



ASOCIACION INTERNACIONAL DE JURISTAS
INTER IURIS



JUNTA DE ANDALUCIA
PROGRAMA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

MANUAL 5: CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS E INTERVENCIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS

**MANUALES PARA EL
ABORDAJE PROFESIONAL
INTEGRAL DE LA
VIOLENCIA CONTRA LAS**

Manuales para el Abordaje Profesional Integral de la
Violencia contra las Mujeres

Manual 5: Consecuencias Psicológicas e Intervención
con Mujeres Víctimas

Edición: Asociación Internacional de Juristas INTER
IURIS

Diseño y maquetación: Asociación Internacional de
Juristas INTER IURIS

Propiedad de la Asociación Internacional de Juristas
INTER IURIS

© Prohibida su Reproducción

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN. CLAVES PARA UNA ADECUADA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.....	1
2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	2-13
2.1. Consideraciones generales.....	2-4
2.2. Indicadores de violencia de género basados en las consecuencias.....	5-9
2.3. Trastornos más frecuentes encontrados en mujeres víctimas de violencia de género.....	9-13
3. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN VIOLENCIA DE GÉNERO.....	14-22
3.1. Etapas generales de la intervención con las mujeres.....	14-16
3.2. Los planteamientos ideológicos de una adecuada intervención.....	16-17
3.3. Itinerario de intervención psicológica con mujeres víctimas de violencia de género.....	17-18
3.4. Programas de intervención psicológica con mujeres.....	18-22
4. ANEXOS.....	23

1. INTRODUCCIÓN. CLAVES PARA UNA ADECUADA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

En el módulo de “Conceptos Básicos” hemos tratado de manera amplia la conceptualización de la violencia de género así como los aspectos relevantes que debemos tener en cuenta para una adecuada comprensión de la misma, y sobre todo lo que es más importante el punto de partida para unificar criterios que nos permitan un abordaje integral y común a todos los profesionales. Qué duda cabe, que la Psicología como ciencia ha sacado a la luz un buen puñado de teorías que exponen su particular manera de entender al ser humano, las relaciones interpersonales y la aparición y tratamiento de sus conflictos, y es en este problema social de primera magnitud que es la violencia basada en el género donde se han realizado investigaciones, se ha teorizado y se han propuesto modelos de intervención para atajarlo.

La experiencia de años de trabajo desde el Instituto Andaluz de la Mujer, el estudio continuado de los modelos psicológicos así como la puesta en práctica de enfoques e intervenciones terapéuticas con las mujeres que sufren violencia de género es la que nos ha llevado a tener la firme creencia de que los profesionales que trabajan con estas mujeres deben tener claros los siguientes aspectos:

- Que hay que estudiar y partir de un modelo feminista que explica el origen de las desigualdades de género y que reconoce la construcción de las relaciones entre mujeres y hombres en desigualdad, asumiendo la violencia contra las mujeres como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre la mujer y el hombre y como una forma de discriminación y de violación de los derechos humanos y las libertades.
- Que se trata de un fenómeno social no individual.
- Que la violencia contra la mujer se trata de un proceso que se construye de manera progresiva y la salida pasa por afrontarla también de manera paulatina, reconstruyendo el yo.
- Que hay que conocer en profundidad no sólo el origen de esta violencia, sino el mantenimiento de la misma y sus consecuencias sobre la mujer y sobre las hijas e hijos testigos de la misma.
- Que la violencia sobre la mujer tiene importantes repercusiones en la salud y el bienestar de las mujeres a corto y a largo plazo.
- Que la profesional que trabaje en este ámbito ha de tener conciencia de los propios conflictos de género (todas y todos somos hijas e hijos del patriarcado) y la posición en nuestra relación de pareja.

Estos aspectos relevantes nos servirán a las y los profesionales no sólo para atender a la mujer adecuadamente y no victimizarla más, sino para que ella sepa que la entendemos y así generar alianzas terapéuticas. Es importante un adecuado diagnóstico del alcance que tiene su sufrimiento, el estudio de las consecuencias psicológicas y posibles alteraciones psicopatológicas, para con posterioridad realizar un buen mapa de intervención, diferenciando lo urgente de lo importante en la intervención.

2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

2.1. Consideraciones generales

La vivencia de una situación de violencia de género en la pareja tiene importantes efectos sobre la salud física y psíquica de la mujer y la de las hijas e hijos que son testigos y víctimas directas de dicha violencia (OMS 2002; IAM, 2004).

La mujer víctima de violencia sufre graves daños en diferentes áreas de su vida, ya que poco a poco la violencia va socavando su energía y confianza personal. Las consecuencias de este daño, que en general no es puntual sino que se va instaurando en la mujer progresivamente, estarán en función de varios aspectos:

- Por una parte de la severidad de la violencia, cuanto más severo es el maltrato, mayor impacto provoca en la salud mental y física de la mujer (Krug y cols, 2002).
- Del tipo, grado e intensidad de la violencia ejercida que hayamos detectado.
- Del momento en que se encuentre la mujer en el proceso de violencia: noviazgo, convivencia, hijos, decisión de separación, separación. Las consecuencias y trastornos pueden persistir incluso cuando el maltrato ha desaparecido (Krug y cols, 2002).

Ser una mujer que sufre violencia de género puede ser considerado como un factor de riesgo de padecer diversas enfermedades y problemas de salud. En general los efectos de la violencia de género sobre la salud son los siguientes (IAM, 2004):

- Una mayor vulnerabilidad a la enfermedad.

Dado que el efecto de la violencia sobre la autoestima es devastador (disminución severa de su autovaloración, menor cuidado y atención de sí misma), y el estrés crónico de verse sometida a esta situación es muy elevado, estos factores pueden conllevar por lo general una alteración del sistema inmunológico y neurohormonal que favorece la aparición de diversas enfermedades y el empeoramiento de otras y es muy común la entrada a diversas conductas que alterarán su salud (consumo de tabaco, alcohol, alteración alimentaria sueño, consumo de psicofármacos y antiinflamatorios, etc.)

- Consecuencias sobre la salud mental.

A medio y a largo plazo son manifiestos efectos psíquicos que las mujeres describen como más deteriorantes que las consecuencias físicas. Importantes problemas de salud mental que pueden verse como síntomas aislados y formar parte de un cuadro o síndrome clínico (ansiedad, humor depresivo, trastornos de la alimentación, etc.)

- Repercusiones sobre la salud física.

Estas vienen mezcladas con los síntomas psíquicos en forma de lesiones y síntomas físicos diversos e inespecíficos (cefaleas, dolores lumbares, abdominales, fibromialgia, etc.). Dichos síntomas son provocados por la violencia física como por la violencia psicológica a la que ha estado sometida la mujer durante tiempo.

2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

- Impacto sobre la salud reproductiva.

La agresión sexual como forma de violencia física provoca problemas relevantes de índole sexual y enfermedades graves: embarazos no deseados, embarazos de riesgo, partos prematuros, abortos, VIH, enfermedades de transmisión sexual, etc.

- Consecuencias sobre la salud y bienestar de las hijas e hijos que están expuestos a la violencia de género, ya sea porque son testigos de la violencia hacia su madre y/o o porque la sufren directamente también.

Las hijas e hijos de mujeres víctimas de violencia de género son a la vez testigos directos de la violencia y como tal víctimas directas de la misma y aunque durante años han sido los y las grandes olvidados del estudio y de la atención, hoy en día el interés y la intervención con ellas y ellos es un foco primario de los organismos públicos. Estas/os niñas y niños observan las agresiones de su padre a su madre, oyen gritos, insultos, ruidos de golpes, ven las marcas de que dejan las agresiones, vivencias el miedo en la madre. Ver sufrir a alguien a quien se quiere hace mucho daño, y todavía se siente más dolor cuando el agresor es el padre (Aguilar, 2008).

Las consecuencias en las y los menores son extensas, desde problemas emocionales, escolares, cognitivos, relacionales, comportamentales, hasta síntomas físicos vagos o psicósomáticos y alteraciones en funciones primarias (sueño, alimentación, control de esfínteres, etc.) son significativos y encontrados en la práctica clínica en estas llamadas "**víctimas invisibles**" (Cuesta, J y Monreal, M.C., 2012).

Por otra parte la atención a estas niñas y niños pasa también por la consideración de que el ser testigos de la violencia entre sus padres generará violencia con sus parejas cuando sean adultos (Comisión europea, 2000), es lo que llamamos la transmisión intergeneracional de la violencia.

En otro módulo de estos manuales abordaremos de manera más extensa las consecuencias de la violencia de género sobre las y los menores así como la evaluación e intervención psicológica con ellas y ellos.

2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Ilustración 1: Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer. Adaptado de García, 1999



2.2. Indicadores de violencia de género basados en las consecuencias

Cuando hemos estudiado de manera global las secuelas y consecuencias que padecen las mujeres que sufren violencia de género, nos hemos ido dando cuenta como muchas de esos efectos se ven de manera repetida en la mayor parte de ellas. Además, dichas consecuencias nos han ido sirviendo como indicadores de trabajo para detectar esa violencia en cualquier ámbito de trabajo (policial, sanitario, social, etc.) y para reconocer en muchos casos en el momento en que esa mujer se encuentra, diferenciando la agresión puntual de una agresión continuada e intermitente en el tiempo.

Ya hemos planteado, en otro manual de esta colección, cómo llegan a ser víctimas las mujeres que son agredidas, lo cual se explica adecuadamente a través del **ciclo de la violencia** que bien describió Leonor Walker (1979) y las consecuencias de cada una de las fases (acumulación de la tensión, explosión y luna de miel) en la mujer y en las hijas e hijos. La violencia intermitente, la mayor parte de las veces impredecible, así como los cambios comportamentales del agresor (a veces de violento a amable, amoroso y entregado) generan en la mujer unos **efectos psicológicos inmediatos** llamativos:

- Desorientación respecto a su pareja y a la relación que mantiene con él.
- Bloqueo y paralización comportamental.
- Angustia y sentimientos de indefensión.
- Hipervigilancia y temor.
- Pérdida de habilidad sociales y capacidades para las relaciones.
- Fantasías de cambio.
- Sentimientos de culpabilidad.

Por otra parte, también se ha descrito como la violencia de género se construye a través de un **proceso** continuado y habitual que va generando una serie de consecuencias en la vida de la mujer.

2.2.1. CONSECUENCIAS COMPORMENTALES Y SOCIALES

Uno de los aspectos más llamativos que encontramos en las mujeres que sufren violencia de género es la modificación de conductas en su día a día y una alteración de las relaciones interpersonales. Son llamativos algunos de las siguientes características:

- Aislamiento de amigas/os y familia. Temor y ansiedad al contacto, desconfianza, rechazo.
- Evitación de actividades y de lugares. Ausencia de interés y no participación.
- Disminución de habilidades sociales para comunicarse.
- Déficit asertividad.
- Disminución de habilidades para resolver conflictos cotidianos: inseguridad, conductas pasivas, condescendientes o de ira.
- Conductas adictivas: consumo de psicofármacos, alcohol y otras drogas.

- Conductas compulsivas: alimenticias, limpieza, compras y juego.
- Victimización de otros: es decir la mujer víctima de violencia desvía la rabia, que de forma natural se tendría que dirigir al agresor, hacia sí misma o hacia otras personas, que considera inferiores o con poco poder como mujeres, niñas y niños

2.2.2. CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y SOBRE LA AFECTIVIDAD

El plano emocional, los sentimientos, y sobre todo el mundo afectivo es una de las áreas que más se deteriora, puesto que continuamente la mujer ha de estar asumiendo cambios en los sentimientos para dar una imagen diferente de la real, sobre todo de cara al agresor. La mujer se ve obligada a alterar de manera constante sus emociones.

- Inhibición-constricción del afecto. Falta de expresividad.
- Sentimientos generalizados de indefensión.
- Temores generalizados, pánico y fobias.
- Dependencia y labilidad afectiva.
- Sentimientos de rabia. Cólera explosiva o extremadamente inhibida que pueden alternarse.
- Disforia persistente, un estado de ansiedad, insatisfacción o inquietud.
- Impulsos suicidas.
- Conductas de riesgo físico excesivo.
- Tristeza permanente.

2.2.3. CONSECUENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD

En el plano sexual encontramos secuelas relevantes en función de que haya existido (generalmente muy común) violencia sexual, violación conyugal o que el sexo haya sido una moneda de intercambio que usa el agresor y que la mujer mantenga sexo sin deseo alguno. Independientemente de ello, la propia ansiedad en la relación y el deterioro personal que sufre la mujer la lleva a padecer síntomas muy variados en esta área:

- Deseo sexual inhibido-ausencia total del deseo.
- Temor a la actividad sexual.
- Ausencia de orgasmo.
- Dolores y molestias en vagina, región pélvica y abdomen durante y después del coito.
- Contracción involuntaria de los músculos de la vagina durante el coito.

2.2.4. CONSECUENCIAS SOBRE EL FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Las funciones cognitivas de atención, concentración y memoria se ven de manera muy frecuente alterada, así como la modificación de las percepciones y atribuciones que realiza la mujer sobre sí misma y el mundo. Son características:

- Autoevaluaciones negativas.
- Destrucción de la autoestima: sentimientos de fracaso, visión negativista y catastrófica sobre sí misma, infravaloración, sentimientos de incapacidad para sentirse competente y de inutilidad, pobre concepto físico.
- Negación del maltrato.
- Minimización de las conductas violentas que sufre.
- Ideas de culpa o responsabilidad por causar los malos tratos, por no ser capaz de pararlos y por tolerarlos.
- Sentimientos de vergüenza.
- Cambios en los esquemas cognitivos, en las creencias sobre el mundo.
- Ideas de vulnerabilidad. Ideas de muerte.
- Ideas de desconfianza y suspicacia.
- Disminución de la atención y concentración.
- Dificultad para recordar.
- Esfuerzos para evitar pensamientos sobre sus vivencias.
- Recuerdos intrusivos de las agresiones, como si reexperimentase lo sucedido.
- Sentimientos de separación tanto de su mundo como de su identidad (despersonalización).
- Sensación de daño psíquico permanente.
- Sensación de ser completamente diferente a los otros.
- Alteración en el sistema de significado: parece como si la vida no tuviera sentido para ella. Cuando piensan en el futuro se lo imaginan desastroso y tienen una visión negativa. Pérdida de la fe que se sustentaba.
- Alteración en la percepción que tiene del hombre que la maltrata.

2.2.5. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD FÍSICA

Encontramos en las mujeres víctimas de violencia de género lesiones físicas provocadas por los actos de violencia física, así como alteraciones físicas provocadas por la somatización del daño psicológico:

- Dolores de cabeza.
- Dolores de espalda y/o articulaciones
- Dolor abdominal.
- Insomnio, pesadillas.
- Síntomas cardio-pulmonares: bronquitis crónica, alteraciones en el ritmo cardiaco.
- Palpitaciones, hormigueo y entumecimiento de las extremidades, sensación

de asfixia.

- Acidez de estómago, gastritis.
- Fibromialgia.
- Síndrome del colon irritable.
- Abortos.
- Partos prematuros: recién nacidos n bajo peso y lesiones fetales.
- Déficit neuropsicológicos como consecuencias de los golpes.
- Cortes y heridas leves.
- Quemaduras.
- Mordeduras.
- Hematomas.
- Pérdida de audición.
- Rotura de huesos.
- Infecciones genitales.
- Desgarros vaginales.

2.2.6. CONSECUENCIAS LABORALES

Si la mujer tiene trabajo remunerado fuera de casa, encontramos una serie de consecuencias que afectan a su relación laboral:

- Absentismo.
- Baja productividad y disminución del rendimiento.
- Disminución de la concentración y atención.
- Dificultad de acceso a la formación continua de la empresa.
- Aumento del riesgo de accidentes laborales.
- Pérdida de oportunidades de promoción.
- Dificultades relacionales con superiores y/o compañeros de trabajo.
- Pérdida del empleo.

Si la mujer trabaja dentro de casa, son llamativos síntomas de tipo ansioso- depresivo y algunas consecuencias que afectan a las tareas domésticas:

- Limpieza compulsiva.
- Baja energía para realizar el trabajo doméstico.
- Desánimo.
- Rabia.
- Miedo.
- Ansiedad.

Hemos descrito un listado de consecuencias en diferentes áreas de la persona que si bien pueden presentarse de manera aislada, en muchas ocasiones pueden aparecer conjuntamente. Las consecuencias psicológicas que encontramos por la situación de violencia permanente configuran lo que se ha denominado **SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA (SIMUM)** (Lorente, 1998; Dutton, 1993 y Walker, 1989) que consiste en las *“alteraciones psíquicas y físicas que incluyen síntomas del trastorno por estrés postraumático, estado de ánimo ansioso-depresivo, rabia, culpa, baja autoestima, quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas, distorsiones de la memoria, síndrome de Estocolmo doméstico”*

Sería conveniente que este síndrome se estableciera como diagnóstico en los casos de mujeres que viven en una situación de violencia permanente donde el aislamiento al que está sometida la mujer, la intermitencia e impredecibilidad de la violencia, y el contexto socio-cultural que minimiza los hechos y en muchas ocasiones justifica o trata de comprender más al agresor que a la mujer, hace que esta mujer se encuentre atrapada por el sufrimiento que le generan estos síntomas. Ya hemos afirmado en diversas ocasiones, que precisamente estas características son las que explican, entre otras razones, porqué a la mujer le cuesta tanto trabajo salir de esta situación de violencia continuada y acabar con la relación.



SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA (SIMUM) que consiste en las *“alteraciones psíquicas y físicas que incluyen síntomas del trastorno por estrés postraumático, estado de ánimo ansioso-depresivo, rabia, culpa, baja autoestima, quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas, distorsiones de la memoria, síndrome de Estocolmo doméstico”*

2.3. Trastornos más frecuentes encontrados en mujeres víctimas de violencia de género

Estos trastornos se encuentran en las mujeres como consecuencia de la severidad, intermitencia y continuidad de la violencia a lo largo de la convivencia, lo cual establece a largo plazo el daño en forma de trastorno, síndrome clínico o alteraciones psicopatológicas.

Los cuadros más comúnmente encontrados en las mujeres víctimas de violencia de género y que son objeto de atención clínica son los trastornos de ansiedad y del estado anímico. Veamos los trastornos más frecuentemente encontrados en mujeres siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y texto revisado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR).

2.3.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

■ Crisis de angustia

Se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo o terror intensos acompañados generalmente por una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. En estas crisis suelen darse algunos síntomas somáticos tales como palpitación, opresión torácica, sudoración, temblores, sensación de ahogo, náuseas, mareos, parestesias, etc. Generalmente estas crisis pueden darse de forma inesperada, sin que haya aparentemente estímulos que la desencadenen, reactivas a situaciones o predisuestas por situaciones determinadas. Estos dos últimos suelen aparecer más en mujeres víctimas de violencia de género.

■ Trastorno de angustia con o sin agorafobia

Este trastorno, también frecuente, entre otras pacientes, en mujeres que sufren violencia de género, se caracteriza por la aparición de crisis de angustia recidivantes que le acompañan una preocupación persistente de padecer nuevas crisis de angustia. Este trastorno puede presentarse con o sin agorafobia (ansiedad al encontrarse en situaciones o lugares donde escapar puede resultar difícil o donde en el caso de aparecer una crisis de angustia, o síntomas de las crisis, puede no disponerse de ayuda, lo cual hace que la mujer evite situaciones donde crea que pueden aparecer esas crisis.

Puede ser frecuente la aparición de agorafobia sin trastorno de angustia cuando no haya antecedentes de crisis de angustia recidivantes e inesperadas.

■ Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Es uno de los trastornos que más suele verse en mujeres y en las hijas e hijos víctimas de violencia de género y que se caracteriza por la aparición de síntomas de ansiedad tras haber vivido una situación estresante y traumática, como un acto de violencia extremo de su pareja, que ha supuesto una amenaza o peligro real para su vida o su integridad física. Dicho acontecimiento traumático puede ser reexperimentado en forma de recuerdos recurrente e intrusivos, sueños, o la mujer puede tener la sensación de estarlo viviendo cuando recuerda el hecho o se expone a situaciones o estímulos que le recuerdan al trauma

■ Trastorno por estrés agudo.

Este trastorno también aparece con bastante frecuencia en mujeres maltratadas, es similar al trastorno por estrés postraumático y sus síntomas aparecen durante o inmediatamente después de una agresión traumática y duran entre 2 días y 4 semanas. Lo diferencia del TEPT en la necesidad de que existan algunos síntomas disociativos (sensación subjetiva de embotamiento, ausencia de la realidad que la rodea, desrealización, despersonalización y amnesia disociativa) para ser diagnosticado. Cuando los síntomas duran más de un mes se usa el diagnóstico del TEPT.

■ Trastorno obsesivo-compulsivo.

Trastorno que se caracteriza por la aparición de obsesiones o compulsiones recurrentes. Las obsesiones son ideas, pensamientos o imágenes recurrentes, intrusas y que generan una fuerte ansiedad o malestar que pueden cursar o no con actos repetitivos que la mujer se ve obligada a realizar en respuesta a la obsesión para librarse del malestar y que ocasionan una pérdida de tiempo.

2.3.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO

■ Episodio depresivo mayor

Se diagnostica el episodio depresivo cuando hay un periodo de al menos dos semanas en el que la mujer presenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en la realización de las actividades cotidianas. Generalmente tienen que coexistir algunos síntomas como alteraciones en el apetito, en el sueño, en la actividad psicomotora, falta de energía, dificultad para pensar, disminución de la autoestima, sentimientos de culpa, déficit de atención y concentración así como ideación suicida.

■ Trastorno distímico

Aparece en la mujer con una historia larga de violencia de género cuando presenta un estado anímico crónicamente depresivo durante la mayor parte de los días y que lleva instaurado más de dos años y que viene acompañado de alteración del apetito y/o sueño, ausencia de energía, baja autoestima, déficit de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza

2.3.3. TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

■ Abuso de alcohol

Puede aparecer el consumo de alcohol de manera habitual para reducir o evadirse del malestar que está viviendo la mujer. Generalmente no suele darse una dependencia al alcohol, aunque en el caso de que apareciesen síntomas de tolerancia, abstinencia o beber compulsivo habría que usar el diagnóstico de dependencia al alcohol.

■ Abuso de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos

Suele ser habitual el consumo recurrente de estos fármacos para paliar el malestar ocasionado por la vivencia de la agresión continuada, fundamentalmente ansiolíticos para soportar la tensión diaria como los hipnóticos para inducir a un sueño que generalmente suele estar alterado. Este consumo puede dar lugar a una disminución del rendimiento laboral y/o del trabajo en casa

2.3.4. TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS

■ Juego patológico.

Se trata de un comportamiento recurrente y persistente de juego desadaptado que altera la vida familiar, laboral y personal. Se puede presentar en mujeres con cierta predisposición depresiva que usan el juego para escapar de la realidad cotidiana y de sus vivencias de violencia

2.3.5. TRASTORNOS SOMATOFORMOS

■ Trastorno somatoformo

Se caracteriza por la presencia de síntomas físicos que no pueden explicarse completamente por una enfermedad o por un trastorno mental (cansancio crónico, pérdida de apetito, molestias gastrointestinales y genitourinarias, etc.). Estos síntomas son en muchas ocasiones los que llevan a las mujeres víctimas a los centros de salud y que son tratados con fármacos que palían más que curan, precisamente porque el origen no es médico sino psicológico, la vivencia de su situación de violencia.

■ Trastorno por dolor

Este trastorno aparece cuando hay la presencia de un dolor localizado en una o más partes del cuerpo, lo suficientemente importante como para necesitar atención médica, que genera malestar social y laboral. Este trastorno puede estar ocasionado por la vivencia de la mujer a violencia de género y no son síntomas ni simulados ni producidos intencionalmente.

■ Hipocondría

Es la preocupación y el miedo a padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación a veces distorsionada de uno o más signos físicos.

2.3.6. TRASTORNOS DEL SUEÑO

■ Insomnio

Es la dificultad para iniciar o mantener el sueño o la sensación de no haber tenido un sueño reparador. Es muy frecuente verlo como síntoma o trastorno en mujeres que padecen violencia de género.

■ Hipersomnia

Aunque no es tan frecuente pero si se observa en mujeres víctimas de violencia la somnolencia excesiva que se manifiesta por episodios de sueño prolongado o episodios de sueño diurno.

■ Trastorno del ritmo circadiano (sueño-vigilia)

Aparece cuando hay un patrón de sueño desestructurado que obedece a una alteración de la función del sistema de horario circadiano.

2.3.7. TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD

Estos trastornos son muy frecuentes en las mujeres víctimas de violencia de género habitual debido no sólo al proceso de la violencia en el que se encuentra inmersa, el deterioro personal y emocional generado, sino también por los actos de abuso sexual conyugal y por el uso que se hace del sexo en la fase de luna de miel del ciclo de violencia asociando el sexo para reparar el daño infringido por el hombre y recuperar la homeostasis en la pareja.

■ Deseo sexual hipoactivo

Es la ausencia y/o disminución de manera persistente de fantasías y de deseo de actividad sexual. Trastorno muy común en mujeres víctimas de violencia de género.

- Trastorno por aversión al sexo

También que aparece con frecuencia en la mujer que sufren violencia de género y que consiste en la aversión y evitación del contacto sexual genital con la pareja

- Disfunción orgásmica femenina

Es la ausencia o retraso persistente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal.

- Trastornos sexuales por dolor (dispareunia y vaginismo)

La **dispareunia** es el dolor genital persistente durante el coito que puede aparecer antes, durante o después de este.

El **vaginismo** es la contracción involuntaria recurrente o persistente de los músculos del tercio externo de la vagina frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones, etc.

2.3.8. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Estos trastornos, aunque aparecen en mujeres adultas que sufren violencia de género son muy comunes en mujeres jóvenes que mantiene una relación de violencia.

- Anorexia nerviosa

Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, el miedo a ganar peso y en una alteración de la percepción de su aspecto físico.

- Bulimia nerviosa

Consiste en episodios recurrentes de atracones de comida seguidos de conductas compensatorias para evitar ganar peso como el vómito, provocado, uso de laxantes y diuréticos o un ejercicio físico excesivo

2.3.9. TRASTORNOS DISOCIATIVOS

- Amnesia disociativa

Suele aparecer en la mujer víctima de violencia de género cuando es incapaz de recordar información de un acontecimiento traumático.

3. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN VIOLENCIA DE GÉNERO

La ley 13/2007 de 26 de Noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género en Andalucía prevé una atención integral especializada y multidisciplinar que comprende entre otras actuaciones una intervención con las mujeres y menores a su cargo y que incluirá entre otros aspectos la atención psicológica tanto a la mujer víctima de violencia de género como a las hijas e hijos y menores que estén bajo su guarda y custodia.

Ya previamente, el 24 de noviembre de año 2005 se firmó el "*Procedimiento de coordinación institucional para la prevención de la violencia de género y la atención a las víctimas en Andalucía*" y en el establecimiento de los Derechos de las Mujeres víctimas de violencia de género se aprobó como principios fundamentales la atención especializada y adecuada a las necesidades de la mujer, su protección efectiva y la recuperación integral. Entre los derechos a la información y atención especializada se encontraba, entre otros:

- El Derecho a recibir información y asesoramiento adecuado a su situación personal prestado por profesionales especializados.
- Derecho a que sea explorado su estado psicológico y a recibir atención psicológica (y/o médica).
- Derecho a los servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación.

3.1. Etapas generales de la intervención con las mujeres

Las **etapas generales de la intervención con las mujeres** son las siguientes (Adaptado de "Mujeres maltratadas: guía de trabajo para la intervención en crisis" María Cecilia Claramunt, 1999)

1. Detección de la violencia.
2. Devolución de la problemática de violencia a la víctima.
3. Reducción de riesgos y establecimiento acordado de un plan de actuación
4. Continuación con la vida.
5. Empoderamiento personal y reducción de las secuelas del abuso.

3.1.1. DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA

Tal y como hemos visto anteriormente se realizará a través de los indicadores físicos, psíquicos, comportamentales, de aislamiento, sociales, económicos y sexuales.

3.1.2. DEVOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE VIOLENCIA A LA VÍCTIMA

El objetivo de esta etapa es que la mujer víctima asuma la situación de violencia en la que vive y las consecuencias para ella y sus hijas e hijos. Se le explicará cómo ha llegado hasta esta situación, el proceso que ha pasado para convertirse en víctima, como se desarrolla el ciclo de la violencia.

Debemos trabajar para desmontar la trampa de inmutabilidad (“nada puede cambiar” e inevitabilidad (“nada puede hacer ella”) que ha montado el maltratador.

3.1.3. REDUCCIÓN DE RIESGOS Y ESTABLECIMIENTO ACORDADO DE UN PLAN DE ACTUACIÓN

La finalidad de esta etapa es disminuir el riesgo de reincidencia del abuso para ella y sus hijos e hijas. El plan debe ser flexible ya que el hombre violento puede con mucha probabilidad modificar su conducta a medida que la mujer vaya actuando. Los objetivos de esta etapa son:

- Movilizar recursos externos para aumentar la seguridad de la mujer y las niñas o niños.
- Contribuir a superar el período de desequilibrio.
- Participar activamente en la solución de las necesidades inmediatas.
- Proporcionar apoyo emocional.

Para cumplir con los objetivos de esta etapa hay que evaluar el riesgo de violencia y de peligrosidad, priorizar los problemas más urgentes y atender a las necesidades. Una vez detectado esto se elaborará conjuntamente un plan de acción y seguimiento movilizando los recursos externos puestos a disposición de la mujer y sus hijos e hijas.

3.1.4. CONTINUACIÓN CON LA VIDA

Potenciar el cambio positivo en la vida cotidiana. Para ello tendremos los siguientes objetivos.

1. Presentar alternativas para comprender la crisis y la violencia.
2. Ayudar a examinar los problemas y las alternativas de solución, con orden de prioridad.
3. Iniciar la elaboración de planes y metas futuras.
4. Posibilitar alternativas de solución para problemas inconclusos.
5. Propiciar un enfoque de vida positivo.
6. Fijar metas a corto y mediano plazo. Las de más larga duración pueden ser trabajadas después.
7. Elaboración conjunta de un plan de acción para cumplir con las metas propuestas.

3.1.5. EMPODERAMIENTO PERSONAL Y REDUCCIÓN DE LAS SECUELAS DEL ABUSO

Se analiza su relación conyugal y se revisan las alternativas para abandonar o continuar la relación de pareja.

La intervención con las víctimas de la violencia debe ser diseñada con la finalidad de favorecer que la víctima pueda analizar y modificar la situación de violencia, abuso y dominio en la que vive, facilitando el proceso de desvictimización y restauración de la autonomía personal. Por ello, los objetivos generales de la intervención deben ser: aumentar seguridad personal: física y psicológica (tomando en consideración el alto riesgo de reincidencia del maltrato y la posibilidad de muerte que encierra); recuperar el control de su vida; y remediar el impacto psicológico del abuso y la violencia.

3.2. Los planteamientos ideológicos de una adecuada intervención

Los planteamientos ideológicos para una adecuada intervención con la mujer pasan por tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La mujer víctima de violencia es la protagonista de su cambio; ella debe volver a ser el "sujeto" de su historia, mediante un proceso de empoderamiento y fortalecimiento personal.
- Nuestra tarea consiste en dotarlas de herramientas para que puedan analizar y modificar su realidad.
- La mujer víctima de violencia debe asumir su responsabilidad (no la culpa) en la construcción y mantenimiento del proceso de violencia que ha sufrido. La culpa no ayuda a reducir la posibilidad de cometer errores y genera fuertes emociones negativas que hacen que nos sintamos mal. Sin embargo el cambio y el aprendizaje son más fáciles de conseguir cuando somos capaces de reconocer que ha habido un error y buscamos una estrategia para solucionar el problema.
- Comprender que el dominio ha sido la causa y el mecanismo del proceso de violencia que han sufrido ayuda a las mujeres víctimas a modificar su realidad y a reducir la autculpa.
- Debemos enseñarles a analizar desde el punto de vista del dominio: "esto que me hace mi pareja ¿sirve para dominarme mejor?"
- Dejar una relación violenta es un proceso, generalmente largo y gradual, por ello se deben respetar las decisiones de la víctima aún cuando decida continuar viviendo con el agresor.
- Desde el inicio del trabajo debemos entusiasmar a la mujer víctima con el proceso de cambio vital, sembrar la esperanza.
- La mujer víctima ha creado un "edificio psicológico" (anómalo, traumático y sobreadaptado) que le ha permitido sobrevivir. Es necesario respetarlo y "desmontarlo" con sumo cuidado, sin derrumbarlo ni desecharlo, pues podemos dañar a la víctima.
- Tener siempre presente la fuerte dependencia emocional que sufre la mujer víctima de violencia hacia quien la ejerce, porque va a dificultar y/o boicotear su proceso de recuperación (puede ponerlas en peligro de muerte).

- Facilitar pautas y herramientas para combatir esa dependencia debe estar presente en nuestro trabajo desde el primer momento.
- Ser conscientes de que en nuestra tarea de romper la desigualdad y el equilibrio mediante el crecimiento personal de la mujer, podemos estar aumentando la peligrosidad de la situación. Se hace por ello necesario dotar a la mujer de herramientas y conocimientos que le permitan prevenir y combatir esa situación.
- Como herramientas psicoterapéuticas la cercanía y calidez frente a la lejanía y frialdad terapéutica.

3.3. Itinerario de intervención psicológica con mujeres víctimas de violencia de género.

Veamos los pasos aconsejados para una recuperación psicológica integral de la mujer una vez acude a los servicios especializados en materia de violencia de género.

Normalmente la mujer es derivada desde un servicio de información o jurídico al departamento psicológico dada una valoración inicial de necesidad de asesoramiento, apoyo emocional o tratamiento psicológico. Una vez aquí se sigue con ella un itinerario de atención psicológica que pasa por las siguientes fases:

1º Sesiones de acogida y tratamiento individualizado.

El primer trabajo que hay que hacer es la acogida a la mujer, facilitándole un ambiente de seguridad, confidencialidad, empatía y escucha activa, de entendimiento y normalización de su malestar.

Es importante realizar proceso de acción inmediata en el que se incluya una adecuada evaluación de su estado mental, de sus recursos personales, de la violencia sufrida y las consecuencias derivadas de la misma (tal y como hemos descrito en el módulo anterior). Desde el inicio hay que facilitar la expresión emocional de la mujer y realizar una continua devolución de su estado, haciéndole ver el proceso de la violencia en el que está o ha estado inmersa. Asimismo es importante desde el principio establecer un plan de actuación y seguridad y aportarle herramientas rápidas de resolución de situaciones violentas.

Desde el primer momento de la acogida ya se está interviniendo con la mujer. Desde la primera escucha activa puede sentirse comprendida y eso le facilitará la expresión emocional.

El objetivo de estas sesiones pasa también por establecer con ella un plan de tratamiento y apoyo psicológico que se basa principalmente en sesiones terapéuticas grupales.

2º Sesiones grupales.

La mujer se integrará en un programa de grupos terapéuticos con otras mujeres que también viven lo mismo, haciéndoles ver que no están solas en el proceso y que las consecuencias que sufren también la padecen otras mujeres. Habrá tres tipos de tratamientos grupales: grupos de reflexión, grupos terapéuticos y grupos de trabajo de autonomía personal, por los que pasarán las mujeres hasta su recuperación. En el siguiente apartado de este módulo explicaremos los contenidos y metodología de cada uno de los grupos.

3º Sesiones de control y seguimiento individualizado de la mujer así como de intervenciones individuales en situaciones de crisis.

Estas sesiones nos servirán para evaluar el estado de la mujer tras las intervenciones, valorando su evolución y tratando aquellas situaciones detectadas en los grupos y que necesitan de una intervención individualizada más específica y o urgente.

3.4. Programas de intervención psicológica con mujeres

3.4.1. PROGRAMA DE ACCIÓN INMEDIATA

Cuando una mujer víctima de violencia acude por primera vez a un departamento/servicio de atención psicológica hay que poner en marcha un programa de acción inmediata que Labrador y cols (2004) han planteado en 5 fases:

1. Acogida y facilitación de la expresión emocional y comprensión de su situación de violencia.
2. Valoración de la peligrosidad en la que se encuentra ella y sus hijas e hijos, para evaluar el nivel de riesgo de que se produzca una nueva agresión y adoptar medidas de protección.
3. Implementar las estrategias urgentes de afrontamiento en su situación.
4. Evaluar psicológicamente a la mujer y proponer los recursos terapéuticos adecuados.
5. Diseñar un plan de seguridad individualizado para ella y sus hijas e hijos (qué hacer ante un ataque violento, plan de escape, etc. Ver anexo)

3.4.2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL CON LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La intervención psicológica grupal se ha convertido en una herramienta muy poderosa de cambio que se viene utilizando en la atención a las mujeres desde el año 2003 en el Instituto Andaluz de la Mujer y es una de las principales líneas de actuación para la recuperación integral de las víctimas. Tal es así que en el año 2010 se elaboró un Protocolo para la Intervención Psicológica Grupal con las Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Andalucía, fruto del trabajo técnico y la experiencia a lo largo de estos años.

Esta opción del trabajo grupal con las mujeres se ha demostrado que tiene una eficacia similar al tratamiento individual y que además proporciona un espejo que permite validar experiencias, proporcionar apoyo y ayuda a percibir que la mujer no está sola y que la situación en la que está tiene salida (Bosch, 2006).

Los objetivos que se trabajan en el tratamiento grupal son diversos:

- Escucha e intercambio de experiencias, ver que su situación se parece mucho a la de otras mujeres: comprensión y apoyo mutuo.
- Disponer de un espacio donde pueden hablar con libertad, sin tener que cuestionarse permanentemente si la creen, si la entienden, que pensará de ella...
- Aprendizaje a través del ejemplo de otras mujeres con problemática similar (es posible cambiar).

3. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN VIOLENCIA DE GÉNERO

- Asumir que se es víctima de violencia
- Lograr que la mujer entienda el origen, las características, el proceso y los mecanismos de la violencia como primer paso hacia su desvictimización.
- Comprender las consecuencias de la violencia (victimización y dependencia) para poder entender como han llegado a esta situación, porque sienten y se comportan de esta manera y como salir de esa situación.
- Trabajar sobre las consecuencias del proceso de violencia que han sufrido: trastornos de estrés postraumático, depresiones, déficit de la autoestima, déficit en el control emocional, aislamiento social, culpa, lástima por el maltratador, etc.
- Entender que no es un problema individual sino colectivo, a través del ejemplo de las demás mujeres del grupo y del planteamiento de género, (favorece el combatir la autculpa).
- Ayudar a la mujer que está saliendo de una situación de violencia a entender y combatir las trampas emocionales y los ataques de su maltratador.
- Favorecer la reconstrucción de la autoestima.
- Trabajar y discutir el modelo de género, el patriarcado y los modelos de relación y de pareja, pues hay que cuestionarlos y modificar su importancia para nosotros ya que son el origen del problema y la motivación que nos ha hecho caer en la trampa.

Las herramientas psicoterapéuticas que más frecuentemente se usan en el tratamiento grupal son:

- Entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.
- Entrenamiento en solución de problemas.
- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- Facilitación de la expresión emocional.
- Reevaluación cognitiva de los sesgos presentados por las víctimas.
- Enseñanza de habilidades específicas para abordar la situación de maltrato.
- Eliminación de ideas irracionales.
- Explicación de las reacciones normales ante una experiencia de maltrato.
- Análisis relacional de la pareja y búsqueda de modelos más positivos y racionales.

El Protocolo para la Intervención Psicológica Grupal con las Mujeres Víctimas de Violencia de Género en Andalucía establece el itinerario de tres grupos y talleres:

- Grupos de Reflexión.
- Grupos terapéutico.
- Taller de autonomía personal.

Por lo general se trata de un itinerario por el que las mujeres pasan tras la valoración de las técnicas de los centros de atención a mujeres. Por lo general el recorrido tipo de las mujeres que participan sería, en primer lugar, un grupo de reflexión. Una vez finaliza esta experiencia se valora la necesidad y conveniencia de seguir con el trabajo y se deriva la mujer a un Grupo terapéutico. En último lugar se considerará que esta mujer continúe su proceso de recuperación en un taller de autonomía personal.

Aquellas mujeres que tras finalizar su itinerario de grupo vuelven a generar necesidades de atención, se valorará su participación en un nuevo grupo.

Los Grupos de Reflexión

Se trata de grupos abiertos en el que las mujeres pueden ir incorporándose a medida que se considera adecuada su participación, donde no hay un número fijo de integrantes grupales aunque en general se establece unos límites máximos y mínimos que garanticen el buen desarrollo del trabajo.

Se programa con antelación los temas a trabajar y el instrumento de trabajo es la información y la elaboración de esta información.

Generalmente suelen durar aproximadamente un mes y medio repartido en 6 sesiones semanales.

Los objetivos de los grupos de reflexión es que las mujeres que participen cuestionen los mandatos de género aprendan a pensar cómo la desigualdad de género ha organizado sus vidas y por qué las mujeres llegan a ser víctimas de violencia de género. Se pone en evidencia que el hecho de ser mujeres es el resultado de la socialización de género y las atribuciones psicológicas, sociales y culturales han determinado los roles y funciones que en general no se cuestionan sino que se dan por "normales", naturales y se interiorizan aceptándolas como correctas.

Estos grupos posibilitan que entre las mujeres se establezca un intercambio productivo, que se reconozcan como personas valiosas, y que perciban cómo la subordinación ha formado parte de sus valores y de sus relaciones. En el grupo se trabaja que hay posibilidad de cambiar estos valores y es posible otro tipo de relación.

Los Grupos Terapéuticos

El objetivo central de estos grupos es abordar los efectos y las consecuencias de la violencia en las mujeres que participan y la puesta en práctica de estrategias de recuperación y de afrontamiento.

Se trata de grupos cerrados a partir de la tercera sesión, donde no existen temas formulados de antemano y el objetivo es transformar el tipo de relaciones, con ellas mismas, con los otros y con la vida.

Estos grupos tienen una duración de tres meses y medio, en 14 sesiones semanales.

El trabajo grupal está dirigido al descubrimiento de los aspectos ocultos de los conflictos personales de las mujeres en relación a la construcción de su identidad sobre los mandatos de género, es decir, aquellos que conforman socialmente quien es y qué hace una mujer y cómo estos han puesto en peligro su integridad personal. Las mujeres podrán verse a sí mismas con sus necesidades y carencias, analizando lo que fue fueron sus relaciones con su familia de origen, lo que vieron de la relación entre su madre y su padre. Se analizarán las primeras relaciones amorosas, el concepto de amor, sus relaciones con otras mujeres y hombres, etc.

Taller de autonomía personal

Son grupos cerrados a partir de la tercera sesión en la que se incluyen técnicas de relajación, de autocontrol emocional, de role playing para abordar las ansiedades que acompañan al proceso de construcción de la autonomía personal y que las mujeres puedan aprender a regular sus emociones y pensamientos y estar en mejores condiciones de crecimiento.

La finalidad de los talleres es favorecer el empoderamiento y autonomía de las mujeres y se trabajarán temas como la recuperación emocional, la mejora de la autoestima, el afrontamiento de situaciones y momentos conflictivos, etc.

Los talleres tendrán una duración de 2 meses a través de 8 sesiones semanales

3.4.3. PROGRAMAS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LAS MUJERES MENORES DE EDAD VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ANDALUCÍA.

Este programa se pone en marcha como consecuencia de que en los últimos años estamos conociendo un número cada vez mayor de casos de violencia de género que sufren mujeres jóvenes por parte de sus parejas o exparejas.

El programa ofrece atención psicológica individual y grupal a mujeres menores de edad (entre 14 y 18 años), así como la información y orientación a las madres, padres y/o tutores de estas jóvenes.

El itinerario individual y grupal sigue las mismas consideraciones y criterios que el aplicado en otras mujeres y que hemos visto en líneas atrás de este texto.

3.4.4. SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A HIJAS E HIJOS DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ANDALUCÍA

Este servicio ofrece una atención integral especializada e individualizada para las hijas e hijos de las mujeres que sufren violencia de género, víctimas directas e indirectas de la situación de violencia y de los efectos negativos que para su desarrollo psicológico y emocional supone el haber estado expuestos a este tipo de violencia

Las técnicas de intervención usadas son la terapia individual, la orientación familiar y la orientación y asesoramiento.

El servicio, además de ofrecer apoyo y orientación psicológica a las hijas e hijos, de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años, *orienta y asesora a las madres en el abordaje de los problemas que presenta las y los menores*. Es importante favorecer la relación materno filial, restituir la interacción dañada por la violencia

Entre los objetivos en este servicio es fundamental la intervención con las madres de cara a favorecer la relación materno-filial y restituir la interacción dañada e informarlas de las secuelas en sus hijas/os.

El Instituto Canario de Igualdad (2010) en su Guía de intervención con menores víctimas de violencia propone en la intervención con las madres en su relación materno filiales los siguientes objetivos:

- Informarlas de las secuelas de violencia de género que padecen sus hijas/os.
- Reestructurar sus creencias erróneas y trabajar los mitos sobre sus patrones educativos. Reconceptualización de la maternidad tradicional.

3. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN VIOLENCIA DE GÉNERO

- Facilitar técnicas de manejos de situaciones cotidianas, reestructurar normas y promover el establecimiento de límites con las hijas e hijos.
- Enseñar técnicas de resolución de conflictos y de negociación.
- Promover pautas coeducativas: fomentar roles igualitarios, repartos de tareas en el hogar, etc.).
- Potenciar el autocontrol emocional en la puesta en práctica de pautas educativas.
- Facilitar la comunicación entre madres e hijas/os facilitando la expresión emocional bidireccional.
- Potenciar en la madre su autoestima y el autoconcepto positivo respecto al rol de madre.

4. ANEXOS

4.1. Medidas de seguridad ante un ataque violento

- Memorizar números de teléfono de policía, emergencias, Centros de la mujer, etc; programar en el móvil los números con una tecla de marcado rápido.
- Planear donde ir si tuvieras que salir huyendo de casa y ten planificada una ruta para escapar.
- Preparar una maleta y consévala en un lugar seguro y accesible (con ropa, juego de llaves y copia de documentos importantes).
- Prepárate algunas razones verosímiles para poder abandonar la casa sin levantar sospecha.
- Acércate a los vecinos/as y si puedes cuéntales lo que sucede y pídeles que llamen a la policía si escuchan gritos o alboroto en la casa.
- Inventar un código de señales con los hijos/as, familiares y amigos/as para las ocasiones que necesites a la policía.
- Enseña a los niños a conseguir ayuda y a protegerse.
- Eliminar del vestuario complementos que el agresor pueda utilizar para dañar (collares, cinturones...).
- Solicitar información legal.

4.2. Medidas de seguridad después de la ruptura

- Cambiar la cerradura de la puerta tan pronto como sea posible.
- Llamar a la compañía telefónica y cambiar de número.
- Poner un teléfono con identificador de llamadas.
- Solicitar a la compañía que no aparezca el número en la guía.
- Idear plan de seguridad con los hijos cuando no estén con la madre.
- Informar al colegio de los niños sobre los hechos acaecidos y la situación familiar nueva.
- Informar a vecinos/as y familiares que él ya no vive en el hogar y que deben llamar a la policía si lo ven merodeando por allí.



Asociación Internacional de Juristas – INTER IURIS

Sede España
Calle Voluntad 35
41010
Sevilla, España.
(+34) 954284106

Sede Perú
Paseo de la República, 6941 Interior 1006 Surco,
Lima Perú

www.interiuris.org

info@interiuris.org