstica desde Atención Primaria de Salud 55
M^a LUISA MARTÍN CARRETERO Y FRANCISCA MUÑOZ COBOS

La Encrucijada Solidaria: más allá de la perplejidad 129
MERCEDES GONZÁLEZ VÉLEZ Y M^a JOSEFA VÁZQUEZ LIBRERO

La Atención al Paciente Geriátrico:
Análisis de la alternativa residencial 141
BÉLEN JÁUREGUI FRADEJA Y JUAN G. MORENO ROMERO

PÁGINAS: Programa de Ayuda a la Gestión
Informatizada en la Acción Social 153
LUIS BOTE HERNÁNDEZ

Entrevista a D^a Trinidad Lambea Peña 177

Boletín de suscripción 83

Índice de números publicados 85

2012

es
i
m

Con motivo del acto de entrega del V Premio Científico de nuestra revista, celebrado el día 26 de Noviembre de 2001, comunicamos a nuestros lectores que los ganadores fueron:

«**La situación del Trabajo Social en la Unión Europea**», publicado en el nº 21 de D.T.S y cuyos autores son:

Acuña Oliva, Concha; Almuedo Bermúdez, M^a Luz; Barranco Fernández, Adela; Cruz Jabalera, Ángeles; Frábeja Pérez-Hita, Ángeles; Jiménez Sánchez, Antonio M; García Rodríguez, Carmen; Puertas Rodríguez, Esther de J.

«**Atención Integral a las víctimas de violencia doméstica desde la Atención Primaria de Salud**», publicado en este número de D.T.S, firmado por: Martín Carretero, M^a Luisa y Muñoz Cobos, Francisca.

En este número 22 vamos a encontrar además los siguientes artículos:

“**El VIH/SIDA como Enfermedad Social**”. Un informe del programa y servicios desde la asociación Ciudadana Anti-Sida de Málaga, ASIMA.

“**La Encrucijada Solidaria: mas allá de la perplejidad**». Artículo actual y complejo.

“**Programa informativo de Ayuda a la Gestión Informatizada en la Acción Social**”. Sin duda, de gran utilidad para nuestra profesión.

“**Atención al paciente geriátrico: Análisis de la Alternativa residencial**”

Muy interesante el informe sobre nuestros mayores, situación de las residencias como alternativa y recurso a las personas ancianas que no disponen de un hogar, no pueden vivir solos, y no se valen por sí mismos.

Y por último contamos con:

La entrevista a Dña. **Trinidad Lambea Peña**. Directora del Centro de la Mujer en Málaga.

El VIH/Sida como enfermedad social. Movimiento ciudadano antisida. Programas y servicios de la Asociación Ciudadana Antisida de Málaga (ASIMA)

En 1989, en la provincia de Málaga, un grupo de ciudadanos preocupados y sensibilizados por la problemática que una enfermedad joven como era el SIDA estaba provocando a todos los niveles (psicológicos y emocionales, sociales, espirituales, físicos) y en todos los estratos sociales, se disponen a organizarse constituyendo la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Málaga **-ASIMA-** Desde su creación hasta la actualidad esta Asociación ha venido funcionando manteniendo la filosofía del Movimiento Ciudadano Anti-Sida del Estado Español desarrollando actividades, ofreciendo servicios y abriendo las puertas de la participación a todos aquellos ciudadanos que estuviesen dispuestos a ofrecer parte de su tiempo en la lucha contra el SIDA.

El presente artículo trata de acercar al profesional del Trabajo Social, y otros profesionales o personas interesadas, al SIDA como enfermedad social fundamentalmente haciendo una introducción a los aspectos médicos (qué es el SIDA, cuál es el proceso de infección por VIH, cómo se transmite realmente este virus...) para poder llegar a ser comprensible esta enfermedad o proceso de infección por VIH desde una óptica social y emocional.

Para la consecución de dicha finalidad, el artículo consta de un primer apartado referente a la presentación e importancia de continuar hablando en la actualidad del VIH/SIDA; un segundo apartado en el que se exponen datos actualizados en cuanto a ¿por qué entendemos el SIDA como enfermedad social: causas, calidad de vida, estigmatización?. A continuación el artículo expone y analiza los niveles de intervención y las áreas de actuación así como el desarrollo de los diferentes programas y servicios que venimos desarrollando desde la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Málaga desde su creación.

Para finalizar me gustaría dedicar este artículo a mi querido amigo "Salvador Sánchez" Fundador de esta Asociación en Málaga, fallecido en Marzo de 1994 del cual aprendí tantas y tantas cosas.

Ma DEL CARMEN CAMPOS MORALES

INTRODUCCIÓN

La Asociación Ciudadana Anti-Sida de Málaga **ASIMA**, como movimiento ciudadano reivindicativo y solidario que trabaja cotidianamente para normalizar la situación establecida en torno al VIH/SIDA, surge en Málaga en 1989 gracias al trabajo y la inquietud de un grupo de personas que, ante la dramática situación social de los afectados en Málaga y su provincia, deciden crear un cauce de participación y de actuaciones tendientes a dar una respuesta integral no ya a una enfermedad concreta, sino a las repercusiones psicológicas, sociales, sanitarias y legales que envolvieron al VIH/SIDA.

Han transcurridos ya 10 años desde que **ASIMA** naciera, y con estos años muchos han sido los esfuerzos recompensados, muchas las reivindicaciones alcanzadas, muchas las energías derramadas para conseguir lo que entonces se creía difícil y que con el paso del tiempo se ha ido tornando habitual.

Dos han sido y son los ejes que **ASIMA**, entendida como un conjunto de voluntades personales aunadas en un solo esfuerzo, ha enarbolado y desplegado a lo largo de su andadura: la información y la concienciación. Información para aquellas personas que, desde su condición de afectados por el VIH, se ven enfrentadas a un cúmulo de dificultades sanitarias, sociales y jurídicas que individualmente pueden ser infranqueables. Al mismo tiempo, información para los demás, para el conjunto de la sociedad, que poco a poco va desligando a la infección por VIH de una serie de falsos mitos y prejuicios, que va aprendiendo el verdadero significado sanitario, las vías de transmisión, las prácticas de riesgo...Y concienciación, para que expresiones como «**Sida es igual a muerte**» o «**la plaga del siglo XX**» vayan desapareciendo poco a poco, para dejar de considerar como «apestados» a personas absolutamente normales que sólo demandan un trato igual y no discriminatorio ante el simple hecho de tener alojado en su interior un retrovirus específico cuya naturaleza es exclusivamente fisiológica y no moral, religiosa, estigmatizada o punitiva.

El mundo actual debe de desvincularse de una serie de prejuicios que impiden el desarrollo integral de los afectados y de aquellos que comparten con ellos las ilusiones, las esperanzas y la vida. La careta de irracionalidad, que ha venido presidiendo durante estos años el falso afrontamiento del VIH/SIDA, debe dejar paso a la realidad íntima y sensitiva de unos seres que sienten y piensan, y éstos seres no son los afectados, los portadores, los seropositivos, ya que la infección del VIH ha sido transmitida socialmente a todos los pobladores del planeta, se ha convertido en un fenómeno general que sólo puede desaparecer con el conocimiento. Y si es preciso salir a la calle, nuestros pasos deben dirigirse hacia ella, pues en la calle aún se mira con recelo a los afectados, los niños siguen teniendo problemas de integración, las familias reniegan de alguno de sus componentes y se siguen produciendo despidos laborales. Algunas de las metas ya han sido alcanzadas, las que quedan exigen el compromiso de todos.

Como ejemplo de ello el 1 de Diciembre, año tras año, se ha convertido en una fecha emblemática con la celebración del DIA MUNDIAL DEL SIDA.

Por todo ello, cada nuevo día, cada nuevo año es para **ASIMA**, y por tanto para todos los voluntarios que la hacen posible, es un nuevo reto, un nuevo redoble de energía ilusión, de derechos y deberes compartidos. Desde el primer piso del número 2 de la C/ Gaona sigue el trabajo, la lucha y la ilusión porque, siguiendo a E. Mendicutti: *Hay que luchar, hay que seguir luchando, codo con codo, al lado de los nuestros, al lado de nosotros mismos... Y hay que ganar terreno*

palmo a palmo: en los despachos oficiales, en las calles abruptas y apresuradas, en las venas angustiadas, en los cuerpos tersos e impacientes.

Ante el reto de integración y normalización **ASIMA** ha conseguido ir creando una serie de servicios y prestaciones des-

tinadas al afectado por VIH, al enfermo de SIDA, a sus amigos, a sus familiares, a sus compañeros de trabajo o estudios, a sus conciudadanos.

De este modo, en 1995 crea una Casa de Acogida para personas con VIH/SIDA con problemas de urgencias sociales, y de igual modo, en 1997 crea un Centro de Día denominado «Salvador Sánchez» en recuerdo y memoria de nuestro fundador y presidente hasta la fecha de su fallecimiento -1994-.

La Asociación Ciudadana Anti-Sida de Málaga, como organización no gubernamental es una entidad privada sin ánimo de lucro que se nutre, fundamentalmente, por el trabajo y la entrega de los hombres y mujeres que, mediante un trabajo voluntario a la vez que profesionalizado, son capaces de desarrollar los programas y equipos de trabajo que se demandan.

EXPOSICION DE DATOS

En los últimos años, un cambio se ha venido detectando en la población de lo que los historiadores definen como "Sociedad Industrial Avanzada". Frente a las tradicionales aspiraciones de los ciudadanos, orientadas fundamentalmente hacia aspectos económicos, toma cada vez más fuerza el concepto de Calidad de Vida como eje central de estas aspiraciones.

En este sentido, encuestas como el Euro-Barómetro señalan un cambio en la percepción de los principales problemas que afectan a nuestra sociedad. Así, el ser humano de este fin de siglo está preocupado por problemas objetivos como la degradación del Ambiente, la miseria en el Tercer Mundo, el racismo, la guerra o el SIDA.

Esto hace que, entre la multitud de mensajes en los que cotidianamente se ve inmersa la población, los individuos se-

leccionen aquellos que responden a sus intereses, y, en muchos casos, ofrecen respuestas prácticas a los mismos.

Estas respuestas se han traducido en actuaciones directas, al aparecer organizaciones no gubernamentales, a las que los ciudadanos y ciudadanas se asocian o colaboran como voluntarios, pero también en acciones indirectas, al elegir, entre las ofertas que reciben los productos ecológicos, o del éxito de las campañas que, a favor de los refugiados, de las víctimas de la guerra o de la lucha contra el SIDA, han sido desarrolladas por empresas privadas.

Este es el tipo de actuaciones en el que la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Málaga le ofrece participar.

Desde 1989, la Asociación ha puesto sus esfuerzos en la asistencia a las personas afectadas por el VIH/SIDA y en la prevención de la transmisión del virus. Todos somos conscientes de la imposibilidad de darle la espalda a la problemática social que ha desatado el SIDA y que es una de las principales preocupaciones de amplios sectores de la población.

Nuestros pacientes y familiares saben que la Asociación puede ayudarles. No sólo ante un problema propio o próximo relacionado con el SIDA, sino también ofreciéndoles una posibilidad que sienten como suya, la problemática del SIDA. Este grupo de personas y organizaciones que colaboran con la asociación obtienen un beneficio directo: sienten la satisfacción de estar contribuyendo a mitigar un problema que les preocupa personalmente.

El SIDA, además de ser un problema de salud, lo es también social, tanto por las repercusiones que implica para las personas afectadas, como por la preocupación que en todos los estratos políticos ha provocado la velocidad de su evolución.

La forma en que el núcleo familiar se ve afectado ante la

aparición de la enfermedad y el deseo de ocultar esta situación termina por condicionar y deteriorar las relaciones familiares y, por extensión, el medio laboral y social de las personas infectadas por el VIH/SIDA, que por lo general modifica sus actitudes frente a él.

Se puede afirmar que los problemas sociales de los grandes temas de los afectados; familiares, vivienda, trabajo, economía y cultura, aunque pueden ser similares a los de otros colectivos, tienen un matiz añadido: el rechazo social que, de forma más o menos velada, cae sobre la persona con VIH/SIDA en forma de desconfianza, alejamiento, miedos, angustias... y esto por parte, incluso, de los más allegados.

El VIH no es únicamente un virus, por tanto, no es algo exclusivamente material que pertenezca al mundo de lo tangible y, por ello, su alcance va más allá del mundo de la medicina y de sus soluciones médico-científicas. La existencia de la *infección por el VIH mediatiza las relaciones sociales entre los grupos e individuos*, sirve de revulsivo a los depósitos de conocimiento de las sociedades, pone en marcha mecanismo de poder y control social, es anillada y definida de forma diferente desde distintos contextos profesionales, institucionales e ideológicos, recrea y reproduce la marginación social, y todo ello, porque la infección por VIH *ha logrado remover los cimientos sobre los que se asienta la sociedad*: los valores y la organización social.

El VIH es un virus, no una cuestión moral. La persona afectada sigue siendo un ser humano de pleno derecho y de peligro nulo en la convivencia. No hay excusa para discriminar en el trabajo a la persona afectada por el VIH, que puede llevar una vida normal durante muchos años. Por ello, incluso, cabe hablar de responsabilidad para los demás porque con una actitud de convivencia o de rechazo se podría modificar el desarrollo del proceso de infección.

¿Por qué hablamos de **SIDA SOCIAL**?

ENFERMEDAD SOCIAL

CALIDAD DE VIDA

ESTIGMATIZACION

1.- ENFERMEDAD SOCIAL:

Según la OMS, se entiende por enfermedad social a «aquella que en su aparición y difusión intervienen causas sociales y necesitan para su profilaxis y tratamiento medidas de carácter social».

Una enfermedad puede ser social por una o varias de las causas siguientes:

Cuando el número de individuos afectados es considerable

Cuando la duración es larga

Cuando su tratamiento es muy costoso

Cuando origina grandes invalideces

Cuando afecta más a las clases sociales peor dotadas económica y culturalmente

CUANDO EL NÚMERO DE INDIVIDUOS AFECTADOS ES CONSIDERABLE

El ONUSIDA estima que para finales de 1998 en el mundo entero había ya más de 33,4 millones de personas viviendo con el VIH, el 43 % de las cuales eran mujeres. En algunos de los países más afectados, dos o más de cada cinco mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales en las zonas urbanas son seropositivas.

De acuerdo con las estimaciones del ONUSIDA y la OMS, desde el principio de la epidemia se ha infectado un total de más de cuatro millones de niños menores de 15 años.

El SIDA representa el estadio clínico más avanzado de la infección por el VIH. Sin embargo, las personas infectadas pueden permanecer asintomáticas durante meses o años, presentar síntomas leves o pasajeros, o pueden padecer alguna de las enfermedades graves indicativas de SIDA. La base de conocimiento de los efectos de la infección por VIH en la población ha sido y continúa siendo la información suministrada por los registros de casos de SIDA tanto en Europa como en la mayoría de los países industrializados. Esto ha llevado a enfocar la vigilancia epidemiológica únicamente en personas con estadios más tardíos de la infección por VIH cuyo origen, en un principio, fue debido a la falta de una prueba diagnóstica de laboratorio para detectar infección por VIH y que, posteriormente, se mantuvo, en parte, por la dificultad de organizar un sistema de información de personas infectadas por VIH, en la mayoría de los casos asintomáticas, y, en parte, debido a la preocupación de una posible discriminación al recoger información sobre individuos asintomáticos.

A partir de 1994 en todos los países de la Unión Europea y en la mayoría de los pertenecientes a la Región Europea de Organización Mundial de la Salud (OMS), los casos de SIDA han disminuido. Esta disminución ha sido evidente en los países del oeste de Europa. Las tendencias de la epidemia son diferentes en la parte central y este de Europa, donde la epidemia es más reciente y la incidencia de SIDA, aunque todavía es baja, continúa aumentando.

CUANDO LA DURACION ES LARGA

El *impacto de las nuevas estrategias terapéuticas* antirretrovíricas ha producido un retraso en la progresión hacia el SIDA y el fallecimiento de las personas infectadas por

VIH, prolongando el período de incubación. Este cambio en la situación se ha reflejado en las tendencias temporales de los casos comunicados a los Registros de casos de SIDA y la evolución de la incidencia del SIDA estará fuertemente ligada a la disponibilidad terapéutica de los individuos seropositivos.

En España los casos se distribuyen por todas las Comunidades Autónomas y todas las provincias y la incidencia mantiene grandes diferencias por Comunidades Autónomas. No obstante, desde el principio, se mantienen de forma constante con mayores tasas de incidencia las siguientes Comunidades Autónomas: Madrid, Baleares, País Vasco y Cataluña. Comunidades que junto a Ceuta mantienen una tasa acumulada por 100.000 habitantes por encima de 10. Si estudiamos los casos diagnosticados en 1997, se mantiene este mismo patrón. Las provincias con una tasa mayor de 10 corresponden a: Álava, Baleares, Barcelona, Cádiz, Girona, Guipúzcoa, Madrid, Málaga, Tarragona, Vizcaya y Ceuta.

Los datos estadísticos nos hablan, fundamentalmente, de casos SIDA, se hacen estimaciones de casos de seropositivos, hablamos de seronegativos y nosotros nos preguntamos ¿cuántos «sero-no lo sé» existen?.

La aplicación de las nuevas estrategias terapéuticas antirretrovíricas frente al VIH/SIDA están produciendo en los pacientes una disminución de la carga viral (cantidad de virus existente en el organismo) y, por ello, una mejoría del sistema inmunológico, cuya expresión clínica ha sido una notable disminución de la morbimortalidad por infecciones oportunistas, responsables hasta entonces del 90 % de las defunciones en estos pacientes.

De ahí la importancia, entre otros motivos, de tomar la decisión de acceder a la prueba y diagnóstico del VIH en el momento que seamos conscientes haber mantenido una práctica de riesgo.

BENEFICIOS POTENCIALES	RIESGOS POTENCIALES
Control de la replicación y mutación vírica, reducción de la carga viral	Disminución de la calidad de vida causada por los efectos adversos de los medicamentos y la inconveniencia de los regímenes actuales de supresión máxima
Prevención de la inmunodeficiencia progresiva; mantenimiento potencial o restitución de un sistema inmune normal	Desarrollo precoz de resistencia a los antirretrovirales
Progresión retardada al SIDA y prolongación de la vida	Transmisión de virus resistentes a los antirretrovirales
Riesgo reducido de selección de virus resistente	Limitación en alternativas futuras de agentes antirretrovirales debido a resistencia al medicamento
Riesgo reducido de narcotoxicidad	Desconocimiento de la toxicidad a largo plazo de ciertos medicamentos
Posible reducción del riesgo de transmisión	Desconocimiento de la duración de la eficacia de los agentes antirretrovirales actuales

El inicio temprano del tratamiento antirretroviral en el paciente asintomático infectado con el VIH presenta una serie de riesgos y beneficios:

CUANDO SU TRATAMIENTO ES MUY COSTOSO

Los tratamientos antirretrovirales son muy costosos. Actualmente podemos encontrar alrededor de 15 fármacos distintos aplicables al paciente mediante estrategias terapéuticas

(tripleterapia). Los costes de cada tratamiento son variables rondando entre las 25.000ptas hasta las 80.000 pesetas ó 100.000 pesetas. Esto puede suponer en cada uno de los pacientes un coste anual que alcanza un millón de pesetas. A lo que debemos añadir los costes derivados de tratamientos asistencialistas y tratamientos preventivos de infecciones oportunistas.

El movimiento ciudadano anti-sida del Estado Español consiguió, cumpliendo con sus finalidades y principios reivindicativos, que el Gobierno publicará el 1 de Diciembre de 1995 un Real Decreto (R.D. 1867/95) sobre prestaciones farmacéuticas a los enfermos de SIDA, así como una Orden Ministerial relativa a este mismo tema. En el mismo, se establece que la aportación que los enfermos de SIDA han de hacer al pago de los medicamentos que proporciona el Sistema Nacional de Salud (Receta Oficial de la Seguridad Social) será del 10 % de su precio, con un límite máximo de 439 pesetas, que se iría actualizando anualmente. Para cumplir con lo establecido en la mencionada disposición del Gobierno, el INSALUD dio, con fecha 19 de Diciembre de 1995, las instrucciones oportunas a través de una Resolución dirigida a todos sus centros.

De las citadas instrucciones del INSALUD se desprende que, para tener acceso a los medicamentos a través del sistema de aportación reducida, los pacientes afectados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida deben:

Disponer de un informe clínico firmado por el médico especialista en el que se especifique el diagnóstico. También sirve un certificado de estar inscrito en el Registro Autonómico de Enfermos de SIDA.

Cumplimentar el impreso de solicitud. Dicho impreso lo podrá obtener de su médico especialista, de su médico de atención primaria o de los inspectores médicos del INSALUD. Junto con el impreso de solicitud se hará entrega al paciente de un sobre con la dirección de la Inspección Médica y la inscripción «Abrir por el Inspector Médico».

En el sobre se introducirá el impreso de solicitud una vez cumplimentado, el informe clínico del especialista, una fotocopia del D.N.I. y una fotocopia de la Tarjeta Sanitaria o de la Cartilla de la Seguridad Social.

El sobre, ya cerrado, podrá entregárselo el paciente al médico de atención primaria que lo enviará a la Inspección Sanitaria. Si lo prefiere el paciente, podrá llevarlo directamente a la Inspección Sanitaria del INSALUD.

El Inspector Médico, una vez hechas las correspondientes comprobaciones, le entregará al paciente una tarjeta (válida para seis meses), que autoriza la prestación de medicamentos a precio reducido. Dicha tarjeta le será remitida al usuario por correo certificado.

A la vista de la tarjeta de autorización hecha por la Inspección, el médico que prescribe las recetas sellará las mismas con un sello que dice «Campaña Sanitaria».

En la Farmacia no hay que mostrar la tarjeta de «Crónico». Basta con que las recetas lleven el sello de «Campaña Sanitaria».

El usuario puede retirar los medicamentos prescritos en las recetas selladas con el sello de «Campaña Sanitaria» en cualquier farmacia del territorio nacional, según le resulte más cómodo o confidencial.

El Movimiento Ciudadano anti-Sida del Estado Español, una vez más cumpliendo sus fines reivindicativos consigue en 1996 que todos los ciudadanos españoles infectados por el VIH/SIDA tengan acceso gratuito a los nuevos tratamientos antirretrovirales aplicados con anterioridad en EE.UU. y algunos países de la Unión Europea. Tales tratamientos son dispensados en las Farmacias, bajo preinscripción del médico especialista de las unidades de medicina interna, de los Hospitales.

CUANDO ORIGINA GRANDES INVALIDECES

Un acercamiento al VIH como antígeno causante de lo que comúnmente se denomina seropositividad en el ser humano y el posterior, aunque no necesariamente, desarrollo del SIDA, necesita del conocimiento de una serie de nociones médico-científicas que abarcan desde el simple desentrañamiento de la existencia de los virus en las personas a la comprensión de una serie de enfermedades denominadas oportunistas, que aprovechan la inmunodepresión humana para invadir el organismo.

Todos los conocimientos médicos y la terminología científica que los acompaña son necesarios para intentar comprender el desarrollo físico de la enfermedad, sin embargo, no pasan de ser simplemente eso, un esquema que permite comprender y asimilar qué es el virus de Inmunodeficiencia Humana, cómo se transmite, de qué manera afecta al organismo, y por qué en algunas ocasiones origina el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Sentadas estas premisas es fundamental ir definiendo concretamente cual es el significado específico de una serie de términos que, por su divulgación fundamentalmente, a través de los medios de comunicación, han pasado a formar parte del lenguaje cotidiano y de las que se puede hacer un uso

incorrecto y seguir provocando con ello un clima de confusión generalizada.

SIDA: es una de las palabras más leídas, escritas y habladas en los últimos años. El uso de este término debe ceñirse exclusivamente para referirse al período final de todo un proceso de infección (infección por VIH) causada por la destrucción del sistema inmunitario, debido a la acción de un virus llamado VIH. Pero es preciso desentrañar específicamente lo que suponen cada una de las letras que conforman esta sigla: Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida.

- Un síndrome es el conjunto de signos y síntomas que caracterizan a una enfermedad que, en el caso de las personas afectadas por VIH, son una serie de enfermedades desarrolladas debido al descenso de la capacidad defensiva del organismo (estas enfermedades se denominan oportunistas)
- Inmuno hace referencia directa al sistema defensivo del organismo.
- Deficiencia, asociada a la anterior palabra, señala la alteración del sistema inmunológico, concretamente a una pérdida de la capacidad defensiva del organismo debida al descenso de linfocitos T4 tras ser atacados estos por el VIH.
- Adquirida, es decir, que se adquiere, que no es transmisible genéticamente, sino que es debida a un agente (en este caso el VIH) que se transmite de una persona a otra al mantener unas determinadas prácticas de riesgo o de una madre infectada a su futuro hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Por ello, es erróneo calificar como SIDA al conjunto de la enfermedad, que como ya se ha mencionado anteriormente

se denomina Infección por VIH, siendo ésta el desarrollo de un proceso patológico que afecta al conjunto del organismo debido a la acción del VIH.

Así pues, existe una enfermedad catalogada y definida médicamente que es la infección por VIH. El **VIH** es un virus muy específico cuyas siglas significan Virus de Inmunodeficiencia Humana.

- Un virus es un elemento vivo, ajeno al organismo, que solamente puede sobrevivir dentro de las células a las que infecta. Necesita, por tanto, la estructura de otros seres vivos para su reproducción y fuera de este medio su esperanza de vida es muy limitada, dependiendo de diversas condiciones ambientales. En concreto, el VIH es bastante sensible y en determinadas circunstancias puede eliminarse, por ejemplo, con más de 60º C, con alcohol puro o lejía. También es imprescindible conocer que un virus no es mucho más que un paquete de información genética, que debe utilizar la maquinaria de una célula para lograr su propia réplica, reproducirse y así originar procesos infecciosos.
- Inmunodeficiencia, es decir, el virus origina un debilitamiento del sistema inmunitario
- Humana, única y exclusivamente afecta al ser humano.

Por tanto, la característica primordial del VIH es que va debilitando paulatinamente el sistema inmunitario de los seres humanos, centrando su acción en unas células específicas: los linfocitos T4 o CD4.

La masiva e inexorable destrucción de linfocitos T4 por parte del VIH merma la capacidad defensiva del sistema inmunitario, que es incapaz de realizar con normalidad sus funciones. Aparecen entonces una serie de enfermedades ante

las que el organismo no puede responder, estas enfermedades no afectarían de igual modo a una persona sana, ya que sus sistema inmunológico se encargaría de rechazarlas o neutralizarlas. En conjunto se les denomina enfermedades oportunistas, puesto que aprovechan la debilidad y la indefensión del sistema inmunológico para atacar el organismo.

Esta situación es la que provocará grandes invalideces en las personas afectadas por el VIH/SIDA. Invalideces, que traducidas al ámbito social, van a generar una serie de necesidades sociales que deberán ser cubiertas en la medida de lo posible desde el ámbito familiar (en el caso que existiese lazos afectivos y relacionales y éstos no fuesen débiles por el miedo y el rechazo social que provoca o por cualquier otro motivo anterior existente) hasta el ámbito de la Administración Pública (Pensiones de Invalidez de la Seguridad Social, Pensiones No Contributivas, Ayuda a Domicilio, Casas de Acogida...).

CUANDO AFECTA MÁS A LAS CLASES SOCIALES PEOR DOTADAS ECONOMICA Y CULTURALMENTE

El VIH es un virus que se transmite por unas prácticas de riesgo muy concretas. El VIH no es un virus que podamos catalogarlo en los mal denominados «grupos de riesgo». El VIH es un virus totalmente «democrático» que no entiende de razas, sexos, clases sociales; únicamente está esperando una puerta de entrada, y esa puerta de entrada son: relaciones sexuales cuando existe penetración anal, vaginal o sexo oral sin utilización del preservativo, compartir jeringuillas sin desinfección, madre a hijo durante el embarazo, el parto y/o leche materna.

Por la experiencia de 10 años de funcionamiento observamos que no basta con la información, sino que debemos ir mucho más allá, debemos facilitar los mecanismos y estrategias necesarias para potenciar habilidades comunicativas y

utilización de las medidas de prevención mediante un trabajo continuado y participativo en el que se fomenten y consigamos cambios de actitudes frente a la prevención de la transmisión del VIH, así como actitudes de normalización evitando las situaciones de rechazo y marginalidad que provoca la infección por el VIH/SIDA.

Así mismo, debemos facilitar los mecanismos necesarios para el conocimiento de los recursos existentes con la única finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH/SIDA y entorno que le rodea (familias, amigos...)

Pero no basta con la información y estrategias de intervención potenciando cambio de actitudes tanto a nivel comunitario como individualizado y/o familiar. Debemos facilitar la accesibilidad de los recursos, de las herramientas necesarias para conseguir las finalidades de prevención del VIH/SIDA, normalización de la problemática social que genera y mejoría de la calidad de vida de las personas afectadas directamente por el VIH/SIDA. Tales herramientas irían desde: abaratamiento de los preservativos, dispensarios gratuitos de preservativos, ayudas sociales y/o económicas que permitan una vida digna....

A todo lo expuesto es a lo que nos referimos cuando hablamos de el SIDA como enfermedad social en cuanto que afecta más a las clases sociales peor dotadas económica y culturalmente puesto que presentan mayores dificultades para acceder a la información e igualmente mayores dificultades para contar con los recursos necesarios para conseguir una mejoría en la calidad de vida.

2.- CALIDAD DE VIDA

Nos encontramos, por tanto, con un colectivo de personas con VIH/SIDA. Los aspectos sociales de pacientes con VIH/SIDA se han estudiado ampliamente y derivan, principalmente, de la marginación y la pobreza. Una parte del colectivo de

personas afectadas por el VIH/SIDA no disponen de recursos suficientes ni del apoyo socio-familiar necesario para alimentarse adecuadamente, tener una vivienda o llevar un tratamiento, seguimiento y régimen de vida adecuados y dignos a su condición de enfermos.

En muchas ocasiones el primer problema suele ser la supervivencia diaria y son frecuentes los derivados de la juventud de los pacientes, de la existencia de niños pequeños o de otras personas que dependan económicamente de la persona con VIH/SIDA, el impacto personal tras el diagnóstico, la forma de vida, el aislamiento social, las malas relaciones con la familia.

Por tanto, consideramos que, independientemente de los factores fisiológicos, existen otros condicionantes sociales influyentes en el individuo como parte integrante de la sociedad. Estos factores son fundamentalmente dos: económico y educativo.

- **Economía:** a menor nivel económico la persona contará con menos posibilidades para acceder a una vivienda digna, costearse los tratamientos y complejos vitamínicos. La posibilidad económica va a determinar, en gran medida, el que «yo» como persona pueda acceder a una mayor calidad de vida.
- **Educación:** la educación es primordial para mejorar la salud de los individuos y la comunidad, potenciando los hábitos, costumbres y comportamientos más adecuados.

Los medicamentos no son la vía exclusiva para poder mitigar la acción del VIH en el organismo. Desde el primer momento, en el que conocemos nuestro diagnóstico de seropositividad del VIH, podemos hacer una serie de sencillas **actuaciones** que pueden ralentizar la acción del virus:

Evitar nuevas reinfecciones: Las personas infectadas por el VIH/SIDA deben continuar adoptando medidas de prevención para evitar la infección hacia terceros pero, al mismo tiempo, evitar la entrada de más cantidad de virus en el organismo, ya que, a mayor presencia viral el deterioro del sistema inmunológico es mayor.

Evitar el consumo de drogas (heroína, cocaína, tabaco, alcohol...): ya que disminuyen la resistencia del organismo a las infecciones por la acción debilitadora que tienen sobre el sistema inmunológico.

Llevar una vida tranquila y sana: dormir regularmente ocho horas al día, llevar una vida metódica y ordenada, evitar el estrés.

Higiene personal: lavado diario corporal y dental (cepillos que no hagan daño para evitar posibles infecciones).

Vivienda: situación higiénico-sanitaria, evitar el hacinamiento familiar

Sanitarias: revisiones médicas, potenciar hábitos para la toma de tratamientos.

Nutricionales: mejorar la calidad de lo que se come, dieta equilibrada, complejos vitamínicos.

Ejercicio: es conveniente, pero evitar los deportes de competición o esfuerzos.

Tensiones de la sociedad actual: es la principal causa que acompaña al progreso de la enfermedad. Estas tensiones seguirán existiendo siempre que nosotros, como familiares, amigos, compañeros de trabajo y/o de la comunidad escolar, profesionales sanitarios-sociales, y, por tanto, como sociedad, continuemos potenciando y generando comportamientos de discriminación. Las malas condiciones laborales, la disminución de las probabilidades de encontrar un puesto de trabajo.

Las malas condiciones laborales, la inadaptación laboral, la expulsión del trabajo, la disminución de las probabilidades de encontrar un puesto de trabajo son otras de las problemáticas con las que nos encontramos y que provocan alteraciones emocionales.

Existe una estrecha relación entre la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes con infección por VIH. A veces es como si la perdiéramos de vista y lo abandonásemos sin darle la importancia que se merece, quizás por la necesidad de intentar encontrar lo más rápidamente posible tratamientos frente al VIH/SIDA y facilitar la adhesión de los mismos a los pacientes VIH/SIDA.

La CALIDAD DE VIDA es ante todo VIVIR AQUÍ Y AHORA «a pesar de la presencia del virus o de la enfermedad, siendo capaz de creatividad, de actividad humana enriquecedora, de emociones, de producción profesional y social y de gratificación personal profunda» (testimonio de una persona afectada).

3.- ESTIGMATIZACION

El SIDA es una enfermedad de significados, metaforizada (Metáfora es dar a una cosa el nombre de otra). Los significados, la interpretación que se le da a una enfermedad hacen sufrir más que la enfermedad misma.

Uno de los términos con los que se habla del VIH/SIDA es epidemia (enfermedad que afecta a la vez a muchas personas) y las epidemias se asocian con la peste. Peste, por su parte, es la metáfora con que se entiende la epidemia del VIH/SIDA y es un término que se ha utilizado para referirse al «mal o al flagelo».

Para analizar y comprender el SIDA como fenómeno social es preciso hacer uso de las distintas enfermedades o «pes-

tes» que han incidido a lo largo de la historia, señalando las características y respuestas socioculturales que han generado y cómo se han creado en torno a ellas variados mitos.

La enfermedad ha sido una realidad inherente a la condición de los seres humanos desde su existencia. Toda sociedad establece un diálogo con sus enfermedades en el que, fruto de sus experiencias, forja una imagen, una teoría sobre la misma y establece unas pautas de conducta tendentes a su prevención y curación.

En cada sociedad y período histórico es posible encontrar una enfermedad que simboliza y que es la metáfora paradigmática de los problemas de esa sociedad. De acuerdo con este criterio, la enfermedad sería el símbolo negativo, la señal que caracteriza a una época dada.

LA LEPRA (4.600 a.c.- siglos X-XIV) presenta semejanzas con el SIDA

- Los síntomas no aparecen hasta meses o años después de la infección.
- Dura toda la vida del enfermo, aunque la lepra tiene un tratamiento después del que los enfermos no la transmiten, a diferencia de lo que ocurre hoy con el VIH/SIDA, donde la posibilidad de infectar a otras personas persiste a lo largo de toda la enfermedad.
- Transmisión de madre-hijo.
- Actualmente, se calcula que existen en el mundo entre 10 y 15 millones de personas afectadas por la lepra. Existía una cierta creencia médica de la transmisión a través del aire, enfermedad asociada con la muerte y con la transmisión sexual. («castigo divino»).

LA SÍFILIS (siglo XV-Época del Descubrimiento):

- Entre los siglos XV y XVIII la enfermedad se considera un castigo a los pecados individuales, siendo un signo de degeneración moral del individuo. A partir del siglo XIX, la enfermedad se considera un ataque a la sociedad y el enfermo se transforma en un peligro social. Se intenta marginar y controlar la prostitución, pero siempre con una doble moral: atacar a las prostitutas pero disculpar a los clientes.
- Los médicos llegan a divulgar la idea del contacto casual como motivo de contagio, para proteger la reputación de los hombres de la clase media contagiados en sus relaciones extramatrimoniales.

LA TUBERCULOSIS (siglo XIX-Época del Romanticismo)

- Con la tuberculosis se puede asegurar que la noción de enfermedad se individualiza debido a tres factores: la enfermedad deja de ser un factor, un fenómeno de masas, la muerte no es el resultado inevitable de la enfermedad y la existencia de tratamientos médicos.
- En la primera mitad del siglo XIX se produce una mistificación de la enfermedad que pasa a denominarse como el «mal de vivir» o el «mal del siglo». Durante muchos años se creyó que era una enfermedad hereditaria que afectaba principalmente a los ricos, jóvenes y mujeres.
- El Romanticismo dibujó una imagen muy peculiar de la tuberculosis, convirtiéndola en la enfermedad de moda.
- Una vez descubierto que la enfermedad no es hereditaria sino que se contagia se produce un cambio de actitud en la sociedad: se le tiene miedo y se intenta esconderla. Las familias se avergüenzan de un enfermo de tuberculosis y, al morir, ocultan la verdadera causa del fallecimiento.

EL CÁNCER (siglo XX- Sociedad del Desarrollo)

- Aunque no es una enfermedad infecciosa, nos referimos a ella por el carácter negativo que presenta.
- La enfermedad aumenta el sufrimiento de las personas que la padecen, provocando con ello sentimientos de vergüenza.
- Era considerado como una degradación del "yo".
- Aparecían ficciones sobre la responsabilidad y sobre la predisposición caracterológica. Sólo era de los derrotados psíquicos y los reprimidos de la ira y el sexo.

EL SIDA (Sociedad Del Futuro Inmediato)

- El problema del Sida fue enfocado desde el primer momento de la manera más inadecuada.
- Reeditando las reacciones sociales ante la peste, estigmatizando colectivos humanos.
- Creando el criterio de "grupos de riesgo".
- Promoviendo el aislamiento a los afectados.
- Desinformando a las personas "normales", haciéndoles creer que estaban fuera de todo riesgo.

Los epidemiólogos, ofrecieron a la "sociedad de los normales" una explicación fundada en estadísticas (no en prejuicios) permitiéndole con elegancia y aparente rigor llegar a decir que "la población normal" no tiene que preocuparse.

Dos han sido las consecuencias más importantes de esta práctica:

- No se alentó la solidaridad
- No se inculcaron las medidas de prevención

En 1981 aparecen los primeros casos y con ello la **“Teoría de las 4H”**. Se describen los primeros casos del SIDA en la comunidad homosexual en Los Ángeles. El Centro de Enfermedades Infecciosas de EE.UU. reportaba la presencia de cinco casos de individuos aquejados de enfermedades poco frecuentes entre personas jóvenes (Neumonía Carinni y Sarcoma de Kaposi) y de escasa incidencia en Occidente. Los cinco casos tenían en común que eran homosexuales y que habían consumido “Poppers” (nitrato de amilo utilizado en el mundo gay como afrodisíaco).

Nace así la **primera “H”**, y el primer nombre dado al SIDA (“GRID” – Inmunodeficiencia Relacionada con los Gay,s -).

Pronto apareció la **segunda “H”**, la de los Heroínómanos. De este modo, aparecen los primeros datos epidemiológicos que indican que el SIDA es una enfermedad infecciosa transmisible por vía sanguínea y sexual.

Sin embargo, los medios de comunicación seguían insistiendo en denominarlo “cáncer gay” o “peste rosa”.

La **tercera “H”** surge cuando en 1982 también comienzan a aparecer casos de personas hemofílicas que habían recibido transfusiones o hemoderivados.

Finalmente, surge la **cuarta “H”**, de Haitiano al detectarse en Nueva York varios casos de afectados por el VIH con esta nacionalidad.

La “Teoría de las 4 H” origina la idea de **“grupos de riesgo”**, el primer equívoco y el más dañino.

1983 quedará marcado en la historia de la medicina por la aparición de una enfermedad nueva, extraña y mortal, y por el misterio que oculta obstinadamente sus causas, a pesar de los esfuerzos desplegados en el mundo entero.

Las campañas de sensibilización van dirigidas en los primeros años fundamentalmente a colectivos específicos: homosexuales y heroinómanos.

El profesor Lu Montaigner, del Instituto Pasteur de París, descubre el agente causal del SIDA; el VIH, haciendo una primera descripción del mismo. Fue éste el año en el que la comunidad médica reconoció la existencia de una nueva enfermedad caracterizada por el hundimiento acelerado de las defensas inmunológicas del organismo, que fue denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El resto de las campañas no ofrecen información sino que están basadas en fomentar la prevención desde el miedo con imágenes tremendistas (guadañas, cementerios...).

Las razones por las cuales el VIH/SIDA se asocia con la peste y, consecuentemente, ha provocado respuestas colectivas de incertidumbre y de miedo son:

- **Información:** escasez de información o mal entendimiento de la misma, junto con la falta de preocupación de búsqueda personal de esa información y el carácter trágico, catastrofista y morboso de los hechos divulgados por los medios de comunicación.
- **Asociación con la muerte:** desconocimiento de una vacuna. La medicina tiene como objetivo la curación, en el momento en que este objetivo no se consigue, la enfermedad desvela miedos, incertidumbre y necesidad de protegerse frente a ella.
- **Origen exótico-extranjero:** la enfermedad siempre viene de otra parte. Los extranjeros son vistos como portadores de la enfermedad, lo que induce a que la prohibición de la entrada de inmigrantes. El origen externo de la enfermedad preserva o resguarda la moral y la ética de la sociedad afectada.

- **La transmisión sexual del VIH:** las enfermedades de transmisión sexual son interpretadas y juzgadas como “una calamidad que se ha buscado uno mismo”, “los afectados merecen un juicio severo”, “es debida a una perversión sexual”, “inspiran al contagio fácil”, “son descritas no como un castigo individual sino colectivo”, “son consideradas como juicios a la sociedad, ya que la sociedad merece un juicio severo por su moral permisiva”.

Los miedos irracionales asociados al VIH/SIDA son muy viejos:

- Intento de identificar a los culpables y aislarlos de la sociedad. Alejamiento de las personas enfermas por miedo al contagio.
- Desinformación generalizada que provoca miedos injustificados al contagio (miedo al contacto casual).

La ignorancia, la intolerancia y los prejuicios sociales son las razones que generan la estigmatización, ya que al malestar biológico y psíquico se añade el malestar social.

INTERVENCION. AREAS DE ACTUACION

Se hace necesario, pues, un enfoque interdisciplinar del problema, un modelo del hombre. Un modelo de salud-enfermedad que contemple al hombre como una totalidad biopsicosocial integrada en estrecha relación con su medio.

Los factores que inciden sobre la Salud de la población son cada vez más sociales y menos médicos: educación, pautas de conducta, hábito de fumar y consumo habitual de bebidas alcohólicas, falta de ejercicio físico. Debemos considerar y tratar cada uno de estos niveles con la máxima eficacia, como personas que poseen unas necesidades, no sólo biológicas, sino también intelectuales y afectivas.

Un enfoque interdisciplinar que vaya encaminado a:

- Mejorar la calidad de vida.
- Fomentar que la familia cubra las necesidades tanto físicas como emocionales.
- Reforzar las medidas de prevención
- Favorecer actitudes de tolerancia y normalización.

Todo ello, desde una perspectiva de Responsabilidad Individual y Social.

Podemos establecer y/o diferenciar en el campo del VIH/ SIDA 3 niveles de intervención:

A. Individualizado

B. Grupal: familia, amigos...

C. Comunitario

A y B: NIVEL DE INTERVENCION INDIVIDUALIZADO Y GRUPAL

Existen dos niveles de intervención:

- Centrado en el individuo: la persona seropositiva y/o enferma de Sida
- Implicaría la intervención con la familia, el grupo de amigos como entorno que rodea al individuo.

Contemplamos las siguientes fases:

ACOGIDA	
INFORMACION Y ORIENTACION	
DERIVACION Y SEGUIMIENTO	
ACOMPANAMIENTO	
POTENCIAR RECURSOS EXTERNOS	
PROVOCAR CAMBIOS DE ACTITUDES	-Nivel preventivo -Potenciar hábitos saludables -Apoyo emocional
FACILITAR ESPACIOS DE CONVIVENCIA	

En estos niveles de intervención aplicaremos el "Counselling" y la relación de ayuda como metodología de intervención, fundamentalmente.

El "Counselling" es una herramienta que vuelve más eficaz la comunicación con el usuario, ayudándole en la toma de decisiones, en que se den respuesta a ellos mismos. Es una interacción entre el asesor y el usuario para una mejor toma de decisiones, y está especialmente dirigido a personas que:

- Que temen estar infectadas por el VIH.
- Están pensando en hacerse la prueba.
- Se han hecho la prueba (con resultado positivo o negativo).
- No se hacen la prueba a pesar de tener comportamientos de riesgo.
- Las personas con VIH/SIDA.
- Tengan dificultades con el empleo, la familia, el aspecto económico... por ser afectados por del VIH.
- Familias y amigos de una persona que tenga el VIH.

- Personal de salud y otras personas (voluntarios, agentes de salud, profesionales) que tengan contacto con el VIH.

Los objetivos de la aplicación del “Counselling” son:

- Facilitar la educación sanitaria para prevenir.
- Proveer apoyo psicosocial al afectado, familiares, cuidadores, etc.
- Proporcionar herramientas que ayuden a controlar.

Su objetivo último es, evidentemente, mejorar la salud de la persona, no olvidando nunca un paso intermedio: cuidar también al profesional y al voluntario.

El “Counselling”, por tanto, como metodología de trabajo de información y soporte emocional tiene como finalidad principal la resolución de problemas y la motivación de cambios de comportamientos y actitudes, bajo las premisas:

- Preguntar
- Escuchar
- Pedir opinión
- Facilitar
- Respetar

Evitando:

- La Imposición
- El juzgar
- El etiquetar
- El exigir
- Presuponer

Estableciendo una comunicación, un diálogo socrático, un acuerdo coste/beneficio y autocontrol.

La Relación de Ayuda potenciando igualmente la palabra, la escucha como medios de comunicación potentes y refinados respetando los silencios, activando los siguientes mecanismos:

- **Prestar atención:** ponerse en actitud de escucha "sentir al otro", suspender los propios prejuicios, reflexionar sobre lo que dice el otro, resistir a las distracciones internas, recordar sus expresiones, querer comprenderlo y demostrárselo. Todo esto para el "cliente" significa hacer aflorar la necesidad de inclusión o mutua implicación de la persona del ayudante.
- **Comunicar profundamente:** comprender al otro como él mismo se comprende, acogerlo como es, querer que viva y sea feliz, buscar una cierta unidad, permanecer en sí mismo, autónomo. Esto anima al cliente a la exploración y la autovaloración de lo positivo que revive y le burbujea dentro.
- **Respetar la autonomía:** no manipular a la persona, creer en el autodesarrollo del otro, amar, sin ser obstáculo, no forzar la reciprocidad, comprender más allá de las apariencias. Esto origina en el cliente una nueva autocomprensión "dónde estoy ya y dónde llegar con mis fuerzas y disponibilidad".
- **Expresar el amor:** alcanzar el corazón del otro con gestos apropiados, amarlo con expresiones de ternura y respeto, superar el deseo egoísta de posesión exclusiva. Las expresiones de amor por parte del ayudante hacen posible en el cliente el movimiento hacia la acción, hacia comportamientos nuevos y metas operativas cada vez más altas.

En todos los niveles de intervención con la problemática a la que hacemos referencia es imprescindible que el profesio-

nal, es este caso **Trabajador Social**, en cualquier ámbito de actuación (Hospital, Centro de Salud, Centro de Desintoxicación, Centro de SS.SS., Entidades privadas sin ánimo de lucro...), presente un equilibrio entre el "**SABER**" (conocimientos), el "**SABER HACER**" (habilidades de comunicación, de autocontrol, de intervención centrándose en la persona y no en el problema o el impacto de éste sobre una única dimensión), y el "**SABER SER**" (crecimiento y maduración personal de cara a poder acompañar).

Málaga es una de las provincias de la Comunidad Autónoma Andaluza que cuenta con mayor número de casos SIDA y de nuevas infecciones. Es cierto, ya que las estadísticas así lo demuestran, que las nuevas infecciones se están produciendo entre la población joven y la población adulta que mantienen relaciones sexuales en el colectivo heterosexual. No obstante nos encontramos con una tasa elevada de personas ADVP que quedaron infectadas. Nuestra intervención debe dirigirse fundamentalmente contemplando la coordinación con Recursos institucionales, profesionales especializados contemplando en cualquier caso los niveles de intervención anteriormente reseñados.

La intervención de los AGENTES SOCIALES –voluntarios, profesionales...- debe encaminarse a aquellos aspectos sociales que rodean al VIH y que a través de una buena utilización de los RECURSOS EXISTENTES pueden encontrar los apoyos suficientes para proporcionar un AUMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA. Para ello, es necesario conocer las implicaciones médicas, psicológicas y sociales del VIH/SIDA así como saber dar a conocer en nuestro campo de actuación los conocimientos adquiridos.

Las AREAS DE ACTUACION son:**POBLACION EN GENERAL**

- Teléfono de Información
- Servicio de Atención Directa
- Campaña de Difusión y Prevención
- Celebración Día Mundial del SIDA
- Cursos Formación: *De Mediadores Sociales
- *De Voluntariado
- *A Profesionales

COLECTIVOS ESPECIFICOS

- Teléfono de Información
- Servicio de Atención Directa
- Servicio de Trabajo Social
- Servicio de Atención Psicológica
- Campaña de Difusión y Prevención
- Intervención Prostitución
- Intervención C. Penitenciario

POBLACION AFECTADA DIRECTAMENTE**(VIH+, familiares, amigos...)**

- Teléfono de Información
- Servicio de Atención Directa
- Servicio de Trabajo Social
- Servicio de Acompañamiento Domiciliario y Hospitalario
- Casa de Acogida VIH/SIDA con problemas urgencias sociales
- Centro de Día: Talleres alternativos

Tales áreas de actuación, desde la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Málaga –ASIMA- las enmarcamos en una serie de programas, servicios y actividades que a continuación detallamos:

PROGRAMA DE FORMACION DE VOLUNTARIADO

El voluntariado aparece con un compromiso de ayuda impulsado por una o varias motivaciones, que pueden variar en cada uno de los individuos, y de la solidaridad con otras personas o grupos que se traducen en acciones a favor de los demás o de intereses sociales colectivos, según un proyecto que no se agota en la intervención misma, sino que tiende a erradicar o modificar las causas de las necesidades o marginación.

El papel del voluntariado resultaría extremadamente difícil sin una formación previa y continuada que, por un lado, aporte una cierta seguridad al voluntario, y por otro, asegure una buena atención a las personas afectadas por el VIH/SIDA.

Desde ASIMA organizamos e impartimos 2 Cursos de Formación Básica anualmente. El proceso de captación, selección y participación es el que a continuación exponemos:

- Contacto telefónico o por correo con las personas que han demandado el curso.
- Entrevista personalizada de cada una de las personas interesadas con los objetivos de: conocer su motivación, habilidades, conocimientos, así como para potenciar el compromiso y nivel de implicación.
- Participación en el Curso de Formación Básica.
- Posterior integración de los voluntarios en cada uno de los programas adecuando las necesidades de la Asociación con la motivación del voluntario.

Los contenidos del Curso de Formación Básica de Voluntariado quedan establecidos en 8 bloques temáticos:

- Aspectos médicos sobre la infección del VIH/SIDA.
- Actualización de tratamientos antirretrovirales.
- Aspectos psicológicos y emocionales de los pacientes VIH/SIDA y el cuidador.

- Calidad de vida y responsabilidad social e individual sobre el VIH/SIDA. Recursos Sociales.
- Legislación referente al VIH/SIDA.
- Voluntariado y Asociacionismo.
- Filosofía del Movimiento Ciudadano Anti-Sida del Estado Español. Programas y Servicios.

Los cursos son impartidos por profesionales: médico, trabajador social, psicólogo, abogado perteneciente al movimiento ciudadano anti-sida.

Cada uno de los programas que venimos desarrollando son coordinados y supervisados por un responsable y/o coordinador.

El voluntariado una vez integrado en uno de los programas se encontrará bajo la supervisión, coordinación, seguimiento y acompañamiento de su responsable, encargándose éste último de la formación específica y continuada que se requiera.

PROGRAMA DE DIFUSION, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN

La aparición y posterior desarrollo de la infección por VIH ha provocado y continúa provocando multitud de respuestas que van desde el rechazo y condena de ciertos sectores sociales hasta la aceptación y normalización

Es toda nuestra sociedad la que está enferma de miedos, de prejuicios, de insolidaridad y de injusticias ante esta enfermedad; y son las personas afectadas por el VIH/SIDA y sus allegados, los ciudadanos los que sufren sus consecuencias.

Se hace indispensable, por tanto, el desarrollo de campañas periódicas de información, claras y precisas, pues sólo así, la Educación y la Información podrán favorecer el control de un problema de salud pública que atañe a todos.

Implantar campañas de prevención que sean eficaces conlleva conocer los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la población a la que va a ir dirigida.

Realizar una labor de sensibilización exige, por un lado, una intervención específica con unos medios y recursos particulares para los distintos grupos sociales (jóvenes, mujer, profesionales de la salud, etc.); por otro, una continuidad en las campañas.

En definitiva, se necesita una Labor Educativa que contemple no sólo las campañas publicitarias, sino que éstas vayan apoyadas y reforzadas por otro tipo de actividades que permitan una mayor aproximación e interacción con la población a la que están dirigidas, como pueden ser Talleres que potencien cambios de actitudes y conductas.

Debemos tener en cuenta que sólo la información no cambia los hábitos, que las campañas que aluden a la represión no son eficaces. Hay que prevenir desde la incidencia en las actitudes personales. Tal y como nos dice José Luis Bimbela de la Escuela Andaluza de Salud Pública: "Hay una tendencia creciente a culpar a aquellas personas que no cambian su comportamiento o que no lo cambian tan rápidamente como querríamos. La lógica de esta censura es clara: "te hemos enseñado lo que hace falta que sepas, ahora es problema tuyo cambiar tu comportamiento, y si no lo haces, bien, has fallado y nosotros ya no podemos hacer nada más".

Intervenir en Prevención también requiere facilitar unos medios materiales y capacitar para su uso. Es por ello, por lo que desde la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Málaga – ASIMA-, junto con la labor educativa y de capacitación, en distintos colectivos, se realiza un esfuerzo para poder distribuir de la forma más amplia posible estos materiales preventivos, pero está fuera de nuestro alcance el conseguir un abaratamiento de los mismos y lograr una mayor disponibilidad para

el usuario, que consideramos debe asumirse como responsabilidad desde la Administración y con ello conseguir que la prevención no quede en meras palabras.

Las actividades que venimos desarrollando a lo largo de todo el año desde ASIMA son:

- Campaña General de Difusión a entidades públicas y privadas de Málaga capital y provincia.
- Campaña "Cuídate..." en colaboración con la Coordinadora de Gays y Lesbianas de Barcelona.
- Distribución pegada de carteles informativos por diferentes tipos de instituciones socio-sanitarias (públicas y/o privadas), Facultades y Escuelas universitarias, Institutos.
- Reparto de material informativo y preventivo (preservativos).
- Difusión de la información a través de los diferentes medios de comunicación.
- Instalación de Mesas y/o "stands" informativos en actividades previamente organizadas.
- Intervención mediante la impartición de Charlas Informativas, Talleres encaminados a potenciar cambios de actitudes frente a la prevención y/o normalización del VIH/SIDA en Colegios, Institutos, Facultades, Centros de Adultos, Asociaciones de Vecinos, Centros de desintoxicación de drogodependientes.
- Participación en cursos, jornadas, seminarios.
- Impartición de Cursos de Formación dirigidos a profesionales sociales, sanitarios, así como colectivos específicos encaminados éstos últimos a la Formación de Agentes de Salud y/o Mediadores Sociales.
- Celebración del Día Mundial del Sida -1 de Diciembre-.

SERVICIO DE INFORMACION TELEFONICA

El principal objetivo de este Servicio es aclarar e informar sobre cualquier tipo de duda sobre posibles prácticas de riesgo, miedos injustificados, actitudes irracionales, recursos institucionales –dónde hacerse la prueba y cómo...- ofreciéndonos en todo momento el Servicio de Acompañamiento Hospitalario en caso de haber existido una práctica de riesgo y la persona se decida hacerse la prueba; así mismo, es un teléfono abierto a cualquier persona seropositiva, familiar y/o amigo que sienta necesidad de descargarse emocionalmente, ofreciéndole información, apoyo emocional y una adecuada atención por parte de los profesionales y voluntarios que atienden este servicio.

Este Servicio quedará contemplado en el Programa de Difusión, Prevención y Atención pudiendo llegar a clasificar las demandas en tres grandes grupos:

- 1.- Un alto porcentaje de las llamadas plantean como preocupación la posibilidad de un "contagio" ante situaciones que carecen totalmente de riesgos: compartir vasos, aseos, besos, masturbaciones e, incluso, situaciones totalmente alejadas de la realidad.
- 2.- Descarga emocional e información sobre enfermedades oportunistas, tratamientos del VIH/SIDA de personas afectadas por el VIH/SIDA, familiares, amigos.
- 3.- Derivación por parte de profesionales e instituciones tanto públicas como privadas a los Servicios de la Asociación.

Las respuestas van encaminadas a cubrir las necesidades y demandas planteadas presentando la persona diferentes estados anímicos.

La Información que ofrecemos a través del Servicio Telefónico tiene las siguientes características:

- 1.- Nunca tiene carácter de consulta médica.
- 2.- Es confidencial.
- 3.- Se utiliza un lenguaje sencillo y asequible.
- 4.- Es objetiva, no se admiten juicios de valor.
- 5.- Es ecuánime, evitando siempre dar consejos acerca de conductas personales.
- 6.- Es homogénea, no utilizando mensajes contradictorios que confundan al interlocutor.
- 7.- Es racional, informando sólo de los aspectos de la enfermedad contrastados y asumidos por la comunidad científica y huyendo de informaciones catastrofistas.
- 8.- Es fundamental "saber escuchar" y "empatizar".

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DOMICILIARIO Y HOSPITALARIO

Cuando a una persona le notifican un resultado de seropositividad (VIH+) lo más probable es que se produzcan alteraciones a nivel emocional, laboral, familiar, sexual. Algunas o todas las áreas de su vida se pueden ver alteradas y la persona debe enfrentarse a una aceptación y adaptación a un nuevo estilo de vida si desea que su proceso sea positivo emocional y/o socialmente y su calidad de vida sea buena y adecuada.

Surgen reacciones de estrés muy intenso y de ansiedad que van a depender de tres factores fundamentalmente:

- La información previa que tenga sobre la enfermedad.
- El estadio de la enfermedad.
- Personalidad.

Desde el primer momento del diagnóstico se producen sentimientos de negación de la enfermedad, miedo, rabia, retraimiento social y sexual, aislamiento. Uno de los elementos más importantes de este aislamiento social es que la persona pueda permanecer durante mucho tiempo sin desear relacionarse con nadie de su entorno social.

Otro de los momentos difíciles en los que las personas con esta problemática se encuentran es el estadio avanzado de la enfermedad en el que no posea independencia total debiendo permanecer en casa durante largos períodos de tiempo hasta llegar a recuperarse o, en el peor de los casos que se produzca una cronicidad de este estado de inmovilidad o de debilitamiento.

La familia se ve inmersa emocionalmente, y al igual que en la persona afectada, puede desatarse sentimientos intensos de estrés, de miedo al dolor, de no saber qué hacer, de cansancio. Todo lo expuesto va a depender de las características de la familia, de la relación existente entre los miembros y la relación con el paciente.

En otros casos nos encontramos con pacientes que carecen de relaciones familiares, bien porque no cuentan con ningún familiar, o bien porque las relaciones familiares se encuentran deterioradas con anterioridad al conocimiento de la seropositividad o posterior a dicha información.

He aquí la importancia del voluntariado como agente de salud actuando desde el acompañamiento y apoyo emocional.

A lo largo del curso de la infección por VIH, se pueden producir varias hospitalizaciones como consecuencia de la aparición de enfermedades oportunistas. En muchos casos estas hospitalizaciones no son muy largas, pero en otras, cuando el estado de la enfermedad es grave, puede ser de bastante tiempo, encontrándose incluso en una situación grave de de-

terio físico y emocional. Como consecuencia surgen una serie de necesidades en el paciente -dolor, soledad, despersonalización, falta de intimidad - y a nivel emocional sentimientos de miedo al dolor y a la muerte, a la soledad, ansiedad, depresión. Además la familia también se siente sola y cansada bien porque las hospitalizaciones son frecuentes o bien porque son largas por lo que necesitaba, igualmente, descargarse emocionalmente y sentirse acompañada.

El Servicio de Acompañamiento Domiciliario que ofrecemos trata, por tanto, mediante la labor realizada por voluntarios, ofrecer y dar apoyo necesario a las personas con VIH y a las familias y amigos: apoyo emocional, afectivo, compañía, seguridad, información con el objetivo de hacer más soportable la situación que puede llegar a saturar y sobrecargar la capacidad de atención de las familias y el propio bienestar del afectado potenciando, al mismo tiempo, espacios de convivencia.

Igualmente con el Servicio de Acompañamiento Hospitalario pretendemos dar cobertura a las necesidades de relación, comunicación y apoyo emocional no cubiertas de los enfermos hospitalizados y familiares.

A lo largo de todo el año venimos realizando acompañamiento a consultas externas a las personas que desean realizarse la prueba así como a aquellas personas seropositivas que requieren de un seguimiento médico continuado.

PROGRAMA DE INTERVENCION EN PROSTITUCION

Nuestra primera intervención de acercamiento entre las Profesionales de la Prostitución clásica del "Muro de San Julián", comienza desde ASIMA en 1992, facilitando información sobre VIH/SIDA y reparto de material preventivo -Preservativos-. En 1995 se amplía la actuación a la "Zona de la Alameda de Colón".

Ofrecemos Cursos de Formación de Agentes de Salud de 5 sesiones en nuestro Centro de Día "Salvador Sánchez".

Al mismo tiempo, ofrecemos un seguimiento individualizado a cada una de las demandas existentes dando a conocer los recursos sociosanitarios existentes además de los Servicios de la Asociación.

La situación actual indica la necesidad de continuar con el programa ya iniciado años anteriores al incorporarse nuevas profesionales jóvenes, las sucesivas visitas que se siguen manteniendo y la entrega de preservativos está dando lugar a la aparición de nuevas necesidades y a la oportunidad de la implementación de estrategias de intervención en la prostitución porque sigue siendo:

- Un órgano diana para la infección por VIH, constituyendo un grupo de personas con alto riesgo para contraer el VIH y otras ETS.
- Importante el consumo de servicios sanitarios y eslabón relevante en la transmisión de estas enfermedades.
- Su bajo nivel cultural (en un porcentaje alto), la marginación en que se produce el desempeño profesional y las características personales de estas profesionales.
- La importancia que dan a la información entre iguales y su efecto multiplicador entre las compañeras.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE ALHAURIN DE LA TORRE

En la actualidad, la infección por VIH/SIDA es uno de los principales problemas de salud que se plantea a las autoridades penitenciarias de muchos países.

Las cárceles ofrecen la posibilidad de INFORMAR y EDUCAR a gran número de personas que pueden haber incurrido o puede llegar a incurrir, en comportamientos de alto riesgo respecto a la infección por VIH y que muchas de estas personas no suelen tener ocasión de recibir este tipo de información en el seno de la comunidad.

Existen variables suficientes para justificar la aparición de alteraciones emocionales, a las cuales se les añaden las condiciones de interacción social de los reclusos entre sí, y en relación con los funcionarios, propias de las Instituciones Penitenciarias, y el hecho básico de la privación de libertad, nos encontramos con una fuente de estímulos constantes de estrés. Reflexionando sobre los pronósticos de los afectados por el VIH, dentro de las prisiones y la posibilidad de desarrollar el SIDA, nos encontramos con que la mayoría de las condiciones puede favorecer su aparición con una probabilidad muy superior a la media general.

Dada toda la problemática expuesta, no hay duda que una buena política, un buen adiestramiento en "Couselling" de los funcionarios de prisiones y medios adecuados podrá convertirse en un elemento sumamente valioso en la erradicación de la epidemia.

La finalidad que nos marcamos es "mejorar la calidad de vida del personal interno en el ámbito penitenciario promocionando los cuidados de salud general dentro de las prisiones, la identificación de personas infectadas asociado al consentimiento y confidencialidad, así como proveerles de apoyo psicológico; informando y formando al personal de prisiones, internos y familiares; haciendo palpable la realidad existente de manera que sociedad, personal de prisiones e internos sirvamos de vehículo para un cambio de legislación y potenciación de recursos externos".

Trabajamos desde finales de 1993 realizando actividades dirigidas tanto a los internos del Centro Penitenciario como a los profesionales y/o funcionarios de prisiones, tales como:

- Difusión y prevención: reparto de material informativo, impartiendo charlas informativas y talleres de cambios de actitudes, Cursos de Formación de Agentes de Salud y seguimiento de sus futuras intervenciones.
- Acompañamiento y/o apoyo emocional individualizado a personas seropositivas y/o enfermas de Sida.
- Ofrecimiento de la Asociación como recurso externo.
- Cursos de formación dirigido a profesionales y/o funcionarios de prisiones.
- Contacto y coordinación con profesionales del Centro Penitenciario.
- Otros.

SERVICIO DE ATENCION DIRECTA Y TRABAJO SOCIAL

Desde el presente Servicio pretendemos dar respuesta a las demandas y necesidades planteadas por las personas interesadas. Las personas que llegan a la Asociación vienen derivadas desde:

- Servicio de Atención e Información Telefónica
- Hospitales y Centros de Salud
- Centros de SS.SS.
- Organizaciones e instituciones que trabajan con diferentes problemáticas (drogodependencias, transeuntismo, mujeres, inmigrantes)
- A nivel personalizado.

La Acogida es una de las principales fases de la intervención, de ella dependerá el éxito de las siguientes fases y, por ello, de nuestro trabajo que repercutirá inevitablemente en la mejora del bienestar de la persona con la que hemos comenzado a recorrer un largo o un corto camino variante en función de la demanda y/o necesidad que presente.

Desde la persona que demanda información sobre VIH/SIDA sin más, hasta la que está planteando hacerse la prueba; desde la persona que acaba de recibir la noticia hasta la que vive en la seropositividad desde hace tiempo y aún no lo ha comunicado en su seno familiar, amigos; desde el familiar que sufre porque la persona seropositiva y/o enferma de SIDA no toma adecuadamente los tratamientos hasta el amigo que no sabe qué actitudes ha de tomar; desde el que celebra su mejoría inimaginable hasta el que sufre por enfermar; desde el que se siente "culpable" por haber transmitido VIH a su pareja hasta la pareja que siente ambivalencia de "AMOR-ODIO".

Todos ellos son ante todo personas, seres humanos necesitados de ser acogidos y en nuestras manos está el SABER "ACOGER", aceptar, recibir, proteger.

Se hace pues imprescindible, al mismo tiempo, un lugar, un espacio, un tiempo acogedor, agradable, cómodo, hospitalario, sociable que permita una libre, clara y sincera expresión de emociones de aquellos a los que acogemos.

Así y sólo así evitaremos llegar a ser meros gestores de recursos sociales.

La Atención personal ofrece, por tanto, apoyo humano, social y emocional para las personas que de una u otra forma se ven afectadas por el VIH. Este Servicio, al igual que el Telefónico, está integrado por profesionales entrenados en recursos sociales y habilidades de comunicación y relación de ayuda.

Realizamos un seguimiento tanto individualizado como familiar de la persona interesada independientemente de la necesidad de derivación a otros servicios, produciéndose, por tanto, un acompañamiento y apoyo psicoemocional.

Las principales Necesidades detectadas son:

- Necesidad de Intervención y Abordaje Socio-Familiar.
- Necesidades Económicas: ámbito laboral, pensiones.
- Necesidades de relación y comunicación.
- Alteraciones emocionales derivados de posibles efectos secundarios de los tratamientos.
- Sentimiento de soledad, aislamiento y auto-aislamiento, rechazo y autorrechazo.
- Falta de información sobre todo lo concerniente al VIH/SIDA.
- Falta de apoyo del entorno social y familiar.
- Necesidad de conocer a otras personas con su misma problemática.
- Necesidad de ocupar el tiempo libre.
- Acompañamiento hospitalario y domiciliario.
- Adquisición de hábitos saludables con el fin de mejorar la calidad de vida.
- Información sobre cómo tomar los tratamientos y efectos de los mismos.
- Casas de Acogida para enfermos terminales.
- Pisos de Acogida para personas con VIH/SIDA con problemas de urgencia social.

- Pisos de Acogida de Reinserción para personas con VIH/SIDA.
- Centros de Rehabilitación de politoxicomanías.
- Casas de Acogida para la concesión del art. 104.4 del actual código penal (antiguo artículo 60).
- Necesidad de saber controlar los diferentes estados emocionales ya que influyen directamente sobre el sistema inmunológico.
- Falta de atención domiciliaria (Ayuda a domicilio).
- Necesidad de una prevención urgente mediante Información, Educación y facilitación de material preventivo.
- Cursos de formación dirigido a diferentes profesionales (sanitarios, empresarios...).

Igualmente atendemos desde el Servicio de Atención Directa a aquellos ciudadanos que desean tener información sobre el VIH/SIDA, profesionales y estudiantes.

CENTRO DE DIA "SALVADOR SANCHEZ".

Este centro se crea en 1997 dada la necesidad de interrelación y convivencia que expresan tener las personas seropositivas y familiares. Por tanto, surge como espacio de convivencia.

En él se desarrollan las siguientes actividades y servicios:

- **Terapias Individuales:** suelen ser terapias semanales de una hora aproximadamente de duración, aunque dependiendo de la demanda éstas se hacen con más frecuencia. Las terapias individuales van dirigidas tanto a afectados como a allegados. Los objetivos principales de estas atenciones son:

- Proporcionar ayuda para controlar las alteraciones emocionales que aparecen con el VIH.
 - Ofrecer terapias individuales para personas que sufran alguna alteración más acentuada.
 - Facilitar estrategias de afrontamiento a los diferentes medios que van apareciendo en el curso de la enfermedad.
 - Reducir los estados graves de alteración emocional, para evitar que esto afecte a su estado de salud.
- Posibilitar que las familias y allegados puedan también expresar sus emociones y proporcionarles estrategias de afrontamiento a las diferentes situaciones.- Posibilitar hablar del tema de la muerte y ayudar en la despedida.
- **Grupos de Autoapoyo:** Otra de las maneras de poder ayudar a controlar los problemas emocionales, es a través de los Grupos de Autoapoyo, los cuales han demostrado su eficacia desde hace bastante tiempo en diferentes situaciones y enfermedades, por lo que se ve necesario que éstos se creen también en el problema del VIH.

Los objetivos del grupo son:

- Contar con un espacio común donde poder compartir problemas y experiencias agradables.
- Brindar un espacio donde las personas se sientan acompañadas.
- Fomentar la utilización de recursos personales para solucionar sus problemas.
- Estar con personas que se han podido sentir como ellos en algún momento, o que se sienten así en ese momento, en definitiva, COMPARTIR.

- **Cursos de autocuidados y talleres ocupacionales:** El objetivo es ofrecer de manera continuada talleres de autocuidados y cursos de apoyo psicológico donde contar con un espacio que permita desarrollar tanto la creatividad y destreza, como habilidades de comunicación, estimular y potenciar, en definitiva, un estado psicosocial equilibrado

Los cursos que se han impartido han sido los siguientes:

- Taller de Autoestima.
- Taller de Habilidades Sociales.
- Taller de Orientación Laboral.
- Taller de Relajación.
- Taller de Manualidades.
- Taller de Pintura.

PROGRAMA CASA DE ACOGIDA PARA PERSONAS AFECTADAS POR EL VIH/SIDA CON PROBLEMAS DE URGENCIAS SOCIALES

La Casa de Acogida de ASIMA lleva 5 años funcionando como espacio que trata de suplir, parte, de las carencias que, aún hoy día, padecen las personas afectadas por el VIH.

Las tareas fundamentales que se realizan en la Casa, son las de dar acogida y la de contribuir a que los residentes, sean conscientes de su situación y se sientan acompañados en su proceso médico, social y familiar.

Al entrar a formar parte de los residentes de la Casa de Acogida, comienza un proceso de reestructuración vital. Garantizamos, además de cubrir las necesidades básicas de vivienda y alimentación, una parte, no menos importante, para el desarrollo integral de la persona, alternativas:

- Al rechazo: con herramientas para afrontarlo a nivel laboral, social y familiar.
- Al miedo: a la enfermedad en sí, a la medicación.
- A la soledad: que en un tanto por ciento muy elevado, hace sufrir más que el propio virus.
- A la desinformación: que crea unos estados de ansiedad que repercuten en todas las situaciones.
- Al desarraigo: de relaciones y experiencias.
- A la desesperanza: por no encontrar expectativas con las que planificar sus vidas dignamente.
- Al ocio: muchas veces mediatizado por experiencias negativas vividas con anterioridad.

Es nuestro objetivo **ACOGER** tratando de no minimizar ninguno de los aspectos que conforman al ser humano.

BIBLIOGRAFIA PARA CONSULTAR

- **Adler, Michael W.** "ABC del SIDA". Ed. Ancora. D.L. 1991.
- **Amo, Julia del.** "El sida y la mujer: aspectos clínicos y sociales". Ed. Pirámide 1998.
- **Barbero Gutierrez, Javier.** "Afectado por el SIDA: el acompañamiento a personas con VIH/SIDA: claves ideológicas, contextuales y relacionales". 1ª edición -Madrid-: Fundación CREFAT, 1997 (Monografías: 3).
- **Bayés Ramón.** "Sida y Psicología". Ed. Martínez Roca, S.A., 1995.
- **Bermejo, J.C.** "Humanizar el encuentro con el sufrimiento". Ed. Descleé de Brouwer, S.A. Bilbao 1999.
- **Bimbela Pedrola, José Luis.** "Sida y jóvenes: la prevención de la transmisión sexual del VIH". 2ª edición. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.
- **Bimbela Pedrola, José Luis.** "Sida y jóvenes: la prevención por vía sexual. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, D.L. 1996.
- **Cadarso Suárez, Diego José.** "Una encrucijada humana: el SIDA: situación personal y socio-familiar de los portadores del VIH/SIDA. A Coruña: Fundación Paidea, 1995.
- **Documentación** de los Cursos de Formación de Voluntariado y Mediadores Sociales de la Asociación Ciudadana Anti-Sida de Málaga -ASIMA-.
- **García Huete, Enrique.** "Sida: apoyos en el entorno personal, familiar y laboral. 1ª edición. Madrid: EUEDEMA, 1993.
- **Informe sobre el Sida para centros docentes:** programa de educación para la salud escolar. Valencia: Dirección General de Salud Pública, D.L. 1991.
- **Jambers, Brigitte.** "VIH: recomendaciones para afectados y personas de su entorno. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud en colaboración con la Asociación "Salud y SIDA".

- **Llamas, Ricardo.** "Construyendo sidentidades: estudios desde el corazón de una pandemia". Madrid: Ed. Siglo XXI de España, 1995.
- **Maíllo Sánchez J.M. y Carilla J. (traducción).** "La relación de ayuda". Ed. CCs. 1994.
- **Martí García, M.A.** "La tolerancia". Ed. Internacionales Universitarias, S.A. Madrid.
- **Ministerio de Sanidad y Consumo, Plan Nacional sobre el Sida.** "Actitudes sociales ante el sida entre el colectivo de trabajadores en salud: Repercusión sobre la población de toxicómanos". D.L. 1990.
- **Montagnier, Luc.** "SIDA: los hechos, la esperanza". Ed. Act. Del Instituto Pasteur. Barcelona: Fundación "la Caixa", 1993.
- **Nájera Morrondo, Rafael.** "Sida: de la biomedicina a la sociedad. Madrid: EUEMA, D.L. 1990.
- **Nájera Morrondo, Rafael.** "Sida: respuestas y orientaciones.
- **Nekane, Basabe....[et al. (editores).** "El desafío social del Sida". 1ª edición. Madrid: Fundamentos 1996.
- **"Nutrición y VIH".** Comité de coordinación, Asociación Aides, Asociación Arcat6-Sida; traducción y adaptación a Cataluña, Associació SIDA-STUDI. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social 1994 del cual aprendí tantas y tantas cosas.
- **O,Hare, P.A.** "La reducción de daños relacionados con las drogas". Grup Igia. 1995.
- **ONUSIDA.** Datos y cifras de 1999. www.unaids.org
- **R.D. 1867/95** sobre Prestaciones Farmacéuticas a los Enfermos de Sida. INSALUD.
- **Romero Rodenas, Mª José.** "Sida y Toxicomanías. Un análisis jurídico laboral y de Seguridad Social". 1995.

- **Sida. Saber ayuda:** un programa educativo multidisciplinario para el conocimiento y la prevención del SIDA. Documentos para el profesor. (Traducciones y correcciones, Lluís García y Viena Serveis. Editorials, S.L. Barcelona: Fundació "la Caixa", D.L. 1991.
- **Tello Anchuela O.** Centro Nacional de Epidemiología –Instituto de Salud Carlos III- (Madrid). V CONGRESO NACIONAL SOBRE EL SIDA organizado por SEISIDA (Sociedad Interdisciplinar del Sida), celebrado en Abril de 1999.
- **Usieto Atondo, Ricardo.** "El SIDA hoy: análisis y perspectivas: indicadores preventivos y sociales. 1ª edición. Madrid: Centro de Estudios Sociales Aplicados, D.L. 1997.
- **Valverde Molina, J.** "La cárcel y sus consecuencias: la intervención sobre la conducta desadaptada". Ed. Popular. 1991.

Atención integral a víctimas de violencia doméstica desde atención primaria de salud

S
T
D

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO PROBLEMA DE SALUD.
 - PREVALENCIA.
 - FACTORES DE RIESGO.
 - MECANISMO DE PRODUCCIÓN.
 - CURSO EVOLUTIVO.
 - PRESENTACIÓN CLÍNICA.
 - DIAGNOSTICO.
 - SECUELAS.
3. LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO DELITO.
4. LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO PROBLEMA SOCIAL.
5. INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL:
 - 5.1.- PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.
 - 5.2.- ESTRATEGIAS INDIVIDUALIZADAS DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS:
 - CASOS MANIFESTADOS POR LA VÍCTIMA:
 - Atención al caso agudo.
 - Entrevista Clínica.
 - Abordaje psicológico.
 - Información de recursos.
 - Seguimiento.
 - CASOS OCULTOS Y OCULTADOS:
 - Técnicas para la detección de casos por el trabajador o la trabajadora social.
 - Información pública en los centros de salud.
 - Actuación según la etapa de cambio psicológico.
 - 5.3.- INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL EN LA PREVENCIÓN:
 - EN LOS PROGRAMAS DE SALUD.
 - ESTRATEGIAS COMUNITARIAS.
 - 5.4.- AUTOPROTECCIÓN DE LOS PROFESIONALES.
 - 5.5.- INVESTIGACIÓN.
 - 5.6.- FORMACIÓN.
- 6.- RESUMEN.
- 7.- BIBLIOGRAFÍA.
- 8.-TABLAS Y GRÁFICAS.

1.- RESUMEN

El diagnóstico debe realizarse precozmente en los centros de atención primaria y se basa en la sospecha clínica y el uso eficaz de las técnicas de entrevista clínica, siendo fundamental para el pronóstico la actitud del profesional. Se proponen técnicas concretas de detección y habilidades de escucha.

Es fundamental conocer la legislación al respecto y los cambios que ésta ha sufrido en los últimos años, en gran parte motivados por la presión social. La obligatoriedad de dar parte al juzgado y su correcta cumplimentación son vitales para romper el silencio que rodea a los malos tratos.

Se expone la consideración de la violencia doméstica como problema social, no individual, en el marco de las relaciones sociales basadas en el abuso de poder y no en la igualdad. Se recogen los recursos sociales disponibles y su ámbito de trabajo en la violencia doméstica.

Recogemos la intervención del trabajador o la trabajadora social de los centros de salud. De un lado en la atención individual a las víctimas, distinguiendo la atención a los casos abiertamente manifestados por la mujer (sobre todo casos agudos) y los casos ocultados, los más frecuentes. El amplio papel de este profesional abarca la escucha y acogida, la valoración de seguridad de la víctima, la información de recursos, la coordinación entre profesionales, el apoyo psicológico, y el seguimiento a largo plazo. Además, se define la intervención en la prevención (en programas de salud y estrategias comunitarias), la autoprotección de los profesionales, la formación y la investigación sobre maltratos.

2.- LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO PROBLEMA DE SALUD

PREVALENCIA

"Si mañana se anunciara en los principales periódicos del mundo que una nueva enfermedad había afectado a 3-4 millones de personas en el transcurso del año anterior, serían pocos los que dejarían de percatarse de la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, cuando se trata de 3-4 millones de mujeres que son víctimas de la violencia cada año, casi nadie se percata de la señal de alarma" (Biden) (1).

Para la Organización de Naciones Unidas la violencia doméstica causa tantas víctimas mortales y minusvalías en mujeres en edad fértil como el cáncer, más muertes que los accidentes de tráfico y la malaria juntos (2). La frecuencia de los malos tratos es comparable a la de enfermedades tan frecuentes como la hipertensión arterial o el cáncer de mama.

Se estima que en nuestro país sufren malos tratos entre 170.000 (3) y 300.000 (2) mujeres cada año. Según el Ministerio de Asuntos Sociales, en abril de 2000, la cifra de mujeres españolas que declaran recibir malos tratos asciende a 640.000, estimándose una prevalencia global de la violencia afectando directamente a 2.000.000 de españolas (4).

A nivel mundial se estiman en torno a 4.000.000 de víctimas, existiendo una situación de malos tratos a mujeres cada nueve segundos (3) y que hasta un 20-33 por ciento de mujeres lo sufren en algún momento de su vida (3) (5) y que uno de cada ocho hombres ha pegado a sus parejas(6).

Se trata además de un problema oculto y ocultado, sabiéndose de la existencia de un gran *iceberg clínico* (7) (8), ya que hasta el 89 por ciento de las mujeres agredidas físicamente y hasta el 80 por ciento del total de mujeres víctimas de algún tipo de malos tratos no buscan ayuda (5). Además, una alta

proporción de mujeres víctimas de violencia física no se perciben a sí mismas como maltratadas (46%) y suelen asumir que el maltrato psicológico es inherente a la relación conyugal (5). La frecuencia de percibirse como maltratada es mayor en las mujeres más jóvenes y decrece con la edad, lo que puede estar en relación con los cambios culturales en la apreciación de los roles femeninos (5). La petición de ayuda está en relación con la percepción como víctimas de malos tratos y este reconocimiento no es un proceso fácil para las mujeres: alrededor del 25 por ciento de ellas necesitan más de 10 episodios severos de violencia antes de buscar ayuda (5).

En los últimos años, se asiste a un aumento de los casos conocidos, que no de los reales, fenómeno debido a la mayor sensibilidad social sobre la gravedad del problema (9). Los cambios legislativos y culturales han propiciado que más casos de malos tratos salgan a la luz pública, pero no existen indicios de que se produzcan ahora más casos que hace décadas. La diferencia fundamental está en la mayor posibilidad de la mujer actual de «dar el paso» de la separación de su pareja, y es, precisamente, esta situación la que genera los mayores brotes de violencia, que son los que suelen aparecer en los medios de comunicación. No hay que olvidar que por cada caso que se hace público existen cientos que persisten silenciados, existiendo una sobre-información sobre los casos que aparecen individualmente (10) y una baja detección de los casos reales (6). Un dato a tener en cuenta es el cambio que se está produciendo en la edad de las mujeres que deciden romper la relación violenta: son cada vez más jóvenes, más independientes económicamente y la duración media de los malos tratos es menor (9), con lo que el estado psicológico está menos deteriorado y el pronóstico es más favorable.

Se estima que sólo se denuncia el entre el 4 y el 10 por ciento de los casos reales (11), existiendo una media de que la mujer está entre 7 y 10 años sufriendo la situación de ma-

los tratos hasta denunciarla. (Tabla 1). Andalucía está a la cabeza en número de denuncias, según datos del Ministerio de Asuntos Sociales correspondientes a 1998 y primer semestre de 1999 (11) (Tabla 2).

Se trata, además, de un problema de elevada mortalidad, superior a la de problemas de salud como el cáncer o los accidentes: cada año mueren en EE.UU. 4000 mujeres como resultado de la violencia doméstica. En 1999, 42 mujeres murieron a manos de sus maridos en nuestro país. Se considera que esta forma de «terrorismo familiar» (4) produce 10 veces más víctimas mortales que el terrorismo político. Se le ha llamado «terrorismo de género» (4) o “terrorismo familiar” (12).

Los hombres también pueden ser víctimas de violencia familiar pero la incidencia es anecdótica en comparación con la que se ejerce sobre mujeres o niños (9). Las formas de violencia que padece el hombre suelen ser de tipo psicológico y se manifiesta a través de abusos económicos, indiferencia afectiva y aislamiento.

FACTORES DE RIESGO

Definimos los factores de riesgo como situaciones previas a la aparición de las enfermedades que se asocian a una predisposición mayor a padecerla. Su combinación define perfiles de riesgo con valor predictivo respecto a la aparición del problema de salud concreto de que se trate, permitiendo intervenir sobre aquellos factores modificables con el objetivo de evitar, retrasar o modificar el curso de la enfermedad.

En la violencia doméstica no existe un perfil premórbido identificado. Ocurre en todos los estamentos sociales, en todas las situaciones familiares y sociales, en todos los países del mundo, en todos los grupos étnicos, en todos los niveles educativos (13) (14). Incluso se aprecia que a mayor nivel cultural el agresor ejerce una mayor violencia psicológica (3). Sí hay

diferencias respecto al medio en cuanto a las denuncias, siendo mayores las que se producen en el medio urbano que en el rural (15). Hay que considerar también el sesgo que se produce al informar con más frecuencia los casos de grupos sociales desfavorecidos (6).

No existe un perfil psicológico previo determinado que determine mayor riesgo, ni se asocia a enfermedades mentales predisponentes por parte de la víctima ni del agresor. El único factor de riesgo conocido es haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia (15) (14). Curiosamente, se trata de un factor de riesgo tanto para sufrir malos tratos como para infringirlos. Es importante constatar que se trata de un factor de riesgo modificable a nivel global, estableciendo las intervenciones oportunas, si bien no en cada caso concreto, en el sentido de que la infancia no puede volver a ser vivida. Algunos autores (9) discuten este factor, ya que no es tan frecuente como se espera si fuese factor fuertemente asociado (afectaría en realidad a 1/3 de casos).

No hay situaciones exentas de malos tratos, siendo, por ejemplo, frecuentes durante el embarazo, en el que se estiman ocurren hasta entre un 7 y un 8 por ciento de casos (2)(3)(6)(16)(17). Se estima que un 41 por ciento de mujeres maltratadas lo fueron durante el embarazo (3) y produciéndose a lo largo de todo el curso de éste: entre un 2 y un 7 por ciento era maltratada en el primer trimestre, entre un 7 y un 10 por ciento lo fue en el segundo trimestre y un 4 por ciento sufrió agresiones en el tercer trimestre. Incluso se observa que el embarazo es motivo de especial ensañamiento y que son muy pocas las gestantes que reciben atención médica por las lesiones (16). Los riesgos durante el embarazo son importantes: aborto espontáneo, rotura uterina, abrupcio placentae, tres veces más complicaciones en parto y puerperio, cuatro veces mayor incidencia de CIR (Crecimiento Intrauterino Retardado) y bajo peso al nacer (3).

Se han determinado los factores que favorecen la cronificación (13) (18):

- **Dependencia económica, cultural y emocional.** En algunos estudios se observa que las categorías laborales de mujeres en las que más se cronifican los malos tratos son las mujeres en paro y las amas de casa (43).
- **La costumbre social:** la mujer considerada propiedad familiar. El agresor desplaza toda su agresividad sobre su víctima ejerciendo roles de identificación con elementos de dominio ("el jefe"). El efecto del hábito actúa en la siguiente línea: reiteración->acostumbramiento->costumbre->tolerancia->moral individual->moral grupal->moral social-> ley.
- **Historia de violencia familiar:** es frecuente encontrar mujeres maltratadas en varias generaciones de la misma familia: la «herencia» sociofamiliar.

También se ha intentado determinar el perfil del agresor, encontrándose un resultado similar al de las mujeres: no existen diferencias por etnia, clase social o nivel cultural, siendo el único factor de riesgo identificado el haber sido víctima o testigo de malos tratos en la infancia (13). Los maltratadores no suelen presentar trastornos psicopatológicos, aunque se detectan algunos rasgos de personalidad acentuados (9) como la poca capacidad empática, la falta de control de la ira y la impulsividad, la actitud celosa y posesiva y déficit de autoestima.

Son muy características de los agresores las creencias distorsionadas respecto a los roles sexuales y a la violencia como forma eficaz de resolver los conflictos. Se han determinado los pensamientos más comunes (9):

- *La mujer debe tener la comida y la cena a punto para cuando el marido vuelva a casa.*
- *La mujer debe acceder a mantener relaciones sexuales cuando su marido se lo pide.*

- *Si el marido aporta suficiente dinero en casa, la mujer no tiene necesidad de trabajar.*
- *En una relación de pareja, el marido y la mujer deberían estar siempre de acuerdo.*
- *No es adecuado que la mujer salga sola sin su marido.*
- *Cuando un hombre pega a una mujer, ella sabrá por qué.*
- *Las bofetadas son a veces necesarias.*
- *Si un niño pega a otro, éste debe responderle de la misma forma.*
- *Los profesores hacen bien con utilizar el castigo físico.*
- *No es un delito que un hombre pegue a una mujer.*
- *Lo que ocurre en la familia es problema únicamente de la familia.*
- *Cuando los vecinos se están pegando, no es adecuado intervenir.*

Se han identificado algunas características que poseen más frecuentemente los causantes de malos tratos en comparación con hombres no maltratadores: alcoholismo (6) (15), abuso sexual de sus parejas, violencia hacia menores (17). Los especialmente violentos (9) son celosos patológicos, son violentos dentro y fuera del hogar. Es conveniente conocer que el agresor no puede identificarse «a simple vista» por ningún rasgo patológico, incluso tiene una buena imagen social persona amable e incluso «pacífica» (15) y no manifiestan problemas destacables en sus relaciones sociales y laborales (9).

MECANISMO DE PRODUCCIÓN

Al igual que con las enfermedades, debemos intentar aclarar el mecanismo por el que se genera y se mantiene la vio-

lencia doméstica. La comprensión de este fenómeno depende fundamentalmente de la visión específica de la mujer y de los papeles culturales de hombres y mujeres en cada sociedad (6). Las conductas que hacen a las mujeres propicias a los malos tratos son las mismas que les han sido inculcadas en su educación como mujeres: ser dóciles, maternales, perseverantes, dignas de amor y reconocimiento, sufridas y abnegadas y lograr el amor romántico (5). Este proceso de socialización les hace menos susceptibles de percibir el maltrato como tal y asumir posiciones frente a éste.

Las mujeres recibimos desde la infancia mensajes que refuerzan las conductas de apego y dependencia frente a la socialización masculina en la que destaca su preparación para las habilidades físicas, la vida pública y la agresividad (19). Así se nos educa para ser complacientes con lo que los demás esperan y se facilita el desarrollo de una estructura psicológica sustentada en la "pasivización" y la dependencia emocional (19). Sistemáticamente, se reprime la agresividad y en general todos los recursos de defensa activa y hostilidad por lo que se coarta todo entrenamiento para afrontar situaciones de tensión o conflicto. La recompensa que reciben las mujeres por su capacidad de entrega, renuncia y postergación de las propias necesidades es la aprobación social y el cariño familiar, con lo que se refuerzan aún más los mecanismos de permanencia de la dependencia emocional. En cambio, a los varones se les reconoce como valor propio el derecho a individualizarse, a moverse en el mundo público y a controlar su propia realidad (19). En resumen, la mujer desarrolla su estabilidad emocional y su identidad como persona en el "ser para otros" y hace de los cuidados de su pareja y de su familia "su gran tarea" en la que un fracaso supone derrota, soledad e inseguridad. Estas asimetrías en el proceso de socialización son poderosísimas y la dependencia emocional que generan no se solventa contrarrestándose con independencia económica, ni siquiera con la ruptura de la pareja y explica hechos como la retirada frecuente de las denuncias (19).

Mitos sociales respecto a la violencia doméstica (9):

- *El maltrato es poco frecuente.*
- *La violencia doméstica no ocurre en relaciones normales.*
- *Los agresores padecen graves psicopatologías.*
- *El maltrato en la pareja es un asunto privado en el que los demás no pueden meterse.*
- *Pegar o insultar de vez en cuando a una mujer no es maltrato.*
- *Si una mujer no se separa, es porque no quiere.*
- *En todas las parejas hay discusiones.*
- *Los hombres que maltratan a las mujeres están locos o no saben lo que hacen.*
- *Cuando una mujer deja a su marido el maltrato desaparece.*
- *Si los hombres que maltratan a las mujeres fueran a la cárcel, la violencia familiar desaparecería.*

La violencia intrafamiliar significa un fracaso de la dinámica de resolución de los conflictos por medio del trato de igualdad compartida y por el compromiso de honestidad y respeto que caracteriza el modo de relación natural entre las personas (14). Podríamos contraponer las características de las relaciones interpersonales en el denominado *Círculo de la Igualdad* frente al *Círculo de poder y control*(14) (Tabla 3).La violencia doméstica se ha definido como una «patología de la convivencia» y como «cáncer de la convivencia» (13), tratándose, por tanto, de un problema que sobrepasa al individuo.

El mecanismo generador de la violencia doméstica se ha intentado explicar mediante el modelo denominado *Ciclo de la violencia* (6) (13) (14) (Gráfica 1)

· Fase de generación de la tensión:

Caracterizada por el abuso verbal como preparatorio y potenciador de la acumulación progresiva de tensión en la relación de la pareja. En esta etapa, se hace uso y abuso por parte del agresor de los privilegios masculinos: tratarla como a una criada, tomar grandes decisiones sin comentar nada, actuar como «amo» de la casa y las personas. La víctima suele preguntarse de forma autoinculpatoria acerca de «lo que está haciendo mal» y el agresor niega la existencia de problemas. Son patentes los malos tratos emocionales: menosprecios, humillaciones, llamarla por apodos, repetirles que está loca, hacer que se sienta mal consigo misma y culpable. En esta fase es frecuente utilizar a los niños: hacer que se sienta culpable por ellos, usarlos para hacerle llegar mensajes y amenazar con llevárselos de casa. En la víctima produce un distanciamiento emocional marcado por el miedo al abandono. Se inicia el aislamiento de la familia y amigos y un control sobre lo que hace, dónde va..., limitando sus contactos con el exterior, a menudo utilizando los celos como excusa de sus acciones. Esta fase está marcada por el uso de la *intimidación*: hacer que la mujer tenga miedo utilizando acciones, gestos, miradas, rompiendo objetos, destruyendo sus propiedades, maltratando animales de compañía o haciendo alardes y demostraciones de fuerza, en ocasiones mediante empleo de armas; y por las *amenazas*: de hacer algo que la hiera, de abandonarla, de «internarla», de quitarle los niños. Es característico el abuso económico: pasarle una cantidad fija e insuficiente, impedir que ella consiga o mantenga un trabajo, hacer que pida dinero prestado, cogerle dinero, no informarla de los ingresos familiares ni permitir que tenga acceso a ellos. El agresor adopta la actitud de reírse de los malos tratos y no tomar en serio su preocupación por ellos, desviando la responsabilidad del comportamiento abusivo hacia la víctima (*minimización, negación, culpabilización*). Esta fase se va haciendo cada vez más corta (15).

• **Fase de explosión violenta:**

Aparece la agresión física sumada a la verbal que permanece. Esta fase está marcada por la pérdida del control. Se producen frecuentemente relaciones sexuales forzadas y amenazas (las más frecuentes consisten en retirada de los hijos o «internamiento»). Las agresiones suelen interferir el descanso y el sueño. Se produce también la irremovilidad económica de la víctima, cuyo mecanismo de adaptación a la situación es la denominada *indefensión aprendida*. La tensión acumulada en la fase anterior se reduce tras el estallido violento.

• **Fase de luna de miel:**

Fase de falso arrepentimiento por parte del agresor y de pedir perdón a la víctima. El agresor decide cuándo empieza y cuándo acaba esta fase, lo que le da mayor control. Se caracteriza por la manipulación afectiva de la víctima que se enfrenta a la confusión de sentirse nuevamente querida e ilusionada con la esperanza de cambio. Esta fase actúa como refuerzo del ciclo porque el arrepentimiento aumenta la culpabilización de la víctima y justifica al agresor.

• **Mecanismos psicológicos:**

En los estudios realizados sobre mujeres víctimas de violencia doméstica de muy larga evolución y que han sufrido sin denunciar múltiples agresiones se han determinado algunos aspectos sobre los sentimientos y afectos que presentan estas mujeres (13). Es casi unánime el deseo de mantener estable la situación familiar y la convicción de «querer» a su marido y de continuar conviviendo con él. No sienten la violencia como tal, o al menos nunca en su intensidad real. Suelen prever cuándo van a ser agredidas de nuevo e incluso encuentran cierta explicación al hecho de serlo. Existe un alto

nivel de miedo al agresor del que no tienden a defenderse. Suelen «perdonar» los hechos y no se plantean que desaparezca este tipo de violencia.

Los mecanismos psicológicos que subyacen a los malos tratos reiterados deben interpretarse desde el enfoque de la psicología de catástrofes, y el ejercicio de violencia mantenida y sostenida se ha asimilado a los mecanismos simultáneos de *hipervigilancia* y *entrega* que se desarrollaron en la lucha por la supervivencia en los prisioneros de campos de concentración.

Estos aspectos se recogen en la *Teoría de la Indefensión Aprendida* en la que se pone de manifiesto la falta de lógica en la relación entre los comportamientos de la mujer y los resultados violentos. Se produce una verdadera desconexión de la realidad y una entrega al agresor de la que se avergüenza pero en la que está atrapada.

La mujer lucha entre el «infierno de dentro» (en el que cree tener el control y está alimentada por las promesas de cambio) y el «infierno de fuera» (soledad, inseguridad económica). En este debate se produce el fenómeno de *Inversión-Justificación* en el que la mujer, convencida de que tiene el control, se siente obligada a justificar sus esfuerzos en la creencia de que tendrá éxito si pone el suficiente empeño en «arreglar» la situación. Es decir, acaba pensando lo mismo que el agresor: que ella es la responsable de lo mal que van las cosas en la familia. Esto se entiende si asemejamos los mecanismos psicológicos que subyacen en la situación de malos tratos al Síndrome de Estocolmo: la víctima «se pone de parte» de su agresor, la víctima se percibe a sí misma a través de la imagen que le da el agresor. También se ha llamado a este trastorno el de la *Personalidad Bonsai*: la mujer maltratada es alimentada por la mano que la «poda». El vínculo que las mujeres maltratadas mantienen con sus parejas como estrategia de supervivencia se ha comparado con el *Síndrome de Estocolmo* (20). Este sín-

drome se produce ante situaciones de secuestro y tortura de la que no se puede escapar y consiste en “unirse” a los torturadores identificándose con ellos y con sus “razones” para la violencia ejercida. Las condiciones que se dan en los malos tratos para que se produzca este síndrome son:

- El hombre maltratador atiende y se hace cargo de la supervivencia de la mujer.
- La mujer no puede escapar, o piensa que no puede hacerlo, del dominio del hombre.
- La mujer está aislada.
- El hombre manifiesta en ocasiones signos de amabilidad.

El papel que cumple *el amor* en el mantenimiento de los malos tratos también ha sido estudiado (21). El vínculo afectivo de la mujer sobre su pareja es tal que la ruptura amorosa es vivida como una pérdida subjetiva que va mucho más allá de la ruptura del vínculo (21). Es la concepción cultural del sentimiento amoroso la que impregna esta vivencia: el amor “vuelve dócil, complaciente, induce a consentimiento y puede llegar al sacrificio, sacrificio del propio pensamiento, dejando en manos del otro el decidir sobre las propias cuestiones.”(21).

Las estrategias psicológicas que utiliza el agresor son:

- **Fundamentar:** racionalizar los ataques de forma que parezca que están justificados.
- **Minimizar:** restar importancia a la agresión para distanciarse del daño causado.
- **Desviar el problema:** trasladar la responsabilidad a cuestiones ajenas a sí mismo.
- **Olvidar:** aseguran que no recuerda, niegan.
- **Racionalizar:** explicar coherentemente las situaciones

frente a la inseguridad de la víctima.

- **Proyectar:** atribuir a la víctima la responsabilidad de la violencia.

La manera de relacionarse del agresor es la violencia y a ésta recurrirá también para “solucionar” un posible final de la relación motivado por la denuncia o la separación de la mujer: su manera de recolocar la relación “en el lugar donde estaba”(21) es el acto violento mayor que puede que, desgraciadamente, suele llegar a la muerte.

También participan en el mantenimiento de la violencia los efectos que ésta tiene sobre los hijos testigos de los malos tratos. Las posturas de éstos suelen ser diversas:

- Identificarse con la madre: supone un factor de riesgo para ser en el futuro víctimas de malos tratos.
- Intentar ser protector de la madre, atrayendo sobre sí mismos la ira y violencia del padre: factor de riesgo de sufrir malos tratos en la infancia.
- Identificarse con el padre agresor, participando de la ejecución de violencia sobre la madre: factor de riesgo para ser futuros agresores. Se denominan «hijos maltratadores» (22) que aprenden a conseguir las cosas por “las malas” y pueden participar de los malos tratos a sus madres.
- Desentendiéndose de la familia: desarraigo, abandono del hogar, conductas asociales.

CURSO EVOLUTIVO

Los malos tratos suelen comenzar desde el inicio de las relaciones estables de la pareja (13). No aparecen de forma inesperada o puntual sino a través de una “escalada progresiva”. Inicialmente, suelen ocurrir abusos psicológicos o leves

físicos de forma hasta sutil: descalificaciones, insultos y empujones que no suelen ser identificados por la mujer como señales de alarma ni tampoco son apreciados por el entorno social de la familia. Progresivamente, conforme va avanzándose, según el modelo del Ciclo de la Violencia, se van produciendo abusos cada vez mayores (Gráfico 2) que van haciendo, cada vez, menos posible “escapar” por parte de la mujer.

Una vez que surgen conductas violentas, la probabilidad de que se reproduzcan es altísima porque se perciben como el recurso adecuado para conseguir de forma rápida y eficaz lo que uno quiere y porque funciona como una descarga de las frustraciones diarias (9)

Las formas clínicas de presentación pueden ser (13):

- 1.- **Violencia única o aislada:** la agresión tiene el objetivo de lesión directa resultante de la ejecución de acciones que no tienden a repetirse (autolimitada, aislada). Siempre hay que pensar en la posibilidad de ser el primer síntoma del resto de formas clínicas.
- 2.- **Violencia reiterada:** agresiones resultantes de una serie de acciones que tienden a repetirse, con tendencia a la recurrencia, pero no a la periodicidad. Las agresiones buscan el daño que se espera del trauma producido pero no tienden a la progresión o agravación. La violencia se desencadena en determinadas circunstancias no frecuentes. Puede ser bidireccional, aunque con equilibrio de fuerzas a favor del agresor que inicia la violencia.
- 3.- **Violencia continuada:** el objetivo no es el daño lesivo directo sino el sometimiento y dominio. Los factores que inducen la violencia no coinciden con momentos determinados sino como constante de la relación interpersonal. La «excusa» de comienzo de la agresión es de características mínimas y desproporcionadas. Es siempre

unidireccional: la víctima no se defiende. Suelen existir con periodicidad incluso predecible por la víctima. Tienen a perpetuarse funcionando mecanismos de contagio e historia familiar. La agravación, aunque es posible, es infrecuente.

- 4.- Violencia progresiva:** es aquella que evoluciona hacia formas cada vez más graves de lesión de forma lenta y progresiva, no brusca, con riesgo de violencia desatada cuando se produce una propuesta de cambio de relación como separación, divorcio, trámites, denuncias. Es siempre unidireccional: la víctima está anulada en su capacidad de reacción. Es habitual el arrepentimiento tras las agresiones, con uso de lenguaje emotivo que no indica limitación de futuras agresiones, cada vez más graves. Existe ambivalencia en las víctimas ante las respuestas emocionales de perdón y reencuentro. El objetivo de la agresión es mixto: la lesión y el dominio. Existe riesgo de violencia desatada ante iniciativas de la víctima a terminar con la situación.
- 5.- Violencia desatada:** final de una cadena de circunstancias y factores que tienden a agravarse paulatinamente con riesgo de lesiones graves de todo tipo y de llegar al homicidio. Puede aparecer como último paso de violencia progresiva o de forma independiente, incluso como primer episodio conocido. Puede ser bidireccional pero con importante desequilibrio de fuerzas a favor del agresor. El objetivo es la búsqueda de control sobre la persona agredida y sobre la situación vivida por el agresor como única posibilidad de evitar que «las cosas sigan adelante».

Se han identificado las distintas etapas por las que pasa la víctima en el proceso de cambio psicológico (23). Se basan en la interpretación del cambio según el modelo de cambios de comportamiento de Proschaska, aplicado por Brown a las mujeres maltratadas (Precontemplación-Contemplación-Prepa-

ración-Acción). En cada una de estas etapas se presentan comportamientos específicos y cambios individuales cognitivos y emocionales. No todas las mujeres logran avanzar en todas las etapas, pueden quedar estancadas en algunas de ellas, y el tiempo de permanencia puede ser muy variable:

1.- Precontemplación: «no tener en cuenta». En esta etapa se produce una tolerancia de la violencia como parte de la vida cotidiana, no se dimensiona la gravedad del maltrato y la víctima se cree en posesión del control y está en el convencimiento de que puede cambiar la situación. Las mujeres maltratadas no consideran la posibilidad de salir de la situación violenta y están convencidas de permanecer al lado de su pareja.

Esta etapa se fundamenta en tres pilares:

- El bajo autoconcepto: la dependencia afectiva y económica, el miedo a la soledad y la incapacidad percibida para enfrentarse solas a la vida están asociados a la dependencia afectiva con el agresor.
- La estructura moral tradicional: tradicionalmente se considera buena mujer y esposa la que es capaz de soportar sufrimiento por el bien de su familia, la que da ejemplo y mantiene el bienestar y la unión de la familia por encima del bien propio. Una buena mujer respeta a su marido y lo perdona, cumple sus deberes de esposa, es capaz de mantener su matrimonio y debe sentirse orgullosa de mantener firmes sus valores morales a pesar de sufrir vejaciones; en este aspecto se sienten por encima de sus maridos en el sentido de ser moralmente superiores a ellos.
- El amor al agresor: la unión afectiva al agresor es fuerte y persistente y dificulta el razonamiento sobre la situación de violencia.

Las mujeres, en ésta y en el resto de las etapas, no permanecen pasivas sino que desarrollan estrategias para autoprotegerse psíquicamente de la violencia. Algunas de estas estrategias son:

- Idealizar al compañero y construir una imagen de él que realza sus cualidades y minimiza el comportamiento agresivo.
- Desplazar el maltrato a fuerzas externas a la pareja como el alcohol, los celos, comportamientos inadecuados de ellas mismas.
- Tratar de pasar desapercibidas ante el agresor.
- Intento de cambiar al agresor.

Rechazan cualquier apoyo encaminado a alejarse del maltratador.

2.- Contemplación: «darse cuenta». Esta etapa la describen las propias mujeres como un «despertar» en el que empiezan a tomar conciencia de la situación de víctimas y a flexibilizar su escala de valores. Intervienen algunos factores como catalizadores del cambio:

- La intensidad y frecuencia de los malos tratos: el ciclo de la violencia ha ido en aumento hasta un límite en que se produce una saturación del nivel de violencia que deja sin validez las estrategias de la primera etapa para sobrevivir a la angustia.
- El inicio de actividades laborales fuera del hogar: se conocen otras formas de relación interpersonal basadas en el respeto y no en la violencia. Se aumenta el autoconcepto en el sentido de ser capaces de hacer cosas por sí mismas. Se vulnera la dependencia económica.
- Entrar en contacto con profesionales o grupos que intervienen en los malos tratos: se favorece la reflexión des-

de el punto de vista de profesionales o grupos a los que se asigna cualificación suficiente, bien por estudios, bien por experiencia, para tener en cuenta sus opiniones.

Básicamente, este cambio produce una flexibilización de la escala de valores que cuestiona las relaciones de poder en la pareja y se manifiesta en varios cambios en las víctimas:

- Pierden el miedo al agresor. Cambian la imagen de su compañero, comienzan a ver sus defectos, dejan de cuidar y tapar su imagen externa y no les importa que se sepa que es un maltratador. Ya se enfrentan a él durante el ejercicio de la violencia verbal e incluso físicamente.
- Pierden la esperanza de cambio. Se produce un profundo desengaño con respecto a la esperanza de que pueden cambiar al compañero. Rompen el sentimiento de necesidad y dependencia y dejan de creer en sus promesas.
- Aparece el desamor. Se distancian afectivamente de sus parejas, poniendo límites a la relación conyugal.

A pesar de este importante cambio psicológico, en esta etapa la mujer aún no ha tomado la decisión de dejar al maltratador, para lo que precisa una evolución mayor.

3.- Preparación: «encontrarse a sí misma». Esta etapa está marcada por el convencimiento de que sólo ellas pueden acabar con la situación rompiendo definitivamente los lazos con el agresor. Este proceso está marcado por un enorme trabajo emocional que implica un duro aprendizaje: aprender a estar solas, aprender a tomar conciencia de sus capacidades como personas, aprender a tomar decisiones. Este cambio está fundamentado en el paso de la actitud «ser para otros» a la de «ser para sí». En esta etapa es fundamental el apoyo social y económico. Si la mujer no dispone de suficientes recursos permanecerá en esta etapa e incluso «regresará» a etapas

anteriores, ya que la imposibilidad de efectuar un cambio definitivo de vida reforzará su dependencia del agresor, que empezaba a desterrar a nivel emocional.

- 4.- **Acción: «salir adelante sola».** Es la etapa de la acción, en tanto a la decisión y realización de la ruptura de la pareja. En el actual marco legal y social esta acción está marcada por la salida de la casa de la víctima, no del agresor, que debe iniciar un proceso judicial complejo, que debe abandonar su medio habitual, sus familiares y vecinos y que tiene un débil equilibrio emocional. Los recursos sociales vuelven a cobrar aquí un papel determinante en muchos casos de la recuperación definitiva de la mujer o bien de un «volver a casa» acumulando un nuevo fracaso a sus espaldas.

Como reflexión tras el análisis de estas etapas obtendríamos algunas ideas interesantes. De un lado, romper con la idea de la pasividad de la mujer maltratada: durante todo el proceso está activa generando estrategias de supervivencia que le permitan adaptarse y rebelarse. De otro lado, también romper con la falsa idea de que las víctimas de maltrato no buscan ayuda por miedo o por no saber dónde o cómo hacerlo: la mayoría de mujeres no buscan ayuda porque consideran que no deben hacerlo (5), es decir, la ocultación del maltrato no se debe tanto a factores externos como a internos de las creencias de la propia víctima y en relación con su socialización femenina.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Desde un punto de vista sanitario, el maltrato a mujeres constituye una causa importante morbilidad y mortalidad provocando importantes daños físicos, psicológicos y muertes violentas, con extensión de sus devastadores efectos, de forma longitudinal, en el futuro de la persona maltratada y, de forma horizontal, en el resto de la familia, especialmente a los hijos.

Las formas en que se ejecuta la violencia física puede responder a distintas formas (20):

- **Intimidación:** realización de gestos amenazantes o provocadores, con uso de la fuerza física, gritos, conducción peligrosa cuando va la mujer en el vehículo, situarse en la puerta de salida durante las discusiones.
- **Destrucción:** de objetos personales o bienes domésticos, arrojar objetos, dar puñetazos en paredes.
- **Amenazas:** con hacer daño a la mujer o a otros (pareja actual, hijos, padres...).
- **Violencia sexual:** trato degradante durante la relación sexual, uso de la fuerza o coerción.
- **Violencia física:** golpes a la mujer, hijos, animales domésticos, bofetadas, puñetazos, patadas, tratar de agarrar o sujetar, apretar el cuello, quemar, apuñalar, disparar.
- **Uso de armas:** usarlas o emplearlas para intimidar o asustar o amenazar a la mujer o a aquellos que ella quiere.

Las lesiones físicas suelen producirse en cabeza, tronco y cuello y muy frecuentemente en zonas no visibles (20), clasificadas según gravedad (3) distinguimos:

- **Leves** (¿lo son algunas?)
- **Moderadas:** patadas, arrancamiento de pelo, contusiones. Hay que considerar tanto las lesiones externas (contusiones, heridas, quemaduras), como las internas (osteoarticulares, musculares, de órganos de los sentidos) y funcionales (viscerales, de la mecánica articular, estéticas) (9). Las contusiones suelen distribuirse, por orden de frecuencia en: cabeza, espalda, nalgas, vientre, miembros (3).

- **Graves:** palizas graves, estrangulamiento, abrasiones, quemaduras, asesinato.

Es fundamental valorar como elementos independientes la presencia de amenazas. Se sabe que es prácticamente imposible que exista violencia doméstica sin amenazas, pero por ello no deben considerarse como «normales» sino que requieren una consideración especial y concreta según el contexto en el que se producen (puede ser más amenazante despertar «a los niños» que usar un arma). Las amenazas más utilizadas se recogen a continuación (13):

- 1.- **Según el contenido de las amenazas:** de la tutela o patria potestad de los niños, de ruina económica, de aspectos laborales, de uso del domicilio, de instrumentos legales, de mayor violencia.
- 2.- **Según las personas a las que van dirigidas:** a la persona agredida, a otras personas del ámbito emocional de esa persona, a ambos.
- 3.- **Según el momento de la agresión:** acompañando a la agresión en tiempo real, anteriores a la agresión (importantes por suponer la agresión cuando se produce, el refuerzo de la amenaza), posteriores a la agresión (suelen formar parte de una violencia progresiva, ya que a la agresión sigue la amenaza de una nueva agresión, siempre mayor para poder constituirse como realmente amenazante).

Las formas en que puede infringirse maltrato psicológico deben considerarse pormenorizadamente (20):

- **Crítica destructiva:** ridiculizar, acusar, burlarse, echar culpa, gritar, insultar, hacer comentarios o gestos humillantes de forma continua.
- **Tácticas de presión:** meter prisa para tomar decisiones bajo presión, amenazar con negar o retener el dinero,

manipular utilizando a los hijos, decir continuamente a la mujer lo que debe hacer.

- **Abuso de autoridad:** exigir siempre tener derecho a, mandar lo que tiene que hacer, tomar las decisiones importantes.
- **Falta de respeto:** interrumpir, no escuchar ni responder, distorsionar el sentido de las palabras, hablar mal de los amigos y familiares de la mujer.
- **Abuso de confianza:** mentir, ocultar información, tender trampas, ser celoso.
- **Incumplir promesas:** no respetar acuerdos, no compartir responsabilidades, rehusar ayudar en el cuidado de hijos y tareas domésticas.
- **Negación afectiva:** no expresar sentimientos, no dar apoyo, atención o agradecimiento, no respetar los sentimientos, derechos u opiniones de la mujer.
- **Minimizar, desmentir, culpabilizar a la víctima:** evadir la responsabilidad de las conductas abusivas trasladando la culpa a la mujer.
- **Control económico:** interferir en el trabajo de la mujer o no permitirle trabajar, negarle o cogerle dinero, quitarle las llaves del coche o impedirle usarlo.
- **Conducta autodestructiva:** amenazar con el suicidio u otras formas autolesivas u otras conductas de consecuencias negativas (descalificarla frente a sus compañeros de trabajo o su jefe).
- **Aislamiento:** evitar o dificultar que vea a amigos o familiares, controlar las llamadas telefónicas, decirle donde puede y no puede ir.
- **Acoso:** hacer llamadas telefónicas o visitas a la mujer sin aviso ni invitación previa, seguirla, comprobar continua-

mente dónde está, crearle situaciones embarazosas o violentas en público, negarse a irse cuando ella se lo pide.

DIAGNÓSTICO

Sólo se ve lo que se mira y sólo se mira lo que se tiene en la mente (Bertillon).

Para el diagnóstico precoz es fundamental pensar en la violencia doméstica cuando estamos ante unos síntomas determinados. *El diagnóstico depende de un alto índice de sospecha (6).* Existe una importante infradetección de casos, estimándose que solamente el 2 por ciento de las pacientes maltratadas era reconocida como víctima en las consultas médicas (11).

La detección en fases iniciales es fundamental para el pronóstico (1) tanto que el conocimiento del caso y asesoramiento profesional es un factor asociado a la recuperación de la víctima, modificando así el curso natural del círculo violento.

En los equipos de atención primaria tanto médicos de familia, pediatras, enfermeras, matronas, trabajador o trabajadora social y personal administrativo deben colaborar en la detección de los malos tratos. Aunque se ha dado protagonismo a los médicos en cuanto a su mayor oportunidad de conocer las lesiones, se resalta desde la bibliografía el papel de la enfermería (5) (23). En el caso de los pediatras se ha establecido su valor no sólo para detectar y prevenir los malos tratos a niños sino para detectar los malos tratos a mujeres, al tener contacto con madres jóvenes que no acuden a los médicos para sí mismas (2) (11) (16).

Existen barreras por parte de la mujer para manifestar su situación a los profesionales sanitarios (24): vergüenza, miedo, culpabilidad, protección del agresor y actitud apresurada del médico.

Razones por las que las mujeres víctimas de malos tratos no hablan del problema (17):

- *La mujer tiene miedo por las consecuencias y represalias del agresor, si se entera.*
- *La mujer puede tener creencias culturales o religiosas que le disuadan de revelar los hechos sino es con su propia familia.*
- *La mujer tiene dependencia económica del maltratador.*
- *La mujer puede creer que perjudica a sus hijos si se separa.*
- *La mujer puede tener miedo a vivir sola.*
- *La mujer puede sentir lealtad hacia el agresor.*
- *La mujer puede sentir lástima del agresor y creer que la conducta agresiva cambiará sin ayuda.*
- *La mujer puede tener miedo a que el agresor se suicide.*
- *La mujer se puede sentir culpable de la violencia.*
- *La mujer puede querer al agresor.*
- *La mujer puede creer las promesas del agresor de que los malos tratos cesarán.*
- *La mujer se puede sentir responsable del maltratador.*
- *La mujer puede sentirse humillada, avergonzada por el abuso.*
- *La mujer puede no reconocer la situación de malos tratos.*
- *La mujer puede creer que a su médico no le interesa el tema y no la puede ayudar.*

También se han estudiado las barreras por parte de los profesionales (17) (24) (25): falta de tiempo, desconocimiento de recursos, miedo a molestar u ofender a la paciente, creer que no es su responsabilidad, sentirse frustrado por no poder manejar adecuadamente el problema, no creer a la paciente sino al agresor, insensibilidad ante el problema. Es lo que se ha denominado *miedo a abrir la Caja de Pandora* (6). Existen investigaciones que exploran la actitud de los médicos de familia respecto a los malos tratos, encontrándose que participan de los mitos y creencias respecto a que las mujeres que los padecen “prefieren no hablar de ello” (26).

Algunos autores(17)(24) proponen el cribado universal de malos tratos: el simple hecho de preguntar por su existencia y registrarlo rutinariamente supone que las preguntas acaben siendo esperadas y recibidas con naturalidad. La detección mediante preguntas directas en la consulta de atención primaria se considera una actividad de bajo coste, bajo riesgo de daño y alto rendimiento.

Se han establecido algunas claves para el diagnóstico (2) (6) de sospecha:

- **Síntomas psicológicos persistentes:** depresión, ansiedad, confusión, comportamiento disociado, trastornos de conducta alimentaria, síndrome de estrés postraumático, intentos de suicidio.
- **Síntomas no específicos o patologías mal definidas:** cefalea, dolor osteoarticulares erráticos, palpitaciones, ahogos. Se explican por el mecanismo de *Rabia Desplazada* (desplazamiento hacia la esfera orgánica del malestar psicológico)
- **Preocupaciones somáticas múltiples.**
- **Lesiones agudas en múltiples puntos.**

- **Discapacidades permanentes.**
- **Estado emocional plano, pasividad.**
- **Actitud de la víctima:** temor, mirada huidiza, sensación de vergüenza, sentimientos de culpa, explicaciones vagas contradictorias y confusas. En ocasiones, desconfianza y hostilidad.
- **Actitud de la pareja:** excesivamente preocupado y solícito ó excesivamente despreocupado, despectivo e irónico.

Las características de la patología y formas de presentación y la actitud de las mujeres víctimas de maltrato hacen que a veces se consideren «pacientes problema» (15).

SECUELAS

Las secuelas que dejan los malos tratos reiterados son sobre todo de índole psicológica. Además pueden existir secuelas físicas por fracturas, cicatrices, lesiones sensoriales o de órganos internos.

Entre los trastornos psicológicos que provoca el maltrato se encuentran (10)(20):

- .- Trastornos de ansiedad: trastorno de angustia, trastorno fóbico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático.
- .- Trastornos somatomorfos: trastorno por dolor, cefaleas, alteraciones digestivas (3).
- .- Trastornos disociativos: trastorno de identidad.
- .- Trastornos del control de impulsos.
- .- Depresión, trastorno mixto ansiedad-depresión, trastorno de adaptación.
- .- Alteraciones sexuales y de la identidad sexual.

El daño psicológico se considera mucho mayor que el somatogenital (3) y el pronóstico es peor a mayor tiempo y severidad de los malos tratos. Es importante saber que el agresor no acepta la enfermedad mental, es decir que menosprecia a la víctima por la presentación de estos trastornos, que la violencia que infringe han desencadenado, e incluso los utiliza como excusa para continuar los malos tratos y como coartada ante la sociedad que se enfrenta a una pareja con una mujer «desequilibrada» y de carácter difícil y un hombre de apariencia pacífica y ordenada.

El cuadro psicológico que se desarrolla en las víctimas de cualquier tipo de violencia es el *Trastorno de Estrés Postraumático* (27) (28) que se define como «conjunto de síntomas resultados directamente de un evento traumatizante o de la repetición en el tiempo y en el espacio de una o varias formas de agresión». En su superación es muy importante el *efecto de Reparación*: no habrá reparación simbólica del traumatismo si no hay castigo del torturador (27). Este trastorno es una entidad clínica cambiante que incluye alteraciones afectivas, cognitivas y conductuales, con importante afectación de la calidad de vida, de la capacidad funcional y caracterizado por conductas de retirada y escape de la realidad, síntomas de hiperactividad e hipervigilancia y de reexperimentación del estrés sufrido (28). Se acompaña de actitudes de hostilidad y suspicacia y de frecuentes síntomas físicos no específicos como forma de alcanzar homeostasis de las disfunciones emocionales sufridas (*el cuerpo recuerda el dolor emocional sufrido*) y con alta demanda de asistencia sanitaria. Las personas que sufren Trastornos de Estrés Postraumático tiene alta vulnerabilidad ante otros agentes estresores como pueden ser la pérdida de seguridad de abandonar el hogar, las separaciones, denuncias o juicios con lo que se cierra el círculo que las atrapa más en su situación. A este hecho hay que añadir la dificultad de «descubrir» este síndrome debido a que la víctima evita conversaciones sobre el tema, por el bloqueo emocional que padece y la falta de reconocimiento del problema.

Se considera resultado de los malos tratos la transformación persistente de la personalidad (20), en mujeres que los sufren durante muchos años, y que constituye una evolución crónica del Trastorno de Estrés Post-traumático. Se caracteriza por un estilo personal de percibir, relacionarse y pensar, marcado por:

- Actitud permanente de hostilidad y desconfianza hacia el mundo.
- Aislamiento social.
- Sentimiento constante de vacío o desesperanza. Puede acompañarse de un aumento de la dependencia de otras personas, con incapacidad para expresar sentimiento negativos o agresivos y con humor depresivo prolongado.
- Sentimiento constante de amenaza o peligro, actitud de vigilancia e irritabilidad, estado crónico de tensión interna y de sentirse amenazada, predisposición al consumo de alcohol y drogas.
- Sentimiento permanente de haber cambiado o de ser diferente de los demás (extrañeza de sí misma), suele acompañarse de vivencias de "embotamiento" afectivo.

El suicidio es un efecto posible de los malos tratos reiterados. Su base está en la importante merma del nivel de autoestima de la persona maltratada y en el intento de acabar con un estado emocional doloroso e interminable (13). La casuística de los servicios de urgencias recoge frecuentemente la autoagresión en las víctimas de malos tratos (29) empleando, frecuentemente, la ingesta de fármacos, por lo que es conveniente que exista precaución en su prescripción y vigilancia.

En niños testigos de malos tratos se producen (13): enuresis, trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, pica, rumiación, tics, trastornos de aprendizaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad., retraso de crecimiento, caída de curva ponderal (6).

3.- LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO DELITO

La Organización de Naciones Unidas fue el primer organismo que reparó en la gravedad de este hecho, reconociendo que es *el crimen encubierto más frecuente del mundo*. En 1996, en su Informe para los Derechos de la Mujer afirma: *la violencia doméstica contra las mujeres es asimilable a la tortura y debe ser legalmente penalizada* (2).

La violencia doméstica ha tardado en ser reconocida como delito en nuestro país. Hasta 1999 no se tipificó como delito en el código penal la violencia psíquica habitual (3): Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio por la que se modifican artículos del Código Penal en materia de protección a víctimas de malos tratos (30).

A nivel judicial, hay que separar la agresión puntual del maltrato reiterado. La diferencia fundamental entre malos tratos y agresión es en base a su objetivo: la agresión se define por la lesión que provoca; los malos tratos se describen por el sometimiento, humillación, dominio y miedo, connotaciones que sobrepasan a la violencia física (10).

Hasta la consideración de los malos tratos como tal, las agresiones sufridas por las mujeres en el marco de la violencia doméstica se consideraban como hechos puntuales, caracterizados por ser lesiones clínicamente leves y efectuadas sin pruebas ni antecedentes del agresor, por tanto, en el supuesto caso de ser castigados por ley se consideran «faltas», penas inferiores al delito que no crean antecedentes al no dejar constancia y que son castigadas con sanciones menores. Esta era la legislación vigente en nuestro país desde 1979, hasta la reforma del Código Penal en 1995 (aplicado desde 1996). En el artículo 153 del nuevo Código Penal se incluye el delito de malos tratos pero se exigen unos requisitos que lo hacen poco aplicable a la práctica: para considerar los malos tratos como «habitual» se requieren 3 condenas previas por

el mismo para ser considerado como tal. Al requerir «condenas» supone que deben existir «denuncias» en número de 3 previas, y que prosperen en el proceso judicial, sean juzgadas como «delitos» y como «faltas» en un plazo menor a 6 meses, ya que éstas prescriben si existe un plazo de 6 meses de la comisión a la denuncia. Además, no se incluyeron, inicialmente, los malos tratos psicológicos y se enunció inculpando como posible agresor de este delito sólo al que «sea o haya sido» «cónyuge o similar», pero no incluía a parejas o ex parejas que no hubieran convivido con la víctima, o a otros familiares.

Estas dificultades llevaron a una nueva modificación, en fecha junio de 1999 (*Ley Orgánica 11/99 de modificación del título VII del Libro II del Código Penal*) (31) en el que se amplía el delito a la violencia psíquica y no se encasilla en un determinado tipo de relaciones entre víctima y agresor. La habitualidad se establece ahora por actos de violencia «acreditados», no requiriéndose denuncia y condena, por lo que pueden servir los partes de lesiones, que cobran así una importancia crucial en el esclarecimiento de los casos de malos tratos reiterados:

se tendrá en cuenta el número de actos de violencia que resulten acreditados por cualquier prueba lícita en derecho, así como a la proximidad temporal de los mismos, al margen de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas y de que los actos violentos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores.

El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él de forma estable por análoga relación de afectividad, o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos o ascendientes o incapaces que con él convivan, o que se hayan sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de uno u otro, será castigado con las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que

se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.

Las modificaciones del articulado del Código Penal afectan, también, a las prohibiciones posibles que pueden afectar a los agresores son a residir en determinados lugares o acudir a ellos, prohibición de aproximarse a víctimas o familiares en domicilio, lugares de trabajo o lugares frecuentados y prohibición de comunicarse con las víctimas. Además, las modificaciones reflejadas en la Ley de Enjuiciamiento Criminal redundan muy favorablemente en la repercusión que el propio procedimiento judicial tenía sobre las víctimas de forma que se permite evitar la confrontación visual entre la víctimas o menores de edad y la persona procesada por el delito de maltrato. Se persigue disminuir la *victimización secundaria* que es el «conjunto de síntomas psíquicos y psicósomáticos que se manifiestan a lo largo del tiempo, a menudo debido a los aspectos médico-legales-judiciales que acompañan a la denuncia» (11).

El Parte al Juzgado es una obligación legal de todos los profesionales que, por razón de su trabajo tengan conocimiento de algún delito. Son considerados actos de «poner en conocimiento» y no suponen verdaderas denuncias, ya que estas se consideran un derecho que la víctima de cualquier delito puede o no ejercer, mientras el parte es una obligación del profesional que debe emitirlo aún sin lesiones visibles, sólo ante sospecha o información de terceros y aún con oposición de la víctima. Es recomendable dar una copia a la víctima, pero no es obligatorio. Así mismo, la obligatoriedad del parte se extiende a cualquier profesión y no es vinculante sólo para los facultativos, si bien, es recomendable que sean estos los descriptores de las lesiones que se describan.

Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 262: Los que por razón de su profesión, cargo u oficio tuvieren noticia de algún delito están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, Juez Instructor. Nombrar especialmente si la

omisión en dar parte fuese de un profesor en Medicina, Cirugía en el ejercicio de su cargo.

Existe un formato de parte al juzgado específico para delitos de malos tratos y agresión sexual, si bien puede utilizarse cualquier otro parte de esencia o de lesiones para realizar la notificación. El parte al juzgado iniciará siempre el procedimiento judicial en caso de menores o incapacitados legales y, en el resto de casos, formará parte de la constancia de agresiones sufridas por la víctima que suele tardar varios años en dar el paso de la denuncia. Las principales dudas que plantea la cumplimentación del parte al facultativo (20) son el secreto profesional, la dificultad diagnóstica (aspectos de "certeza") y el compromiso personal que supone la "denuncia". Respecto a estas dudas, las respuestas son claras: el parte no vulnera el secreto profesional respecto a la mujer sino que señala al presunto delincuente; el parte no es un "certificado" médico y transmite sólo una sospecha correspondiendo al médico forense y al procedimiento judicial la averiguación de los hechos; el médico se enfrenta a una obligación más en el cumplimiento de sus actividades profesionales que debe desmitificarse y asimilarse a otros muchos actos médicos que implican vinculaciones personales.

En las diligencias judiciales interviene el médico forense (11) aunque, debido a la evolución natural de la mayorías de las lesiones, éstas suelen haber desaparecido en el momento de su intervención, por lo que es tan importante la constancia del facultativo que realizó la primera atención a la víctima y cumplimentó el parte. El médico-forense emitirá el informe de sanidad, en cuyo valor judicial es fundamental la consignación de los tratamientos que requirieron las lesiones, para la consideración de los hechos como delitos o como faltas.

En el marco del Procedimiento de Coordinación (32) se establecen los derechos de las víctimas de malos tratos o agresiones sexuales:

1. Derecho a recibir la atención necesaria en el menor plazo posible.
2. Derecho a que se preserve en todo momento su intimidad y privacidad.
3. Derecho a no verse obligada a repetir el relato de los hechos.
4. Derecho a interponer una denuncia.
5. Derecho a recibir copia de la denuncia, parte de lesiones y otros documentos de interés.
6. Derecho a que se le eviten desplazamientos innecesarios.
7. Derecho a su protección, su seguridad y ser acompañada cuando sea preciso.
8. Derecho a ser informada en cada momento de las actuaciones que se vayan realizando.
9. Derecho a ser informada de las acciones legales que puede ejercer y del derecho a la defensa.
10. Derecho a ser informada de la existencia de servicios y ayudas para las mujeres que sufren malos tratos.

La Asociación de Mujeres Juristas THEMIS (9) ha analizado la respuesta penal a la violencia familiar, concluyendo las siguientes deficiencias en el procedimiento judicial establecido:

- En el marco policial: las denuncias son incompletas, no se describen suficientemente los detalles de las circunstancias de los malos tratos y no se utilizan los recursos disponibles como la inspección ocular, las fotos, testigos directos, etc.
- En el marco médico-forense: no se tramitan procedimientos por lesiones psicológicas. No se practican diligencias sobre las consecuencias psicológicas de los malos tratos.

- En el marco judicial: el ministerio fiscal suele tener el primer contacto con la víctima durante el juicio oral, lo que impide un conocimiento exhaustivo del caso y la posibilidad de practicar pruebas que acrediten la agresión. La acusación particular no siempre actúa de forma eficaz, tanto por falta de preparación como de convicción. Los jueces de instrucción suelen calificar como faltas las agresiones físicas y verbales incluso cuando los sucesos vividos son por su gravedad constitutivos de delito.

4.- LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO PROBLEMA SOCIAL

La violencia está presente en las relaciones sociales (21) y en la actualidad estamos asistiendo a nuevas formas de violencia en el mundo occidental que son exponentes de la interiorización de la violencia: violencia en los centros escolares y violencia gratuita entre jóvenes (21).

El ejercicio de la violencia en la familia ha seguido un patrón culturalmente aceptado: tradicionalmente el "cabeza de familia" asumía las funciones de protección y autoridad y tenía el poder de ejercer castigos y violencia y sus excesos pertenecían al secreto familiar (21).

La violencia familiar no comenzó a tratarse como problema social grave hasta los años 60, cuando algunos autores describieron el "síndrome del niño golpeado". A pesar del tiempo pasado desde entonces, la violencia familiar sigue siendo considerada un problema poco frecuente y atribuido a personas con diagnóstico psicopatológicos (1). Sin embargo, los estudios realizados al respecto nos muestran que la violencia doméstica es un fenómeno universal y, altamente, prevalente que se apoya en los valores, mitos, creencias y estereotipos sociales (1).

«La violencia doméstica es una patología que afecta a nuestra sociedad»(13). Se trata de un fenómeno social e histórico que se perpetúa a través del aprendizaje (1). La violencia doméstica

excede el plano de lo individual y lo familiar y sus repercusiones se extienden al completo de la sociedad. Puede considerarse que la violencia doméstica habitual se sitúa en el nivel extremo dentro de la gravedad del estrés psicosocial (13).

La violencia en el hogar no puede considerarse un problema de salud individual sino de salud pública (6). *Se necesita un enfoque sanitario público para tratar la violencia en el seno de la familia.* La consideración de los malos tratos como un problema privado, ignorado socialmente ha contribuido a su persistencia (33).

Es fundamental el reconocimiento de los malos tratos como un «mal social» que está fundamentado ideológicamente en la desigualdad de géneros, por lo que es imprescindible incorporar el análisis de género a la comprensión de las relaciones afectivas, familiares y sociales (4).

Las consecuencias sociales de los malos tratos se pueden valorar a nivel de retraso socioeconómico de una sociedad al limitar la participación de femenina en el desarrollo comunitario, el acceso al empleo y en términos de calidad de vida: según el Banco Mundial, las violaciones y la violencia doméstica llevan a una pérdida de nueve millones de años de vida saludables por año en el mundo, cifra superior al total de pérdida ocasionada por todos los tipos de cáncer que afectan a las mujeres y más del doble del total de años de vida saludables perdidos por las mujeres en accidentes de tráfico (5).

Los **Recursos sociales** de la comunidad andaluza en Sevilla y Málaga, según dependencia son:

Institucionales:

- .- Instituto Andaluz de la Mujer. (Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía). C/ San Jacinto, 7. 29007 Málaga. Tlf.952 304 000. Fax. 952 393 989.

- Teléfono de información a la mujer 900 200 999
 - Servicio de defensa legal para mujeres que sufren malos tratos
 - Centros de Emergencia
 - Centros de Acogida
 - Pisos Tutelados
- .- Centro de la Mujer. (Diputación de Málaga). C/ Carretería, 61. Málaga. Tlf. 952 225 513.
- .- Servicio de Atención a las Víctimas de Andalucía. SAVA. (Consejería de Gobernación y Justicia de la Junta de Andalucía). Paseo Reding, s/n -Palacio de Justicia- Málaga. Tlf. 952 136 675.
- .- Servicio de Atención a la Mujer en las Comisarias de Policía.
- .- Servicio de Atención a la Mujer y al Menor de la Guardia Civil. EMUME.
- .- Servicio de Atención al Niño. SAN. (Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía). C/ Ollerías, 15. 29071 Málaga. Tlf. 952 228 174 y 952 215 692.

Asociaciones:

- .- Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención de los Malos Tratos. ADIMA. C/ Manuel Rojas Marcos, 6. 41004 Sevilla. Tlf. 954 225 413. Fax. 954 211 155.
- .- Asociación de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales. AMUVI. C/ Alberto Lista, 16. 41003 Sevilla. Tlf. - Fax. 954 905 649.

De entre todos los recursos sociales, destacaremos las Casas de Acogida: las primeras se crean en Europa en los años 70 (18) con el fin de acoger, con carácter temporal, a la mujer que sufre malos tratos y a sus hijos, carentes de recursos

económicos, familiares y personales y con peligro para su integridad física o psíquica. El objetivo es cubrir las necesidades básicas de la mujeres afectadas y colaborar de forma profesionalizada mediante equipos multidisciplinares de atención (trabajadoras sociales, psicólogos, abogados) a la recuperación personal y social de las víctimas.

Con el desarrollo de éstas han ido apareciendo algunos problemas pendientes de resolución:

- La necesidad de permanencia en estas casa dista de ser temporal y transitoria y se necesita mucho tiempo y esfuerzo para conseguir la integración.
- La permanencia en las casas de acogida es vivida por las víctimas como un factor de estrés añadido: desarraigo, pérdida de contacto con familiares y a veces con sus hijos, dificultades de la convivencia con otras víctimas todas bajo gran presión psicológica, sensación de incertidumbre y miedo.

5.- INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL

5.1.- PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

La utilidad de protocolizar la atención a víctimas de violencia doméstica ha sido establecida en estudios previos (11) que muestran el enorme aumento en la detección de los malos tratos en los servicios sanitarios (de un 6-7 por ciento a un 30 por ciento) al poner en funcionamiento un protocolo de atención específico.

Tradicionalmente, la violencia doméstica se había considerado por parte de los profesionales sanitarios como un problema grave pero ajeno a su capacidad de intervención que se limitaba a la atención al síntoma agudo y explícito. Y esto ante la realidad de que las víctimas de malos tratos acuden,

rutinariamente, a los servicios de salud para ser atendidas por las dolencias que directa o indirectamente se relacionan con este tipo de violencia (5).

Nivel Autonómico:

En 1990 se aprobó el I Plan para la Igualdad de Oportunidades para las Mujeres en Andalucía, en el que se recogen acciones diversas contra la violencia de género, que ha permitido el desarrollo de una red de servicios y ayudas para las víctimas de violencia doméstica. En 1995, se aprobó el II Plan Andaluz para la Igualdad de las Mujeres y en 1998 el Plan de Actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de la Violencia Contra las Mujeres.

En aplicación de los acuerdos de los Planes anteriores, se publicó en 1998 un «Procedimiento de Coordinación para la Atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales» con el objetivo de garantizar una actuación coherente y coordinada a las víctimas de violencia doméstica. En este procedimiento se define las pautas de actuación de cada una de las instancias: Centros Sanitarios, Juzgados de Guardia, Comisarías de Policía, Guardia Civil, Policía Local y Unidades de Policía Autonómica, Servicios Sociales Comunitarios, Red de Servicios de Información a la Mujer (2).

Nivel Local. Distrito Sanitario:

El trabajo sobre víctimas de malos tratos es un área de interés para el Distrito Sanitario Málaga, ya que desde hace dos años viene funcionando un grupo de trabajo sobre malos tratos, formado por cuatro médicos, dos enfermeras, cuatro trabajadoras sociales y una técnico del distrito, cuyo objetivo inicial es colaborar en la formación continuada, impartiendo sesiones sobre malos tratos a todos los profesionales de los centros de sanitarios del distrito (Centros de Salud y Consultorios). Así mismo, el grupo de trabajo ha elaborado un proto-

colo de actuación «Guía de actuación en malos tratos y agresiones sexuales» (34), que, actualmente, está en revisión por la Mesa Provincial de Málaga sobre Malos Tratos, representada por las Instituciones Judicial, Policial y Sanitaria, que es posible que asuman todos los distritos sanitarios de la provincia de Málaga. El objetivo de este documento es facilitar los procedimientos a realizar por los profesionales de atención primaria ante la violencia doméstica.

Nivel Básico. Centro de Salud:

Presentamos nuestra experiencia en la aplicación de un protocolo específico de atención a familias víctimas de violencia doméstica residentes en una Casa de Acogida ubicada en la Zona Básica de Salud Ciudad Jardín. El sistema de atención sanitaria en el centro a estas familias no había sido distinto al del resto de población atendida en la zona, hasta una primera revisión en la que se detectaron importantes problemas (35)(36): familias desarraigadas con frecuente utilización de los servicios del centro, problemas de salud particulares, bajo tiempo en la zona básica, importante uso de servicios, presentan problemas de salud con necesidad de intervenciones preventivas, actitud especial (victimización), descoordinación de profesionales en su atención. Se consensuó una intervención priorizada que consiste en (Grafica 3.) conocer directamente cada caso a partir de la Trabajadora Social del equipo de atención primaria que facilita información relativa al caso. Ésta realiza la apertura de historia clínica y la valoración sociofamiliar y pone en conocimiento del médico de familia y pediatra la existencia y problemática de cada caso y gestiona las primeras citas para estos profesionales y para el programa de detección precoz del cáncer de mama (realización de mamografía) en mujeres mayores de 50 años. A partir de aquí, se siguen los canales normales de utilización de servicios favoreciendo, eso sí, la accesibilidad (atención sin cita previa, eliminación de trabas burocráticas) y priorizando la captación

a programas (planificación familiar, diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, control de embarazo, vacunación hepatitis B, vacunas y salud infantil). La atención sanitaria, también, se ha centrado en la escucha activa y la acogida psicológica de estas mujeres con especial problemática sociofamiliar y en situación de desarraigo y dependencia de las instituciones, respetando el derecho a decidir su futuro, cuidando, especialmente, la confidencialidad y realizando, convenientemente, los partes al Juzgado. A partir de la valoración del médico de familia y pediatra, se planifica la atención individualizada que requiera cada caso (derivaciones, tratamientos...). Existe una coordinación periódica interdisciplinar entre las personas del equipo que atienden a estas familias y los responsables de la Casa de Acogida en lo relativo a notificación de altas, bajas e incidencias, con comunicación telefónica en casos urgentes. El impacto de este protocolo fue evaluado contrastándose la mejora de la atención prestada a estas familias (37).

5.2.- ESTRATEGIAS INDIVIDUALIZADAS DE ATENCION A LAS VICTIMAS

• CASOS MANIFESTADOS POR LA VÍCTIMA:

- Atención al caso agudo

La entrada al centro de salud de una persona con sospecha o afectada por esta situación puede ser a través del servicio de admisión o de la consulta médica o de enfermería y de trabajo social. El personal de admisión, ante la llegada de una víctima de malos tratos (mujer, niño, anciano) al centro de salud debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- .- Pasarla a un lugar reservado y avisar al trabajador social o enfermero para que la acompañe.
- .- No dejarla sola.
- .- Avisar inmediatamente al médico que la vaya a atender.
- .- No hacerla esperar.

- .- No derivar, bajo ningún concepto, a otro centro de salud u hospital sin que el sanitario de este centro de salud deje constancia de que ha sido atendida. En caso de derivación, garantizar el acompañamiento (personal sanitario o policía).
- .- Facilitar el impreso del parte al juzgado a todo el personal sanitario.
- .- Archivar una copia del parte al juzgado y otra enviarla al Distrito Sanitario en un sobre anotando «confidencial» dirigido al fiscal.

Independientemente de que la persona agredida denuncie los hechos, no podemos olvidar que los malos tratos no declarados suponen mantener un alto índice de sospecha.

Los profesionales de atención primaria y en especial los trabajadores sociales, tienen una importante labor en la detección precoz de estos casos, ya que es necesario establecer una rápida y eficaz actuación y coordinación con las demás instituciones implicadas en los malos tratos.

La metodología y actividades propias del trabajo social hacen que sea un profesional de referencia en el equipo multidisciplinar del centro, para el abordaje de este grave problema, puesto que entre sus funciones están conocer el mapa de recursos (policiales, judiciales y de alojamiento-acogimiento) a nivel provincial, autonómico y nacional que requieren estos casos, ya que es un técnico en establecer relaciones personales creando una buena acogida y utilizando la escucha activa en la que la persona se siente apoyada y capaz de iniciarse en la toma de decisiones.

• **Al daño físico.** Al atender a una víctima de malos tratos se debe en primer lugar atender a las lesiones y daños que presenta, haciendo constar en su historia clínica la atención prestada y la existencia de malos tratos, realizando una valo-

ración del alcance de éstos con la información disponible hasta ese momento. Es tras esta atención inicial la víctima debe ser valorada por la trabajadora social (2) (34).

• **Parte al juzgado.** En el Procedimiento de Coordinación para la Atención a las Mujeres Víctimas de Malos Tratos y Agresiones Sexuales (32) se establecen los pasos pormenorizados en la intervención con víctimas de malos tratos en los centros sanitarios, con especial relevancia de la obligatoriedad de cumplimentar el parte al juzgado «ante cualquier demanda de asistencia sanitaria que efectúe una mujer por haber recibido una agresión sexual o malos tratos en el ámbito doméstico» (Procedimiento). También se hace hincapié en la necesidad de coordinación policial y judicial, recordando la necesidad de requerir la presencia del médico forense y de la policía a fin de garantizar la protección de la mujer, acompañar a la denuncia y custodiar las pruebas (32). El parte debe cumplimentarse por el facultativo que atiende a la víctima a fin de describir correctamente las lesiones físicas y psicológicas que presenta, el tratamiento aplicado, etc; pero la extensión de la obligatoriedad de la comunicación del caso al Juzgado es extensible a cualquier profesional que tenga conocimiento del caso y, de cualquier forma, *no debe quedarse oculto ningún caso de malos tratos.*

• **Valoración de seguridad.** Es fundamental esta intervención que supone, ante conocimiento de un caso de malos tratos en el centro sanitario, el grado de riesgo de volver al domicilio. Es determinante en esta evaluación el nivel de miedo de la mujer y su apreciación de inseguridad inmediata y futura (20). Son indicadores de riesgo de violencia progresiva y desatada:

- Reciente y progresivo aumento en la frecuencia o gravedad de las agresiones.
- Aumento de las amenazas de ser asesinada o de suicidio por parte del agresor.

- Amenazas a los niños.
- Presencia o disponibilidad de armas de fuego.

Si el riesgo es alto:

- Debe evitarse el uso de tranquilizantes que dificulten la autoprotección o huida de la víctima.
- Poner en marcha recursos asistenciales de acogida.
- Requerimiento de acompañamiento policial si el caso lo requiere. Recordar que el máximo riesgo de asesinato se da cuando la mujer intenta abandonar la relación.
- Recordar los documentos que debe recoger y planificar su custodia.
- No podemos tomar nosotros la decisión de abandonar el hogar, si la mujer decide permanecer en él recordar los recursos de asistencia de 24 horas, dar cita de seguimiento, recordar que puede ser peligroso tener consigo información o documentos relativos al tema y *apoyar su decisión*.

Se debe valorar muy especialmente el riesgo de homicidio. La mayor parte de los asesinatos ocurren como último episodio de una situación crónica de maltrato en el que el agresor se excede en la gravedad de la violencia que habitualmente ejerce. Los homicidios están asociados con frecuencia al abandono de la víctima y a los celos patológicos por lo que deben ser tenidas en cuenta estas situaciones. El consumo abusivo de alcohol y drogas pueden actuar como desencadenantes. También debe valorarse la amenaza o empleo anterior de armas.

• **Coordinación.** El hecho de que existan éstos grupos o comisiones técnicas sobre malos tratos, no puede eximir, ni a un solo profesional del compromiso con esta realidad. Tenemos que desechar la figura del «profesional más motivado» en cada centro sanitario; en esto, todos debemos ser especialistas.

El tratamiento de la violencia doméstica también debe ser interdisciplinar implicando a los equipos de urgencias y hospitalarios así como a todas las instituciones relacionadas.

• **Reacción psicológica de la víctima.** Se ha analizado el mecanismo de respuesta ante la agresión brusca, determinándose una variabilidad de las posibles respuestas (13) las que se han comparado con las reacciones que tendría una persona aislada cuando *un dinosaurio entra en su habitación* (el dinosaurio sería comparable al riesgo de morir):

- Respuesta activa: - de lucha, - de huida, - de detención de la actividad (soportar el menor daño posible).
- Respuesta pasiva: bloqueo o inhibición.

• **Riesgos que se plantea la mujer.** Es importante conocer y valorar los riesgos que se plantea la mujer para romper la relación con el agresor (20):

- *Riesgo de aumento de las amenazas y de la violencia física sobre ella misma o sobre sus hijos y familia.*
- *Riesgo de que el maltratador realice conductas autolíticas.*
- *Riesgo de hostigamiento continuo, acoso y ataques verbales y emocionales, especialmente si mantiene contactos con la víctima, como por ejemplo, régimen de visitas de los hijos.*
- *Riesgo de daño físico grave o muerte.*
- *Riesgo para los hijos: daño físico, psicológico, incumplimiento del régimen de visitas.*
- *Riesgo a perder a sus hijos por secuestro del padre o decisión judicial sobre su custodia.*
- *Riesgo de pérdida de poder adquisitivo (casa, posesiones, entorno social habitual).*

- *Riesgo de perder ingresos por trabajo (perder el trabajo por traslado o no poder buscarlo por hostigamiento).*
- *Riesgo de soledad.*
- *Riesgo de falta de ayuda para criar a sus hijos, mantener la casa...*
- *Riesgo de no ser creídas o tomadas en serio, de ser acusadas, de ser presionadas a hacer algo que no se siente preparada o capacitada para hacer.*
- *Riesgo de ser juzgada como mala esposa o madre.*
- *Riesgo de ser presionada para mantener la relación en base a creencias religiosas o culturales.*
- **Entrevista Clínica.**

Si se pregunta, hay que estar preparado para escuchar y responder.

En la atención a las víctimas de malos tratos es fundamental la actitud del profesional que debe guiarse de los siguientes principios (2) (6):

- Escuchar y creer la experiencia de malos tratos.
- *Desculpabilización: nadie merece recibir los malos tratos. La violencia nunca es justificable.*
- *Despsiquiatrización: que no está loca sino que está sobreviviendo a una situación loca.*
- *Respetar sus decisiones: la víctima debe decidir cuándo abandonar ese tipo de relación.*
- *Principio de beneficencia: hacer algo más que tratar la lesión (enfoque biopsicosocial).*
- *Principio de no maleficencia: hacer el diagnóstico correcto y que no corra riesgo mayor, evitar la victimización, evitar sedantes que dañan la capacidad de juicio y autodefensa.*

- **Confidencialidad:** petición de consentimiento informado para autorizar a informar de su historial a una tercera persona. Efectos nefastos de que el agresor conozca que la víctima ha roto el silencio, lo que aumenta la cólera sobre la mujer. En este sentido, es totalmente inefectivo y contraproducente que se «advierta» al agresor (15): la orientación es capacitar a la mujer a tomar el control de la situación.

Características de la escucha (20):

- Creer lo que nos dice. Las primeras veces que una mujer habla de este tema el relato es inexacto, a veces contradictorio, debido a la falta de habilidades comunicativas y a la defensa psicológica por miedo a hablar. *Ser creída constituye para la mujer una experiencia de reafirmación de gran importancia.*
- Empatizar con su experiencia. La escucha debe ser activa.
- Estimular a que hable del tema. Ayudarle a reformular sus experiencias.
- Validar sus sentimientos. Explicar que el miedo, la desconfianza y el abatimiento son secuelas de los malos tratos y hacerle entender que no es una enferma mental.
- No juzgar. Evitar aumentar el sentimiento de culpa haciendo referencia a hechos como el largo tiempo de permanencia de los malos tratos, las veces que abandonó y volvió, las denuncias retiradas. La mujer también se siente culpable de no ser capaz de romper la relación.
- Mostrarse sensibles ante la discriminación histórica de la mujer enmarcando este tipo de violencia en el contexto sociocultural.
- No presionar. No apremiar a la mujer a tomar decisiones. Muchas mujeres maltratadas desean que termine la violencia pero no que termine la relación.

- Asegurar y mantener la confidencialidad.
- Expresarle admiración. Referirnos a su capacidad y fuerza para sobrevivir.
- Escuchar, afirmar, desculpabilizar.
- Expresar preocupación por su seguridad
- Decirle que tiene derecho a estar segura y ser respetada.

Puede ser útil la técnica de la Universalización: previamente a las preguntas acerca de malos tratos es conveniente hacer referencias al tema para normalizarlo en el sentido de expresar lo frecuente que es y la gran cantidad de veces que hemos atendido a mujeres con estos problemas.

Se deben evitar los siguientes errores en la entrevista (9) (17) (20):

- Airear lo que nos cuenta la mujer sin su consentimiento.
- Poner etiquetas: *¿es usted maltratada?*
- Moralizar o sermonear. *cómo es que has aguantado tanto, parece mentira.*
- Minimizar la importancia de la violencia. *No será para tanto.*
- Expresar indignación por la agresión. *iQué barbaridadiiA lo que has llegadoi*
- Insinuar que la paciente es responsable. *No será que tú...*
- Recomendar terapia de pareja.
- Dirigir a la mujer a dejar la relación. *Tienes que separarte*
- Tomar parte y hacerlo todo por la mujer. Actitudes sobreprotectoras.
- Expresar deseos de venganza ni reacciones de descontrol.

Es necesario considerar, en el caso de atención a lesiones agudas, que la mujer sufre lo que llamamos “*Síndrome del paso a la acción retardado*” (20), es decir un bloqueo emocional ante la vivencia de un hecho violento que impide su verbalización y aún más ponerlo en relación con todo el proceso de malos tratos global que padece.

- **Abordaje psicológico**

Los focos para el correcto abordaje psicológico de la mujer que sufre malos tratos serían (20):

- **Creencias y actitudes previas.** Conocer, discutir y contrarrestar estas creencias en cuanto a la asunción de las “obligaciones” del rol femenino. Ayudar a la mujer a que reconozca el condicionamiento que sus creencias pueden tener sobre su conducta, y a que ponga en relación la procedencia de estas creencias con situaciones sociales o familiares aprendidas.

Objetivo: la autonomía personal y la responsabilización del propio cuidado.

Pueden emplearse técnicas de reevaluación cognitiva: explicar las reacciones y el proceso vivido-> discutir racionalmente las ideas erróneas-> resituar el acontecimiento traumático->reorganizar el futuro (9).

- **Autoestima.** Abordar la desculpabilización explorando las ideas de la mujer respecto a los desencadenantes de la violencia y su capacidad de control. Explicar que la responsabilidad de la violencia está en quien la ejerce y en razones del entorno económico y social.

Objetivo: potenciar la auto-aceptación.

Pueden emplearse técnicas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento de progresiva dificultad y recom-

pensa creciente. Hay que trabajar específicamente la capacidad de tomar decisiones.

- **Aislamiento.** El refuerzo de las redes de apoyo naturales de la mujer, evitando el aislamiento puede requerir un entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación mediante pautas graduales.

Las terapias de grupo pueden facilitar la intervención psicológica integral (9) procurando grupos homogéneos en características demográficas, circunstancias del maltrato y estado psicológico de las víctimas.

En el tratamiento de las víctimas de violencia doméstica hay que considerar los factores que influyen en el proceso de recuperación (9):

- Duración de los trámites de separación.
- Resoluciones judiciales: custodia, pensiones, régimen de visitas.
- Actitud de la pareja: contenciosos respecto a la custodia, falseamiento de ingresos reales, intento de invalidar la capacidad de la mujer .

Está formalmente contraindicada la terapia familiar (2) sí puede abordarse la separación del causante de malos tratos y su tratamiento (6).

Existen también alternativas de tratamiento para el agresor (9) útil en aquellos casos en que el maltratador es consciente de su problema y se muestra motivado a modificar su comportamiento violento. Se considera que el encarcelamiento de los agresores no es suficiente para acabar con el problema social de la violencia familiar. Hay que considerar esta alternativa en un tercio de casos de mujeres que deciden continuar con sus parejas (9). Cuando el maltratador pide ayuda suele estar en la fase final de su relación y generalmente la

verdadera motivación para el tratamiento es convencer a la pareja para volver a la relación. Sólo la mitad de agresores que inician tratamiento lo terminan (9) debido a esta falta de motivación real para el cambio. Es regla de oro del tratamiento hacerlo de forma individualizada y separada de la mujer.

- **Información de Recursos**

Los profesionales en contacto con mujeres víctimas de sospecha o certidumbre de malos tratos y/o agresiones sexuales, deben poner a disposición de la mujer los recursos sociales existentes, por escrito e informando de sus características (horarios de funcionamiento, lo que pueden ofrecerle).

- **Seguimiento**

Es importante que no se pierda ni uno solo de los casos de malos tratos atendidos y en especial los casos agudos, desde todos los aspectos: clínico, psicológico y socio-familiar. También se ha de tener en cuenta el seguimiento clínico del daño físico y psicológico.

CASOS OCULTOS Y OCULTADOS:

- **Técnicas para la detección de casos por el trabajador o trabajadora social**

- Historias de la vida

Relatos sobre el pasado de la vida del entrevistado con el objetivo de elaborar y transmitir una memoria personal o colectiva que hace referencia a las formas de vida de una comunidad en un periodo histórico concreto. Este relato del pasado vital supone una elaboración personal y subjetiva que devuelve a la persona el protagonismo de la historia y la participación en la recreación del pasado. Aunque es un testimonio individual, comporta expresión de espacios, situaciones y circunstancias colectivas y sociales que cobran un valor testimonial.(22) (38).

- **Escalas** : Cuestionario de malos tratos psicológicos a mujeres: Cuestionario PMWI (39).

- **Preguntas directas**

Está demostrada que el mejor método para preguntar acerca de los malos tratos es hacerlo directamente, sin rodeos y con naturalidad. Es el mismo sistema que para preguntar acerca de aspectos como la ideación suicida o problemas sexuales: la mujer se manifestará aliviada si, verdaderamente, sufre esta situación, aunque no la reconozca abiertamente en ese momento (ya sabe con quién puede hablar de este asunto) y si no se trata de lo que sospechamos no se sentirá ofendida sino agradecida por nuestro interés en ayudarla. En este asunto los profesionales lo "pasamos peor" que los pacientes.

Propuesta de preguntas (17): Violencia actual:

- *¿Tiene alguna relación ahora dónde sienta miedo, o donde alguien le esté amenazando, hiriendo o forzando sexualmente o intentando controlar su vida?*
- *¿Cuándo discute con su pareja, cómo suele reaccionar él?*
- *¿Existe entre su pareja y usted una relación de igualdad y respeto o por el contrario hay establecido algún tipo de mando o poder por parte de su pareja?*

Violencia en el pasado:

- *¿Desde que es adulto ha sido alguna vez víctima de violencia como por ejemplo una agresión o ataque sexual?*
- *¿Ha tenido alguna vez alguna relación donde su pareja le haya herido, amenazado o forzado sexualmente?*
- *Cuando era niño o adolescente ¿alguien le hirió físicamente, forzó o le maltrató psicológicamente?*

Ejemplos de preguntas (20):

- *¿Discute a menudo con su marido?¿Qué ocurre cuando discuten?.*
- *¿Cuándo no está de acuerdo con su marido suele amenazarla de alguna manera?.*
- *¿Es celoso su marido? ¿Son los celos uno de los problemas de pareja que más le preocupan?*
- *¿Suele su marido vigilar y controlar sus movimientos?¿Le acusa de tener alguna relación con otra persona sin motivo alguno?.*
- *¿Cuándo su marido se enfada con usted suele romper las cosas que usted valora, como por ejemplo fotos familiares, su ropa o golpea a su perro o gato?.*
- *¿Cuándo su marido pierde el control qué hace?¿Le suele tirar cosas o amenazarle?.*
- *¿Quién marca las reglas?¿Qué ocurre cuando usted no cumple las reglas?.*
- *¿Cuándo discuten suelen terminar a golpes, empujones o bofetadas?.*
- *¿Su marido alguna vez ha usado los puños o algún arma para golpearla?.*
- *¿Su marido suele forzarla a mantener relaciones sexuales aunque usted no tenga ganas?.*
- *¿Ha llamado alguna vez a la policía?*
- *¿Cómo es su vida social?. ¿Tiene usted amigos?.*
- *¿Quién controla la economía en su casa?.*
- **Información pública en los centros de salud**

Se establece en forma de carteles en las salas de espera de centros sanitarios empleando mensajes educativos e in-

formando directamente de teléfonos de emergencia y direcciones a las que dirigirse. Funcionan a modo de elemento informativo indirecto y tienen además el mensaje de que «en este lugar se puede hablar de este tema».

- **Actuación según la etapa de cambio psicológico de la víctima**

1. **No tener en cuenta.** Las mujeres que están en esta fase corresponderán con alta probabilidad al grupo de casos ocultos y ocultados. En esta fase la intervención debe ir orientada, ante la sospecha, a la empatía y a establecer una buena relación con la mujer, de forma que sepa que «puede contar con nosotros». Deben evitarse los señalamientos durante la entrevista como «mujer maltratada», etiqueta de la que huirán, probablemente por la dificultad de reconocerse en esa situación.

También es de utilidad tener en el centro información mediante carteles o folletos sobre el tema.

Debe registrarse en la historia clínica esta sospecha a fin de que cualquier otro profesional pueda valorar los síntomas que presente en el contexto de su problemática y pueda llegar donde nosotros no.

2. **Darse cuenta.** En esta etapa es fundamental la entrevista clínica de detección: la mujer está preparada para hablar y se cuestiona su situación. La valoración de los recursos de apoyo social informal y el fortalecimiento de estos es vital para el pronóstico. Además, deben ofertarse todos los recursos formales de que dispongamos según cada caso. Es fundamental en esta etapa que el profesional no tenga prisa con respecto a las decisiones de la mujer. Son frecuentes los cambios de opinión, las contradicciones y el «dejarnos en la estacada», pero estas actitudes no son más que manifestación de la fuerte lucha

interior que mantiene la víctima.

3. **Encontrarse a sí misma.** Es en esta etapa donde pueden tener más utilidad los recursos grupales y el apoyo psicológico profesional a la víctima que debe reconstruir su futuro. La incorporación laboral y el cuidado de los hijos son dos focos de interés preferente de cara a la recuperación de la mujer. Debemos evitar en esta etapa, con más rigurosidad que en otras, la toma de medicación sedante, porque nada perjudicaría más al proceso de recuperación que la dependencia de sustancias psicoactivas.
4. **Salir adelante sola.** La continuidad asistencial que caracteriza a la atención primaria permitirá seguir el proceso individual y familiar de recuperación de la mujer. Nuestro papel debe ser el seguimiento más a distancia que en otras etapas, la coordinación con todos los agentes que participan en el caso y la disponibilidad, permaneciendo al mismo tiempo lejos y cerca de la víctima.

En las entrevistas es importante permanecer dispuesto a hablar del tema, pero sin recordar constantemente a la mujer la situación que ha vivido. En estos casos se realizan también la valoración de seguridad de la víctima, el parte al juzgado, el seguimiento.

5.3.- INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA SOCIAL EN LA PREVENCIÓN:

- EN LOS PROGRAMAS DE SALUD

En el ámbito de atención primaria se propone introducir en los programas preventivos que ya se desarrollan programas de prevención de la violencia doméstica con la siguiente orientación (1):

- Destrucción de mitos y estereotipos.

- Concienciación de la violencia doméstica como problema social.
- Creación de recursos comunitarios que respalden a las víctimas.
- Programas de formación para profesionales para evitar la victimización secundaria.

Los programas de salud donde pueden incluirse contenidos educativos respecto a la violencia doméstica serían prioritariamente los siguientes: Planificación Familiar, Tarde Joven, Control de Embarazo, Educación Maternal, Salud Escolar, Salud Infantil.

- ESTRATEGIAS COMUNITARIAS

Se han propuesto Estrategias comunitarias útiles para la reducción del nivel general de violencia en la familia y en la sociedad (4) (6) (11):

- Reducción del consumo de alcohol y drogas.
- Restricción del acceso a armas.
- Disminución de la marginalidad y la pobreza.
- Aumentar el acceso a atención socio-sanitaria integral a colectivos de mayor riesgo.
- Colaboración intersectorial para crear *lugares seguros* en la comunidad.
- Modelo educativo igualitario. Educación no sexista.
- Igualdad de oportunidades para las mujeres.
- Desterrar la consideración de la violencia como forma de relación.
- Aumentar la conciencia social y la repulsa ciudadana a

los malos tratos: conseguir la «Tolerancia 0» hacia la violencia doméstica.

Se trataría de propiciar un cambio social donde la relación interpersonal dentro y fuera de la familia estuviera fundamentada en el respeto y la dignidad de las personas y no en el ejercicio del poder y el abuso. El entendimiento de los malos tratos como un problema social nos lleva también a la reflexión de que no es posible terminar con la violencia doméstica desde una perspectiva estrictamente policial "se trata no tanto de que el castigo corresponda al delito, como de que la prevención corresponda a la causa." (1)

Como se recoge en la Propuesta para la creación de la unidad de atención socio-sanitaria del Distrito Sanitario Málaga, las funciones básicas de los TS en el Sistema Sanitario de Atención Primaria son las siguientes (40):

- *Fomentar y coordinar la participación y el trabajo comunitario, tanto la participación formal a través de órganos establecidos al efecto, como la participación cotidiana en los problemas de salud a través de la implicación de las distintas entidades comunitarias en la responsabilidad sobre la salud.*
- *Establecer canales de coordinación intersectorial para el abordaje integral de los problemas de salud.*
- *Prestar atención individual y familiar a los problemas socio-sanitarios, informando sobre los recursos propios y ajenos al Servicio de Salud, a fin de incrementar las posibilidades de elección real e informada de los ciudadanos, haciendo especial hincapié en el respeto a los derechos como usuarios del SAS.*
- *Conocer las necesidades y las demandas de los usuarios con respecto al Sistema Sanitario a fin de poder adecuar las carteras de servicios a las mismas.*

Uno de los principales objetivos del trabajo social (41), recogidos en el actual Plan Andaluz de Salud, es *Intervenir siguiendo la estrategia de riesgo para disminuir las desigualdades sociales* y así asegurar entre otros, el principio de equidad que prioriza, en este sentido, la atención socio-sanitaria a aquellas personas, familias, grupos que más lo necesiten.

Desde las Unidades de Trabajo Social de cada centro sanitario, se aporta la dimensión psicosocial a los problemas de salud, ofertando atención socio-sanitaria a la población adscrita al mismo interviniendo preferentemente en los casos que requieran la aplicación de Estrategias de Riesgo, a fin de disminuir las desigualdades sociales.

Entre sus actuaciones, está la de aplicar la técnica de la Estrategia de Riesgo, valorando su situación y determinando la posible intervención, siempre en coordinación con los profesionales sanitarios y con las distintas entidades (públicas y privadas) que al igual que Salud, tienen competencias en el grave problema de los malos tratos. Así, mediante la atención individualizada y familiar de estas personas, el Trabajador Social ha de conocer la situación sociofamiliar del agredido o agredida, los posibles factores de riesgo del agresor, el estado de salud de la víctima, las alteraciones psicológicas y su capacidad de generar respuestas frente a estos hechos. Por tanto, el objetivo general de la intervención sociofamiliar del Trabajador Social de un centro de salud, a las víctimas de violencia doméstica, consiste en priorizar la detección y captación precoz de las situaciones de riesgo de malos tratos, para que no deriven en situaciones más graves de riesgo para la salud, tanto física como psíquicamente y aplicar las actuaciones urgentes ante los malos tratos manifiestos.

5.4.- AUTOPROTECCIÓN DE LOS PROFESIONALES

La atención a víctimas de maltrato deja también secuelas entre el personal que les atiende. Es el fenómeno llamada *Victimización Indirecta* (6). Se trata de la experimentación de tensión psicológica con desilusión, desánimo, pérdida de la capacidad de compasión, percepción de inutilidad de las actuaciones de falta de éxito terapéutico y sensación personal de incompetencia e insuficiencia profesional. Se han determinado las señales o «avisos» de este desgaste: agotamiento físico, cinismo, irritabilidad, actitud negativa ante el trabajo, aumento de comportamientos rígidos e inflexibles, aumentos del consumo de alcohol o drogas, hipervigilancia, pesadillas. Este síndrome se presenta con mayor frecuencia en situación de falta de recursos y falta de sistemas de apoyo y puede considerarse semejante al síndrome de *Burn Out* o del "quemado". Entre los mecanismos de producción destaca el excesivo compromiso con el trabajo, la excesiva identificación con un paciente en particular, confundir la identidad profesional y la personal. La victimización indirecta consiste en una reacción de desilusión y desánimo que experimentan los profesionales que trabajan con víctimas de malos tratos, en referencia a la "proximidad emocional" que supone trabajar con personas que viven situaciones extremas. A este fenómeno se ha llamado también *traumatización indirecta* y comprende una serie de alteraciones psicológicas entre las que destacan la tendencia a la depresión, el cinismo y la pérdida de la capacidad de compasión ante los traumas personales. Produce aislamiento profesional, incapacidad de mostrarse empático y comprensivo, tendencia a la funcionarización del trabajo asistencial y sensación de fracaso terapéutico.

Para evitar las consecuencias de este síndrome, es fundamental conocer su existencia y sus manifestaciones y prevenirlo mediante medidas como la comprensión de las propias limitaciones (evitar la sobreimplicación) y compartir las experiencias con otros profesionales (evitar el aislamiento).

5.5.- INVESTIGACIÓN

Desde los equipos de atención primaria se debe avanzar en el conocimiento del fenómeno de los malos tratos y profundizar en sus circunstancias y en su génesis.

Por la convicción de que se trata de un problema social, deben incorporarse técnicas de investigación afín con la metodología de las ciencias sociales, empleándose técnicas como las propuestas a continuación, de las que ya existen experiencias en este campo:

- **Grupos focales.** Es una técnica de investigación social que consiste en reunir a un grupo determinado de personas y suscitar entre ellos una discusión sobre el tema de interés para la investigación. Esta discusión es conducida por un moderador, de acuerdo a un guión flexible y poco directivo con el objetivo de generar un discurso libre en el que los participantes expresen sus opiniones. Esta discusión es audio y/o video-grabada, realizándose posteriormente un análisis de contenido sobre la transcripción literal de lo grabado. No se trata de un grupo para la resolución de problemas o la toma de decisiones, sino que el objetivo fundamental es la obtención de información. En esta técnica es fundamental la interacción entre los participantes, es decir la influencia de unas personas sobre otras a través de sus comentarios y el curso de la discusión. Sirve más para generar hipótesis que para confirmarlas y el interés no es tanto la inferencia sino la comprensión de los fenómenos. La investigación mediante grupos focales consta de tres fases: diseño, realización de los grupos, análisis y redacción del informe de resultados (42)

- **Entrevistas.** Se trata de entrevistas individuales según diseño cualitativo, con muestreo mediante técnica de la "bola de nieve" y grabación de la entrevista para posterior análisis de contenido (23).

5.6- FORMACIÓN

Los profesionales de atención primaria están en una situación privilegiada para el diagnóstico de los malos tratos. La continuidad asistencial, la cercanía a las personas y a las familias, la confianza que se establece en las relaciones con los pacientes, componen un marco excepcional para descubrir la violencia doméstica. Pero para que esto se produzca es fundamental que exista un «entrenamiento» y capacitación de los profesionales que les lleve a «pensar» en los malos tratos como diagnóstico diferencial.

La formación debe orientarse por etapas:

- 1.- Romper el Silencio.
- 2.- Eliminar los mitos.
- 3.- Capacitar para la atención a las víctimas.
- 4.- Capacitar para la detección de casos.
- 5.- Capacitar para el tratamiento.
- 6.- Capacitar para la prevención.

TABLAS Y GRÁFICAS:

Tabla 1.

Número de denuncias según datos del Ministerio del Interior (9):

AÑO	Nº DENUNCIAS
1995	16.815
1996	17.097
1997	18.535
1998	20.043
1999	21.959

Tabla 2.

Número de denuncias según datos del Ministerio de Asuntos Sociales correspondientes a 1998 y primer semestre de 1999 (11):

	Total	Delitos	Faltas
Total nacional	21800	9122	21358
ANDALUCÍA	6639	1446	5193
ARAGÓN	560	249	311
ASTURIAS	838	282	556
BALEARES	571	267	304
CANARIAS	2436	932	1504
CANTABRIA	372	55	317
CASTILLA Y LEÓN	1348	275	1073
CASTILLA-LA MANCHA	929	245	684
CATALUÑA	3957	1425	2532
COMUNIDAD VALENCIANA	2899	902	1997
EXTREMADURA	681	130	551
GALICIA	1617	604	1013
MADRID	5296	1595	3701
MURCIA	1283	291	992
NAVARRA	162	68	94
PAIS VASCO*	422	270	152
LA RIOJA	122	22	100
CEUTA Y MELILLA	348	64	284

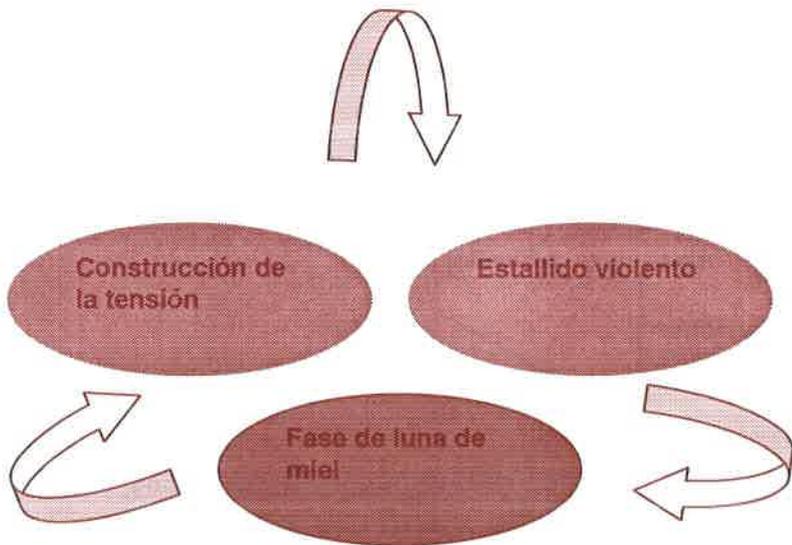
* Datos correspondientes sólo a 1998.

Tabla 3.*Circulo de la igualdad frente al Circulo de poder y control (FMC)*

CIRCULO DE PODER-CONTROL	CIRCULO DE LA IGUALDAD
Intimidación	Comportamiento no amenazador
Coacción y amenaza	Negociación y equidad
Abuso económico	Asociación económica
Privilegios «masculinos»	Responsabilidad compartida
Uso de los niños como instrumento para ejercer mayor control	Paternidad responsable
Minimización, negación, culpabilización	Honestidad
Aislamiento	Confianza y apoyo, respeto
Malos tratos emocionales	

Gráfico 1.

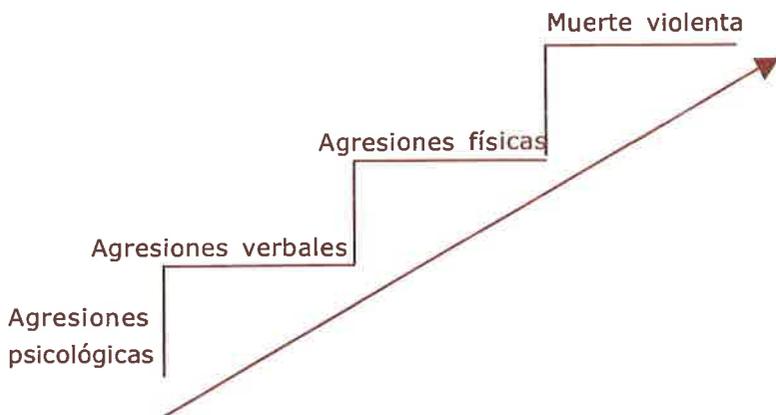
Ciclo de la Violencia



Diseño de las autoras.

Gráfica 2.

Escalada de la Violencia



Estudio sobre Violencia contra Mujeres 1999.
Instituto Andaluz de la Mujer.

Figura 1.

Intervención priorizada a mujeres y niños residentes en la casa de acogida.



Diseño de las autoras.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Carmona LI, Jiménez ML. Malos tratos en mujeres. JANO 2000; 58: 61.63.8
- 2.- Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Plan de acción contra la violencia doméstica 1998-2000. Ministerio de asuntos sociales. Instituto de la Mujer. Madrid 1999.
- 3.- Cruz y Hermida J. Violencia doméstica femenina. El Médico 1999: 40-547
- 4.- Escudero M. Violencia de género en Andalucía. Index de Enfermería, 2000; 30: 9-11.
- 5.- Diva V, Tulia J. Violencia doméstica en Medellín (Colombia). Un problema que afecta a la salud de las mujeres. Index de Enfermería 2000; 30: 17-21.
- 6.- Baker NJ, Mersy DJ, Tuteur JM, Cline JM. La violencia en la familia. Monografía. AAFP Home Study Self Assessment. Versión Española. Barcelona, 1996.
- 7.- Suárez Rodríguez T, Mullor Abad A. Violencia psicológica: la parte sumergida del iceberg. Medifam 1998, 8: 34-42.
- 8.- Casasa Plana A. Violencia conyugal, importancia desde el punto de vista médico. Aten Primaria 1997, 19: 276-277.
- 9.- Sarasúa B, Zubizarreta I. Violencia en la pareja. Ed Aljibe. Málaga, 2000.
- 10.- Cobo Plana JA. Manual de asistencia integral alas mujeres víctimas de agresión sexual. Formularios y guía de exploración y toma de muestras. Ed Masson. Barcelona 1998.
- 11.- Arroyo A. Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. Aten Primaria 2000: 26: 255-260.
- 12.- Bayo Casanova M, Ruiz Cantero MT. A propósito del terrorismo familiar. Med Clin (Barc) 1999; 112: 757-758.

- 13.- Cobo Plana JA. Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Guión de actuación y formulario. Ed Masson. Barcelona, 1999.
- 14.- Domingo F. La violencia intrafamiliar. FMC, 2000; 7:205-208.
- 15.- Voces D, Real MA, Barajas MA. Atención a la mujer maltratada. FMC 1999; 6: 87-92.
- 16.- Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco KE. Physical abuse of women before, during and after pregnancy. JAMA 2001; 285: 1628-30.
- 17.- Moreno MA, Alcázar P. Abordaje de la violencia doméstica por el médico de familia. Ponencia XI Congreso Samfyc. Granada junio 2000.
- 18.- Aguilar L, Shaw M^a del M, Rojas E. Mujer maltratada: ¿por qué aguanta?. TSDifusión 2000; 21: 14-15.
- 19.- Levington N. Una combinatoria compleja: dependencia afectiva y maltrato. Ponencia XI Congreso Samfyc. Granada junio 2000.
- 20.- Jiménez C, Lorente M, Perlado del Campo P, Rodríguez M. Instituto Andaluz de la Mujer. Violencia contra las Mujeres. Ambito Sanitario. Ed Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla, 1999.
- 21.- Alonso A. La violencia en la familia. APySAM 2000; 3: 148-153.
- 22.- Velasco C. Castigadas a la soledad y el silencio. El maltrato psicológico también es violencia. Index de Enfermería, 2000; 30: 47-51.
- 23.- Tulia J, Diva V. Del laberinto a la luz. El proceso de cambio que viven las mujeres en una experiencia conyugal violenta. Index de Enfermería 2000; 30: 12-16.

- 24.- Marcos B- Violencia Doméstica. Ponencia XI Congreso Samfyc. Granada junio 2000.
- 25.- Franco E. Violencia contra las mujeres. Aspectos legales y jurídicos. Ponencia XI Congreso Samfyc. Granada junio 2000.
- 26.- Aguar M. Los profesionales sanitarios ante la violencia doméstica. Index de Enfermería, 2000;30:7-8.
- 27.- Guillén C. Traumatismo, violación de derechos humanos y reparación. FMC 1999; 6: 425-427.
- 28.- Mingote C, Torres FM, Ruiz S. Trastorno de estrés postraumático. FMC 1999; 6: 428-435.
- 29.- Morales MJ, Vargas EJ, García A, Gil J, Parra JC, Borrás A. Análisis de las mujeres víctimas de malos tratos atendidas en una Zona Básica de Salud. Medicina General 2001; 34: 421-422.
- 30.- Ley Orgánica 14/99 de 9-VI de modificación del Código Penal en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE 10-VI-1999, nº 138: 22251.
- 31.- Ley Orgánica 11/99 de 30-IV de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal de 23-XI-1995. BOE 1-V-1999, nº 104:16099.
- 32.- Instituto Andaluz de la Mujer. Procedimiento de Coordinación para la Atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales. Instituto Andaluz de la Mujer. Sevilla 1998.
- 33.- Aguar M, Delgado A. Montes M, Matas MJ, Jerez T, Duarte AJ. Los médicos de familia ante la violencia doméstica. Comunicación XI Congreso Samfyc. Granada 2000.

- 34.- Comisión técnica sobre maltrato. Guía de actuación en malos tratos y abusos sexuales. Distrito Sanitario Málaga. Junio 2000.
- 35.- Martín ML, Muñoz F, Blanca F. Atención sociosanitaria a mujeres maltratadas residentes en una Casa de Acogida. Centro de Salud, 2000; 8: 37-40.
- 36.- Vivancos D, Martín M, Muñoz F, Blanca F. Violencia en el hogar. Atención sociosanitaria a niños residentes en una Casa de Acogida. *Pediatrka* 2000; 20: 77-81.
- 37.- Muñoz F, Martín ML. Mejora de la atención prestada a víctimas de violencia doméstica. Impacto de una intervención priorizada. *Atención Primaria* 2001;28: Nº 4; 241-248.
- 38.- Altea MA. La historia de Lucía. El relato de una mujer maltratada. *Index de Enfermería*, 2000; 30: 43-46.
- 39.- Alcázar P, Flores C, Vela F, Duarte AJ, Moreno M. Características sociodemográficas de las mujeres que cumplimentaron el cuestionario de maltrato psicológico. Comunicación XI Congreso Samfyc. Granada 2000.
- 40.- M.Luz Burgos Varo et al. -Propuesta para la creación de la unidad de atención sociosanitaria del Distrito Sanitario de Málaga. Ed.Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga. Documentos de Trabajo Social. 2001;20:29-53.
- 41.- Circular 1/87 sobre Organización y funcionamiento de los trabajadores sociales en los centros de A. Primaria de Salud.
- 42.- González M, Urís J. Los grupos focales y su utilidad en el diseño de la calidad. En: Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria, Tomo III. Ed DuPont, Madrid, 1997: 39-69.
- 43.- Ferrer E. Violencia contra las mujeres: movilización general (I). *JANO* 2001; 61:93-94.



La encrucijada solidaria:
más allá de la perplejidad

Con este artículo, las autoras tratan de superar el sentimiento de perplejidad que nos produce un ambiente social ambivalente, donde lo que se predica y en ocasiones se practica en torno a los valores sociales se tiñe de superficialidad. Al tiempo, se intenta provocar, en los profesionales del Trabajo Social, la reflexión y la toma de postura en la asunción de su papel de educadores, mediadores y referentes solidarios para la ciudadanía, desde el marco de unos valores democráticos y humanizantes, donde la solidaridad se constituye en fermento de cambio y transformación de la realidad social.

Mercedes González Vélez
M^a Josefa Vázquez Librero

En primer lugar es conveniente traer a colación una de las cuestiones más importantes de nuestro tiempo. Un interrogante filosófico fundamental, preocupación del hombre en todos los tiempos, y que hoy adquiere una vigencia vital, urgente: ¿qué es la verdad y dónde se halla?. Se necesita llegar a un cierto consenso. No podemos por menos de coincidir con Rorty en que *la idea de verdad es algo que se construye en vez de algo que se halla*¹. Si avanzamos en nuestra reflexión, vemos que, en la construcción y reproducción de la verdad, un instrumento poderoso a lo largo de la historia ha sido el lenguaje.

Actualmente, se ha producido la eclosión de un léxico determinado, que es homogéneo en sus intenciones: tolerancia, justicia, igualdad, equidad, reparto equitativo, libertad, disponibilidad, honestidad, participación y solidaridad. Hoy en día, estos términos legitiman el entramado social que el hombre del nuevo milenio parece querer construir.

No obstante, las señas de identidad de las sociedades "avanzadas" configuran un panorama superficial, geográficamente reduccionista y etnocéntrico, donde el hombre moderno gusta reconocerse y que no viene sino a reproducir, en muchos casos, el *glamour* del celuloide. Tenemos que reconocer que, en muchos casos, estas palabras tan fundamentales han quedado vacías de significado. Esta profusión lingüística se ha constituido en un fin en sí misma. Se agota en la inmediatez. Impide la necesaria proyección hacia el futuro, y socava cualquier tipo de esfuerzo o austeridad en el presente.

Es necesario pues, dilucidar, si términos con tanta fuerza semántica y tan profusamente utilizados, verdaderamente, han calado en el sentir y el actuar de los hombres y mujeres contemporáneos, orientándolos hacia la verdad o, por el contrario, han quedado anclados en la superficie a modo de sedante o relajante de las tensiones que nuestra "aldea global" y el propio individuo tiene planteados.

¿Por qué ocurre esto? Sin pretender exhaustividad reseñamos, que la postmodernidad se caracteriza por la pervivencia de viejas estructuras y el cambio, plasmado en múltiples manifestaciones. En economía, emerge un nuevo-viejo capitalismo, ahora de consumo, que además genera una acentuada dualización social, por las tendencias tecnologizadoras del sistema de producción que excluye la fuerza de trabajo. La población se distribuye en una pirámide de clases romboidal, con un ecuador medio superdimensionado. En política, asistimos a un avance de la democracia formal con graves déficit de legitimación e insuficiencia en las estructuras políticas heredadas de la modernidad, agravadas por la pérdida y difuminación de las utopías del pasado.

Las manifestaciones pivotantes del momento muestran las oscilaciones más dispares; mientras que los marcos constitucionales y las normas institucionales reconocen al hombre como centro que desarrolla un cuerpo normativo basado en valores como la igualdad, la libertad y la justicia. La realidad se encarga de poner de manifiesto otro tipo de escenas bien distintas, claramente discriminatorias, encorsetadoras, injustas, a las que las acciones de los hombres no saben poner remedio. Esta realidad determinista genera, en la mayoría de nosotros, un “sálvese quién pueda”, una opción por una doble moral que parece tranquilizar nuestras conciencias y ser instrumento para la perpetuación del *status quo*. Lo que caracteriza la mayoría de las acciones humanas es la homogeneidad, el mimetismo mediocre, el abandono de la utopía transformadora. Todo esto dificulta la puesta en práctica real y continuada de los valores sociales.

Globalización económica, ideológica y cultural, crisis ecológica, energética. Auge del relativismo, del radicalismo, de los pesimismos milenaristas... Parece que asistimos a una *encrucijada civilizatoria*.

Por encrucijada entendemos un momento crítico que nos sitúa ante el esfuerzo de optar por caminos, dentro de una desorientadora gama de posibilidades. De ahí, que aparezca, *como sentimiento y actitud intelectual, la perplejidad...* Evidentemente, si tenemos que empezar a elegir, decidimos que bien podría tratarse *de una perplejidad sana y rejuvenecedora en cuanto amplía el campo de visión y agudiza el espíritu crítico, y siempre que no lleve a bloquear una acción...*² De ahí que se haga necesario que la persona y los grupos en que se sitúa, tengan claro y afianzado el por qué se mueven.

A modo de pronunciamiento inicial, tenemos que indicar que estamos reflexionando desde un ámbito, el del Trabajo Social, donde este bagaje lingüístico se asume como una forma de entender, de ser y de hacer profesional con las personas y con el medio que, utilizando esta singularidad terminológica, intenta contribuir a la generación de estructuras interrelacionales alternativas que den respuesta a las cuestiones medulares que hoy tiene planteadas nuestra sociedad.

No queremos dejar de señalar que, como cualquier hacer profesional, también los trabajadores sociales reflejamos las debilidades, contradicciones propias del universo de la imagen en que nos desenvolvemos y podemos estar contribuyendo a sostener la parafernalia de las formas. Quizá es ésta unas de las críticas más duras a las que en la actualidad se ve sometida nuestra profesión por quienes nos reclaman una mayor autenticidad, coherencia y compromiso. Sin embargo, no podemos por menos que declarar que a pesar de las restricciones propias de un marco social determinado, las posibilidades de contribuir al cambio pasa por huir de la ambigüedad, de la doble moralidad, asumir nuestra responsabilidad, aumentar nuestra disponibilidad y coraje cívico en respuesta honesta a los valores que sustentan nuestra profesión.

Quede lo anterior como reconocimiento de los límites que nos encorsetan y de los horizontes que nos guían y pasemos a cons-

truir en torno a dónde estamos, por qué nos movemos, con quiénes, cómo y hacia dónde orientamos nuestros esfuerzos *como sujetos solidarios y agentes de solidaridad*, en virtud del compromiso transformador que desde los albores del Trabajo Social se viene reclamando y que el contacto con las rostros que componen la realidad social con-mueve.

El dilema social, en que necesariamente quedamos todos embarcados, consiste en descubrir el motor de cada hombre y sus colectividades, determinar si es humanizante o no y cuales serían, en su caso, los mecanismos del cambio. Como reto, implica realizar, en primer lugar, un ejercicio de comprensión y consenso en torno a los valores que pretendemos conformen un panorama ciudadano responsable. Concretamente, el análisis que a continuación iniciaremos girará en tono a la solidaridad y su cauce, la participación, en virtud de entender que es éste un valor que puede movilizar a los individuos y a los grupos para conseguir el cambio social.

La solidaridad, hoy por hoy, se presenta como vertebradora y aglutinadora, necesaria e ineludible. Si se quiere hacer realmente comprensible la estructura triangular, libertad, igualdad y justicia, este valor es una pieza clave. Si bien es cierto que constituyó en su momento un punto de inflexión para la humanidad, quedó situada a un nivel figurativo en muchos casos, y corremos el riesgo de que quede abortada su aplicación si no adquiere una calidad y dimensión verdadera.

Se vislumbra la solidaridad como el *desarrollo personal y grupal de una serie de valores que hacen que individuos y sociedades se aproximen no sólo de forma intelectual, sino de forma práctica a otras situaciones humanas desfavorecidas con ánimo de ayudar a superarlas*³. De ahí que la solidaridad constituya *una cualidad de la acción y sólo en ella se manifiesta*⁴. Este valor sirve para abordar las dificultades desde su raíz, de forma sistemática y organizada, quedando pues al margen de la visión

benéfica, discrecional y asistencialista que considera la persona y los hechos sólo como receptores, nunca como potenciales configuradores de la transformación.

Dos vertientes expresarían la solidaridad, según Amengual: *1) la unión o vinculación entre las personas; 2) la responsabilidad recíproca individual y personalizada respecto de cada uno y de todos en conjunto*⁵. Coincidimos con Zubiri cuando afirma que la solidaridad se configura en tres áreas: una actitud cognitiva emocional, el sentimiento de la *compasión*; una actitud cognitiva intelectual, el *reconocimiento del otro*; y una actitud macrovisual, *abarca a todos*. Este sentimiento nos remite a una identificación filosófica, que nos reubica como personas, al romper con la visión de los individuos y los grupos como compartimentos estancos. Siendo esto condición necesaria, no es suficiente para que este valor se instale, precisa de igual modo que se entienda que la solidaridad no debe ser una conducta puntual sino una forma de vivir. *Mi vida misma, mi propia autodefinición y autoposesión, es una autoposesión en forma positivamente convivente*⁶.

Dejan, por tanto, de ser válidos los reduccionismos solidarios "compasivos" que no abordan las causas generadoras de injusticias sino que más bien saturan e incluso adormecen las conciencias; y que llevan a falsos universalismos que olvidan al hombre como valor supremo por encima de frontera y de razones políticas y económicas. Urge abrir paso a un *universalismo distinto, ni impositivo, ni absolutista sino dialógico y respetuoso con las diferencias, los valores de la vida digna,...* y estos tienen que *entroncar con el ethos democrático a través de la solidaridad, como argamasa entre los presupuestos de la vida digna y los de la vida buena que se propone*⁷.

Debemos superar la paradoja de un mundo idealmente global, que sólo genera bienestar y riqueza para una minoría. Ya no nos es dado elucubrar sobre el otro y los otros "remotos", atri-

buyéndoles cualidades y defectos a la manera xenófoba del “novecento”. Necesitamos, imperiosamente, construir una solidaridad de nuevo cuño que comprometa al hombre con el hombre en virtud de la mejora de la humanidad. Estamos hablando de hacer universales los valores que fundamentan la democracia real, superadora de la forma, y que impulsan al compromiso y a la exigencia de la práctica consciente de una responsabilidad que obliga a cuestionarnos el estilo de vida, haciéndolo más austero y solidario, que obliga a tomar partido en virtud del bien y mejora de la humanidad y de la propia felicidad.

Como cualquier otro valor cultural, la solidaridad se aprende *y se aprende desde y en la experiencia de personas que manifiestan conductas solidarias*⁸. Partiendo de esta premisa y en virtud del papel educativo, que ha caracterizado al Trabajo Social desde Mary E. Richmond, se hace importante recuperar el modo de intervención basado en la orientación y motivación de las personas, no tanto a que aprendan conocimientos como formas de relacionarse entre ellas mismas y con los grupos en que están inmersas; a cómo tomar decisiones, a cómo reivindicar cambios; en un encuadre donde el individuo se perfile y se sitúe como agente de sus transformaciones y donde el profesional se constituya en el referente y modelo solidario.

Aplicada a la órbita del Trabajo Social la grandeza del fenómeno solidario se muestra en la estrecha relación sujeto-objeto, donde el “constructo” queda enriquecido en sí mismo como unidad relacional bidireccional, donde nadie queda al margen de la acción solidaria puesto que en el desenvolvimiento de la vida de los sujetos, cada elemento que los rodea contribuye a perfilar su puzzle vital. El objeto se aborda dentro de una estructura organizativa sistémica afrontando todos los obstáculos generadores del malestar biopsicosocial, desde una óptica que abandona la perspectiva del paciente social identificado. Estamos, pues, planteando no cualquier modelo de intervención desde el Trabajo Social, sino un modelo claramente definido,

basado en los valores de solidaridad y participación que obliga a los trabajadores sociales a realizar un replanteamiento introspectivo de sus formulaciones personales y sociales.

Si se opta por este modelo, se hace necesario para el profesional estar en continuo conflicto para intentar dilucidar y decidir sobre algunos de estos y otros interrogantes:

¿Vivimos y trabajamos generando relaciones asimétricas entre sujeto y objeto o visualizamos las relaciones como un ejercicio dialogal entre ciudadanos activos y plenamente consciente de sus derechos y obligaciones?

¿Optamos por la utilización de dinámicas de descentralización que hacen relativos los valores e intereses propios y la vida etnocéntrica?

¿Las necesidades del otro nos conmueven y llevan a plantearnos la necesidad de cambios y la puesta en práctica de esos cambios?

¿Nuestras intervenciones favorecen el mantenimiento de estructuras insolidarias o por el contrario tenemos la valentía y la honestidad suficientes para ejercer nuestro papel de mediadores sociales?

¿Estamos dispuestos a asumir el coste personal de la puesta en práctica de la solidaridad?

¿Tenemos claras las metas finales de nuestras acciones, o dicho de otro modo, sabemos hacia dónde nos dirigimos?

¿Pensamos en utopía o nos camuflamos en mimetismos mediocres?

¿Estamos dispuestos a abandonar parcelas materiales e inmateriales de poder, adquiridas como parte de la élite social?

¿Estamos dispuestos a asumir que la verdad es una construcción de todos y para todos?

¿Hemos olvidado el valor de la austeridad como ejercicio inevitable para alcanzar la igualdad?

¿Es la relación de ayuda hoy por hoy un instrumento para la igualdad?

La opción solidaria desde el Trabajo Social, queda claro que, obliga al profesional a contribuir en la construcción de un modelo de persona, de profesional y de horizonte social en frontal oposición al modelo socio-cultural dominante, y a que se someta a tensiones y disyuntivas internas y externas de no fácil solución.

Consideramos que la opción por un modelo constructivista se revela como una alternativa apropiada para el afrontamiento del aprendizaje del "hacer y ser en solidaridad". Este modelo obliga a partir de los contenidos de los procesos de socialización presentes, a reflexionar sobre qué pasa, cómo pasa y porqué; y a responsabilizarse en la construcción social, dado que el aprendizaje significativo se produce cuando el sujeto recibe el "feedback" de sus propias acciones; en un proceso circular y retroalimentador de introspección-acción-introspección, donde la acción se revela como una estructura geométrica cuadrangular de comunicación: a) construir desde la posición del otro, b) la búsqueda de las verdades convergentes, c) desde planos simétricos y d) con competencia y habilidad humana.

Pensamos que puede constituir un punto de arranque y una apuesta para dotar de contenido nuestro papel de referentes solidarios en el logro de la ciudadanía en democracia real.

Bibliografía:

- APPLE, M. *Educación y poder*. Barcelona: Piados, 1994.
- DELVAL, J. *Los fines de la educación*. Madrid: Siglo XXI, 1996.
- FELIPE BOENTE, A. *DE Guía de la Solidaridad*. Madrid: Temas de Hoy, 1995.
- MARTÍNEZ GORDO, J. *Del miedo a la libertad al miedo a la solidaridad*. Barcelona: En Cuadernos "Institut de Teologia. Cristianisme, Justicia D.L, 1993.
- ORTEGA, P.; MÍNGUEZ, R. y GIL, R. *Valores y educación*. Barcelona: Ariel, 1996.
- ORTEGA, P. *Valores y educación*. Barcelona: Ariel, 1999.
- PÉREZ TAPIA, J.A. *Claves humanistas para una educación democrática*. Madrid: Grupo Anaya, 1996.
- RORTY, R. *Contingencia, ironía y solidaridad*. Barcelona: Piados, 1991.
- SEBASTIAN, L. DE (1996) *La solidaridad*. Barcelona: Ariel, 1996.
- SEQUEIRO, L. *Educar para la solidaridad*. Barcelona: Octaedro, 1997.
- ZUBERO BEASCOECHEA, I. *Las nuevas condiciones de la solidaridad*. Bilbao: Desclée de Brouwer. Instituto Diocesano de Teología Pastoral, 1994.

Notas:

- 1 RORTY, R. *Contingencia, ironía y solidaridad*. Barcelona: Ed. Piados. 1991, Página 23.
- 2 PÉREZ TAPIA, J. A. *Claves humanistas para una educación democrática*. Madrid: Grupo Anaya. 1996, Página 28.
- 3 SEQUEIRO, L. *Educación para la solidaridad*. Barcelona: Ed. Octaedro. 1997, Página 26
- 4 SEBASTIAN, L. DE *La solidaridad*. Barcelona: Ed. Ariel. 1996, Página 17.
- 5 Citado en: ORTEGA, P.; MÍNGUEZ, R. GIL, R. *Valores y educación*. Barcelona: Ariel. 1996, Pág. 96
- 6 Citado en: ORTEGA, P.; MÍNGUEZ, R. GIL, R. *Valores y educación*. Barcelona: Ariel. 1996, Pág.96
- 7 PÉREZ TAPIA, J. A. *Claves humanistas para una educación democrática*. Madrid: Grupo Anaya. 1996, Página 123.
- 8 ORTEGA, P.; MÍNGUEZ, R. GIL, R. *Valores y educación*. Barcelona: Ed. Ariel. 1996, Página 98.

La atención al
paciente geriátrico:
Análisis de la alternativa
residencial

La sociedad actual se enfrenta a una problemática social cada vez más acuciante: El aumento del sector poblacional denominado tercera edad. Este sector se caracteriza por una demanda asistencial cada vez mayor en todos los aspectos: sanitario, socioeconómico..., pero ¿está la sociedad preparada para hacer frente a dicho problema? ¿tenemos los recursos suficientes para atender esta demanda?

En el presente artículo se pretende clarificar qué son los pacientes geriátricos y trata de acercarse a la problemática que representan estos en la sociedad actual. Asimismo busca efectuar un análisis más detallado de las residencias geriátricas: qué son, tipología, situación actual, etc.

Belén Jáuregui Fradeja
Juan G. Moreno Romero

Los múltiples cambios producidos en nuestra sociedad en las últimas décadas (mejores condiciones alimenticias, avances en la medicina, descenso de la tasa de natalidad...) han generado un incremento considerable del segmento de población mayor de 65 años: la denominada tercera edad.

Si buscamos en el diccionario el concepto envejecer, éste lo define como *"hacerse viejo"*, y si buscamos viejo, nos lo define como *"persona de mucha edad"*.

El envejecimiento es, por tanto, un proceso dinámico que se entiende como el conjunto de modificaciones físicas, funcionales, psicológicas y sociales que se producen en las personas como consecuencia del paso del tiempo. Por consiguiente, puede afirmarse que se empieza a envejecer desde el mismo momento en que se nace.

En las sociedades occidentales la línea divisoria entre la adultez y la vejez se sitúa a los 65 años de edad, con la jubilación del mercado laboral, atendiendo a criterios socioeconómicos.

Ahora bien, no se es viejo de un día para otro. Como se ha comentado con anterioridad, con el paso del tiempo se van produciendo una serie de transformaciones de diversa índole que actúan sobre el individuo y condicionan su desarrollo vital:

- **Cambios Físicos:** mayor incidencia de algunas enfermedades, patologías asociadas a la edad, incapacidades, etc.
- **Cambios socioeconómicos:** disminución del poder adquisitivo que conlleva la jubilación o la viudedad.
- **Cambios psicológicos:** pérdida de habilidades, aislamiento afectivo a causa de la muerte del cónyuge, alejamiento de las relaciones hasta entonces habituales, etc.

Sin embargo, no hay que confundir lo que es un anciano o persona de edad avanzada, con lo que se considera un paciente geriátrico. Ni tampoco este último término con lo que es un

anciano enfermo con un problema puntual de salud que, una vez resuelto, volverá con normalidad a su domicilio.

Anciano -/- Paciente geriátrico

Paciente geriátrico-/-Anciano enfermo

Por paciente geriátrico se entiende aquel enfermo que cumple dos o más de las siguientes características:

- Persona generalmente mayor de 65 – 70 años.
- Pluripatología:

Predominio de Patologías Neurológicas, Cardiovasculares (Alzheimer, Accidentes Cerebro Vasculares, Parkinson, Cardiopatías, Diabetes Mellitus).

Cuidados Postquirúrgicos. (fracturas de cadera y amputaciones).

Enfermedades Respiratorias (EPOC con frecuentes reagudizaciones).

Todo ello suele ir acompañado de complicaciones añadidas, derivadas de la inmovilización prolongada: úlceras por presión, anquilosis...

- Tendencia a la incapacidad en la evolución de su enfermedad.
- Deterioro mental asociado.
- Problemas Socio-Familiares añadidos.

De ello se desprende que podría ser un paciente geriátrico una persona menor de 65 años, o bien tener más de 65 años y

ser una persona completamente válida para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (AVD-B), entendidas éstas como aquellas relacionadas con la alimentación, la contención de esfínteres, la movilidad, el vestido y el baño.

Según la Organización Mundial de la Salud, una persona asistida es la que padece una restricción de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Tiempo atrás, el cuidado de este tipo de pacientes, que lógicamente requieren una atención de forma continuada, recaía fundamentalmente en la familia. Sin embargo, hoy día, con el paso de la familia extensa a la familia nuclear, con la incorporación de la mujer al trabajo y con el acceso masivo de los jóvenes a la universidad, el problema adquiere nuevas dimensiones que demandan intervenciones de carácter inmediato.

En un principio, todos estaríamos de acuerdo en que el lugar ideal donde ha de permanecer un anciano es su domicilio, no obstante, en más ocasiones de las deseadas esto resulta totalmente inviable: anciano que vive solo en su casa, generalmente con barreras arquitectónicas (escaleras, baños inadaptados...); pareja mayor con los dos miembros incapacitados o uno de ellos, siendo el otro el único cuidador; pensiones insuficientes, inexistencia de familiares responsables o abandono por parte de éstos.

En estas ocasiones el domicilio puede convertirse en un medio hostil para la calidad de vida del anciano, suponiendo más daños que beneficios su permanencia en el mismo.

Los Programas de Atención Domiciliaria (Ayuda a Domicilio, Teleasistencia) pueden paliar, en cierto modo, el problema; pero, con frecuencia, suponen un recurso, por sus características, insuficiente. Lo mismo puede decirse de otros recursos de implantación inadecuada como los Centros de día y la acogida familiar.

Hoy por hoy, pese a haber mejorado notablemente en los últimos tiempos, no existe una coordinación real y efectiva entre los Servicios de Atención Primaria de Salud y la Red de Servicios Sociales, lo que constituiría una actuación integral con este tipo de personas.

Por todo ello, mucho de estos ancianos, desasistidos en su domicilio, terminan en el Área de Urgencias de un Hospital General y de aquí, con gran probabilidad, pasarán a un Hospital Periférico o de Crónicos, desde donde, una vez estabilizado de la patología que motivó su ingreso, habrá de ser dado de alta hospitalaria.

Pero, ¿dónde? ¿a un domicilio donde no podrá ser asistido correctamente? ¿con una familia que no puede o no quiere hacerse responsable del difícil cuidado de este tipo de enfermos?

Ante todo lo descrito, la principal alternativa posible a la problemática de estos pacientes es la Residencia Geriátrica, lo que va a suponer una ruptura con la forma de vida y el entorno hasta entonces habitual del anciano.

En este punto sería conveniente definir lo que se entiende por Residencia.

A nuestro entender, Residencia no debe ser igual a institución de carácter cerrado donde viven ancianos a los que no les queda otra alternativa.

Éstas han de ser centros insertados en la comunidad, en contacto continuado con los servicios existentes en la misma, donde viven, temporal o indefinidamente, personas que por sus circunstancias particulares (de salud, económicas, familiares, etc.) no pueden estar en su domicilio. En ellas, el residente, de alguna forma, inicia un nuevo proyecto de vida a partir de sus actuales condiciones físicas, psicológicas y sociales. Por lo que, además de alojamiento y manutención, estos centros han de ofrecer una auténtica atención geriátrica y de rehabilitación.

En esta línea, la Consejería de Asuntos Sociales (Orden de 29 de Febrero de 1996) define las residencias como "centros de alojamiento y convivencia que tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta al mayor una atención integral".

Del mismo modo dicha Orden determina que "el emplazamiento de los centros debe ser integrado y accesible, para permitir la normal utilización de los servicios generales que los usuarios puedan precisar: sanitarios, educativos, ocupacionales, etc."

En base a lo descrito se puede concretar que el objetivo fundamental de este tipo de centro ha de ser el Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Geriátrico en sus diferentes niveles: médico, funcional, psicológico y social, en régimen de residencia (temporal o permanente).

Para ello es conveniente establecer una serie de actuaciones específicas que nos lleven a la consecución de dicho objetivo, como por ejemplo:

- Elaborar un Plan individualizado de actuación por cada uno de los residentes, en función de las características particulares y teniendo en cuenta, cuando sea necesario, el posicionamiento familiar.
- Satisfacer las necesidades fundamentales del residente; especialmente las de aquellas personas incapacitadas para las actividades básicas.
- Prestar una atención sanitaria adecuada, tanto a nivel físico como mental, en coordinación con los servicios de salud correspondientes.
- Favorecer la recuperación de los residentes, manteniendo en lo posible la autonomía funcional de los mismos.
- Prevenir la aparición de nuevas enfermedades, así como de las consecuencias derivadas de las ya existentes.

- Potenciar la autoestima de los residentes, facilitando su integración en el centro y estimulando sus capacidades personales y sociales.
- Establecer un contacto periódico con los familiares u otras personas responsables.

Las residencias pueden clasificarse en base a diversos criterios:

1.- Según el tipo de personas que acogen:

- Residencias para Personas Mayores Válidas: Los residentes son autosuficientes para la realización de las AVD-B.
- Residencias para Personas Mayores Asistidas: los residentes, por su situación de incapacidad física y psíquica, requieren de ayuda de terceras personas para realizar las AVD-B. Dentro de éstas, debemos incluir los Psicogerítricos, para aquellas personas que por su patología mental pueden producir alteraciones en la convivencia.
- Residencias Mixtas: Acogen a los dos tipos de residentes anteriormente descritos. Algunas residencias de válidos poseen un módulo de asistidos para acoger a sus propios residentes cuando estos se incapacitan.

2.- Según su titularidad:

- Públicas: Dependen de organismos tales como el IMSERSO, Junta de Andalucía, Diputaciones, Ayuntamientos...
- Privadas: Con o sin ánimo de lucro.

- Concertadas: privadas que tienen concierto con la Administración. Para poder concertar con la Junta de Andalucía las residencias han de ser sin ánimo de lucro (Fundaciones, Congregaciones Religiosas).

3.- Según el número de residentes:

- Pequeñas Residencias: hasta 50 plazas.
- Medianas Residencias: entre 51 y 100 plazas.
- Grandes Residencias: más de 100 plazas.

El personal que desarrolla su labor en estos centros (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería), ha de tener formación específica en Geriátrica. Además, su número habrá de estar en proporción a la población a atender y a sus particulares características, según sean válidos o asistidos.

Concretamente, en la comunidad autónoma andaluza, la Orden anteriormente citada establece que el personal mínimo para residencias de personas válidas ha de tener un ratio total de 0,35 personal/usuarios. En el caso de las asistidas, este ratio se eleva a 0,50 personal/usuarios.

Según un estudio reciente realizado por el Doctor José Manuel Reus, especialista en Geriátrica, en España se dispone de unas 180.000 plazas residenciales, número absolutamente insuficiente para satisfacer las actuales necesidades de la población mayor. Aún serían necesarias otras 150.000 plazas más para acercarnos a la media europea.

La mayor parte de las plazas residenciales está en manos de la iniciativa privada, por lo que el acceso a las mismas depende de las posibilidades económicas del residente. Una residencia asistida puede costar fácilmente una media de 200.000 ó 250.000 ptas., lo que obvia decir que se encuentran al alcance de una minoría.

La realidad nos viene demostrando que la mayoría de los centros privados son lo que podríamos denominar "microrresidencias", las cuales, en más ocasiones de las que serían deseables, se hallan saturadas de usuarios, lo que incide negativamente en la atención que estos pueden recibir.

En cuanto a las residencias públicas o concertadas, el residente suele pagar las tres cuartas partes de sus ingresos mensuales, pero el acceso a éstas no tiene carácter inmediato. En la práctica, una persona que ha solicitado ingreso en estos centros, previo informe médico y social que lo aconseje, puede estar meses en la lista de espera hasta que se produce la admisión.

Normalmente, para acortar en lo posible el tiempo de espera se solicita el mayor número de centros posibles sin preferencia, lo que va a suponer el riesgo de que el anciano tenga que trasladarse a otra provincia y con ello alejarse de los familiares o amigos.

Las personas que acceden a estos centros suelen tener recursos económicos escasos (Pensiones No Contributivas, F.A.S., L.I.S.M.I., S.O.V.I.), por lo que se genera un serio problema con la denominada clase media, es decir, personas cuyos recursos les hacen estar por encima de la cuantía de las pensiones descritas (entre 25.000 y 40.000 ptas. aproximadamente), pero también resultan insuficientes para costear las privadas.

Por último, consideramos de interés relacionar el número de residencias públicas o concertadas existentes en la provincia de Málaga:

1) Residencias de personas válidas:

-Dependientes del Instituto Andaluz de Servicios Sociales (I.A.S.S.):

- Residencia de pensionistas "Pinar de San Antón" (Málaga).

- Residencia de pensionistas de Estepona.
- Dependientes de la Excma. Diputación Provincial, en las localidades de Antequera, Archidona y Colmenar.
- 2) Residencias para personas asistidas:
- Concertadas con el I.A.S.S.:
- Residencia "San José de la Montaña" (Valle de Abdalajís).
 - Residencia "Virgen del Carmen" (Estepona).
 - Residencia "Glorieta de San José" (Arriate).
 - Residencia "El Buen Samaritano" (Churriana).
 - Residencia "ISDABE-Alzheimer" (Estepona).
- Concertadas con el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO):
- Residencia "Guadalmar" (Málaga).
 - Residencia "Montemar" (Fuengirola).
- 3) Psicogeriátricos:
- Concertados con el I.A.S.S.:
- Psicogeriátrico "San José" (Málaga).
 - Psicogeriátrico "Sagrado Corazón" (Málaga).

BIBLIOGRAFÍA:

- ACOSTA MORALES, Carmen Dolores. *Residencias geriátricas*. Las Palmas: Ed. ICEPSS, 1995.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, "La tercera edad en España: aspectos cuantitativos de la población española de 60 y más años para el período 1986-2010". Madrid, 1991.
- MIRAGAYA PEREIRA, José. *Envejecer: una perspectiva evolutiva*. Las Palmas: Ed. ICEPSS, 1995.
- ORDEN DE 29 DE FEBRERO DE 1996, por la que se regulan los requisitos funcionales y materiales de los servicios y centros de servicios sociales de Andalucía, en desarrollo del Decreto 87/1996, de 20 de febrero.
- RODRÍGUEZ MORENO, Sinforiano. *Paciente geriátrico: peculiaridades. Presentación atípica de las enfermedades. Evaluación geriátrica integral*. Las Palmas: Ed. ICEPSS, 1995.
- SÁNCHEZ ROMERO, Gregorio et al. *Aspectos biopsicosociales de la Demencia Senil tipo Alzheimer*. Madrid: Ed. Fundación AFIM, 1998.

PÁGINAS
Programa de Ayuda
a la Gestión
Informatizada en la
Acción Social

S
T
D

SÍNTESIS:

El Programa de Ayuda a la Gestión Informatizada en la Acción Social (de ahora en adelante *PÁGINAS*) es una herramienta informática desarrollada para el Servicio de Información de los SSB. No obstante, es útil para cualquier profesional que trabaje en el campo de los Servicios Sociales, y tenga que elaborar expedientes, realizar Informes Sociales, emitir diagnósticos y valoraciones, y presentar sus memorias puntualmente.

Técnicamente, *PÁGINAS* es una base de datos desarrollada en Access97 que cuenta con Noventa tablas, Ciento Cincuenta consultas, más de Trescientos formularios y un sin fin de procedimientos en Visual Basic y Macros. Todos ellos dirigidos a facilitar los trabajos técnicos y administrativos que debemos realizar.

PÁGINAS se estructura en dos secciones claramente diferenciadas:

- La primera desarrolla la parte administrativa de cualquier Servicio como la creación de expediente, enumeración de los miembros de una unidad familiar, realización de oficios, control de documentación).
- La segunda parte estructura el trabajo técnico con la elaboración de Informes e historias sociales (actualmente dispone de cinco modelos de informes sociales), diagnósticos, valoraciones, y la elaboración de memorias cuantitativas (calculando las actividades, informes, visitas a domicilio...) y cualitativa (cruzando variables de valoraciones con recursos, con barrios, con demandas...).

Todo ello se presenta en un diseño de fácil manejo y acceso, a través de una barra de herramientas y otra de menús desplegable que dan entrada a cualquiera de los formularios de esta Base de Datos de Servicios Sociales.

Luis Bote Hernández

Comunicación Libre, Presentada al IX Congreso Estatal de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. A la Ponencia Dimensión Tecnológica del Trabajo Social, Segunda Conferencia: Trabajo Social en el Desarrollo Humano.

PÁGINAS es un programa informático integrado totalmente en el desarrollo del trabajo del Servicios de Información Orientación y Valoración:

- Estructura la información de forma asequible, fácil de visualizar e introducir.
- Recoge todos los oficios, formularios y demás elementos necesarios para la tramitación de expedientes.
- Presenta los recursos existentes en cada momento, junto con las condiciones de acceso y la documentación necesaria para su tramitación.
- Auna las intervenciones en toda su amplitud, incluso en la elaboración de informes sociales.
- Compila todos los datos necesarios para las memorias requeridas por la Comunidad Autónoma y el Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Y además otros referidos a actividades técnicas y administrativas que desde el Ayuntamiento de Badajoz consideramos imprescindibles.

El desarrollo de los servicios sociales de Base en Badajoz y la consiguiente multiplicación de los expedientes, las gestiones a realizar y personas para atender desde el Servicio de Información, Orientación y Valoración nos ha llevado a investigar sistemas que agilicen el trabajo y sobre todo que nos eviten las tareas repetitivas, dejándonos más tiempo para un tratamiento social de las problemáticas que se nos plantean en los Servicios Sociales de Base.

Por otra parte, el avance de las nuevas tecnologías, tal y como apunta Javier Charroalde, nos obliga a incorporarnos a

ella y estructurar herramientas que nos ayuden en la elaboración del conjunto de datos que deben fluir en un doble sentido:

« de las bases de datos a los trabajadores de las unidades básicas, con objeto de que estos estén al corriente de los recursos sociales disponibles y de los trabajadores sociales hacia los centros de documentación de los distintos niveles...»

(1) ATENCIÓN, MIRAR ABAJO LA CITA, FALTAN DATOS

Desde esta perspectiva, el Ayuntamiento de Badajoz desarrolló en 1995 la primera base de datos que, aún hoy, sigue funcionando en algunos

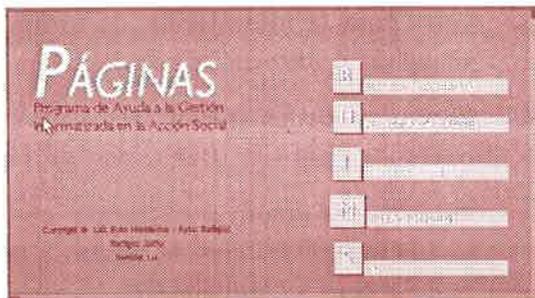


Figura 1

SIVO (es posible que cuando se publiquen estas líneas ya trabajen con *PÁGINAS*). El uso de ésta mínima herramienta informática ha sido tan fructífero que, rápidamente, pensamos en hacer una base de datos más completa y segura. Así, poco a poco, se ha consolidado *PÁGINAS* (*PROGRAMA DE AYUDA A LA GESTIÓN INFORMATIZADA EN LA ACCIÓN SOCIAL*) como una base de datos integrada en la gestión técnica y administrativa del SIVO.

En cuanto a la comunicación que nos ocupa, hay que definirla como una breve explicación de lo que supone la integración de herramientas informáticas en el trabajo cotidiano del SIVO. Diferenciamos tres apartados:

- El primero detalla los esfuerzos realizados por la administración para la sistematización de la información y presenta *PÁGINAS* como la herramienta informática más avanzada y adaptada al SIVO actualmente.
- El segundo hace una somera descripción del programa siguiendo el proceso básico de trabajo con *PÁGINAS* para

introducir los datos y recuperar los que ya existen. Y por último se reseñan los elementos constantes en todo el programa: la barra de menús y de herramientas de *PÁGINAS*.

No puedo por menos reconocer que este documento no es la forma ideal de presentar un programa informático, sino más bien deberíamos estar en un seminario o curso práctico donde manejarlo, espero que en breve lo estemos haciendo.

1. Páginas Como Instrumento de los Servicios Sociales Generales

Los Servicios Sociales surgen al amparo legal de la Constitución, la Ley de Bases de Régimen Local y los distintos Estatutos de Autonomía. El posterior desarrollo está siendo poco homogéneo y depende de las propias políticas municipales y autonómicas.

Hasta ahora, y en lo que conozco, parece que en todos los municipios y agrupaciones de municipios se están desarrollando las Unidades Básicas de Servicios Sociales denominadas de múltiples formas UTS (Unidades de Trabajos Social), SSB (Servicios Sociales de Base) y SSC (Servicios Sociales Comunitarios).

En la mayoría de las publicaciones, tanto técnicos (catálogo de prestaciones básicas, ponencias y libros), como legales (leyes y decretos de desarrollo de Servicios Sociales de carácter autonómico) los servicios sociales generales se estructuran en Prestaciones o Servicios:

- Prestación de información.
- Prestación de alojamiento y convivencia.
- Prestación de inserción social

- Alojamiento alternativo.
- Fomento de la solidaridad: cooperación social.

1.1. El Servicio de Información Orientación y Valoración

Aunque no todos desarrollan de la misma forma su definición y contenido, lo que sí está claro es que la Prestación de Información tiene las siguientes funciones y contenidos:

- Información.
- Valoración.
- Orientación.
- Asesoramiento.
- Canalización.
- Derivación.
- Tramitación: y gestión de recursos.
- Evaluación: todos los documentos técnicos y legales determinan como función básica del SIVO la recogida de información que ayude a la planificación de recursos sociales e incluso la realización de estudios de necesidad en la zona objeto de intervención. ⁽²⁾⁽³⁾.

1.2. La Ficha Social

Desde hace bastantes años se ha intentado unificar un sistema de recogida de información propia del SIVO. Seguro que recordáis un libro publicado por el Consejo General llamado «Un Modelo de Ficha Social» Manual de utilización. Este libro, y el modelo que proponía, fue el primer intento serio de codificar las intervenciones de los Trabajadores Sociales en el SIVO. Se definieron y codificaron:

- los datos personales

- los datos de vivienda
- Los datos de intervenciones sociales: valoraciones, demandas, recursos.

Muchas de estas codificaciones aún están vigentes en los actuales sistemas de obtención de datos. Esta recogida de información en papel que realizamos los Trabajadores Sociales para su posterior informatización fue tediosa, aburrida e inútil.

1.3. Siuss

Volviendo a los modelos de adquisición de información, el desarrollo de la informática nos va posibilitando formas amenas de recoger la información codificada. En este sentido SIUSS (Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales) supone, un gran avance en cuanto a su manejo, facilidad y seguridad. No obstante, resulta absurdo duplicar datos y trabajo con el sólo objetivo de recoger información cuando se puede elaborar un programa informático desde el que se gestionen el resto de las funciones que se realizan desde el SIVO: información sobre recursos y su tramitación, estructuración de las intervenciones, con sus demandas, valoraciones.

Es con todas estas necesidades como surge *PÁGINAS* (Programa de Ayuda a la Gestión Informatizada en la Acción Social) como un instrumento útil e integral para el desarrollo de todo el trabajo que supone el SIVO.

1.4. Páginas

En *PÁGINAS* se recoge la información de forma ordenada y estructurada en expedientes familiares haciendo cada vez menos necesarias las continuas consultas a los expedientes físicos.

Esta información se estructura en los siguientes bloques:

- Datos personales.
- Datos familiares.
- Datos de convivencia y hábitat.
- Datos de gestiones y tramitaciones que simplifican extraordinariamente todo el trabajo administrativo. Y a la vez lo quedan registrado para las memorias administrativas que hasta el momento no se están haciendo.
- Datos sobre recursos existentes, documentación, plazos y requisitos.
- Datos sobre intervenciones: valoraciones, recursos, recursos idóneos y demandas.
- Elaboración de informes sociales. Actualmente hay diseñados cinco modelos de informes sociales.

1.5. Migración de datos

La migración de datos ha supuesto un avance decisivo en la consideración de *PÁGINAS* como programa integral del SIVO. Esto ha supuesto una doble actuación, por una parte, la adecuación de todos los códigos y categorías usadas en SIUSS (sistema de recogida de datos del Ministerio y las Comunidades Autónomas) y, por otra, el desarrollo de los módulos necesarios para transformar nuestros datos a su formato, es decir, nosotros trabajamos con *PÁGINAS* y luego le damos los datos a la comunidad autónoma en el formato que ellos usan.

2. Proceso de Trabajo con Páginas

Cuando iniciamos el proceso de trabajo con *PÁGINAS*, necesitamos encontrar un expediente concreto accedemos al formulario *Buscar expedientes*.

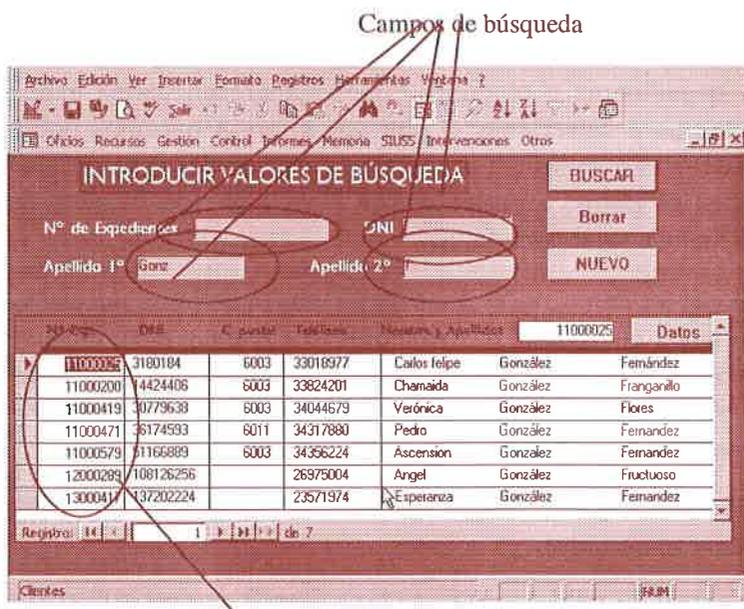


Figura 2

En él se distinguen cuatro campos de búsqueda:

- N° de expediente
- DNI
- Apellido 1°
- Apellido 2°

Estos campos de búsqueda se pueden usar individualmente o varios a la vez. En el ejemplo de la figura hemos usado en el primer apellido "Gonz", y "f" en el segundo apellido, y han aparecido todos los individuos que cumplen estas condiciones como González Flores...

También se pueden usar caracteres específico de búsqueda tales como "*" asteriscos, "?" interrogación...

2.1. El Primer Usuario

Una vez realizada la búsqueda pueden aparecer uno o varios expedientes o ninguno. Cuando aparecen varios expedientes para seleccionar el que nos interesa hacemos doble clic sobre el número del expediente y accedemos al formulario *Control de Datos*, específicamente a los datos del expediente que hemos seleccionado.

Si por el contrario el expediente que buscamos no existe tendremos que pulsar el botón *Nuevo* e iremos al formulario *Gestor de expediente* donde introduciremos los datos mínimos necesarios para dar de alta un expediente: nº de expediente, nombre y apellidos, nº del DNI, parentesco.

Hacemos clic en el botón *Guardar* que nos lleva al formulario de *Control de datos*.

Control de datos es el formulario central de esta aplicación. La mayoría de los formularios se relacionan con él. En él se condensa la mayor parte de la información .

A nivel descriptivo encontramos dos tipos de datos:

- Datos del expediente: nº de expediente, fecha de creación, dirección, etc.
- Datos de los miembros de la unidad familiar: nombre, apellidos y relación con el solicitante. Estos datos son los iniciales de cualquier miembro de la unidad familiar y son imprescindibles para poder introducir posteriormente el resto de los datos, es decir, desde aquí damos de alta a todos los miembros de la unidad familiar, en otro formulario introduciremos el resto de los datos de esos mismos miembros. Desde este mismo formulario accedemos a describir las intervenciones realizadas con el expediente (botón *intervenciones*).

Archivos Edición Ver Insertar Formato Registros Herramientas Ventana 2

Oficios Recursos Gestión Control Informes Memoria SILS Intervenciones Otros

Datos Generales OTRAS Actividades T. Actividades A.

119330
1230042

Nº de Expediente: 12/000 423 Id. Exp. Nº OTS Fecha apertura
248 11 9999 11 28/02/2000

Intervenciones

Domicilio habitual: CII SAN PEDRO DE ALCANTARA 54,19 Edad

C. POSTAL: Barrio 7 Teléfono 145028664 Fecha última actualización: 16/04/2000

OTRO: 211988664 DE:

Miembros de la Familia

Id	Nombre y Apellido	DNI	Expediente	Fecha N
1	Siomara Cano Jimenez	57389475	T Solicitante	15/05/1971
2	Ana maria Fernandez Sobrado	157646264	* Esposola	31/12/1964
3	Jose Vargas Jerez	157703053	Hijo/a	18/03/1997
4	Concepción Molina Baldo	157759842	Hijo/a	07/03/1995

Registro: 14 de 4

Nº Perz vivienda: 9 de 1942 Nº Fam vivienda:

Vista Formulario

Haciendo clic en el botón *Datos* iremos a la segunda parte de este formulario donde daremos de alta a:

- Otros familiares obligados a la prestación de alimentos
- Los Informes Sociales.

Con los otros dos botones accedemos a la información de actividades realizadas pero no podemos modificarlas directamente.

- Datos relativos a las actividades administrativas realizadas.
- Datos relativos a las actividades técnicas realizadas.

Para ser la primera entrevista ya hemos tomado suficientes datos, y por tanto deberemos cumplimentar los datos de la intervención realizada.

El formulario ***Datos de la Intervención*** recoge toda la información que en la actualidad se está elaborando para la posterior realización de memorias. La información que en él se recoge está adaptada totalmente a los criterios y parámetros de Siuss.

Este formulario y los cuatro relacionados con él contienen información sobre:

- La intervención: fecha de inicio ⁽⁴⁾, fecha de fin, sector de referencia y estado de la intervención
- Miembros de la intervención: persona/s de la unidad familiar a las que va dirigida la intervención
- Recursos, demandas y valoraciones aplicados en esta intervención. Este es un aspecto muy importante de nuestro trabajo debemos ser muy estrictos en la definición de la valoraciones y no conformarnos con una que se asemeje a la de los listados que nos muestra el programa. Es muy conveniente que desde el principio señalemos varias valoraciones.

- Actividades técnicas: la fecha de realización. La actividad se elige de un cuadro combinado entre entrevista, gestiones, visita a domicilio o Informe social.

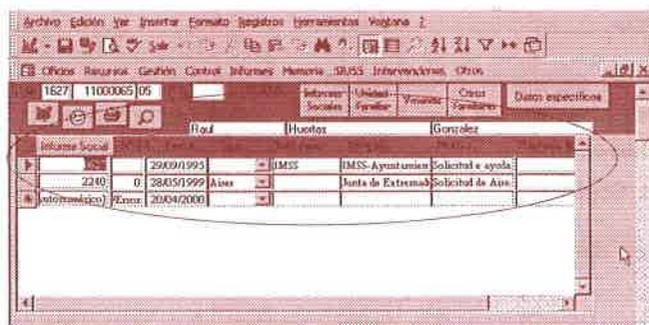


Figura 5

2.2. Los Informes Sociales

Ahora se trata de una familia que quiere solicitar el Servicio de Ayuda a Domicilio, anteriormente la hemos entrevistado en varias ocasiones y realizado la visita a domicilio. Nos trae un informe médico actualizado.

En esta ocasión vamos a realizar un Informe Social. Seguiremos el procedimiento más sencillo. En otro momento explicaremos algunos atajos y acceso directos a los Informes Sociales.

Seleccionamos el expediente (menú - control - buscar), accedemos al formulario *Control de datos*, hacemos clic en el botón *Otros* y aparece la segunda parte de del formulario *Control de Datos*. En el subformulario de *familiares obligados a la prestación de alimentos* rellenamos los epígrafes que hacen referencia al nombre, apellidos y DNI de cada uno de los familiares de primer grado que no vivan en el domicilio con el/la solicitante.

En cuanto al recuadro de Informes Sociales elegiremos el tipo, quien lo ha solicitado, el motivo... Es importante cumplimentar el número del informe dado que en caso de que tengamos varios informes del mismo expediente nos sirve para

diferenciar uno de otro (ver detalles en la figura 5). Una vez seleccionado el Informe Social con el que vamos a trabajar hacemos clic en el botón **Informes Sociales** y accedemos al formulario de *Datos Generales Para los Informes Sociales*. (Ver figura 5).

El paso siguiente consiste en ir consignando los apartados que aparecen en los tres formulario donde se establecen estos datos generales, y que se utilizarán para todos los tipos de Informes Sociales.

En los *datos de miembros de la familia* tenemos que consignar: Fecha de nacimiento, Provincia, Estado civil. En definitiva, todos aquellos datos que necesitaremos para imprimir el cuadro familiar que aparece en la segunda hoja de los Informes Sociales. El formulario de *Otros miembros de la Unidad familiar* es muy semejante.

En el formulario vivienda se incluyen los datos específicos de la vivienda donde habita la unidad familiar:

- Número de habitaciones.
- Infraestructura básica de la vivienda: luz, agua, gas, teléfono...
- También enumeraremos el resto de las propiedades de la unidad de convivencia.

Confeccionados los datos generales de los Informe Sociales pasamos a los *datos específicos* de cada tipo de Informe Social. Elegiremos el tipo de Informe Social que vamos a realizar entre los siguientes modelos:

- Aises.
- Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Respiro.

- Libro.
- General.

Problematiza y asiste familia	
Dificultad para mantener	1
Malestar psicológico	1
Enfermedad física que	1
	0
Puntuación total	3
Puntuación total extras	3

Figura 6

Pulsando uno de los botones que aparecen en la pantalla, en este caso hacemos clic sobre el botón *SAD* y nos aparece un *formulario ficha* donde introduciremos todos los datos necesarios para la creación del Informe Social y la hoja de baremación y códigos. En la figura 6 se nos muestra una de las nueve fichas que existen para rellenar los datos del *Informe Social de Ayuda a Domicilio*.

Comenzaremos por la página *Económicos* donde introduciremos los datos económicos y el tipo de ayuda que estamos tramitando: continua o puntual. También podemos incluir observaciones como en el resto de las *PÁGINAS* o fichas.

En la página de salud escribimos datos sanitario generales (centro de salud, médico) y elegimos de un cuadro combinado la situación de dependencia que tiene el enfermo respecto a tres aspectos:

- Actividades de la vida diaria
- Relaciones con el entorno

- Cuidados personales básicos.

En la página de vivienda elegimos la situación de equipamiento y condiciones de habitabilidad mediante un cuadro combinado. También existe un espacio para reflejar las observaciones que creamos pertinentes.

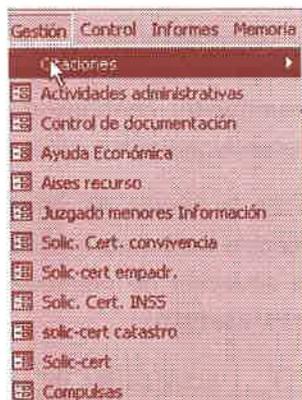
En la siguiente página rellenamos los datos de la familia, y así, sucesivamente, los del diagnóstico y los servicios a prestar.

Cuando estén cumplimentados todos los apartados, nos situamos en la primera ficha denominada inicio y pulsaremos el botón imprimir.

Aparece el *formulario de impresión de este Informe Social* en formato de vista previa para su lectura y comprobación. Si tuviéramos que hacer alguna corrección no podemos hacerlo en este formulario sino que tenemos que volver al formulario donde introdujimos esos datos. Por ejemplo, si percibimos que el DNI del solicitante está equivocado, volveremos al Panel de *Control de Datos* y lo corregiremos. Cuando abramos de nuevo este Informe Social, ya estará modificado y únicamente tendremos que hacer clic en el botón imprimir de la aplicación.

La impresora nos mostrará el resultado de nuestro trabajo (todo ello si esta impresora está perfectamente configurada, encendida y con papel).

Únicamente nos queda acceder al *formulario intervenciones* para actualizar las actividades que hemos realizado añadiendo dos informes sociales, su correspondiente demanda, recursos aplicados, recursos



idóneos y sobre todo las valoraciones que configuran el diagnóstico de esta situación.

2.3. Otra intervención

La siguiente persona que entra en el Servicio de Información, solicita un Salario Social y, después de estudiar su situación sociofamiliar, convinimos en que parece más apropiado solicitar una Pensión No Contributiva a la abuela que vive con ellos en el mismo domicilio.

Consignados los datos personales, y solicitados desde el propio Ayuntamiento los certificados necesarios de las distintas administraciones, ellos aportarán personalmente el resto de la documentación.

Para solicitar los documentos accedemos al *menú desplegable de Gestiones*, imprimir las solicitudes y enviarlas por correo ordinario (será más barato y ágil cuando lo hagamos por correo electrónico). Posteriormente, adjuntaremos toda la documentación con oficio de Pensiones No Contributivas.

2.4. Otros Informes Sociales

Para elaborar otros informes sociales de esta misma familia tendremos que revisar los datos generales y comprobar que todos están actualizados haciendo especial hincapié en las intervenciones, en la valoración y, como no, en la propuesta del Informe Social.

Hacemos clic sobre el botón *imprimir*, lo corregimos en pantalla y lo imprimimos definitivamente como hicimos con el Informe Social de Ayuda a Domicilio.

En el caso de que dentro de seis meses tuviéramos que remitir otro Informe Social para la renovación de la Aises, duplicaríamos el informe existente haciendo *clic* en registro duplicado y luego lo corregiríamos.

3. La Barra de Herramientas y de Menús de Páginas

La barra de herramienta y las barras de menú son constantes y generales para todos los formularios de *PÁGINAS*. Desde ellas podemos acceder directamente a la mayor parte del programa sin tener que seguir un itinerario paso por paso como hemos descrito anteriormente.

3.1. La Barra de Herramientas

La figura nº 9 muestra la barra de herramientas peculiar de *PÁGINAS* que está formada por una serie de botones escogidos de entre todos los que Access7 proporciona, teniendo en cuenta la utilidad y simplicidad de su uso. Fundamentalmente son los botones normalizados en cualquier aplicación Windows de base de datos:



Figura 9

3.2. La Barra de Menús

La barra de menú específica de *PÁGINAS* tiene siete menús que estructuran operativamente el desarrollo del programa dando acceso a los distintos formularios de pantalla. Describiremos el contenido y la utilidad de cada uno de los menús comenzando por el de oficios (ver figura 10).



Figura 10

3.2.1. El Menú Oficios

Como su mismo nombre indica, en este menú se encuentran todos los formularios desarrollados para enviar la correspondencia oficial a los distintos departamentos y organizacio-

3.2.3. El Menú Gestión

Desde estas actuaciones nos introducimos en el desarrollo del concepto de Servicio Público. Se establece la posibilidad de que la propia administración solicite los documentos necesarios para la tramitación de los recursos que ella misma gestiona. Esta es una obligación de la administración que viene declarada en la Constitución y estructurada en varios desarrollos legislativos como La Ley de Procedimiento Administrativo. Es increíble que dentro del propio Ayuntamiento mandemos a los usuarios a solicitar informes de convivencia, de empadronamiento, del departamento de personal.



Figura 11

En el menú de gestión se incluye la solicitud de la documentación de otras administraciones o departamentos que normalmente se adjunta a la tramitación de nuestros expedientes. Entre otros se incluyen certificados de convivencia, inem, catastro... (ver figura 11)

El apartado *citaciones* incluye un formulario para requerir la presencia de algún usuario y otro específico para la realización de los cuestionarios sociales de Ayuda a Domicilio de Muface.

3.2.4. El Menú Control

En el menú de control se incluyen los formularios específicos para la administración de esta base de datos, descritos anteriormente.

3.2.4. El Menú de Informes

La realización de Informes Sociales supone una de las tareas propia y complejas del Trabajador Social dado que en

ellos se tiene que reflejar las síntesis de los datos más importantes para la actuación que estamos realizando.

Aún cuando el acceso a la elaboración de estos documentos técnicos se realizará desde otros formularios, a través de este

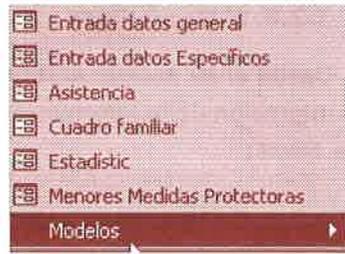


Figura 12

menú se puede tener un acceso rápido para consultar y/o elaborar informe sociales concretos.

3.2.5. El Menú Memoria

El menú memoria incluye los informes de datos que habitualmente son solicitados por el IMSS, y algunos otros listados:

- **Memoria Mensual:** resumen de las actuaciones realizadas por el SIVO y que periódicamente son entradas al Coordinador del SIVO. Abriendo este formulario, nos aparecerán dos cuadros de diálogo preguntándonos por las fechas de comienzo y final de la memoria.
- **Listado de usuarios.**
- **I.S. Libros, realizados.** Es un listado de los Informes Sociales que se han realizado en la campaña de los libros y que algunos centros escolares no han demandado.
- **Relación de usuarios del SAD.**
- **Relación de usuarios del SAD código:** listado de los usuarios con los códigos para las memorias de la Junta.

3.2.6. El Menú Siuss

Desde él se accede al formulario que nos sirve para realizar la migración de la información del formato de *PÁGINAS* al formato de Siuss.

3.2.7. El Menú Intervenciones

En él se estructuran accesos directos a los cinco formularios en los que se cumplimenta la información sobre las intervenciones (Intervenciones, miembros de una intervención, recursos y valoraciones, lista de recursos, lista de valoraciones):

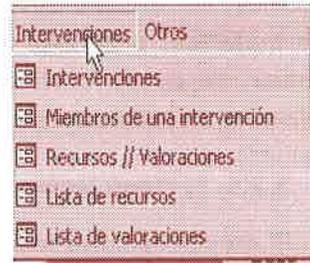


Figura 13

3.2.8. El Menú Otros

En el menú otros incluye etiquetas de correo, un documento para dejar en las visitas domiciliarias y el formulario *a cerca de*.

Notas

- (1) Charroalde, Javier. Los sistemas de información como apoyo a la prestación de información, y a la de planificación, publicado en la revista.....(poner nombre de la revista, número, página y fecha).
- (2) Vide Catálogo de Prestaciones Básicas (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- (3) Catálogo de prestaciones: Esta prestación, refiriéndose a la prestación de información, tiene un doble objetivo básico:
 - a) Garantizar el acceso a los recursos básicos.
 - b) Proveer de datos para el mejor funcionamiento del Sistema en sus procesos de planificación, programación y evaluación.
- (4) En este campo, como en la mayoría de los campos de fecha, el programa introduce automáticamente la fecha del día en que se está rellenando. En caso de que no coincida podemos cambiarla manualmente. También podéis fijaros en la barra de estado que os dará algunas pistas para agilizar el trabajo.

Entrevista a
D^a Trinidad Lambea Peña,
Directora del Instituto Andaluz
de la Mujer en Málaga

Titulada en Magisterio, entra a formar parte como técnica del Gabinete de Coordinación del Instituto Andaluz de la Mujer, centro creado en 1989, cuyas funciones principales han sido la puesta en marcha de centros específicos de información a las mujeres (estableciéndose 8 centros en Andalucía) y el fomento de la participación de la mujer, impulsando las asociaciones de mujeres, así como la apertura y refuerzo de las Casas de Acogida. A partir de 1997 se le nombra Coordinadora Provincial del Instituto Andaluz de la Mujer en Málaga, tarea que desempeña hasta la fecha.

Realizada por:

ROSARIO CASTILLA

Transcrita por:

BEATRIZ GARRIDO

A lo largo de esta entrevista charlamos con D^a Trinidad Lambea sobre la Violencia de Género, que tristemente es un asunto de gran actualidad y sobre los recursos existentes en nuestra provincia para luchar contra él y sus secuelas.

Pregunta: *¿Cómo le gusta más que se denomine al tema que nos ocupa, "Maltrato" o "Violencia de Género"?*

Respuesta: Pienso que la *Violencia de Género*, es decir, la violencia contra la mujer es el crimen encubierto más numeroso del mundo, y estamos hablando de un primer mundo, imagina lo que es esta situación llevada a países del tercer mundo, por eso yo siempre hablo de "Violencia de Género".

Es este tipo de violencia lo que se representa en la publicidad, aunque se represente a las mujeres. Por tanto, no me gusta el término "Violencia Doméstica", ya que llevamos mucho años intentando hacer ver que no es una cosa que, porque algunas veces ocurre en ese determinado espacio-velocidad, no tenga que intervenir la sociedad en su conjunto.

P. *¿Cree usted que existen mujeres de riesgo?*

R. No, yo creo que todas las mujeres en mayor o menor medida estamos expuestas a sufrir a lo largo de nuestra vida una situación de violencia, bien de discriminación laboral, bien verbal, esto es, cualquier violencia. Pero si es verdad que hay mujeres que han tenido una educación enfocada a realizarse sólo como madre y esposa. A estas mujeres quizá les ha afectado más esta violencia, ya que se sienten culpables de sufrirla y la aceptan, porque ellas piensan que han fracasado en lo que se les ha inculcado que era su motivo de vivir, o sea, ser madres y esposas. Teniendo en cuenta esto, quizá las mujeres que han recibido una educación que veía a la resignación, modestia, silencio, al aguantar, como valores positivos son más propensas a este riesgo, puesto que muchas veces creen que son las culpables y son las que provocan la violencia que se dirige contra ellas.

P. ¿Tal vez por eso, esta situación que usted dice que ha vivido la mujer, y que en muchísimos casos sigue viviendo, hace que una mujer tarde entre una media de 8-10 años en denunciar dicha "Violencia de Género"? ¿Por qué cree que la mujer da el paso para denunciar?

R. Como comentábamos anteriormente, la violencia siempre ha existido sólo que antes estaba legalizada y recogida en las leyes. Esto cambió con La Constitución Española de 1978, pero cuando se lo cuentas a la gente joven, les resulta extraño el simple hecho de que una mujer no pudiera tener el carnet de conducir sin el permiso del esposo, que fuese tratada de distinta forma si el adictorio de una mujer era otra mujer o un hombre. Hay que tener en cuenta que tenemos una democracia joven y que por eso existen mujeres a las que les cuesta mucho trabajo llegar a denunciar.

Cuando en el año 1978, la Constitución introduce por primera vez, en el Art. 14: *"Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social"*, incorpora también el voto de que todos los Poderes Públicos tienen que promover los obstáculos para que esta discriminación entre los sexos se vaya limando. Que estos artículos se plasmen por primera vez en nuestra Carta Magna, no quiere decir que culturalmente hayamos avanzado, lo que hemos conseguido son leyes igualitarias, pero no una realidad igualitaria. Por eso, sigue habiendo mujeres a las que les cuesta todavía muchísimo denunciar una cosa que creen que está pasando por su culpa, se sienten víctimas, pierden la autoestima. De ahí, la importancia de hacer ver desde las Instituciones que nadie tiene derecho a pegarle a nadie, ni de poner a otra persona al borde de la muerte.

Hay que sensibilizar a toda la sociedad y a todas las mujeres acerca de que nadie tiene derecho a pegarle a nadie ni a faltarle al respeto. Tenemos que desarrollar unas relaciones igualitarias,

pero también es importante que se pueda hacer prevención desde dentro de las Instituciones, ya que es muy difícil salir del círculo de la violencia. El agresor, generalmente, es una persona aparentemente normal cuando está fuera de casa. Sin embargo, cuando llega a ésta, establece unas relaciones con la víctima en las que la alerta de vecinas, amigas, familia le van limando la autoestima, hasta que llega un momento en que esta mujer no puede salir de esta situación a no ser que se le ayude. Si ellas no tienen a donde acudir, no denuncian. Es un paso muy difícil.

P. *¿Por qué dan ese paso? ¿Existe alguna influencia externa?*

R. Creo que sí, que desde los medios de comunicación, desde las Asociaciones de Mujeres, desde todos los ámbitos existe alguna influencia en el proceso de interponer la denuncia.

Concretamente, en Andalucía se ha producido un paso muy igualitario en cuanto a la sensibilización y en cuanto a decir «denuncia».

P. *¿Existe una Coordinación Interinstitucional ante este problema?*

R. La coordinación es importante.

En el año 1939 se crea en Andalucía el «Organismo de Igualdad». Nosotras vimos la necesidad de que existiera. En aquel entonces ya existía la «Casa de Acogida» en Málaga que, aunque parecía un gueto para esconder a mujeres maltratadas, era el primer paso, ya que no podíamos decirles a las mujeres que denunciasen y después mandarlas a sus casas con sus maridos otra vez, para que las maltrataran más. Ha pasado el tiempo y, afortunadamente, continuamos diciendo: "basta ya" a que exista un gueto para mujeres en una sociedad democrática. Tenemos que trabajar todas las Instituciones de todos los ámbitos implicados, para que la mujer, una vez que interponga la denuncia, se pueda quedar en su casa y no tenga que salir huyendo.

En la mayoría de las ocasiones, las mujeres tienen que abandonar su ambiente familiar, su pueblo y trasladarse a otra provincia. No hay que olvidar que en esto participa toda la sociedad en su conjunto.

Con respecto a nosotras, desde el año 1989 tenemos una red de información y atención a la mujer en Andalucía. En dicha red se integran las casas de acogida. Además, hay que señalar que los Medios de Comunicación tienen una labor muy importante en la sensibilización.

Ha existido "un antes y un después", el asesinato de la granadina Ana Orantes, cuya muerte fue anunciada en los programas de televisión. A partir de entonces, sucesos que ocurrían y salían "en pequeño" en los periódicos empezaron a ocupar las primeras páginas.

Esto, unido a todo lo ocurrido anteriormente, hizo que el 17 de Febrero de 1998 se aprobara el Plan de Actuación del Gobierno Andaluz, para evitar la ejecución de la violencia contra las mujeres en nuestra comunidad. Dicho Plan contó con el apoyo de todos los Partidos Políticos, con el acuerdo de los Sindicatos y de las Asociaciones de Mujeres. Este acuerdo ha sido muy importante, tanto que ha sido felicitado dentro y fuera de nuestro país como un plan específico, para luchar contra la violencia a las mujeres. Este proyecto de actuación, que ya se ha cumplido en su totalidad, cuenta con 15 medidas precisas que se dividen a su vez en tres apartados:

- 1- Sensibilización hacia toda la sociedad y a los medios de comunicación.
- 2- Atención a las mujeres que sufren malos tratos.
- 3- Coordinación entre todas las Instituciones.

Este *Plan de Actuación* comprendía una serie de materiales y herramientas eran facilitadas, a los diferentes ámbitos con el fin

de realizar la sensibilización y formación, por El Instituto de la Mujer.

El proyecto también recogía la creación de una *Comisión Provincial* que realizase un seguimiento del de su actuación.

P. *¿Qué valoración hace la Comisión Provincial del Plan de Actuación?*

R. La Comisión Provincial de Málaga se creó hace un año. Recientemente, en la Delegación de Gobierno, tuvimos la última reunión, cuya *mesa política* estaba compuesta por:

- Delegado de Gobierno.
- Representante de todos los Ayuntamientos de la provincia malagueña.
- Servicio de la Diputación.
- Delegación de Salud.
- Delegación de Asuntos Sociales.
- Servicio de Asistencia a las víctimas.
- Servicio de Atención de la Policía.
- Presidente de la Audiencia.

Posteriormente, se constituyó una *mesa técnica de trabajo* que es la que ha ido funcionando hasta ahora. En ésta, hemos ido incorporando a todas aquellas entidades o instituciones que hemos considerado de interés; por ejemplo, en nuestra última reunión se ha incorporado el Responsable de la Delegación de Justicia.

El día 25 de Noviembre de 2000 convocamos una reunión para ver los logros que habíamos conseguido a lo largo de dicho año. Pero lo más importante es que cada vez estamos logrando una

coordinación más efectiva de todos los servicios y de los profesionales que intervienen en los malos tratos. Estamos intentando lograr una atención más especializada y de mayor calidad.

Desde esta *mesa técnica* se han distribuido los materiales de formación para cada ámbito; como por ejemplo: «Modulo del por qué de la violencia, la dificultad de salir del círculo de la violencia» que es genérico para cualquier persona. También se ha planificado y dividido la formación específica que requiere el ámbito social, policial, judicial y sanitario.

Hay que resaltar la figura del *Fiscal Coordinador de Malos Tratos* en Málaga, Fernando Ventabó. *Las Asociaciones de Mujeres y El Organismo de Igualdad* habíamos luchado mucho, para existiera esta figura. Realmente, es importante trabajar con Ventabó de cara a elaborar un registro de denuncias, ya que, antes, en ocasiones la denuncia se perdía, aparecía como un hecho aislado, cuando existían denuncias del mismo sujeto en diferentes juzgados.

A partir de la institucionalización de la figura del *Fiscal Coordinador de Malos Tratos*, se ha llevado a cabo un gran esfuerzo, tanto por parte suya, como por la nuestra para lograr una buena colaboración, de hecho, el *Fiscal* está también en la *Comisión Técnica*. Esto es de vital importancia, para conseguir que se aprecie la visualidad y que los hechos puedan ser calificados como delitos y no sólo como faltas. Este proceso, que se ha producido, es muy importante, ya que ha facilitado que muchos profesionales, concretamente el personal sanitario, que tenían miedo y no sabían hasta qué punto ellos tenían que elaborar los partes de lesiones, hayan tomado conciencia de la situación. Fernando Ventabó se comprometió a impartir charlas y contestar las dudas a estos profesionales, explicándoles la importancia y la obligación que tienen de que los partes de lesiones estén elaborados de una forma correcta, porque les va a hacer mucha falta, posteriormente, a la mujer.

P. *A este nivel, se sabe perfectamente que se ha trabajado muchísimo, se ha hecho un protocolo para todos los Centros de Salud para saber ¿qué hay que hacer ante un caso de violencia?*

R. También se ha establecido una colaboración importante con la Policía. Teníamos un problema con la entrada en el domicilio por parte de la policía. Cuando una mujer venía y tenía que recoger sus enseres o se le había quedado el niño pequeño en la cuna, la policía señalaba que ellos no podían entrar, porque necesitaba un permiso judicial. Nosotras les hicimos ver que cuentan con el consentimiento de la mujer para hacerlo. Quedó claro, desde entonces, que si una mujer entraba en la Red de Casas de Acogida o Pisos Tutelados, la policía la puede acompañar a su domicilio si cuenta con el consentimiento de la mujer. De esta manera, se ha planificado la forma de llevar a cabo los acompañamientos policiales a las mujeres, ya sea a su domicilio o en los juzgados.

P. *Por lo que se observa ¿se está avanzando muchísimo en el tema de esta Violencia de Género?*

R. Sí. En la mesa también estuvimos viendo la problemática que se nos planteaba cuando los niños/as que viven con sus madres en las Casas de Acogida, tenían que cumplir el régimen de visitas para ver a su padre. Llegamos a la conclusión, junto con los *Jueces de Familia*, de que cuando la situación de maltrato queda acreditada, se podría apreciar una suspensión temporal del régimen de visitas.

Otro problema importante era el que teníamos con los Médicos Forenses, que al principio veían la dificultad de trasladarse a los hospitales. No obstante, más tarde, al darse cuenta de la importancia de la toma de muestras en delitos en materia de violación y agresión sexual en Málaga, los *Médicos Forenses* se desplazan a los Hospitales. Con lo que este problema se ha solucionado.

Como esta *Comisión* está trabajando con muchísimas ganas y esfuerzo por parte de cada uno de los participantes en ella, hemos hecho un calendario para llevar esta coordinación a todas las comarcas de Málaga. Comenzamos por la Axarquía de Vélez, creando allí la *Comisión de la Axarquía*, que es exactamente igual que la nuestra a nivel provincial pero llevada a su territorio a través de los Centros Municipales de Información (que existen por Convenios con los Ayuntamientos) en los que hay una abogada, una informadora y, en ocasiones, una persona que orienta en el empleo a las mujeres. También estamos creando una Comisión en Vélez que comprende el Centro de Información de Nerja, Vélez y de Torrox. Hace un mes, creamos la *Comisión de Antequera*, invitando a la Guardia Civil, Policía Local y Nacional, Gerente del Hospital, los Jueces y la Médica Forense de Antequera. Hay que aclarar que, dependiendo de los recursos que tengamos, le daremos a cada comisión una forma local o comarcal.

Yo estoy muy preocupada por el tema de Marbella, porque en ningún momento el *Centro de Información de la Mujer* de esta ciudad, en convenio con el Ayuntamiento, tuvo conocimiento de ese tema. Allí si hizo falta una coordinación, porque, realmente, yo creo que tienen que existir unas directrices muy claras por parte de los Cuerpos de Seguridad del Estado y del Ministerio del Interior, para que a cualquier mujer que vaya a denunciar se le tome en cuenta lo que está diciendo, aunque luego se arrepienta y vuelva a las dos horas a retirar la denuncia. A la mujer hay que preguntarle el por qué de la denuncia, nadie denuncia por nada. Es mucho mejor investigar de más que tener una muerte.

P. *Ante una sospecha de maltrato en una familia ¿qué podemos hacer los profesionales?*

R. Nuestra intervención dependerá de a qué ámbito pertenezcamos. Podemos diferenciar las siguientes actuaciones:

- *Ámbito Sanitario:*

Simplemente el hecho de tener una conversación con la mujer, ya es una intervención. Puede que ella te esté exponiendo un problema distinto al que tiene en realidad, pero cuando se habla con ella te das cuenta que detrás de eso está el tema de los malos tratos.

Se le puede informar de algún servicio, darle un teléfono (900 200 999) para que ella, en un momento determinado, pueda ponerse en contacto con alguien que le ayude y le haga un seguimiento de su caso.

En este ámbito, muchas veces llegan mujeres diciendo que se han caído por una escalera, cuando el personal sanitario se está dando cuenta que las lesiones que tiene no se han podido producir así.

Sería importante poner en conocimiento de las *Asociaciones de Mujeres* y de los *Centro de Información* el hecho de que esta mujer necesita ayuda, a fin de que se dirijan a ella, para ponerse a su disposición, para ayudarle a solucionar el problema. Es fundamental que la mujer sepa que existen personas especializadas que le pueden ayudar dándole confianza en sí misma, que le hagan sentirse protegida, ya que esta mujer, probablemente, necesita dos o tres días, uno o dos meses hasta que se decida a plantarle cara a los malos tratos.

- *Ámbito de los Medios de Comunicación:*

Son muy importantes los *Programas de Prevención* a través de los Medios de Comunicación, porque se muestran los sentimientos que tienen las mujeres que han sido maltratadas, cuando han roto los lazos que mantenían con la violencia.

Hace muchos años, las mujeres no denunciaban por sus hijos, pero se ha producido un cambio de actitud. En la actualidad, las

mujeres denuncian precisamente por sus hijos. De hecho, hay mujeres en las *Casas de Acogida* que han sufrido malos tratos durante nueve años y sus hijas, cuando han cumplido los quince años, les han dicho «mamá esto no puedes aguantarlo». También bastantes mujeres han salido de la violencia, porque sus hijos varones, al llegar a la mayoría de edad, se han enfrentado al padre.

- *Ámbito Educativo:*

Es fundamental la *Sensibilización Social*.

Muchas veces, los padres y madres piensan que las escuelas son los únicos responsables de educar a sus hijos.

Un aporte importante que contemplaba el *Plan de la Mujer de la Junta de Andalucía* era elaborar los materiales, para la Prevención de la Violencia. Estos materiales ya se han preparado y se han puesto a disposición de la *Consejería de Educación y Ciencia*. Estos están llegando, ahora, a los centros educativos, para que, en este año, se incluyan los módulos específicos. Este material se está enviando tanto a los Centros Educativos de Personas Adultas, como a los Centros Educativos (Primaria, Secundaria Obligatoria y Bachiller).

Sin ninguna duda, tenemos que trabajar con la educación de los progenitores y del profesorado. De hecho, se está llevando a cabo a través de nuestras jornadas que se imparten cada año.

Creo que las medidas educativas son las más importantes, ya que así se puede hacer que la gente joven vea la importancia de establecer relaciones igualitarias y tener formación, para que las mujeres sepan que "por suerte o por desgracia" la autonomía personal pasa por una autonomía económica. A la gente joven le digo «reservaos más», porque hay mujeres de nuestra generación que han sido educadas para esperar al "príncipe azul". Las mujeres somos muy dadas a darlo todo hacia una

persona. Yo siempre digo que es bueno tener cinco o seis lucécitas, porque si se apaga una luz, puedes tener amistades, información. Sin embargo, hay mujeres a las que si se le apaga la única luz que tienen, se encuentran totalmente vacías. De ahí mi recomendación anterior a la gente joven.

P. *A Diciembre de 2000, ¿Con qué recursos contamos en Málaga ante un caso de una mujer que está sufriendo Violencia de Género?*

R. En primer lugar, tenemos un *Teléfono de Información a la Mujer* de ámbito regional, el 900 200 999, que es un servicio gratuito que informa de todos aquellos recursos que existen en nuestra Comunidad Autónoma. Dicho teléfono funciona las 24 horas del día, todos los días del año, y a través del mismo se atiende, en cualquier momento, a las mujeres víctimas de violencia facilitándoles información y atención.

Los *Centros de la Mujer* en cada provincia, son centros como el que yo dirijo aquí en Málaga. Pertenecen al *Instituto Andaluz de la Mujer* y están ubicados en las ocho capitales andaluzas. Aquí ofrecemos información sobre los derechos y oportunidades de las mujeres, proporcionamos atención y asesoramiento para actuar en el caso de discriminación y *Violencia de Género*. Si llamamos al 900 200 999 nos pueden facilitar el teléfono de cualquier Centro de la Mujer Andaluz.

Los *Centros Municipales de Información* son de ámbito local y su labor se lleva a cabo en colaboración con los Ayuntamientos de Málaga mediante un convenio.

En el campo de la *Violencia de Género* atienden a las mujeres, les prestan asesoramiento jurídico, social y las derivan, para que entren en el *Programa de Atención a Víctimas de Violencia de Género* del Instituto Andaluz de la Mujer.

En los *Centros de Acogida* tocamos tres niveles:

1- Plazas de Emergencia:

En este primer nivel, se trata a la mujer, cuando llega, realizando una primera intervención para ver lo que le ocurre.

2- Casas de Acogida:

Se empieza a prestar cobertura jurídica, psicológica y social, con el fin de que la mujer no se tenga que preocupar hasta que se le vayan solucionando todos sus temas judiciales.

3- Pisos Tutelados:

A este tercer nivel, las mujeres pasan, cuando tienen cierta autonomía económica, a un empleo. Se les facilita que estén en un piso tutelado, ocupándose ellas de lo que es el día a día, para que, cuando se incorporen a su localidad de origen u otras localidades, la adaptación se les haga más fácil.

Esta línea de ayuda es consecuencia de lo que cuestan hoy día los alquileres y sirve para ayudar a la salida de las casas de acogida, es decir, que apunta a la reinserción de dichas mujeres.

El *Servicio de Asistencia Legal*, para mujeres que sufren malos tratos, es un servicio creado con el objetivo tener una defensa legal para las mujeres que sufren *Violencia de Género*. Este servicio comprende el acompañamiento a la interposición de la denuncia de las agresiones, la solicitud de medidas cautelares de protección a la víctima, así como la asistencia letrada en el proceso que se siga (juicio de faltas o delito) y también el seguimiento del caso y la interposición de los recursos de apelación siempre que procedan.

Para tener derecho a este servicio, siempre, hay que dirigirse al Centro de la Mujer de Málaga, o bien a un Centro de Información de la Mujer.

Estamos consiguiendo sentencias más ejemplares, consiguiendo que los hechos de malos tratos se estén tipificando como delitos y no como faltas.

El *Servicio de Atención a la Familia*, se encuentra ubicado en la Comisaría Provincial de Policía de Málaga. Fue uno de los primeros servicios de estas características que se crearon en España. Anteriormente se llamaba Servicio de Atención a la Mujer.

También existe el *Servicio de Atención a la Mujer y al Menor de la Guardia Civil*. Podemos acceder a información de este servicio a través del teléfono 062, llamando desde cualquier provincia.

El *Servicio de Asistencia a las Víctimas de Málaga (SAVA)*, está compuesto por servicios que fueron creados por la Consejería de Gobernación y Justicia de la Junta de Andalucía. Aquí se informa, asesora y atiende a las víctimas de delitos violentos, siendo la mayoría mujeres. Además comprende ayuda y asistencia legal, social y psicológica. Se ubica en El Palacio de Justicia Miramar (Teléf: 952 13 66 65).

Estas oficinas se encuentran a nivel andaluz solamente en Granada, Sevilla y Málaga.

La ONG "*Asociación y Asistencia a Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales*" (AMOVÍ) realiza asesoramiento jurídico y además se personan en los procedimientos penales cuando es necesario.

A MODO DE CONCLUSIÓN:

Cada ámbito se está percibiendo que la *Violencia de Género* necesita un tratamiento especializado. En todos los debates sale el tema de la necesidad de tener una ley específica, integral de violencia, porque las leyes muchas veces ni fijan los límites y pueden ser interpretadas de distinta forma. Por eso, es importante que, de una vez, vayamos hacia una ley específica de malos tratos que contemple absolutamente todo:

- la prevención
- la publicidad
- la vigilancia
- la educación

Es decir, lograr un marco legal que establezca que, realmente, quién incumpla la ley sea quién ha realizado el delito.