

**RECAS**

Repertorio de Casos Sociales



### **Código de autoría**

**10.UMA.06.2.2011.CP**

### **TÍTULO DEL TRABAJO**

**Dilemas éticos en casos de violencia de género**

### **RESUMEN**

Se plantea un caso de violencia de género que se presenta en un Centro de Atención Primaria de Salud, surgiendo el dilema ético de respetar el proceso de toma de conciencia y decisión de la mujer y cumplir el imperativo legal de informar a Fiscalía. Se trabaja el caso a nivel individual en consulta de trabajo social y en grupo mediante su inclusión en grupos socioeducativos de habilidades sociales dirigidos a mujeres con malestar y sufrimiento psicológico.

Se expone cómo tras el inicio de un proceso de cambio se fracasa en la ruptura de la situación de violencia a raíz de una intervención legal dirigida a la protección de la mujer.

### **ABSTRACT**



There is a case of gender violence that occurs in a Centre for Primary Health Care, an emerging ethical dilemma of respect the process of awareness and choice of women and meeting the legal requirement to inform the Prosecutor. I work at an individual attention of social work and group by including socio-group social skills aimed at women with discomfort and psychological distress. The question is how after the start of a process of change fails to break the violence following a legal action aimed at protecting women.

### **PALABRAS CLAVE**

Violencia contra la mujer – Procesos de cambio – Imperativo legal – Dilema ético

## KEYWORDS

Violence against women, Change model- Legal action- Ethical dilemma

## DESARROLLO

### 1. Introducción a la temática de caso

La violencia hacia la mujer ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud con repercusiones importantes no solo en la salud física de la mujer sino también en la psíquica: aumento de la ansiedad, depresión, etc.; y en su bienestar social: aislamiento, falta de desarrollo personal, etc., siendo el porcentaje de mujeres consideradas técnicamente como “maltratadas” de un 9,6 en España y un 11,1 en Andalucía según la macro encuesta realizada por el Instituto de la Mujer en el 2006 (1)

Un alto porcentaje de la mujeres que son derivadas a los servicios de salud mental y a los centros de atención primaria sufren malos tratos. Suelen acudir por síntomas inespecíficos y quejas sin una causa clínica que se cronifican porque no responden a los tratamientos. Suelen mantenerlo en secreto por sentir vergüenza y miedo. A veces, ni son conscientes de ser una mujer maltratada porque han sido educadas en unos valores de “obediencia” y sumisión al marido; terminan creyéndose los menosprecios a los que son sometidas, viviendo en una continua dependencia emocional y económica y entrando en una dinámica de autodestrucción. (2)

En Andalucía contamos con un Protocolo de actuación que propone como estrategia de intervención la aplicación del Modelo de cambio, que especifica la necesidad de actuar amoldándose al momento de toma de conciencia y decisión de la mujer para afrontar su problema, tomando el protagonismo de las actuaciones a realizar. Por otro lado tanto los médicos como los empleados públicos en general, tenemos la obligación de poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los supuestos de violencia doméstica que se conozca según está establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal. (3)

Se plantea cómo en determinadas circunstancias se hace especialmente difícil combinar ambas premisas de manera eficaz.

(1) Instituto de la Mujer. Macro encuesta “Violencia contra las mujeres”. [www.inmujer.es](http://www.inmujer.es)

(2) Sanz, M., Sellarés, J. (2010) Detección de la violencia de género en atención primaria. *Rev. Especializada en Medicina Legal*. 36 (3) 109-104

## 2. Sistema de servicio y tipo de servicio en el que se aborda el caso.

El trabajo social sanitario tiene como finalidad el estudio y tratamiento de los factores de 6ndole psicosocial que influyen directa o indirectamente en el nivel de salud de la poblaci6n, trabajando desde la promoci6n, prevenci6n y fomento de la salud; tambi6n colabora en su tratamiento y rehabilitaci6n. Se trabaja a tres niveles: atenci6n individual, en grupos y con el entorno comunitario.(1)

El Protocolo Andaluz para la Actuaci6n Sanitaria ante la Violencia de G6nero establece, como parte del plan de atenci6n a las mujeres que presentan indicadores de sospecha de malos tratos: “ofertar la participaci6n en intervenciones grupales”. (2). El trabajo con grupo de mujeres, se plantea como una metodolog6a eficaz para evitar el aislamiento, aumentar la autoestima y el crecimiento personal de aquellas personas que presentan un malestar ps6quico debido a sus circunstancias vitales y familiares, plante6ndose la necesidad de cambiar su forma de afrontamiento de los problemas de la vida cotidiana. (3)

Por otra parte la coordinaci6n interinstitucional es una metodolog6a inherente al trabajo social desde los distintos 6mbitos de actuaci6n. En el III Plan de Salud se plantea el trabajo en red entre instituciones de 6mbito socio-sanitario como la forma m6s eficaz de abordar la atenci6n social de los problemas de salud.(4)

(1) Videgain, C; Ituarte A. “El trabajador social en atenci6n primaria” Formaci6n M6dica Continuada en Atenci6n Primaria. 1996.Vol.3 N6 6: 382-51

(2) Torr6, C., Llamas, C. (2009). *Protocolo andaluz para la actuaci6n sanitaria ante la violencia de g6nero*. Sevilla: Consejeri6 de Salud. Junta de Andaluci6.

(3) Gobierno de Navarra. Instituto de Salud P6blica. En la madurez... Gu6a educativa para promover la salud de las mujeres. 1996.

(4) III Plan de Salud 2003-2008. Consejeri6 de Salud. Junta de Andaluci6.

### 3. El caso relatado.

**a.- Persona que acude al servicio:** Mujer de 56 años, derivada por el Servicio de Salud Mental que acude a consulta acompañada de su marido y pide que lo deje pasar.

Presenta trastorno depresivo recurrente en tratamiento por el equipo de salud mental con ansiolíticos y antidepresivos durante cinco años.

**b.- Demanda:** La mujer es derivada para su inclusión en grupos socioeducativos de habilidades sociales para mujeres. (Estos grupos tienen como objetivo ayudarles a activar sus propias habilidades y recursos de afrontamiento, a los problemas de salud de origen psicosocial, se trata de un taller que se desarrolla en 8 sesiones con periodicidad semanal)

**c.- Investigación:** Se comienza con una entrevista personal de valoración. Le pregunto los motivos de su derivación al taller: Me dice que tiene una fuerte depresión, que está muy triste, no le ve sentido a la vida; cree que no vale nada porque ni siquiera sabe leer ni escribir.

Se manifiesta como una mujer muy insegura, con poco cuidado de su estética.

Cuando le explico que le voy a hacer el test de apoyo familiar, me contesta entre dientes que ella “tiene poco apoyo familiar” y me hace señas con los ojos señalando al marido por lo que decido dejar el test para otro momento.

En síntesis su contexto socio familiar es el siguiente:

*\*Composición familiar:* Familia formada por el matrimonio, un hijo y su novia. Tiene tres hijos más independizados. No tiene relación con su familia de origen desde que se casó.

*\*Nivel de instrucción:* No sabe leer ni escribir.

*\*Situación económica:* No ha trabajado nunca fuera de casa. El marido se ha jubilado recientemente por invalidez, pensionista, trabajaba en la construcción. El hijo trabaja por cuenta ajena en un comercio.

*\*Vivienda:* Residen en barriada de autoconstrucción de inmigrantes venidos de las zonas rurales a la ciudad durante los años 70.

*Valoración inicial:* Sospecha de malos tratos por los siguientes indicadores: depresión, ansiedad, baja autoestima, conducta no verbal.

*Primera intervención:* La incluyo en el grupo de habilidades sociales y la derivo al Centro de Educación de adultos.

Empieza a acudir al grupo de habilidades sociales, durante los dos meses de duración solo falta una vez. Solía venir acompañada del marido que la traía y la esperaba fuera.

Durante las sesiones explicó que se sentía muy sola, que no se daba valor ninguno y pensaba que nadie la valoraba, que toda su vida había estado solo atendiendo a la casa y a la familia sin que a nadie le importara su vida, manifestaba tener apoyo solo del hijo que aún vivía en el domicilio familiar.

Al mismo tiempo había empezado a acudir al centro de adultos y estaba muy contenta.

En la última sesión, consigo que se quede un rato al terminar para poder hacerle valoración a solas, estando el marido fuera:

Explica que su profundo malestar viene de la relación con su marido: menosprecios, insultos, descalificaciones continuas. Describe al marido como muy celoso, muy pendiente de ella, peor desde que se jubiló por enfermedad.

Él le ha propuesto alguna vez separarse pero al preguntarle ¿cómo se vería si llegaran a separarse? Contestaba que “no me veo de ninguna forma”, “¿dónde iría yo con 55 años?” “¿Qué sería de mi marido que está enfermo?”

No se ve capaz de vivir sola o con alguno de sus hijos, ha estado con el marido desde los 16 años: “yo tenía otro pretendiente que me gustaba más pero él me perdió y ya no tuve más remedio que casarme con él”

**d. Problemas y necesidades identificadas:**

- Mujer víctima de violencia de género: maltrato psicológico, sexual, social y económico. Anteriormente también físico
- Escasa o nula autoestima.
- Escaso apoyo familiar.
- Aislamiento social.
- Falta de habilidades sociales
- Dependencia económica
- Dependencia emocional
- Depresión

Plan de intervención:

*Objetivos:* Acompañarla en el proceso de toma de conciencia de su situación y toma de decisiones. Aumentar su autoestima mediante su participación en el grupo de habilidades sociales y Centro de Educación de Adultos. Derivación al Instituto de la Mujer para el tratamiento de la situación de maltrato.

Actuaciones y evolución del caso:

Le planteo la necesidad de un abordaje en profundidad del problema y le propongo que acuda al Instituto de la Mujer (IAM) para los grupos de terapia de mujeres maltratadas y cito para nueva entrevista individual. Al marido le diré que va a un médico especialista al estar el servicio de especialidades relativamente cercano a la sede del Instituto.

Consigue acudir a la entrevista sola y me dice que me dice que no pudo encontrar el IAM y perdió la cita.

Habla abiertamente de sus relaciones: insultos, hablar mal de ella, acusarla de tener “queridos” y de soñar con ellos hablando en voz alta. La “fuerza” sexualmente. Hasta hace algún tiempo maltrato físico y amenazas de agresiones físicas.

Afirma que el Grupo de mujeres y el Centro de adultos le sirvió para “ver la luz” pero que continúa igual. Está dispuesta a volver al IAM.

Vuelvo a derivarla y le doy de nuevo otra cita de seguimiento.

A esta cita no acude y realizo informe para la Fiscalía de Violencia de Género.

Al mes acude sin cita: Fue al IAM y la han puesto en lista de espera para grupo terapéutico. Continúa con la autoestima muy baja y las discusiones en casa. Como resultado del informe que se emitió a la Fiscalía, según manifiesta, es que la policía la llama de vez en cuando para ver cómo está. No aclara si han hablado con el marido.

*Intervención:* Le refuerzo que acuda a las terapias de grupo y le propongo que participe de nuevo en el siguiente grupo de habilidades sociales.

Al mes siguiente comienza a asistir a un nuevo taller de habilidades sociales, se muestra mucho más animada, participa más, se ríe, etc. Afirma que “no se toma tan a pecho lo que le dice el marido”. Sólo falta a una de las sesiones.

Durante el verano no acude para seguimiento y en septiembre acude a consulta sin cita, estoy en una

reunión y salgo un momento para atenderla, viene muy alterada: la Fiscalía los ha citado y dice no saber porqué ni quien les ha informado. Le recuerdo que hice un informe a fiscalía en enero pero que desconozco si se refiere a ese o a otro más reciente que hayan podido hacer del IAM. Le doy cita para esa misma semana para aclarar qué ha pasado. No acude ni a esa cita ni vuelve a pedir cita conmigo.

Me pongo en contacto con el IAM, le habían propuesto participar en los grupos terapéuticos para mujeres víctimas de violencia de género. Me explican que en el mes de abril la Fiscalía pidió información sobre la mujer, pero aún no había empezado a acudir a los grupos. Posteriormente, participa en los grupos terapéuticos desde abril a junio. A finales de junio, el IAM envía certificado de asistencia a los grupos a Fiscalía, desde entonces no ha vuelto.

Hablo con su médico de cabecera: Continúa muy mal de ánimo. El le ha dicho que “se tiene que separar” y la ha derivado al dispositivo de salud mental.

Tras no acudir a varias citas con salud mental acude a una consulta que realiza el psiquiatra en el propio centro de atención primaria, me avisa y realizamos la entrevista conjunta. Está mucho peor, el psiquiatra la diagnostica: Depresión mayor. Desvalorización. Culpa excesiva. Cansancio. Dificultad para concentración. Pensamiento recurrente de muerte.

No quiere intervención alguna, no aclara qué pasó en fiscalía, continuará con la medicación.

En seguimientos posteriores llamo por teléfono y se pone el marido, le pregunto cómo está su mujer y le indico que quiero ofrecerle participar de nuevo en el taller, solo contesta que le dará el recado.

Durante los meses siguientes, la mujer no acude a consulta con su médico de cabecera, a petición mía la llama él y habla con ella, le dice que continúa muy mal y “ha descubierto que el marido tiene a otra”.

Actualmente continúa en tratamiento por salud mental por depresión. No ha vuelto a contactar conmigo.

#### **e. Discusión**

El caso sirve como ejemplo de dilema ético, donde se plantea a un tiempo el imperativo legal de informar a la Fiscalía del conocimiento de un delito y la importancia de adaptar el trabajo al proceso de toma de conciencia y decisión de la mujer víctima de violencia de género. Este proceso requiere acompañar el tratamiento al ritmo de cambio de la mujer, que en casos muy arraigados puede ser muy lento, por otro lado no podemos inhibirnos de los aspectos jurídicos pues siempre la mujer corre riesgos que hay que evitar.

Como solución a este problema se plantea estrechar los lazos de comunicación y coordinación entre las distintas instituciones que atienden a las víctimas de violencia de género.

#### **4. Referencias bibliográficas**

- Ituarte, A. (2011). Trabajo social clínico en el contexto sanitario: teoría y práctica. *Trabajo Social y Salud*, 68, 303-323.
- Torró, C., Llamas, C. (2009). *Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Sevilla: Consejería de Salud
- Migallón, P., Gálvez, B. (2005) *Los grupos de mujeres: Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima*. Madrid: Instituto de la Mujer

