

INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL



Informe de resultados

Investigación 2015 y 2016



Fedeafes

Buru gaixotasuna
duten pertsona
eta senide elkarteen
Euskadiko federazioa

Federación de Euskadi
de asociaciones de
familiares y personas
con enfermedad mental

Entidades que
forman parte de
Fedeafes



Entidades
colaboradoras



Dirección de la investigación:

Fedeafes (Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental)



Fedeafes

94 406 94 30

Tres Cruces 14, Bajo

01400 Laudio - LLodio (Álava)

www.fedeafes.org

Coordinación y redacción:

Alicia García Santos, consultora en igualdad de género.

Publicado en 2017

Edición impresa 2019

Depósito Legal:

BI-02661-2019



Reconocimiento – NoComercial (by-nc): Se permite la generación de obras derivadas siempre que no se haga un uso comercial.

Tampoco se puede utilizar la obra original con finalidades comerciales.

PRÓLOGO

Este estudio realizado por la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES) nos muestra la realidad sobre las víctimas de violencia contra las mujeres con enfermedad mental. El estudio parte del conocimiento de las experiencias vitales en relación a la violencia de las propias mujeres con enfermedad mental, así como en las percepciones de las personas profesionales respecto a la respuesta institucional que están recibiendo las mismas.

El resultado de esta investigación es la generación de un conocimiento útil y necesario para visibilizar esta realidad, todo ello con la participación de numerosas personas: mujeres, profesionales de los ámbitos sociales, de salud mental, de atención a la violencia y de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental que, reunidos en torno a esta investigación, han puesto de manifiesto el necesario impulso que todas las instituciones estamos llamadas a realizar para prevenir y atender adecuadamente a las mujeres con enfermedad mental que sufran violencia.

Según el estudio, el riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja o ex pareja se multiplica entre dos y cuatro veces cuando se tiene una enfermedad mental grave el 42% de las mujeres con enfermedad mental grave no identifican la violencia como tal. Frente a esta situación, la prevención es la mejor vía para reducir los factores de riesgo en estas mujeres.

El estudio realiza propuestas para diferentes ámbitos de intervención como la salud mental, los servicios sociales, los recursos de atención en materia de violencia, o el ámbito asociativo, que, sin duda, nos ayudarán a la toma de decisiones en favor de las mujeres con enfermedad mental que sufren violencia.

Solo me queda agradecer a Fedefes, a su junta directiva, por la iniciativa e impulso de esta investigación y a todas las personas: mujeres y profesionales que han arrojado luz sobre esta realidad. Espero que se convierta en una herramienta de trabajo que tengamos presente todas las instituciones a la hora de abordar esta cuestión.

Izaskun Landaida Larizgoitia
Directora de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Introducción a la investigación de 2016	11
2. CONCEPTUALIZACIÓN Y MARCO TEÓRICO Y LEGAL	13
3. METODOLOGÍA	14
3.1. Grupos de discusión	14
3.2. Entrevista de contraste	15
3.3. Il parte de la investigación	16
4. INFORME DE RESULTADOS	17
4.1. Autopercepción de las propias mujeres con enfermedad mental y percepción de las personas profesionales	20
4.1.1. Conceptualización de la violencia	22
4.1.2. Violencia física	23
4.1.3. Violencia psicológica	23
4.1.4. Violencia económica	24
4.1.5. Violencia sexual	25
4.1.6. Consecuencias de la violencia para las víctimas	27
4.1.7. La culpa y la vergüenza que viven las víctimas	28
4.1.8. Percepción sobre la actuación de los diferentes servicios ante la violencia actual	29
4.1.9. Conocimiento y acceso a los recursos públicos	30
4.2. Factores de riesgo y protectores frente a la violencia	31
4.2.1. Momentos de incremento del riesgo	33
4.2.2. Trastornos que provocan un mayor riesgo	33
4.3. Mejora en la detección de casos de violencia. Conocimiento de recursos	34
4.3.1. Credibilidad que se concede a las mujeres con enfermedad mental	40
4.4. Prelación entre violencia y enfermedad mental	43
4.5. Atención psicológica a mujeres que han sufrido violencia	44
4.5.1. Trabajo grupal	45
4.6. Recursos públicos para la atención a mujeres que han sufrido violencia	47
4.7. Asociaciones de personas con enfermedad mental y violencia contra las mujeres	56
4.8. Coordinación interinstitucional	59

4.9. Prevención	61
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
5.1. Conclusiones	62
5.1.1. Sobre la violencia contra las mujeres en general	62
5.1.2. Sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental	62
- <i>Datos sobre la violencia en la pareja contra las mujeres con enfermedad mental</i>	62
- <i>Causas del incremento de la vulnerabilidad frente a la violencia de las mujeres con enfermedad mental</i>	63
- <i>Factores que disminuyen el riesgo de violencia</i>	63
- <i>Vinculaciones entre la violencia y la enfermedad mental grave.</i>	63
- <i>Situaciones que incrementan el riesgo de sufrir violencia</i>	63
- <i>Barreras que existen para que las mujeres con enfermedad mental salgan de la violencia</i>	64
- <i>Propuestas que pueden ayudar a las mujeres con enfermedad mental a superar una situación de violencia actual o pasada</i>	64
5.1.3. Sobre el trabajo que realizan las asociaciones de personas con enfermedad mental respecto a la violencia	64
5.1.4. Sobre el trabajo que realizan los servicios públicos respecto a la violencia contra las mujeres con enfermedad mental	64
- <i>Servicios públicos existentes para la atención a situaciones de violencia contra las mujeres</i>	64
- <i>Necesidades detectadas en la identificación de situaciones de violencia contra las mujeres con enfermedad mental</i>	65
- <i>Necesidades detectadas en la atención a las mujeres con enfermedad mental</i>	65
- <i>Necesidades detectadas en la coordinación interinstitucional</i>	65
5.2. Recomendaciones	65
5.2.1. Dirigidas a las asociaciones	65
- <i>En el trabajo con las mujeres y los hombres</i>	65
- <i>En el trabajo con las instituciones</i>	66
5.2.2. Dirigidas a las instituciones que trabajan con mujeres víctimas de violencia y/o con enfermedad mental	67
- <i>A la Red de Salud mental y a la atención Primaria de salud</i>	67
- <i>A los Servicios Sociales</i>	69
5.3. Conclusiones y recomendaciones dirigidas a las mujeres con enfermedad mental	69
- <i>Datos sobre la violencia contra las mujeres</i>	69
- <i>Si estás viviendo violencia o la has vivido en el pasado</i>	70
6. BIBLIOGRAFÍA	71
7. PERSONAS PARTICIPANTES	72

NOTA PRELIMINAR

La presente investigación se ha realizado en dos partes, cuyo trabajo de campo se ha desarrollado durante los años 2015 y 2016. Durante el primero de estos periodos, el ámbito de estudio se centró en el conocimiento de las experiencias vitales en relación a la violencia de las propias mujeres con enfermedad mental, así como en las percepciones de las personas profesionales que realizan intervención directa –psicólogas, psiquiatras, trabajadoras y educadoras sociales- respecto a la respuesta institucional que están recibiendo estas situaciones de violencia.

Durante el año 2016, el trabajo de campo se ha centrado en la identificación de propuestas y líneas de trabajo que contribuyan a mejorar la detección y el abordaje de las situaciones de violencia por parte de los servicios públicos y de las asociaciones que trabajan con mujeres con enfermedad mental.

Queremos agradecer muy sinceramente el esfuerzo y las aportaciones realizadas por las decenas de personas que han colaborado desinteresadamente con esta investigación. Especialmente, deseamos destacar la lucidez y la valentía de las mujeres con enfermedad mental que han participado en los grupos de discusión. Y por último, queremos realizar un reconocimiento especial a las valiosas aportaciones de la psiquiatra Cristina Polo Usaola, pionera en la lucha por la visibilización de la violencia que enfrentan las mujeres con enfermedad mental grave.

1. Introducción

La Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, FEDEAFES, inició en el año 2012 **un proceso para incorporar el enfoque de género en todas sus actuaciones**. Para ello, realizó un *Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres* que desveló, entre otros aspectos, **la necesidad de abordar de forma decidida la problemática de la violencia contra las mujeres**. Efectivamente, aunque todas las investigaciones de cualquier ámbito constatan la enorme vinculación existente entre la enfermedad mental y la violencia contra las mujeres, sin embargo existen dificultades en la detección e intervención, tanto por parte de los diferentes servicios públicos como de las propias asociaciones que trabajan con personas con enfermedad mental.

A nivel interno, dicho diagnóstico puso de manifiesto la necesidad de profundizar en el conocimiento de la violencia contra las mujeres por parte del personal que desempeña tareas de atención directa. Además, se identificó la ausencia de herramientas para detectar y actuar, así como de protocolos de derivación. Por otro lado, se verificó también el **elevado nivel de preocupación respecto a la violencia de muchas de las mujeres con enfermedad mental** que participaron en el estudio, así como su demanda de que esta problemática sea abordada directamente.

Por ello, en el año 2014 se desarrolló un programa formativo sobre violencia de género, en el marco del cual se realizaron las actuaciones siguientes:

- » Un taller de sensibilización con un grupo de mujeres internas en la cárcel de Zaballa, muchas de cuales presentan enfermedad mental.
- » Tres cursos de formación dirigidos al personal técnico de FEDEAFES y de tres de sus asociaciones, Agifes, Asasam y Asafes.

Además, se editó también un folleto titulado ***Mujeres con enfermedad mental y violencia de género***, en el que se detallan cuáles son los factores que generan una mayor vulnerabilidad en este colectivo y las dificultades

que existen para la detección y la intervención por parte de las personas profesionales, al tiempo que se dan pautas para la prevención, identificación y actuación ante casos de violencia.

A lo largo de todo este proceso, se ha comprobado que existe un gran desconocimiento sobre las peculiaridades que presenta la violencia que sufren las mujeres con enfermedad mental. Así, en todos los grupos de formación con profesionales se puso de manifiesto la inadecuación de los escasos materiales existentes sobre violencia y enfermedad mental a las circunstancias reales de la mayoría de las mujeres del colectivo, ya que muchos de los síntomas que se citan para alertar sobre posibles situaciones de violencia son inherentes a la enfermedad mental. Por tanto, se ha identificado la necesidad de trabajar expresamente en el diseño de metodologías adecuadas para la detección, así como de investigar más en profundidad las especificidades que reviste la violencia cuando la sufren mujeres con enfermedad mental, incidiendo particularmente en los factores de vulnerabilidad y en los protectores.

Además, se ha constatado también la necesidad de diseñar pautas precisas de actuación tras la detección de un caso de violencia, incluyendo el enfoque terapéutico adecuado, así como protocolos de derivación coordinados con los servicios públicos competentes. Por último, se ha identificado la necesidad de investigar el **nivel de adecuación de los servicios públicos** que atienden a mujeres que han vivido situaciones de violencia a las necesidades específicas de las mujeres con enfermedad mental, así como de iniciar un proceso para sensibilizar a las personas profesionales de las diferentes administraciones y servicios sobre las necesidades existentes, y diseñar, al mismo tiempo, medidas para abordarlas.

“La violencia es un problema del orden de lo subjetivo, lo cercano y no lo ajeno. Ella siempre nos toca de un modo u otro, como sujetos u objetos, violentos o violentados. No es ajena a quien la ejerce, se experimenta subjetivamente y se vive desde la propia historia”.

Luis Bonino

Somos conscientes de que nos estamos adentrando en un terreno en el que queda un gran trabajo por hacer y cuyo abordaje implica a diferentes instituciones públicas y entidades del tercer sector. Si bien es cierto que en los últimos años -a raíz de las luchas del movimiento feminista y tras la promulgación, en 2004, de la **Ley Integral contra la Violencia de Género**- se ha visibilizado el enorme problema social que representa la violencia contra las mujeres, **se ha reparado bastante menos en la diversidad de las mujeres** y en las diferentes necesidades que genera esta diversidad.

Consideramos que, en este momento, tenemos sobre la mesa tres grandes retos:

- » Por parte de las asociaciones que trabajan con personas con enfermedad mental, visibilizar y abordar en su práctica cotidiana el problema de la violencia contra las mujeres;
- » Por parte de los servicios públicos que trabajan con mujeres que han vivido violencia, adecuar sus recursos a las necesidades específicas de las mujeres con enfermedad mental, proporcionando respuestas individualizadas adaptadas a cada situación;
- » Y por parte de los servicios de salud mental, tener presente sistemáticamente que la violencia es un hecho muy frecuente en la vida de las mujeres, -máxime si tienen una enfermedad mental-, de forma que puedan identificar y actuar en consecuencia,

algo que pasa por la incorporación de la perspectiva de género.

- » Un cuarto reto requiere, además, que todas estas instancias consigan coordinar sus actuaciones con el objetivo de mejorar la detección y la intervención.

1.1. INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN DE 2016

A lo largo de los meses de este trabajo me ha sucedido en varias ocasiones que, al narrar en una conversación informal que estaba realizando una investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental, se me ha preguntado si versaba sobre la violencia que ejercen estas mujeres. Está tan arraigado en nuestra sociedad el prejuicio de que las personas con enfermedad mental son violentas, que cuesta trabajo visualizar la violencia que sufren. Y es precisamente la visibilización de esa condición de víctimas el paso necesario para que vean socialmente reconocido su derecho a una vida sin violencia y su derecho a la reparación, un concepto que en este caso se extiende también sobre los efectos terapéuticos que tiene para la propia evolución de una enfermedad mental el abordaje de la violencia vivida, según se recoge entre las conclusiones de la presente investigación.

Lentamente, se va abriendo paso en nuestra sociedad la idea de que la violencia que sufren las mujeres por el hecho de serlo es un problema de enorme magnitud que requiere una respuesta institucional mucho más firme y enérgica de la que recibe. Sin embargo, las mujeres con enfermedad mental ven cuestionada sistemáticamente su condición de víctimas bajo argumentos tales como que su relato no es veraz debido a la descompensación psicopatológica, o que son episodios que provocan ellas con su comportamiento. Otras veces, las personas profesionales que las atienden se amparan en el mito de que si se visibiliza una situación de violencia la mujer se puede descompensar, una idea que, según veremos carece de fundamento científico.

En algunas ocasiones, cuando se reconoce desde algunos ámbitos profesionales que sufren violencia, se argumenta que este fenómeno está vinculado con la enfermedad mental y que les afecta en igual medida que

a los hombres que también la padecen. Desde luego, no es la intención de este trabajo negar o minimizar la violencia que sufren o han sufrido en el pasado los hombres con enfermedad mental, ya que la literatura científica señala unánimemente que las posibilidades de victimización interpersonal se incrementan en caso de enfermedad mental grave con respecto a la población en general. El propósito de esta investigación es realizar una aproximación interseccional desde una perspectiva de género a la violencia contra las mujeres con enfermedad mental, que nos permita profundizar en una realidad socialmente oculta: el riesgo de sufrir violencia que tienen todas las mujeres por el mero hecho de ser mujeres, es decir, por razones vinculadas a la construcción social del género, se ve sensiblemente multiplicado en presencia de una enfermedad mental grave (EMG). Las cifras son concluyentes: tres de cada cuatro mujeres con EMG han sufrido violencia en el ámbito familiar o/y en la pareja alguna vez en su vida, según la investigación *Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave* (2013)¹, realizada por Francisco González Aguado y otras cinco personas profesionales de la psiquiatría y la psicología. Sin embargo, la mayoría de estos casos de violencia permanecen ocultos incluso para los propios equipos psiquiátricos y psicológicos que atienden a estas mujeres. Ante esta realidad, la presente investigación se plantea unos objetivos eminentemente prácticos: por un lado, indagar pautas de actuación que puedan servir para identificar situaciones de violencia en mujeres con enfermedad mental -con o sin diagnosticar- por parte de los servicios sociales, los servicios de salud (especialmente la Red de Salud mental) y las asociaciones de personas con enfermedad mental. Por otro, identificar también orientaciones que puedan guiar la actuación profesional tras la detección de un caso de maltrato. Y por último, vislumbrar las adecuaciones que deben emprender los servicios públicos para dar una respuesta eficaz a la problemática de la violencia contra las mujeres con enfermedad mental desde una perspectiva interseccional, es decir, teniendo en cuenta todos los factores sociales y personales que confluyen en sus vidas.

Durante los años en los que se ha desarrollado la presente investigación, se han venido impulsando también desde Fedeaefes actuaciones formativas y de sensibilización sobre violencia machista dirigidas a mujeres con enfermedad mental, con el propósito de impulsar el reconocimiento temprano de los indicios de violencia en una relación y de contextualizar esta lacra en el marco de una sociedad patriarcal que construye relaciones de pareja basadas en el dominio masculino y en la sumisión femenina. Precisamente, la visibilización de esta estructura resulta especialmente necesaria para las mujeres con enfermedad mental, que tienden a justificar al maltratador y a autoculparse por la violencia sufrida en mayor medida que el resto de las mujeres, a causa de la autodesvalorización que suele generar la enfermedad. Por ello, durante los años 2015 y 2016 se han desarrollado los talleres siguientes:

- » Un taller sobre violencia en el ámbito de la pareja con mujeres con enfermedad mental de las asociaciones de Fedeaefes.
- » Dos talleres sobre el mito del amor romántico y su incidencia en la construcción de relaciones de pareja desiguales como marco en el que se gesta la violencia. Se realizaron con la participación de mujeres con enfermedad mental de las asociaciones de Fedeaefes.
- » Un taller sobre el mito del amor romántico con un grupo de mujeres internas en la cárcel de Zaballa, muchas de cuales presentan enfermedad mental.

Además, en el año 2015 se editó también un folleto titulado *Mujer y salud mental. Stop a la violencia contra las mujeres*, y un documento titulado *Herramienta para la sensibilización, detección y prevención de la violencia contra las mujeres con enfermedad mental*², en el que se recogen las principales conclusiones de la primera parte de esta investigación.

1 <https://consaludmental.org/publicaciones/Violenciamujeresenfermedadmental.pdf>

2 http://www.fedeaefes.org/wp-content/uploads/2016/11/web_Fedeaefes_estudio-violencia-genero-mujeres-con-enfermedad-mental_conclusiones-y-recomendaciones1.pdf

2. Conceptualización y marco teórico y legal

La violencia contra las mujeres comprende **“todas aquellas formas de violencia que se ejercen contra las mujeres por el mero hecho de serlo**, en el marco de una sociedad desigual, sustentada en unas relaciones desiguales de poder entre mujeres y hombres”, según la conceptualización que realiza el *VI Plan para la igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE*³. Asimismo, la *Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres*⁴ entiende por violencia contra las mujeres “cualquier acto violento por razón del sexo que resulte, o pueda resultar, en daño físico, sexual o psicológico o en sufrimiento de la mujer, incluyendo las amenazas de realizar tales actos, la coacción o privación arbitraria de libertad que se produzcan en la vida pública o privada”.

Estas conceptualizaciones recogen los principales elementos de la realizada por Naciones Unidas en el año 1994, cuando determinó que la violencia contra la mujer “es todo acto de violencia **basado en la pertenencia al sexo** femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada⁵”. Como se observará, en todas ellas se destaca que el motivo por el que las mujeres sufren este tipo de violencia es, simplemente, el hecho de ser mujeres.

Hay que señalar que estas conceptualizaciones amplían el marco de la *Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*⁶, denominada comúnmente *Ley de Violencia de Género*, que pese a reconocer que este tipo de violencia “se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo”, limita el ámbito de las medidas de protección que arbitra a la violencia ejercida en el seno de una relación de pareja, con o sin convivencia. Este hecho deja fuera numerosos tipos de violencias machistas muy frecuentes en las vidas de las mujeres, como la violencia sexual fuera de la pareja o la violencia dentro de la familia relacionada con las desigualdades de género, entre otras. Además, **ha generado una confusión en los medios de comunicación y en la sociedad en general,**

que identifica como violencia contra las mujeres exclusivamente la que se produce dentro de la pareja.

En el marco de esta investigación, se han analizado todas las formas graves de violencia que sufren las mujeres con enfermedad mental, a excepción de aquella que se produce por parte de personas cuidadoras profesionales y/o en ámbitos institucionales, un tema que, debido a su complejidad e invisibilización, debería ser analizado en una investigación específica. Se ha contemplado, por tanto, la violencia que procede de la pareja o expareja, las agresiones y abusos sexuales de cualquier tipo, y la violencia que se produce dentro de la familia. Si bien es cierto que no podemos afirmar que toda la violencia intrafamiliar responda a razones vinculadas con la construcción social del género -y por tanto no podría incluirse dentro de la conceptualización de Naciones Unidas- en muchos casos este tipo de comportamientos están directamente relacionados con los diferentes roles que la sociedad atribuye a mujeres y hombres, así como con las desiguales relaciones de poder existentes entre los sexos. Este planteamiento es coherente con el marco vigente en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Efectivamente, el *II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual*⁷, firmado en febrero de 2009, establece un marco para que todas las instituciones y servicios públicos ofrezcan una respuesta adecuada a las necesidades de las mujeres que han vivido **violencia sexual o violencia intrafamiliar, bien proceda de la pareja o de otra persona de la familia**. Según su conceptualización, “se considera maltrato contra la mujer en el ámbito doméstico, la violencia física, psíquica, sexual o de otra índole que se ejerce contra una mujer adolescente o adulta en el marco de una relación familiar y/o afectiva actual o previa, con el fin de someterla, dominarla y mantener una posición de autoridad y poder en la relación, y que tenga o pueda tener como resultado sufrimiento o daño en su salud física o psíquica”. Además, se considera la violencia sexual como cualquier comportamiento de naturaleza sexual cometido sin su consentimiento válido.

3 Aprobado por el Consejo de Gobierno el 30 de diciembre de 2013.

4 Ley 4/2005, aprobada por el Parlamento Vasco el 18 de febrero: http://www.parlamento.euskadi.net/pdfdocs/leyes/ley20050004_t_cas.html

5 <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>

6 Ley Orgánica 1/2004, aprobada por las Cortes Generales del Estado el 28 de diciembre.

7 http://www.bizkaia.eus/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/pdf/dokumentuak/II_interinstitucional_c.pdf

3. Metodología

En esta investigación se ha utilizado exclusivamente una metodología de corte cualitativo, aunque también se ofrecerán algunos datos de diferentes fuentes que permitan visibilizar la magnitud del fenómeno de la violencia, tanto en las mujeres en general como en aquellas que presentan enfermedad mental. Se ha optado por una metodología cualitativa con el propósito de profundizar, por un lado, en la experiencia subjetiva de las mujeres con enfermedad mental que han participado en este estudio. Por tanto, se ha prestado especial importancia al conocimiento de las experiencias vitales de las mujeres, ya que esta investigación parte del **reconocimiento de la importancia y la validez de la experiencia de las propias mujeres**, al considerarlas más que como objetos de la investigación, como sujetos activos de la misma.

Con el objetivo de poder recoger el máximo abanico de experiencias vitales, se ha procurado confeccionar grupos con la participación de mujeres con un perfil variado en cuanto a la edad, tipología de la enfermedad mental, deterioro cognitivo, inserción en el mercado laboral y composición de la unidad de convivencia. Todas las participantes han colaborado voluntariamente en este estudio y se les ha garantizado que su identidad no será desvelada en ningún momento del proceso, como tampoco se proporcionarán datos que permitan identificarlas.

Por otro lado, se ha pretendido también profundizar en la experiencia de las personas profesionales que trabajan cotidianamente bien con mujeres con enfermedad mental, bien con mujeres que han vivido situaciones de violencia. Por todo ello, el presente trabajo se ha elaborado con **técnicas de investigación cualitativa**, que permiten un mejor acercamiento a las experiencias de vida y profesionales. Para ello, se han empleado dos herramientas metodológicas habituales en las investigaciones de este tipo, como son los **grupos de discusión** y las **entrevistas en profundidad**.

A continuación, exponemos las **herramientas metodológicas** que se han utilizado.

3.1. GRUPOS DE DISCUSIÓN

En la primera parte de la investigación, se han realizado un total de cinco grupos de discusión, compuestos por personas con los perfiles que se detallan a continuación:

GRUPO 1: Mujeres con enfermedad mental

- » El grupo se celebró en la sede de Fedeaefes, en Llodio (Tres Cruces 14, Bajo Dcha. Polígono Arza), el lunes 14 de septiembre de 2015, de 10.00 a 13,00 horas.
- » Participaron siete mujeres atendidas en diversos recursos de varias asociaciones de Fedeaefes, con edades comprendidas entre los 34 y los 53 años. Una de ellas tiene pareja en la actualidad y la mayoría la habían tenido en el pasado. Sus enfermedades mentales responden a cinco tipologías diferentes (esquizofrenia paranoide, esquizofrenia, trastorno esquizotípico, neurosis de conversión y alcoholismo). Cuatro de ellas presentan deterioro cognitivo y tres no. Cinco de ellas residen en su familia de origen, una vive sola y otra en un piso de apoyo, si bien varias de ellas han convivido con una pareja en el pasado. Solo una de ellas tiene un empleo en la actualidad, si bien otras tres lo han tenido en el pasado.

GRUPO 2: Mujeres internas en la cárcel de Zaballa, algunas de las cuales presentan una enfermedad mental

- » El grupo se celebró en la cárcel de Zaballa, el viernes 25 septiembre.
- » Participaron 11 mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y los 58 años de edad, varias de las cuales tienen enfermedad mental. Todas han convivido con una pareja en algún momento de su vida. El nivel de estudios de la mayoría es bajo. En el grupo participaron tres mujeres migradas y dos gitanas.

GRUPO 3: Trabajadoras o educadoras sociales de las asociaciones de personas con enfermedad mental y de los servicios públicos que trabajan con mujeres que han vivido violencia, o bien de servicios de salud mental

» El grupo se celebró en Bolunta, en Bilbao (Ronda, s/n), el lunes 28 de septiembre de 2015, de 10.00 a 12,00 horas.

» Participaron siete profesionales, cinco de ellas trabajadoras sociales. También participaron una psicóloga y un psicólogo que hacen intervención directa con mujeres que han vivido violencia, muchas de las cuáles presentan enfermedad mental. Sus perfiles son los siguientes:

- Paula Castro, trabajadora social de un recurso público de acogida para mujeres que han vivido violencia.
- Ainara Uribarri, educadora social de un recurso público de acogida para mujeres que han vivido violencia de la Diputación Foral de Bizkaia.
- Estíbaliz Villar, trabajadora social de Avifes.
- Gurutze Villanueva, trabajadora social de Asasam.
- Marian Larrinaga, trabajadora social de la Red de Salud Mental de Osakidetza.
- Haizea de la Llosa, psicóloga que trabaja en la cárcel de Zaballa con mujeres con enfermedad mental, muchas de las cuáles han vivido violencia.
- Jesús Guerrero, psicólogo que trabaja en la cárcel de Zaballa como educador de hombres condenados por haber ejercido violencia.

GRUPO 4: Psicólogas o psiquiatras de las asociaciones de personas con enfermedad mental y de los servicios públicos que trabajan con mujeres que han vivido violencia, o bien de servicios de salud mental

» El grupo se celebró en la sede de Agifes de Benta Berri, en Donostia (Bertsolari Salvador 4-6, bajo), el martes 13 de octubre de 2015, de 10.00 a 12,15 horas.

» Participaron ocho profesionales, siete de ellas psicólogas y una psiquiatra, cuyos perfiles son los siguientes:

- Haizea de la Llosa, psicóloga de Fedefafes.
- Graciela Rodríguez, psicóloga de Avifes.
- Yolanda Iglesias, psicóloga de Agifes.
- Justine Gestoso, psicóloga de Asafes.
- Elena Etxebarria, psicóloga de Asasam.
- Maitane Ibernía, psicóloga del Servicio de Mujer e Intervención Familiar de la Diputación Foral de Bizkaia.
- Irene Zubizarreta, psicóloga de Zutitu, empresa que desarrolla los programas de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género y familiar para la Diputación Foral de Bizkaia y la Diputación Foral de Álava.
- María Silva, psiquiatra de la Red de Salud Mental de Osakidetza.

GRUPO 5: Educadoras y trabajadoras sociales de la cooperativa Agintzari, que atiende recursos de acogida públicos para mujeres que han vivido violencia.

» El grupo se celebró en la sede de Agintzari, en Bilbao (Avda Madariaga 1, 4º), el viernes 23 de octubre de 2015, de 9.00 a 10,00 horas.

» Participaron las tres profesionales – es decir, el equipo completo - que gestionan los recursos de acogida:

- Oihane Cabello.
- Lourdes Moruga.
- Iratxe Amantegi.

3.2. ENTREVISTA DE CONTRASTE

Se ha realizado una **entrevista de contraste** de la primera parte de la investigación **a la psiquiatra Margarita Sáenz Herrero**, especialista en salud mental desde un enfoque de género, que trabaja actualmente

en la unidad de psiquiatría del Hospital de Cruces. La entrevista estaba estructurada de manera que se pudieran corroborar o cuestionar las conclusiones extraídas a lo largo de esta parte de la investigación. Todas las conclusiones fueron ratificadas.

3.3. II PARTE DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación realizada en 2016, se han utilizado las mismas herramientas metodológicas de la primera parte, es decir, grupos de discusión y entrevistas en profundidad a personas expertas que se han identificado como informantes clave.

GRUPO DE DISCUSIÓN: Se realizó un grupo de discusión con personas responsables y técnicas en violencia de distintos servicios públicos.

- » El grupo se celebró en Bolunta, en Bilbao (Ronda, s/n), el viernes 23 de septiembre de 2016, de 10,00 a 12,15 horas.
- » Participaron once profesionales, además de María José Cano, gerente de Fedeaefes.
- » El grupo estuvo dinamizado por Alicia García Santos, coordinadora de la investigación.
- » Las personas participantes fueron las siguientes:
 - Leyre Sologuren, de Emakunde.
 - Amaia Domingo, del Área de Igualdad del Ayuntamiento de Bilbao.
 - Irati Fernández, del Área de Igualdad del Ayuntamiento de Bilbao.
 - Lola Mechaca, del Servicio de Mujer e intervención familiar de la Diputación Foral de Bizkaia.
 - Leonor Aurrekoetxea, de Osakidetza.
 - Ana Txurruka, del Departamento de Igualdad del Ayuntamiento de Donostia.
 - Aurora Iturrioz, del Órgano para la Igualdad de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

- Patxi Leturia, del Servicio de Inserción social, atención a mujeres víctimas de violencia machista y urgencias sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- Pilar Sanz, del Instituto Foral de Bienestar social de la Diputación Foral de Álava.
- M^a José Ikarán, del Área de Igualdad y Juventud del Ayuntamiento de Llodio.
- Idoia Ebro, del departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD: Se han realizado cuatro entrevistas en profundidad a las profesionales siguientes:

- Haizea de la Llosa, psicóloga de Fedeaefes. La entrevista se realizó en la sede de Fedeaefes, calle Tres Cruces, 14 (Llodio. Álava), el día 14 de octubre, de 10,00 a 11,15 horas.
- Itziar Azpeitia, trabajadora social de los Servicios Sociales de Base del Ayuntamiento de Bilbao. La entrevista se realizó en el Servicio Social de Base de Santutxu-Boluetta, calle Circo Amateur Del Club Deportivo, 2 (Bilbao), el día 19 de octubre, de 13,00 a 14,30 horas.
- Cristina Polo Usaola, psiquiatra y jefa de los Servicios de Salud Mental de Hortaleza, Madrid. La entrevista se realizó en el Centro de Salud Mental de Hortaleza, del Hospital Ramón y Cajal, ubicado en la calle Mar de Kara, 13 (Madrid), el día 21 de noviembre, de 14,00 a 15,10 horas. Dado que Cristina Polo es la máxima autoridad a nivel estatal en violencia contra las mujeres con enfermedad mental grave, la entrevista sirvió también para contrastar las principales conclusiones de este informe.
- Maite Paino Ortuzar, subdirectora de Gestión, organización y desarrollo de recursos humanos de Osakidetza. Integrante del Grupo de violencia de género de Osakidetza. La entrevista se realizó en el Centro de Osakidetza de la calle Álava, 45 (Vitoria-Gasteiz), el día 13 de diciembre, de 9,10 a 10,50 horas.

4. Informe de resultados

La violencia es un hecho muy frecuente en la vida de las mujeres, a pesar de que se presenta con frecuencia en los medios de comunicación y en la sociedad en general como un fenómeno aislado y excepcional. Así, según los datos de la primera Macroencuesta sobre violencia realizada en toda la Unión Europea⁸, publicados en 2014, **una de cada tres mujeres ha experimentado violencia física o sexual**. Extrapolando los datos, se trata de 62 millones de mujeres europeas. Además, esta misma investigación, en la que han participado un total de 42.000 mujeres, visibiliza que **el 43% de las europeas han sufrido violencia psicológica dentro de la pareja**. A nivel estatal, el 24,2% de las mujeres ha sido víctima a lo largo de su vida de algún tipo de violencia física o sexual procedente de cualquier persona⁹.

En el mismo sentido, un informe de Naciones Unidas del 2015 alerta de que la violencia contra las mujeres es la principal causa de muerte en el mundo para las que tienen entre 15 y 44 años, por delante de las provocadas por el cáncer, los accidentes de tráfico o las guerras. Otro dato demoledor: según Intermón Oxfam¹⁰, siete de cada 10 mujeres en el mundo sufrirán violencia física o sexual en algún momento de su vida. **La gravedad, extensión y consecuencias de la violencia contra las mujeres ha provocado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considerara, en el año 2005, como un problema mundial de salud pública.**

Según reconocen tanto organismos internacionales, tales como Naciones Unidas, como estatales o autonómicos, **la violencia contra las mujeres tiene sus causas en la situación estructural de desigualdad que sufren las mujeres en los diferentes ámbitos de la vida**, que se sustenta en el tradicional reparto de papeles y responsabilidades en la sociedad y en la familia en función del sexo, el cual sitúa a las mujeres en una posición subordinada respecto de los hombres. La

violencia, además de ser una manifestación más de esa desigualdad, probablemente la más grave, es también un instrumento de control social clave para que dicha desigualdad se mantenga y tienda a perpetuarse¹¹.

Por tanto, el punto de partida de este estudio es la evidencia del hecho de que **la violencia contra las mujeres no es un fenómeno aislado ni excepcional, sino que tiene un carácter estructural y constituye un hecho habitual en la vida de las mujeres**. Es necesario tener presente que **cualquier mujer puede vivir una situación de violencia en algún momento de su vida**.

Si nos centramos ahora específicamente en las mujeres con enfermedad mental, el riesgo que tienen las mujeres en general de vivir situaciones de violencia se ve incrementado por razones tales como la mayor dependencia de la asistencia de otras personas, las menores posibilidades de defensa o las mayores probabilidades de situarse en relaciones desiguales, según se afirma en *Diagnóstico de la situación frente a la igualdad entre mujeres y hombres en Fedeaes*. Esta misma investigación puso de manifiesto también que existen factores estructurales que dificultan la salida de una situación de violencia a las mujeres que la padecen, como la menor credibilidad que se concede a su relato o las mayores dificultades en el acceso a la información y a los servicios.

Sean cuales fueren los factores concretos que provocan su incremento, todas las investigaciones existentes coinciden en señalar el mayor riesgo de sufrir violencia tanto cuando se tiene una enfermedad mental como cualquier otro tipo de discapacidad. Así, la *Macroencuesta sobre violencia contra la mujer 2015*¹², de ámbito estatal, concluye que, entre las mujeres que tienen un certificado de discapacidad igual o superior al 33%, el 23,3% han sufrido violencia física, sexual

8 http://www.huffingtonpost.es/2014/03/05/violencia-machista_n_4901395.html?utm_hp_ref=spain&ncid=tweetlnkushpmg00000067

9 Macroencuesta de violencia contra la mujer de 2015: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA_CONTRA_LA_MUJER_2015_05-04-15.pdf

10 <http://www.elmundo.es/solidaridad/2014/10/15/543ed61c268e3edf648b456b.html>

11 II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual (2009).

12 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/30.03300315160154508.pdf>

o miedo por parte de alguna pareja, un porcentaje que disminuye hasta el 15,1% en las mujeres sin discapacidad. Si nos centramos específicamente en la prevalencia de la violencia en mujeres con enfermedad mental, hay que señalar la escasez de estudios a nivel estatal o incluso europeo. Sin embargo, se han realizado numerosas investigaciones cuantitativas en Estados Unidos, que se centran fundamentalmente en la violencia física y sexual, y concluyen que una gran proporción de mujeres con trastorno mental han sufrido estos tipos de violencia por parte de su pareja o ex pareja. Así, los diferentes estudios visibilizan que **entre el 32,3% y el 68% de las mujeres con enfermedad mental investigadas habían vivido violencia física y/o sexual en la pareja**, según la revisión realizada por Juan Carlos González Cases en su tesis doctoral *Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave* (2011)¹³. Dicha investigación revela también que **ser víctima de violencia acarrea graves consecuencias para las mujeres con trastorno mental**, y que **no se presta la suficiente atención a este problema**.

En relación a la violencia intrafamiliar, la tesis citada también pone de manifiesto que, en 21 estudios realizados en Estados Unidos, se encontró que entre el **34% y el 92% de las mujeres con trastornos psiquiátricos ingresadas habían sufrido violencia doméstica física y sexual en algún momento de su vida**, mientras que en mujeres en tratamiento ambulatorio la proporción descendía hasta el 15% y 90%. Además, en los pocos estudios que utilizan muestras de hombres, las prevalencias descienden.

En el ámbito estatal, la investigación *Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave* (2013)¹⁴, realizada por Francisco González Aguado y otras cinco personas profesionales de la psiquiatría y la psicología, concluye que tres de cada cuatro mujeres (el 74,1% de la muestra) habían sido víctimas de violencia en el ámbito familiar y/o en la pareja en algún momento de su vida. Se trata de una investigación de corte cuantitativo realizada con mujeres con enfermedad mental grave que reciben atención en dos Centros de Rehabilitación Psicosocial en San Fernando de Henares

y Alcalá de Henares. Con todo, pese a lo elevado de este dato, el estudio solo contempla la violencia sufrida durante la vida adulta, ya que no incluye los episodios ocurridos durante la infancia y la adolescencia. Además, se centra solo en los acontecimientos vividos en el ámbito familiar, incluida la pareja, por lo que no contempla los actos violentos procedentes de otras personas, conocidas o desconocidas de la mujer, de lo que se deriva que el porcentaje total de mujeres victimizadas es incluso superior.

El mismo estudio encontró que algo más del 40% de las mujeres participantes habían sido victimizadas durante el último año, un porcentaje que se eleva hasta el 52% si se excluye a aquellas que no conviven con familiares. A tenor de estos datos, podríamos afirmar que **una de cada dos mujeres con enfermedad mental grave está siendo en la actualidad maltratada por parte de familiares con quienes convive** o lo ha sido recientemente.

El trabajo también analiza separadamente la violencia en el ámbito de la pareja, y concluye que casi el 80% de las mujeres que han estado emparejadas han sido victimizadas en algún momento de su vida, mientras que más del 42% han sufrido agresiones en los últimos 12 meses o las estaban sufriendo en el momento presente. El propio estudio, que compara esta cifra con la que arroja otra investigación realizada con la misma metodología en mujeres en general, concluye que “las cifras de violencia por parte de la pareja que sufren las mujeres con trastorno mental grave son llamativamente más altas que en la población general”. Efectivamente, dicho estudio identifica que el 10,1% de las mujeres en general habían sufrido algún tipo de violencia por parte de la pareja o expareja en los 12 meses anteriores, frente al 42% de las mujeres con enfermedad mental grave, es decir, la prevalencia se multiplica por cuatro.

Al igual que sucede en las agresiones procedentes de otras personas de la familia, el tipo de violencia más frecuente en la pareja es la psicológica, seguida de la física y de la sexual. Sin embargo, resulta significativa la elevada prevalencia tanto de violencia física como

13 http://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/15082/Violencia_pareja_mujer_trastorno_mental_grave_Juan_C_Gonzalez_Cases_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14 <https://consaludmental.org/publicaciones/Violenciamujeresenfermedadmental.pdf>

sexual sufrida en la pareja: el 52,6% de las mujeres de la muestra habían sido agredidas físicamente en algún momento de su vida, mientras que más del 42% habían sufrido violencia sexual. El estudio resulta especialmente interesante porque utiliza una metodología que permite medir las situaciones de violencia vividas incluso en los numerosos casos en los que no se identifican por las víctimas como tales, ya que pregunta por actos objetivos y no por la calificación que reciben.

Por su parte, la tesis de González Cases, a partir de una investigación cuantitativa propia realizada con una muestra de 142 mujeres con enfermedad mental grave que están o han estado en emparejadas, concluye que **el 79,6% de ellas han sufrido algún tipo de violencia psicológica, física o sexual por parte de su pareja o expareja a lo largo de toda la vida adulta**, un resultado prácticamente idéntico al que arroja el estudio de González Aguado et al. Es también muy elevado el recuento de las que han vivido violencia de tipo físico y/o sexual, cuyo porcentaje se eleva hasta el 59,1%¹⁵. Hay que señalar que es frecuente que varios tipos de violencia se produzcan de manera simultánea, algo que en el estudio referido se constata en casi dos de cada tres casos, así como que la violencia psicológica suele estar presente siempre que existe cualquier otro tipo, según se puso también de manifiesto en los grupos de discusión realizados con profesionales:



- *Yo en nuestro trabajo te diría que existen todos los tipos de violencia en todos los casos, ya haya una enfermedad mental o no.*

Educadora de un recurso público de acogida

Los datos del estudio de González Cases expuestos anteriormente se obtuvieron en base a criterios objetivos de maltrato, si bien una de cada tres víctimas¹⁶ no se autocalifican como maltratadas. De la disparidad existente entre la violencia real sufrida

por las mujeres -tanto con enfermedad mental como sin ella- y la percibida, que se pone de manifiesto en todos los estudios, se deriva la necesidad de **trabajar en el empoderamiento de las mujeres para que sean capaces de percibir como inadmisibles conductas que pueden considerar normales en una relación de pareja**, tales como el control, el aislamiento social, la falta de acceso al dinero o la imposición de relaciones sexuales. Precisamente, la violencia sexual podría resultar especialmente difícil de identificar para muchas mujeres, debido a que, hasta hace pocos años, era una creencia generalizada en la sociedad que el hombre tenía derecho a acceder al cuerpo de su pareja siempre que quisiera, como muestran conceptos tradicionales como el *débito conyugal*, o bien que la justicia considerara que no eran punibles las violaciones o abusos dentro del matrimonio.

La investigación de González Cases también ha identificado que el **30,3% de las participantes han sufrido violencia en el último año procedente de su pareja o expareja**, si bien el 41,9% de ellas no la identifican como tal. Comparando esta cifra con la que arrojó la *III Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres*¹⁷, “se podría concluir que **las mujeres con un trastorno mental grave triplican la prevalencia de violencia por parte de su pareja o exparejas**”¹⁸ respecto a las mujeres de la población general. Además, al cotejar los datos de su estudio con los obtenidos en los centros de salud de atención primaria para la población general, González Cases afirma que la prevalencia obtenida en mujeres con trastorno mental grave es del doble para la violencia sufrida por parte de su pareja en el año anterior y de 2,6 veces más para violencia a lo largo de la vida. Por tanto, a tenor de estas investigaciones podría concluirse que **el riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja o expareja se multiplica entre 2 y 3 veces cuando se tiene una enfermedad mental grave**. Vinculando esta cifras con las que se obtuvieron en la investigación realizada por Francisco González Aguado et al. en el año 2013, podría elevarse incluso este efecto multiplicador hasta 4 veces.

¹⁵ González Cases, 2011, pág. 154.

¹⁶ Mujeres que han sufrido violencia por parte de la pareja o expareja en algún momento de su vida.

¹⁷ Instituto de la Mujer (2006). González Cases compara los datos de su estudio con los de esta edición de la Macroencuesta, un estudio que se realiza a nivel estatal cada cuatro años. <https://www.usc.es/export/sites/default/gl/servizos/oix/descargas/IIImacroencuesta.2006.IM.pdf>

¹⁸ González Cases (2011), pág. 176

Por otra parte, el 57,8% de mujeres que participaron en el estudio de González Cases no había adoptado ninguna medida ante el maltrato, mientras que en la mitad de los supuestos su profesional de referencia en la red de salud mental no conocía la existencia de esta situación. En este mismo sentido, la psiquiatra Cristina Polo Usaola afirmó en la entrevista realizada que, en términos generales, en el sistema de salud se detectan escasamente los casos de violencia, muchas veces debido a la creencia de que la mujer puede sentirse violentada al abordarse este tema. Por ello, en la Comunidad de Madrid se está llevando a cabo una investigación en la que se pone de manifiesto que el 95% de las mujeres no han sido nunca preguntadas en el ámbito sanitario cómo es la relación con su pareja u otras cuestiones que permitan indagar la existencia de violencia. El mismo trabajo ha identificado que el 98% de las mujeres cree que sería recomendable que las y los profesionales sanitarios exploraran esta circunstancia, una opinión que es necesario transmitir al personal médico para combatir la percepción de que hablar de violencia constituye una intromisión en la intimidad de las pacientes.

Precisamente, el elevado número de ocasiones en que las mujeres no han contado a nadie su vivencia, ni siquiera a su psiquiatra, se ha verificado también en los grupos de discusión realizados en nuestro estudio:



- *Yo nunca he contado esto a nadie, lo estoy diciendo ahora porque me siento con fuerzas.*
- *Me vi en unas circunstancias en las que tampoco podía compartirlo con gente, ¿no? Me lo comí yo sola y tiré yo para adelante.*

Otras participantes en nuestro estudio tardaron mucho tiempo en contar a su psiquiatra las agresiones que habían vivido, después de años de atención psiquiátrica y psicológica:



- *Me dijo el psiquiatra: “¿Cómo esto no lo has contado hasta ahora, después de que ha pasado tanto tiempo?”.*

Entre los casos que sí se habían identificado en la Red de Salud Mental en el estudio de González Cases, la mayoría eran supuestos de violencia física o psicológica, pero no se habían detectado los casos existentes de violencia sexual. En suma, **la gravedad del fenómeno de la violencia contra las mujeres con enfermedad mental corre pareja, paradójicamente, a su invisibilidad social, que se plasma tanto en la ausencia de estudios en el ámbito europeo como en su exclusión de la agenda política a todos los niveles.**

Exponemos a continuación, desglosados por apartados, los principales resultados de nuestra investigación, que esperamos contribuya a sensibilizar a las diferentes instancias sociales y sanitarias sobre la magnitud y transcendencia del problema de la violencia contra las mujeres con enfermedad mental, y a desarrollar iniciativas que redunden en una mejor detección y abordaje.

4.1. AUTOPERCEPCIÓN DE LAS PROPIAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL Y PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS PROFESIONALES

Como exponíamos al detallar su metodología, este estudio tiene uno de sus principales pilares en la propia percepción sobre la violencia de las mujeres con enfermedad mental. En los grupos de discusión realizados, **se han relatado numerosas vivencias de violencia de pareja, intrafamiliar y sexual tanto en el pasado como en el momento actual.** De hecho,

prácticamente todas las participantes narraron algún episodio vivido a lo largo de su vida, un hecho del que, si bien no puede extraerse ninguna conclusión estadística, si nos permite constatar que la violencia es un hecho habitual en la vida de las mujeres con enfermedad mental.

La percepción de la violencia vivida es tan grave en el caso de una de las participantes que incluso relató que toma más medicación de la debida habitualmente:

“

- *Estoy muy afectada y ayer me tomé todas las pastillas del casillero, porque estaba hecha polvo. Hecha polvo.*
- *¿Y te tomaste todas las pastillas que tenías para la semana?*
- *Para el día, para el día...*
- *¿Y con qué intención?*
- *No lo sé, no lo sé, pero lo hago a menudo.*

Pese a que en los grupos de discusión que se han celebrado en el marco de esta investigación el nivel de autopercepción de la violencia es alto, los estudios existentes tanto en la población de mujeres en general como entre aquellas que presentan enfermedad mental grave ponen de manifiesto que **existe una disparidad entre la violencia vivida y la percibida**. Esta diferencia se debe, sin duda, al hecho de que participar voluntariamente en un grupo de discusión en el que se va a hablar de violencia implica ya un grado de concienciación alto sobre esta problemática. Además, la propia dinámica de estos grupos, en los que se narran en un clima de confianza experiencias que habitualmente suelen silenciarse, lleva a las participantes a identificar situaciones de la propia vida a partir del relato de sus compañeras.

A nivel general, **muchas mujeres que están siendo objetivamente maltratadas por su pareja no son conscientes de ello**, debido sin duda a que todavía en

numerosos ámbitos sociales se consideran normales dentro de la pareja muchas conductas violentas. Para la psiquiatra Cristina Polo Usaola, una estrategia que pueden desarrollar las personas profesionales cuando existen sospechas de maltrato, pero no se verbalizan o se niegan, es preguntar por la situación de otras personas de la familia en lugar de continuar indagando en los acontecimientos vitales de la propia mujer:

“

- *Hay mujeres de las que sospechamos que puede haber violencia, pero cuando les preguntamos lo niegan. Y ahí sí que sugeriría no insistir mucho, porque pueden sentirse peor y eso puede hacer que no vuelvan a la consulta. A veces es más fácil que ellas reconozcan esa situación de maltrato si preguntamos por la situación que pueden tener personas que viven en su casa, sobre todo hijas e hijos, si le decimos: “Tú comentas que la convivencia es buena. ¿Te parece que tus hijas o hijos están viviendo alguna situación difícil o que les pueda estar resultando problemática en casa?” En muchos momentos les resulta más fácil observar a partir del relato de sus hijos que de ellas mismas.*

Esta disparidad en la percepción se produce en mayor medida en las situaciones que se están viviendo en el momento actual que en las del pasado, un hecho sin duda relacionado con la elevada dependencia emocional y la destrucción sistemática de la personalidad de la víctima que genera el maltratador. Este proceso lleva frecuentemente a las mujeres a disculpar o minimizar la conducta de sus agresores, algo que se produce particularmente en los momentos del ciclo de la violencia de reconciliación o luna de miel. En nuestros grupos de discusión, algunas participantes han relatado que el vínculo afectivo que les unía con agresor les dificultaba ser conscientes de la situación de violencia que estaban viviendo:

“

- *Yo estaba convencida de que él me quería y entonces*

por ese amor que tú piensas que te tienen eres capaz de hacer cualquier cosa, ¿no?

En el estudio de González Cases¹⁹, el 41,9% de las mujeres con enfermedad mental grave que estaban viviendo violencia en el momento de la investigación no la habían identificado como tal, un hecho que pone de manifiesto **la necesidad de trabajar sistemáticamente con las mujeres en la prevención y en la identificación temprana de este tipo de conductas**, ya que cuanto más tarde se hagan conscientes más difícil resulta ponerles fin.

4.1.1. Conceptualización de la violencia

Las mujeres con enfermedad mental que han participado en los grupos de discusión realizan una conceptualización de la violencia amplia:

“

- *Violencia es no respetar la dignidad de la mujer.*

La conversación estaba enfocada de manera que ellas, espontáneamente, pudieran expresar las distintas situaciones vividas a lo largo de sus trayectorias vitales, sin que por parte de las dinamizadoras se aludiera a ninguna tipología concreta ni se hubiera ofrecido una definición. El objetivo de este modo de abordaje era, por una parte, indagar qué es para ellas la violencia, y por otra, intentar que afloraran todos los tipos de agresiones que hubieran vivido a lo largo de sus vidas. Algunas de ellas realizaron una conceptualización de la violencia atendiendo a la percepción subjetiva de cada mujer:

“

- *Para mí violencia son situaciones en las que una mujer se puede sentir agredida y mal.*

A lo largo de la conversación, las participantes fueron refiriendo, por un lado, **episodios de violencia física, psicológica y sexual sufridos a lo largo de su vida en el ámbito de su familia de origen, algunos de los cuales se mantienen hasta el momento presente**. La mayoría de estos actos deben ser conceptualizados en el contexto de desigualdad estructural que sufren las mujeres, que se sustenta en una distribución asimétrica de papeles en la familia y en la sociedad en general y en unas desiguales relaciones de poder. En este contexto social, la negativa de las mujeres a acatar los mandatos patriarcales desencadena situaciones de violencia:

“

- *Mi padre todo lo que me dice es agredíndome, insultándome, diciéndome que no valgo para nada, que estoy como un bolo, que soy una zorra (...) Siempre está como en los años 30, ¿me entiendes? Siempre está: “La mujer de antes”, “la mujer de antes”.*
- *Como mi padre era un machista, me decía a mí que haría la habitación de mi hermano, y yo le decía que no, que la haga él, y él: “Que la hagas tú”, y yo le decía: “Ahora los chicos también hacen la cama y eso”, y él: “Pues tú la tienes que hacer” y me pegaba con el bastón. Como no lo hacía, me pegaba”.*

Además, también narraron espontáneamente varios episodios de violencia por parte de su padre hacia su madre, o bien por parte de su abuelo hacia el resto de los miembros de la familia. Por otro lado, las mujeres participantes en los grupos también relataron numerosos **episodios de violencia física, psicológica y sexual vividos en el seno de una relación de pareja**, que en algunas ocasiones también se mantenían en la actualidad; y agresiones sexuales sufridas fuera de la pareja y de la familia, procedentes bien de amigos de la familia, bien de hombres desconocidos. En relación a la violencia en el seno de la pareja, las participantes aludieron a conductas como el control y el aislamiento social (“no vayas de fiesta”, “no salgas con este”), a violencia psicológica emocional (insultos y humillaciones, a veces en público), y relataron

19 González Cases, 2011, pág. 182.

varios episodios de violencia física y sexual, según expondremos a continuación.

4.1.2. Violencia física

Una de cada dos mujeres con enfermedad mental grave ha sido agredida físicamente en algún momento de su vida por su pareja o expareja²⁰. Este dato es sensiblemente más elevado que el que arroja la Macroencuesta de violencia contra la mujer de 2015 para el conjunto de las mujeres, que desvela que el porcentaje de víctimas de violencia física en el seno de la pareja a lo largo de su existencia es del 10,3%. Parece claro, por tanto, el mayor riesgo de este tipo de violencia cuando se tiene una enfermedad mental grave, aun con las reservas que cabe establecer al comparar datos procedentes de estudios distintos.

En los grupos de discusión realizados con mujeres con enfermedad mental, también se relató un caso de violencia física en el momento actual dentro de la pareja, así como otro vivido en el pasado:

“

- *Me da patadas y puñetazos y así.*
- *¿Y te has decidido a contarle a alguien tu situación?*
- *Lo sabemos todos, porque alguna vez le hemos visto nosotros pegarle”.*
- *Mi exnovio llegó... al final de nuestra relación me llegó a pegar.*

Aunque menos relevantes porcentualmente, son también numerosos los casos de violencia física intrafamiliar que sufre la población femenina en general, en la mayor parte de los supuestos procedente del padre o de la pareja de la madre, o bien de otros familiares masculinos, según pone de manifiesto la **Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015²¹**, que concluye que alrededor del 6% de las mujeres han sido agredidas físicamente en el ámbito doméstico, una cifra

que se multiplica por cinco en el caso de las mujeres con enfermedad mental. Efectivamente, la investigación realizada por González Aguado et al. (2013) visibiliza que la enfermedad mental está vinculada a unas tasas elevadas de violencia física en el ámbito de la familia: una de cada tres mujeres con EMG han sufrido violencia física en el entorno doméstico a lo largo de su vida, si bien se excluye del período investigado la infancia y la adolescencia, con lo que la cifra a lo largo de todo el periplo vital es sin duda superior. En definitiva, la prevalencia de la violencia física tanto por parte de la pareja como el ámbito intrafamiliar parece multiplicarse por cinco cuando concurre una enfermedad mental grave.

Las participantes en nuestra investigación también han relatado algunas experiencias de este tipo:

“

- *Lo mío es que viene mi hermano y me pega a mí también por la noche... Puñetazos, patadas... y me deja hasta moratones. (...) El otro día, antes de marcharse al pueblo, me lanzó un cuchillo.*
- *Y luego a mí me ha pegado muchas veces (mi padre). A mi madre una vez la pegó y la hizo un moratón en la boca. (...) A mí me ha pegado con el cinto.*

4.1.3. Violencia psicológica

Según todos los estudios existentes tanto referentes a mujeres en general como a aquellas que presentan una enfermedad mental, la violencia psicológica es la más habitual dentro de la pareja, ya que suele acompañar habitualmente a otros tipos de maltrato, al tiempo que puede manifestarse aisladamente. González Cases pone de relieve que el 66,9% de las participantes en su estudio había sufrido este tipo de violencia alguna vez en su vida. En la misma línea, la investigación de González Aguado et al. concluye que el 68,4% de las mujeres con EMG que han tenido pareja han sufrido maltrato psicológico, un tipo de victimización que, según

20 González Cases, 2011, pág. 179. La investigación de González Aguado et al. (2013) arroja la misma conclusión: el 52,6% de las mujeres con EMG que han estado emparejadas han sufrido violencia física por parte de su pareja en algún momento.

21 http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf

la psiquiatra Cristina Polo Usaola, está estrechamente vinculada con la enfermedad mental:

“

- *¿Hay algún tipo de violencia que afecte especialmente a las mujeres cuando tienen una enfermedad mental?*
- *La violencia psicológica. Insultos, descalificaciones, humillaciones: ese tipo de violencia se asocia mucho al trastorno mental grave.*

La habitualidad de esta forma de maltrato ha aflorado también en los grupos de discusión realizados con mujeres, en los que se ha manifestado las graves consecuencias que acarrea:

“

- *La violencia no sólo es violencia física. A mí me da más miedo la violencia psicológica, te va comiendo, todos los días...*
- *Eso, te come, te come.*
- *Además la violencia física es más fácil de justificar, porque tú vas (...) te observa un médico y jo, te da un examen y lo puedes justificar, tienes unos rasguños, pero con una violencia psicológica es horrible, y es mucho más dañina, y no la puedes demostrar, porque es peor y es más humillante.*

Diálogo en un grupo de discusión

En esta investigación, también se han narrado casos de violencia intrafamiliar psicológica grave, un fenómeno que, según la investigación de González Aguado et al., afecta a lo largo de su vida al 51,6% de las mujeres con enfermedad mental grave:

“

- *Y además me amenaza: “Que aquí mando yo, que te voy a echar a la calle, que estás con los días contados”....*
- *Y eso es también un tipo de maltrato y de violencia...*
- *Violencia psicológica.*

4.1.4. Violencia económica

Según los escasos estudios existentes, la violencia económica puede ser muy significativa entre las mujeres con enfermedad mental. Así, en el estudio de González Cases, casi una de cada tres mujeres había visto restringido su acceso al dinero de forma sistemática por parte de su pareja en algún momento de su vida. Este dato es sensiblemente superior al que arroja la última **Macroencuesta de violencia contra la mujer**²² (2015) para el conjunto de la población femenina, según el cual el 3,3% de las entrevistadas ha sufrido violencia económica. Sin embargo, las participantes en nuestro estudio no han narrado casos en primera persona de este tipo de violencia, si bien conocen a mujeres de su entorno que la sufren. Sí se ha relatado algún caso en los grupos de discusión con profesionales:

- *Hace poco hemos tenido el caso de una chica que un chico, para que saliera con ella, le ha sacado 20.000 €, un especialista (...) Hay hombres que buscan este tipo de mujeres para vivir de ellas.*

22 http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA_CONTRA_LA_MUJER_2015_05-04-15.pdf

4.1.5. Violencia sexual

La mayoría de las personas profesionales que han participado en esta investigación coinciden en señalar que existe una vinculación elevada entre la violencia sexual y la enfermedad mental grave:



- *De las mujeres que conozco (con enfermedad mental) un porcentaje elevadísimo ha sufrido en su vida abusos sexuales y violaciones, previamente a la enfermedad mental y después.*

Según el único estudio exhaustivo existente en el ámbito estatal²³, más de **una de cada cuatro mujeres (26%) con enfermedad mental ha sufrido violencia sexual en la infancia**, un porcentaje muy superior al que afecta a la media de las mujeres. Así, según la *Macroencuesta de violencia contra la mujer* de 2015, el 3,5% de las mujeres sufrió violencia sexual antes de los 15 años. Si bien deben tomarse precauciones a la hora de comparar datos de estudios realizados con metodologías diferentes, y en fechas que distan cuatro años, parece sin embargo evidente que las mujeres con enfermedad mental grave pueden haber sufrido algún tipo de abuso sexual con mayor probabilidad que el resto de las mujeres. Por tanto, al trabajar con este colectivo, es especialmente importante **explorar el abuso sexual en la infancia**. En nuestros grupos de discusión con mujeres con enfermedad mental, también se han relatado casos de violencia sexual en la infancia, procedentes de algún miembro varón de la familia, de un amigo del ámbito familiar o bien de un hombre desconocido:



- *Cuando yo era pequeña. Se metía conmigo en la cama.*
- *Se metía contigo en la cama ¿y qué pasaba?*
- *Me tocaba mis partes, me rozaba con sus partes,*

mira yo, yo nunca he contado esto a nadie, lo estoy diciendo ahora, porque me siento con fuerzas.

- *Me ha costado un montón de años y tratamiento psicológico y psiquiátrico confesar... bueno confesar, abrirme a los terapeutas de que yo fui abusada sexualmente cuando era una cría y tenía.... 8 años.*

En ninguno de estos casos la víctima contó la agresión vivida en su momento, en algunas ocasiones por miedo a las consecuencias que pudiera acarrear, un silencio con el que cuentan los agresores para mantenerse impunes:



- *Y lo guardé, o sea, no dije nada a nadie por lo que pudiera suceder, de que se pegasen o yo qué sé.*

Asimismo, **la violencia sexual en la edad adulta, fundamentalmente dentro de la pareja, es también un hecho muy frecuente tanto entre las mujeres en general como en aquellas que presentan enfermedad mental**. Sin embargo, muchas de estas conductas no son reconocidas como abusos por las víctimas, debido a que están normalizadas socialmente, precisamente debido a su habitualidad, según corrobora una profesional que trabaja grupalmente con mujeres que han vivido violencia:



- *Mira, a mí con por ejemplo el tema sexual, de qué es un abuso y qué no es, sale muchísimo. “¿Pero esto es un abuso, o no era?” No saben realmente identificar. Y por ejemplo eso (el trabajo en grupo) ayuda un montón, a la hora de: “Pues a mí me ha pasado, o sí que es...”*

Según la investigación de González Cases, **una de cada tres mujeres con enfermedad mental que ha estado emparejada ha sufrido violencia sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida**²⁴,

²³ González Cases, 2011, pág. 148.

una cifra que se incrementa en el estudio de González Aguado et al. (2013) hasta el 42,1%. Este porcentaje es siete veces superior al 6,6%²⁵ de mujeres en general que han sufrido agresiones de este tipo a lo largo de su biografía²⁶. También resulta significativamente más elevada la violencia sexual padecida en el último año: el 10,5% de las mujeres con enfermedad mental grave que tienen o han tenido pareja han sufrido situaciones de este tipo²⁷, frente al 1,5% de las mujeres en general que identifica la *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*²⁸.

Algunas de las mujeres participantes en los grupos de discusión que se han realizado en el marco de nuestra investigación han relatado situaciones en las que realizaron actos no deseados con su pareja:

“

- *A mí me pasó lo mismo. Tuve una relación con un chico y se aprovechó de mí sexualmente todo lo que quiso y más.*
- *¿A qué te refieres?*
- *Pues que hacía todo lo que quería conmigo. En la cama.*
- *Que tú no querías, cosas que tú no querías.*
- *Que yo no quería.*

También es relevante cuantitativamente **la violencia sexual que sufren las mujeres que procede de personas diferentes a la pareja o expareja**. Así, 7,2% de la población femenina española ha sufrido violencia sexual alguna vez en su vida²⁹; el 4,2% del total padeció estos hechos después de los 15 años, mientras que el 3,5% fue víctima antes de esta edad. Aunque no tenemos datos de prevalencia en la edad adulta en las mujeres con enfermedad mental, en los grupos de discusión realizados se han narrado, tanto por parte de

las profesionales como de las propias mujeres, varios episodios de abusos sexuales:

“

- *A mí me pasó lo mismo. Yo estaba en una casa, me ofrecieron unas rayas y así, no me acuerdo lo que pasó esa noche, pero yo sé que abusaron de mí totalmente los tres.*

Mujer con enfermedad mental en un grupo de discusión

“

- *Los casos que he visto, situaciones de abusos sexuales graves, de ir a buscar a personas a recursos porque tienen cierto retraso y con una esquizofrenia importante y una falta de cariño, pues ejecutivos que vienen a buscar a esta gente y llevarlas al monte a tener relaciones sexuales. Yo no veo que... va voluntariamente, pero no creo que esté realmente esta persona sabiendo a lo que se está exponiendo.*

Profesional en un grupo de discusión

González Cases también alerta en su tesis doctoral de la mayor incidencia de violencia sexual en los casos en los que la enfermedad mental es más grave, algo en lo que también coinciden las profesionales que han participado en nuestra investigación, fundamentalmente cuando se producen simultáneamente otro tipo de circunstancias que incrementan la vulnerabilidad, como la falta de recursos o una toxicomanía:

“

24 González Cases, 2011, pág. 180.

25 Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015. Página 33.

26 Deben tomarse con precaución las comparaciones de datos procedentes de estudios diferentes.

27 González Aguado et al. (2013).

28 Página 44. Se identifican las mujeres que han sufrido violencia sexual por parte de su pareja actual o alguna expareja en el último año.

29 A nivel estatal, el 1,4% de las mujeres de 16 años o más ha sufrido una violación. El violador era conocido de la víctima en casi el 80% de los casos, mientras que en alrededor del 25% de los supuestos era un miembro de la familia. El 6,7% de las mujeres ha sufrido un intento de violación u otras formas de violencia sexual, según la Macroencuesta de violencia contra la mujer de 2015.

- *La mujer con enfermedad mental, si además es pobre, si además no tiene recursos, es carne de cañón de todo tipo de abusos sexuales, ¿no?*
- *Yo eso también lo veo.*

Incluso la promesa de un trabajo se ha utilizado como marco para abusar sexualmente de mujeres con enfermedad mental:

- *Hemos tenido también un caso de agresiones sexuales con temas laborales. De hombres que (...) se dedican a ofrecer puestos de trabajo a chicas, a mujeres, y mira, te voy a llevar no sé dónde, a Laredo, me parece que era, para hacerte una entrevista y tal, y por el camino violarle. Con una discapacidad o una enfermedad.*

Es interesante también remarcar la elevada conciencia de la habitualidad de la violencia sexual entre las mujeres participantes en esta investigación:

“

- *Vosotras pensáis que... porque varias habéis contado casos de abusos sexuales. ¿Pensáis que esto es muy frecuente entre las mujeres?*
- *(Todas) Sí, sí.*
- *Mucho más de lo que pensamos.*
- *Mucho más de lo que se dice.*

Una última cuestión que ha aflorado en los grupos de discusión profesionales ha sido la elevada frecuencia de abusos sexuales a mujeres que están institucionalizadas, algo que viene denunciándose desde años en relación a las mujeres con discapacidad en general:

“

- *En un hospital de por aquí, no os quiero decir cuál, a las chicas las están intentando meter en el baño y abusar de ellas (...)*

- *Yo he tenido a gente que ha ingresado y luego me han comentado en consulta que se han visto obligadas a hacer felaciones a compañeros en el hospital psiquiátrico (...) Ellas lo han visto como violencia, lo han vivido así.*

4.1.6. Consecuencias de la violencia para las víctimas

Las mujeres que han participado en este estudio son conscientes de las consecuencias nefastas que provoca la violencia y de la repercusión que tiene en el curso de su propia enfermedad mental. Para la psiquiatra Cristina Polo Usaola, el hecho de sufrir violencia empeora la sintomatología de una enfermedad mental preexistente, ya que “confunde más, se agudiza más el sentimiento de culpa y la sensación de fracaso”. Además, el hecho de haber vivido violencia en el pasado puede incidir en que se desencadene una enfermedad mental:

“

- *Para algunas patologías sí que está muy claro. Por ejemplo, para los trastornos de personalidad sí que cada vez hay más evidencia de la asociación con eventos traumáticos en la infancia, la existencia de abusos de todo tipo, de privación. En los trastornos afectivos, sobre todo depresivos, también. En otros trastornos también hay bibliografía al respecto, pero quizá más inconsistente. Pero en algunas patologías claramente sí: las experiencias traumáticas en la infancia y las experiencias abusivas son un factor de riesgo.*

En algunos casos, las propias mujeres participantes en la investigación se han preguntado incluso si la agresión vivida ha podido desencadenar la enfermedad mental que sufren:

“

- *Porque yo todo el rato les pregunto: ¿puede ser por esto por lo que tengo esquizofrenia? Eso son cosas que me dijo el psiquiatra, por ejemplo, que ha habido muchas mujeres que han sido abusadas sexualmente y no les ha dado la enfermedad...*

- Pero otras sí, porque a mí me dijeron que mi enfermedad podía tener relación con lo que me había pasado con los hombres”.

Diálogo en un grupo de discusión

Y en otros casos, establecen una relación entre la agresión vivida y su malestar psicológico, que en algún caso ha generado un empeoramiento de su enfermedad:



- Y luego cuando llegaba a casa, otra vez, a machacarme, a machacarme, y me han tenido que subir la medicación 4 veces.
- Y desde entonces me afectó psicológicamente, y me sentí un trapo y ya no me fio ni de mi sombra y no quiero ninguna relación ni deseo ninguna relación con un tío (...) A mí me afectó psicológicamente. Me afectó la agresión psicológica, más que la agresión sexual.

Otras profesionales del mundo de la psiquiatría y de la psicología también consideran que existe una vinculación entre la violencia y la enfermedad mental. Según corroboran, en ocasiones, **haber sufrido agresiones incide a la hora de que se desencadene una enfermedad mental, si bien no es algo determinante**, ya que es evidente que en otros muchos casos las víctimas de situaciones de violencia no desarrollan una psicopatología:



- Yo tengo algunos casos. Tengo por ejemplo una mujer que ha sufrido abuso sexual de su hermano y maltrato del padre desde niña, y de la madre, maltrato de todo tipo, con informes de ingresos, y luego también ha sufrido violencia de adulta, yo tengo más casos que yo creo que son producto de los abusos.
- De todas formas en la literatura de algunos trastornos

te pone que una de las causas es haber sufrido abusos sexuales en la infancia (...)

- Hay casos que son muy fáciles de ver, hay personas que tienen la enfermedad mental claramente por lo que han vivido en la infancia (...) Igual otras personas con más fortaleza, hay muchas mujeres que sufren abusos sexuales en la infancia y luego no les sale una enfermedad mental.
- Sobre todo porque las personas que tienen que protegerte no te protegen. Sí, yo lo veo claro.

4.1.7. La culpa y la vergüenza que viven las víctimas

Tradicionalmente, la **sociedad ha culpabilizado a las mujeres víctimas de violencia** de haberla padecido, hasta el punto que un gran número de ellas han interiorizado que han vivido este tipo de situaciones debido a que las provocaron en alguna medida. Este hecho, junto con el estigma social que tradicionalmente ha marcado a las víctimas, dificulta en buena medida que éstas se decidan a contar a alguien su situación o bien a denunciarla. Así, a nivel estatal, algo más del 30% de las mujeres que han sufrido violencia por parte de la pareja han sentido culpa, mientras que alrededor del 40% han sentido vergüenza³⁰.

Precisamente, estas son algunas de las razones para no denunciar aducidas por las entrevistadas en el trabajo de campo de la Macroencuesta en un número significativo de casos. Si bien no tenemos datos sobre este punto referidos a mujeres con enfermedad mental, en los grupos de discusión celebrados en el marco de esta investigación han aflorado estos sentimientos:



- Pero es terrible lo que hace la culpa, ¿eh? Es tremenda. Nos sentimos culpables aun sabiendo que somos víctimas.
- Yo le decía al psicólogo que la culpa era mía, porque al final la culpa mía era no haberme enfrentado.

En uno de los casos, en los que existe violencia en la pareja actual, es el miedo a las consecuencias de una posible ruptura, y la culpa que se generaría, lo que impide a la víctima salir de la situación:

“

- *¿Cuál crees que podría ser ahora mismo la alternativa o la solución?*
- *Pues estar con él, porque si le dejo, y hace cualquier cosa, o yo también lo hago, nos sentimos culpables él y yo.*

La culpa y la vergüenza son también para las profesionales dos constantes en las víctimas, que es preciso trabajar con ellas para apoyarles de forma que puedan entender que la violencia que han vivido tiene como causa el hecho de que son mujeres en una sociedad machista, y no sus propias características personales:

“

- *Hay que verlo dentro de un contexto de sociedad machista. Entonces la culpa, ellas se sienten culpables. Tienen una ambivalencia, son conscientes de que la agredieron, pero la agredieron porque era ella, no por otra cosa. Es difícil que las mujeres lo hablen desde esa perspectiva: a mí me agredieron por ser mujer, no por ser yo merecedora del castigo, que es lo que te encuentras”.*
- *Es muy difícil salir, porque estás ahí atrapada. Además se sienten culpables de estar ahí (...) Les da vergüenza.*
- *Sí, se culpan por haber participado de alguna manera. En las mujeres, el cuerpo está mucho más expuesto y nos enseñan desde niñas que somos las responsables de controlarlo.*

Para la psiquiatra Cristina Polo Usaola, las causas de la mayor autoculpabilización de las mujeres con

enfermedad mental respecto al resto de la población femenina están relacionadas en ocasiones con la sintomatología que genera la propia enfermedad y con la asunción del discurso del maltratador, que les lleva a normalizar la violencia. Por ello, es fundamental para la evolución de la víctima encontrar una ayuda profesional que le ayude a tomar conciencia de la situación, algo que incide en una mejor evolución de la enfermedad:

“

- *Muchas veces detrás de ese ser víctima de abuso existe el sentimiento de culpa, y muchas veces en mujeres con trastorno mental grave, más: “Como yo estoy mal, como yo estoy enferma, como yo soy tan lenta, como me pongo así, como pierdo el control, es normal que se enfade, normal que me grite, normal que me empuje”. Entonces encontrar, sobre todo si es un profesional con el que tiene una buena relación, devolverle que no es justo, que puede tener una enfermedad mental pero que eso no quiere decir en ningún caso que es justificable que se le grite, que se le insulte, que se le empuje, eso, per se, tiene un efecto terapéutico.*

4.1.8. Percepción sobre la actuación de los diferentes servicios ante la violencia actual

Según hemos señalado, algunas de las mujeres que han participado en este estudio están viviendo violencia actualmente, sin que hayan recibido hasta el momento una ayuda que les haya permitido salir de su situación, pese a que han contado su caso a diferentes personas profesionales que las atienden. En algunos casos, estas situaciones se vienen produciendo desde hace varios años, sin que de momento se les haya proporcionado una solución adecuada:

“

- *¿Y se ha intentado poner alguna solución, o trabajar el tema? ¿Cómo se ha manejado?*

- *Yo se lo he dicho a (una profesional que la atiende) y me ha dicho que se lo comente a mis hermanas, y se lo he contado a mis hermanas.*
- *¿Tú esto se lo has contado a alguna persona?*
- *Jo, al psiquiatra, a todas las personas profesionales... Ya lo saben todas mi vida.*

En uno de los supuestos, se han producido incluso denuncias policiales y ha existido una condena judicial, pese a lo cual continúa la convivencia entre el agresor y la víctima, debido a que ésta carece de recursos económicos para vivir de manera independiente:

“

- *Yo me iría de casa, pero es que no tengo piso, entonces es un círculo vicioso.*

En algún caso, las víctimas perciben que el hecho de que el agresor ejerza la violencia en el ámbito privado, dificulta que ellas puedan demostrar lo que está sucediendo.

A lo largo de este trabajo se ha constatado, según venimos exponiendo, que muchas mujeres con enfermedad mental grave que sufren situaciones de violencia no están recibiendo una respuesta adecuada por parte de los servicios públicos. Buena parte de las personas responsables y técnicas en violencia que han participado en el trabajo de campo señalan la falta de implicación del Servicio Vasco de Salud, Osakidetza, en la problemática de la violencia contra las mujeres en general, y particularmente si tienen una enfermedad mental, y destacan la urgencia de extender el trabajo desde una perspectiva de género en toda la organización, un enfoque que ya está teóricamente contemplado en las *Lineas estratégicas y planes de acción. Osakidetza, 2013-2016*³¹, un documento que se plantea entre sus objetivos la integración de la perspectiva de género³².

Esta integración resulta especialmente urgente en psiquiatría, debido a las enormes vinculaciones que existen entre violencia contra las mujeres y salud mental. Dentro de esta problemática, es acuciante dar una respuesta a las mujeres con enfermedad mental grave que están en situación de violencia y que no pueden ser atendidas en los recursos ordinarios, un tema en el que profundizaremos más adelante:

“

- *Hay que meterlo en las Osis (Organizaciones Sanitarias Integradas que trabajan en coordinación con los servicios sociales de otras instituciones) y en las comisiones sociosanitarias, cómo vamos a abordar la atención sociosanitaria cuando hay violencia machista y unas necesidades sanitarias importantes.*

4.1.9. Conocimiento y acceso a los recursos públicos

En general, se ha constatado en el trabajo de campo el escaso conocimiento que tienen las mujeres con enfermedad mental que han participado en esta investigación de los recursos públicos existentes. Ignoran la existencia del teléfono 016 ó 900 840 111 y sus características, y no tienen una persona concreta a la que dirigirse para contarle las situaciones de violencia que están viviendo. Tampoco han accedido en ninguno de los casos a una asistencia psicológica especializada en violencia, ni han recibido el apoyo de ningún otro recurso público. En estos momentos, las Diputaciones forales y algunos ayuntamientos están proporcionando atención psicológica a las mujeres que han sufrido situaciones de violencia -que en la mayoría de los casos se prestan a través de Zutitu-, si bien estos recursos no están adaptados a las necesidades de las mujeres con una enfermedad mental grave, ya que no cuentan con el apoyo de psiquiatras. En el grupo de discusión realizado con personas responsables y técnicas en violencia, se señaló que esta atención psicológica especializada en violencia se viene prestando desde el ámbito de los servicios sociales pese a que se trata de

31 <http://www.bioef.org/wp-content/uploads/2016/04/Lineas-Estrategicas-Osakidetza-2013-2016.pdf>

32 Objetivo 1 – 1: “Proteger la salud de las personas-ciudadanos bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad y calidad, incidiendo en la perspectiva de género y en los colectivos desfavorecidos”. Dentro de éste, la acción 1.1.4. insta a “promover acciones para evitar la desigualdad y la violencia de género”, y la acción 1.1.7. propone “reducir el estigma y discriminación y las desigualdades en los enfermos de SIDA y en la enfermedad psiquiátrica”.

una competencia del Departamento de Salud:



- *Tenemos (...) la terapia psicológica, que es una prestación sanitaria. Y entonces Sanidad dice: “Se están metiendo en mi terreno, eso ya lo hacemos nosotros”. Pero no es verdad, ellos no lo hacen. Entonces hay diferentes opciones: dejamos de hacerlo. Que asuma Sanidad. Sanidad dice: “Una sesión cada 15 días, o cada 3 semanas y listo”. No lo podemos hacer, no podemos abandonar a las mujeres así. Entonces nosotros, en vez de hacer la atención psicosocial que tenemos que hacer, que es lo que deberíamos hacer, con el apoyo de la clínica que tendrían que hacer ellos, estamos cubriendo una parte que no hace Sanidad, y que además no reconoce que no la hace.*

4.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES FRENTE A LA VIOLENCIA

Como hemos señalado, los estudios cuantitativos existentes muestran que **el hecho de tener un trastorno mental grave es un factor de riesgo para ser víctima de cualquier tipo de violencia**. Esta es una opinión compartida también mayoritariamente por las profesionales que han participado en esta investigación, que citan entre las causas que incrementan la vulnerabilidad factores tales como la falta de recursos propios para defenderse, la carencia de autonomía y la dependencia de otras personas, la menor autoestima o las mayores dificultades para establecer una pareja, que pueden generar relaciones inadecuadas. Además, inciden también razones sociales y estructurales, como la menor credibilidad que se concede a su relato, la habitual ausencia de empleo y de recursos económicos o la inadecuación de los recursos públicos a sus necesidades. En la misma línea, una de las psiquiatras que han contrastado las principales conclusiones de esta investigación, Margarita Sáenz Herrero, considera que inciden particularmente los

factores sociales:



- *La soledad, el aislamiento y el estigma que es común para cualquier enfermedad mental grave inciden incrementando el riesgo. La sociedad les aísla, les echan del trabajo. Yo he tenido varias pacientes que estando hospitalizadas han venido a darles el finiquito (...) Se genera una precariedad social y económica. Este aislamiento social es superior en las mujeres, por su menor inserción laboral y menor participación social.*

Por su parte, la psiquiatra Cristina Polo hace hincapié en la menor autoestima que suelen tener las personas con enfermedad mental, una circunstancia que les puede llevar a normalizar en mayor medida las situaciones de maltrato:



- *En general, la persona con una enfermedad mental grave tiene un sentimiento de menos autoestima, de menos valía. Se siente con poca capacidad de enfrentarse a la vida y con necesidad de tener más ayuda del entorno. Se siente menos autosuficiente. Tiene más dificultad para discriminar cuándo las relaciones son abusivas, tiene más tendencia a justificar las relaciones abusivas hacia ella, porque piensa que ella vale poco, entonces está justificado: “Soy tan torpe, que cómo no se van a enfadar conmigo, cómo no me van a castigar.*

Sin embargo, es evidente que no todas las mujeres con una enfermedad mental sufren situaciones de violencia graves, por lo que resulta tan interesante analizar cuáles son los factores que incrementan la vulnerabilidad como estudiar aquellos que, por el contrario, protegen de la violencia. Entre estos últimos, está demostrado que **el hecho de tener una red y apoyo social disminuye el riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja**, tanto en mujeres en general como en aquellas que presentan una enfermedad mental, según se corrobora también en el estudio *Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave*³³. Esta constatación es

coherente con el hecho de que el maltratador procura habitualmente aislar a la víctima y separarla de su red familiar y social, con el propósito de incrementar su control sobre ella, uno de los elementos comunes a las situaciones de violencia. En nuestro estudio, también se ha evidenciado la relación inversa entre maltrato y participación social:

“

- *Depende de las redes de apoyo que tenga. Igual el mismo caso, que tenga una familia, que tenga un soporte, igual hace que con el mismo...*
- *Y también el aislamiento, para mí. No es lo mismo estar sola, aislada (...)*
- *Al final ese aislamiento es lo que te hace engancharte al maltratador. Entonces para mí una clave es el aislamiento, es clave.*

Por tanto, **debe huirse de la idea de que existe una relación lineal entre enfermedad mental y violencia, porque hay otros muchos factores que entran en liza que pueden resultar protectores:**

“

- *Mirar un poco los rasgos y cómo interseccionan. Una mujer con discapacidad, con enfermedad, y luego si tiene apoyo familiar, viendo un poco eso sí podemos ver qué riesgos hay, qué riesgos no hay.*

Un aspecto clave para disminuir el riesgo es combatir las situaciones de pobreza:

“

- *Si eres mujer, trastorno mental y pobreza tienes todos los lotes para todo, para más cosas, y vuelvo a insistir, el 80% de nuestro colectivo está cobrando pensiones no contributivas.*

Por su parte, la psiquiatra Cristina Polo Usaola considera que incorporar la perspectiva de género en la intervención puede prevenir el riesgo de sufrir violencia:

“

- *Yo creo que incorporar dentro del plan de intervención, como un elemento terapéutico más con esas mujeres, cuestiones que tienen que ver con el género: incorporar el autocuidado, la necesidad de poner límites a situaciones abusivas, todo lo que tiene que ver con esa reivindicación de derechos que normalmente no se incorpora. Si trabajamos desde una perspectiva de género en el plan de intervención global con estas mujeres, eso va a llevar asociado un elemento preventivo.*

Entre los factores de riesgo, la mayoría de las investigaciones coinciden en señalar que, en general, el hecho de haber sufrido violencia en el ámbito familiar incrementa las posibilidades de vivir este tipo de situaciones en la edad adulta³⁴. Según el estudio de González Cases, **una de cada tres mujeres con enfermedad mental ha sufrido abusos físicos en la infancia**³⁵. También constituye un factor de riesgo el haber sido testigo de la violencia que ejerce el padre sobre la madre, aun cuando no se haya sido agredida personalmente. Según los datos de la Macroencuesta de 2015, en dos de cada tres casos en los que existe violencia en la pareja las hijas e hijos menores presencian estas escenas, algo que se ha relatado también por parte de una de las participantes en los grupos de discusión realizados con mujeres con

33 González Cases, 2011, pág. 145.

enfermedad mental:



- *Abrir la puerta de la habitación cuando yo ya sentía que estaba golpeando algo, y yo era una niña, ¿eh? no sé si tendría 11 años, ó 12, y abrir la puerta y decirle: “No la toques”.*

Precisamente, la vinculación existente entre violencia en la infancia y en la edad adulta queda corroborada en la tesis de González Cases³⁶: entre las mujeres con enfermedad mental grave, aquellas que han sufrido abuso físico en la infancia tienen un riesgo 2,22 veces superior de ser víctimas de violencia por parte de su pareja. Sin embargo, esta relación no es, ni mucho menos, determinante, de manera que la constatación de un riesgo superior debería servir para proporcionar un mayor apoyo a estas mujeres, con el fin de incrementar su nivel de empoderamiento. Por tanto, **es preciso conocer, con el fin de proporcionar una atención adecuada, sobre todo psicológica, los casos en que las mujeres atendidas en los diferentes recursos han sido víctimas de abusos en la infancia.** Sin embargo, en nuestros grupos de discusión con mujeres hemos encontrado casos en que este tipo de agresiones bien no se habían verbalizado nunca o bien se habían narrado por primera vez muchos años después de estar en tratamiento psiquiátrico, como hemos expuesto más arriba.

Además, debe recordarse que cuanto mayor es el tiempo que se permanece en una relación en la que hay violencia, más grave es el daño y resulta más complicado salir de ella.

4.2.1. Momentos de incremento del riesgo

El 49,5% de las mujeres participantes en el estudio

de González Cases que han sufrido violencia alguna vez en su vida refiere que las agresiones solían coincidir con momentos de descompensación o crisis en su enfermedad psiquiátrica, un porcentaje que se eleva hasta el 58,3% si se considera a aquellas que han sido víctimas en el último año. Esta proporción alcanza prácticamente a la totalidad de las mujeres si se analizan exclusivamente los últimos seis meses³⁷. En suma, el estudio demuestra que las mujeres en peor estado psiquiátrico presentan tasas más altas de violencia, hasta el punto de que casi una de cada dos mujeres (45,7%) que han presentado un estado psiquiátrico inestable en el último año han sido víctimas de violencia, frente al 25,5% entre las que estuvieron estables. Por tanto, debe tenerse presente que **existe un significativo incremento del riesgo de violencia cuando se produce un empeoramiento de la sintomatología de la enfermedad mental.**

Esta percepción es compartida por Cristina Polo, que señala también el embarazo como un momento en que se maximiza el riesgo:



- *¿Habría algún momento de especial riesgo en el curso de una enfermedad mental?*
- *Sí, cuando empeora la sintomatología. En el trabajo de Juan González creo que también lo asociaba: mayor riesgo en las épocas de más descompensación psicopatológica. Efectivamente, el empeoramiento es un momento de especial vulnerabilidad. Y luego hay otro momento de especial vulnerabilidad en mujeres con enfermedad mental, que es el embarazo.*

4.2.2. Trastornos que provocan un mayor riesgo

Entre los diferentes diagnósticos, **son las mujeres con trastorno de la personalidad quienes presentan un mayor riesgo frente a otros.** Así, casi el 55% de las mujeres con este diagnóstico que participaron en el estudio de González Cases habían sufrido violencia

34 Véase, entre otras obras, Apuntes sobre violencia de género. Raquel Osborne, 2009. Ediciones Bellaterra, Barcelona.

35 González Cases, 2011, pág. 169.

36 González Cases, 2011, pág. 148.

37 González Cases (2011), pág. 165.

en el último año por parte de su pareja o expareja, mientras que en el resto de las enfermedades mentales el porcentaje rondaba el 25%. Para las psicólogas y psiquiatras que han participado en nuestro estudio, son también los trastornos de la personalidad, junto con las drogadicciones, los que generan un mayor riesgo:

“

- *Las mujeres adictas son un colectivo especialmente vulnerable en este tema. Y los trastornos de personalidad.*
- *Los trastornos de personalidad (...) son carne de cañón en las relaciones disfuncionales de parejas no adecuadas.*

En la misma línea se manifiesta la psiquiatra Cristina Polo, que incluye también entre los diagnósticos que

generan un mayor riesgo la esquizofrenia y, en algunas ocasiones, las fases maníacas en un trastorno bipolar:

“

- *Los trastornos límites de personalidad, los trastornos graves, sí que suponen un elemento de riesgo para sufrir relaciones a abuso, tipo violencia de género, como también para relaciones de violencia mutua. Es un diagnóstico que implica mucha vulnerabilidad para sufrir maltrato. Muchas veces son mujeres en las que no se explora lo suficiente la posibilidad de sufrir violencia de género, porque el trastorno límite genera mucha inestabilidad, mucho conflicto en la esfera relacional, y cuando la mujer lo expresa tiende a interpretarse más como un conflicto que la mujer ha provocado que realmente como una situación de violencia de género. Creo que eso sí que ocurre con bastante frecuencia; además también en las mujeres con trastorno límite hay más probabilidad de que hayan sufrido experiencias abusivas en la infancia, también forma parte de su biografía y de su historia... Entonces sí que es un diagnóstico de riesgo. También lo es la esquizofrenia. Las fases maníacas también a veces colocan a la mujer en situación de mucho*

riesgo, incluso también se han descrito durante los ingresos.

Por otro lado, también parece constatado que los **diagnósticos psiquiátricos graves incrementan el riesgo de sufrir violencia por parte de una pareja respecto a los considerados no tan graves**, según establece González Cases al comparar su estudio con otro realizado por la psiquiatra Cristina Polo en 2001³⁸: “La presencia de un trastorno mental grave incrementa la prevalencia del maltrato físico y sexual respecto a otros diagnósticos psiquiátricos”.

Otra población que presenta un incremento del riesgo son las mujeres que tienen un problema de drogadicción, entre las que éste podría prácticamente duplicarse respecto a otras mujeres con una enfermedad mental grave³⁹. Este hecho estaría relacionado con el tipo de relaciones que establecen, según se puso de manifiesto en el grupo de discusión realizado con profesionales de la salud mental:

“

- *Concretamente, en el campo de las adicciones es súper frecuente que en la infancia haya habido abusos, con lo cual ya determinas qué patrón de relación estableces luego tú con el otro sexo (...) Lo que hacen es establecer parejas que generalmente las establecen desde la necesidad de, bueno, me junto con este que me va a proteger (...) Y repiten: una y otra vez repiten parejas maltratadoras.*

4.3. MEJORA EN LA DETECCIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA. CONOCIMIENTO DE RECURSOS

Uno de los principales objetivos de esta investigación es definir estrategias que permitan una mejor detección de situaciones de violencia. Si bien a priori se planteó diseñar una herramienta específica para la detección, sin embargo la mayoría de las personas profesionales que han participado en esta investigación consideran que resultaría más útil trabajar en otras direcciones, primando la cercanía con las mujeres y posibilitando

38 González Cases (2011), pág. 178.

39 González Cases (2011), pág. 179.

que existan espacios donde pueda hablarse de violencia:



- *Sirve más la palabra, el encuentro, el relato, crear el clima para que la mujer pueda hablar. Es más eficaz que una herramienta, que los indicadores. Es necesaria más formación y menos herramientas. Utilizar la perspectiva de género para todo. Perspectiva de género en salud mental.*

Sin embargo, en el ámbito de los servicios sociales de base puede resultar positivo disponer de escalas específicas de detección, o de algún tipo de herramienta básica que permita identificar, para poder derivar después al servicio específico de atención a violencia machista, ya que de lo contrario, en opinión de la trabajadora social Itziar Azpeitia, muchas situaciones de maltrato pueden permanecer invisibilizadas:



- *En las escalas de valoración debería incluirse la violencia en el marco de la pareja. (...) Igual con un carácter abierto, pero a veces el pasar una escala de valoración puede ayudar a acordarse de que esto también hay que detectarlo. (...) Hay que especificar qué tipos de violencia se están produciendo, ya que muchas veces pasa que se llama violencia intrafamiliar a lo que es violencia de género según la ley. Yo creo que todavía muchos profesionales no han podido formarse en este ámbito, o no se están reciclando, lo que genera problemas en el diagnóstico.*

En definitiva, esta inclusión de la violencia en el ámbito de la pareja (y de otros tipos de violencia) en las herramientas de detección y valoración de las distintas situaciones que atienden los servicios sociales -dependencia, desprotección, riesgo de exclusión- debe ir acompañada de formación a las profesionales en esta materia, ya que, como se expondrá más adelante, la detección de situaciones de violencia solo puede realizarse respetando el ritmo de las mujeres, y exige un abordaje individualizado de cada caso donde las estrategias han de ser diferentes en cada

momento. Así mismo, en estas herramientas citadas debería valorarse también la posible existencia de una enfermedad mental.

En opinión de varias personas técnicas y profesionales que han participado en esta investigación, una forma de mejorar la detección y la respuesta a las situaciones de violencia contra las mujeres con enfermedad mental es incluir esta temática dentro del marco de la desprotección de personas adultas, una cuestión sobre la que volveremos más adelante.

En relación a las herramientas que pueden contribuir a la detección de situaciones de violencia ocultas, en el ámbito sanitario se realizan rutinariamente en la mayor parte de las Comunidades Autónomas algunas preguntas que, según se está constatando, generan un incremento de los casos identificados. En este caso, se trata de dar pie a la mujer a que exprese lo que está viviendo, según manifestó en la entrevista realizada la integrante del grupo de violencia de Osakidetza Maite Paino Ortuzar:



- *Preguntar si las cosas por casa van bien, si la relación es acorde. Hay varias tipologías, pero la idea es simplemente darle pie a contar cómo es el ambiente familiar y luego (...) otra pregunta más focalizada: “¿Las cosas van bien en casa, con tus hijos, con tu pareja?” Y eso da pie a ver una sospecha o que te hable abiertamente de lo que pueda pasar. (...) Me parece que es una medida que no es nada costosa y da pie a que se quiten ciertos miedos en ese sentido”.*

Existe acuerdo en considerar que la **mejora de la formación** es una de las claves para evitar los tabúes que muchas veces existen a la hora de abordar cotidianamente la violencia que sufren las mujeres, y que es, precisamente, la visibilización del problema lo que puede generar una mayor apertura, tanto en el ámbito de los servicios públicos como en el asociativo:

“

- *Dentro de la asociación veo que necesitaríamos más formación (...) Yo creo que no se trabajan lo suficiente, porque tampoco nos vemos preparados para llevarlo a cabo. Que sí que se trabajan muchas cosas, que sí pueden entrar dentro de un tema de estos, pero abordar un tema de estos yo creo que es complicado porque no sabes qué es lo que se te va a presentar y cómo y luego a ver cómo lo sigues manejando y cómo terminas para que todo el mundo esté bien y salga bien.*

“

- *En la formación está la clave para que en el día a día se desarrolle un ámbito de trabajo donde se pueda dar un vínculo donde las personas puedan contar esto u otro tipo de cosas. Quiero decir, cuando hay respeto, cuando no hay violencia simbólica, cuando las relaciones se dan desde la igualdad y desde la no violencia (...)*
- *Eso es. Hay veces que yo creo que son, como profesionales, más temas tabú para nosotros que para la persona que tenemos delante.*
- *Cierto, cierto.*
- *(...) Hay veces que yo, te vas descubriendo poco a poco que quien tiene el problema para hablar de ese tema no es la persona que te está hablando...*
- *Sí, sí, eres tú.*
- *...Que cuando tú planteas encima de la mesa temas con honestidad y con respeto la persona lo recibe...*
- *Y se abre.*
- *...Efectivamente, y se abre.*
- *Es que ahora, yo escuchando así un poco, a ver, igual a nivel de profesionales, o de sociedad, incluso abrirnos nosotros más (...) Hablarlo con mucha más apertura nosotros, para que esa mujer entienda que si está viviendo eso, que no es tabú, que no se le va*

a juzgar...

- *Que no es ella la responsable.*
- *...Eso es.*
- *Que se publique, que esté en el aire (...) que es habitual que las mujeres estén sufriendo violencia de género, de tal, de tal... No es lo que debería de ser, es inhumano, pero pasa. Entonces, estate tranquila que puedes contarlo, lo que está pasando es como una epidemia. Entonces en el momento en que hagamos nosotros ese clic, nosotras, va a ser más fácil que haya una mujer que pueda coger y decir: "Jo, sí, a mí me está pasando esto".*
- *No tienes que ser incisiva preguntando con preguntas directas. Igual puedes empezar preguntando de manera más abierta.*
- *Como la sexualidad, ¿no?*
- *Con eso también ha habido como un tabú. Desde el momento en que tú te pones a hablar con una mujer, que igual ha tenido un abuso, desde la naturalidad, ella es como...*
- *Te responde desde el mismo plano.*
- *Eso es. Entonces yo creo que con la violencia en trastorno mental yo creo que es un trabajo personal nuestro, de los que trabajamos, y a nivel institucional, social...*

Diálogo en un grupo de discusión con profesionales

“

- *¿Dónde vería yo las detecciones? (...) Estar sensibilizados con este tema y abordarlo pero abiertamente, sin más (...) Es el perder el miedo y preguntar abiertamente. Verlo desde: "Hay violencia en la sociedad, están pasando cosas". Está más que justificado preguntar (...) Aliarse a ella. Diciéndole que va a guardar la confidencialidad, que no tiene que actuar, sino que se tiene que fiar.*

Existe unanimidad entre las personas informantes de esta investigación en que el miedo entre las y los profesionales a no saber cómo actuar es la principal barrera que impide que aflore la violencia oculta. También existen otros temores, como que la mujer se descompense –algo que, como ya hemos señalado, carece de base científica- o que pierda a la persona que la cuida:

“

- *Sólo abordándolo de una manera directa se pueden disminuir el número de casos que están ocultos. Los profesionales tenemos miedo a abordar el tema. Y ese es el problema. Si nosotros mismos tenemos reticencias y miedo a abordarlo, ¿qué va a tener una mujer que esté pasando por ese proceso?.*
- *Claro que existe miedo a no saber cómo actuar, que empieza por pensar que si preguntamos eso puede hacer que la mujer se descompense. Y en muchas ocasiones también la única persona cuidadora o acompañante de la mujer es la pareja, o es en otros casos un familiar, que es quien le acompaña a las citas, que garantiza el cumplimiento del tratamiento. Entonces sí que puede existir, a veces de una forma inconsciente en los profesionales, el temor a qué pasa ahora, si la mujer plantea que quiere separarse, o quiere irse, qué hacemos, cómo manejamos.*

Para Margarita Sáenz Herrero, una de las psiquiatras que han participado en el contraste de las principales conclusiones de esta investigación, una clave para que afloren las situaciones de violencia ocultas es aliarse con la mujer y partir de preguntas indirectas y generales, tales como: ¿con quién vives? ¿entiende esa persona que tú estás mal? ¿qué te dice? ¿y tú que sientes?. Y también es importante atender a la mujer a solas:

“

- *Yo intento ver a la persona sola. A la otra persona le dejo fuera (...) Y tener una mirada de escucha, de empatía, de no juzgar. Yo intento que estén cómodas y que se sientan seguras. Que sientan que es un espacio seguro, que es confidencial, que me pueden decir lo que quieran y que no va a salir de ahí y que*

yo lo que quiero es ayudarlas.

En la misma línea, Cristina Polo considera que la violencia debe abordarse sistemáticamente hasta el punto de formar parte de la historia clínica, algo que está sobradamente justificado por las elevadas prevalencias de violencia que presentan las mujeres con enfermedad mental:

“

- *La primera clave sería tener en mente que gran parte de las mujeres que atendemos en nuestras consultas, aunque no lo expongan de forma directa, están siendo victimizadas, o han tenido alguna relación de violencia por parte de alguna pareja. Al tenerlo en mente, nos va a hacer a tener presente la necesidad de incluirlo. La sugerencia sería evaluar la posibilidad de haber tenido violencia o estar sufriendola en este momento por parte de una pareja o expareja en todas las consultas de las mujeres que atendemos, ya tengan una enfermedad mental grave u otro tipo de patologías. Tener en mente como un elemento más de la historia clínica la evaluación de la violencia de género.*
- *Y una vez que se tiene esto en mente, ¿habría que preguntar siempre directamente o cómo se abordaría?*
- *Yo pienso que siempre hay que preguntar. En función del estilo de cada profesional, de cada situación y de la relación que se establezca con esa mujer se puede hacer esa pregunta de forma más o menos directa. Preguntar cómo son las relaciones con tu pareja, si has tenido miedo alguna vez o sientes miedo, cómo se resuelven las discusiones, cuando hay discusiones, cómo describiría el clima que vive en la relación con su pareja, se pueden hacer preguntas de carácter muy general, pero si la respuesta nos indica que hay tensión, que hay dificultad para resolver las discusiones, si hay miedo, hacer una evaluación ya más profunda. Con estas preguntas de carácter general vamos a poder hacer un primer acercamiento a la existencia de esta posible violencia.*

En opinión de esta psiquiatra, además de la violencia en la pareja, es necesario explorar también otros tipos de maltrato que se producen en el ámbito familiar, algo que hace sistemáticamente desde el Centro de Salud mental de Hortaleza, en Madrid, una institución -dirigida

por ella- pionera en la integración de la perspectiva de género y en la investigación y el abordaje de la violencia contra las mujeres con enfermedad mental:

“

- *En personas con trastorno mental grave también incorporamos de forma sistemática la existencia de violencia por parte de personas distintas de la pareja. Una investigación que realizamos incluyó también estos casos de violencia, y observamos que la violencia procedente de otros miembros de la familia era también muy frecuente, no sólo por parte de la pareja. Es necesario también incluir la violencia procedente de otras personas.*

En algunas ocasiones, a pesar de que se haya intentado indagar en la calidad de las relaciones con las personas con las que se relaciona, la mujer rehúye verbalizar su situación. En estos casos, existen algunos indicios que pueden alertar sobre el maltrato:

“

- *Hay algunos signos que nos pueden indicar: mujeres donde aparece mucho cambio en la sintomatología sin que detrás haya un factor desencadenante claro: mujeres que se encuentran fatal y en otros momentos, sin un factor claro, hablan de mejoría; cuando hay cambios en el relato, a veces falta de factores vitales como desencadenantes del malestar: discursos que nos parecen poco contruidos, con poca coherencia, porque no encontramos que haya un porqué a esa inestabilidad ni a esa disparidad en el relato; tendencia a culparse por los síntomas, tendencia a culparse por el malestar, expresiones incluso de descalificación de ellas mismas: “Es que yo valgo muy poco, es que no me sé expresar, es que yo no entiendo”. Eso a nivel psicológico. A nivel físico hay otros signos, que ya los propios profesionales de primaria también tienen mucha experiencia, como son lesiones en diferente estadio evolutivo y demás. Pero a nivel psicológico esa inestabilidad en los síntomas, ese cambio con mucha frecuencia de síntomas sin que haya detrás*

un desencadenante claro, a veces tendencia a autoculparse y... incumplimientos a las citas, también, a veces, sin que haya un desencadenante. Y cuando aparece ya en el relato en algún momento la experiencia de maltrato, la justificación de él con muy poco tiempo, o la negación de lo anterior: “Bueno, el otro día dije que estaba muy mal con él y es que a lo mejor era yo”. Esa tendencia a justificarle nos puede hacer sospechar.

Cristina Polo Usaola. Psiquiatra

Como ya hemos señalado más arriba, en estas ocasiones puede resultar útil también preguntar a la mujer cómo se sienten otras personas de la familia, o si están viviendo alguna situación difícil o conflictiva, sobre todo sus hijas e hijos, ya que es posible que ella haya identificado la situación violenta mejor en el relato ajeno que en el propio.

En algunos casos, puede dudarse de si la sintomatología que presenta la mujer está producida por la propia enfermedad o se trata de indicios de maltrato. Con todo, para la psicóloga Haizea de la Llosa, habría que estar especialmente alerta en caso de que se produzcan cambios a nivel emocional o conductuales, labilidad emocional en general -lloros, por ejemplo- o irritabilidad. También cuando la mujer abandona un recurso al que asistía previamente, o se observa aislamiento social. Y por último, en caso de que la mujer acuda a las citas individuales siempre acompañada por su pareja y si durante la entrevista, la persona acompañante no le deja expresarse. Para la psiquiatra Cristina Polo, lo primordial es abordar con la mujer la calidad de sus relaciones y conectar sus síntomas con la relación de maltrato vivida:

“

- *A veces suele decirse que la sintomatología de una enfermedad mental se puede confundir con la de estar viviendo una situación de violencia. ¿Es esto así?*
- *Sí.*
- *¿Cómo se podría diferenciar en estos casos?*

- Lo fundamentalmente es preguntar siempre. Como antes decíamos, es la primera pregunta: “¿Cómo es la relación con tu pareja o con alguna pareja que hayas mantenido?” Abordar el tipo de relación mantenida, ver si ha existido aislamiento, si hay descalificaciones, si hay acusaciones a ella misma de ser ineficaz, es la reconstrucción de la relación de la pareja lo que nos puede ayudar a entender que esos síntomas por los que consulta la mujer pueden estar en relación con esa situación. Además ayuda mucho también, es una parte del tratamiento de las mujeres maltratadas, después de comentar los distintos tipos de maltrato, el conectar los síntomas que trae con las situaciones de abuso. Si ella dice que se siente inútil y en la historia hemos recogido que su marido, que su pareja le llama inútil, le llama vaga, le llama torpe, en algún momento se puede preguntar: “¿Quizás esa sensación está en relación con los mensajes que estás recibiendo de tu pareja?” “Ah, pues quizás”. Quizá ese sentimiento de valer poco, quizá esa alternancia, esa inestabilidad emocional: sentirse en unos momentos bien y en otros muy mal, a lo mejor está relacionado con esos cambios que él le está transmitiendo, con el llamado ciclo de la violencia. Recibir insultos para luego recibir manifestaciones de “eres lo mejor que tengo, perdóname”, eso en algún momento a la mujer puede llenarle de sensación de felicidad o de sensación de completud. Esos mensajes tan alternos también pueden estar influyendo en esos cambios de ánimo. Ponerlo en relación también tiene un efecto terapéutico para la mujer, que puede entenderse más a ella misma. En muchas mujeres maltratadas lo que existe es una sensación de confusión muy importante. ¿Qué me está pasando? ¿Por qué me siento tan rara, por qué me siento mal, por qué algunos días me siento bien y otros me siento asustada, por qué tengo miedo? La confusión como elemento fundamental. Y cuando ya empieza a visibilizar esa situación de maltrato, con la ayuda de un profesional, o con la ayuda de una amiga, o con ella misma, porque se empieza a cuestionar cosas, lo que también continúa confundiendo es la dificultad que tiene para romper con él, eso es un elemento más: “Yo, ahora que veo que efectivamente no me trata bien, que me insulta, y yo no me merezco eso, es una situación injusta, pero por qué a veces siento que le quiero, por qué me cuesta tanto romper”. Eso produce también mucha confusión y produce también mucha sintomatología, se va produciendo como un cambio, una dificultad para reconocerse a ella misma, como una alteración

de su identidad, ahí está también uno de los núcleos del malestar y lo que se tendría que intentar trabajar en la intervención es que ella pueda otra vez hacer un relato que le permita encontrar coherencia y explicación a lo que le está pasando y entenderse: por qué empezó, por qué lo mantiene, los mensajes tan contradictorios que está recibiendo.

Algunas de las claves para realizar un adecuado acompañamiento a la mujer son no presionarla, respetar sus ritmos y sus decisiones y huir de la idea de que hay que realizar intervenciones espectaculares, que resuelvan la situación inmediatamente. Simplemente, la creación de un espacio de confianza donde la mujer se pueda sentir escuchada y comprendida tiene un efecto positivo:

“

- Yo creo que sí que tranquilizas cuando cuentas que no hay que hacer nada extraordinario. Antes teníamos la fantasía de que si detectábamos teníamos que hacer la intervención perfecta, que suponga que la mujer rompe inmediatamente con el agresor o que denuncie, o que vaya a una casa de acogida, o que vaya a un recurso. No estamos hablando de eso. Eso a veces se podrá hacer o no se podrá hacer. Pero es que simplemente enfrentarlo ayuda. A mí me parece importante decirlo claro para que la gente deje de tener miedo (...). Podemos trabajar sin tener que actuar de forma inmediata, se puede trabajar simplemente escuchando y acompañando y eso tiene un efecto muy bueno. La mujer luego puede decidir separarse o no separarse. Pero sentir que puede compartir esa experiencia con otra persona le va a ayudar a sentirse mejor y le va a ayudar a ir creciendo.

Cristina Polo Usaola. Psiquiatra

“

- A veces detectamos un caso y empezamos a presionar para que la persona denuncie, para que salga de esa situación, y no nos damos cuenta de que si la persona está en esa situación es porque

no puede salir de ella, porque no se siente capaz de salir, entonces no podemos pretender hacer las cosas ya, y que la persona se separe o se divorcie. Y no es fácil, creo que hay que dar tiempo. Escuchar de manera activa, apoyar, ir dando citas periódicas. Si tú detectas algo y la persona no te deja entrar por lo que sea, dar citas periódicas para ir abordando el tema. A no ser que exista un riesgo de muerte inmediato, donde tengas que actuar de otra manera.

Haizea de la Llosa. Psicóloga de Fedefafes

Para la psicóloga de Fedefafes, el espacio asociativo es un buen lugar desde el que detectar posibles situaciones de violencia, debido a la estrecha convivencia que se genera:

“

- *En algunas actividades pasan muchas horas en las asociaciones, (...) (lo que) te permite observar si una persona está más triste, o está más inhibida. Creo que es un buen espacio para que los profesionales detecten cambios.*

Esta observación conductual debe completarse con la existencia de espacios periódicos, semanales o quincenales, donde recibir a la mujer a solas, en un ambiente de intimidad, donde poder abordar abiertamente la calidad de las relaciones familiares y de pareja y la posible existencia de violencia. Además, el ámbito asociativo es también un lugar idóneo desde el que trabajar el empoderamiento de las mujeres y visibilizar la problemática social de la violencia machista como la manifestación más extrema de las desigualdades de género.

Por otro lado, uno de los motivos que pueden retraer a las personas profesionales de indagar la existencia de violencia es el desconocimiento de los recursos existentes en caso de que sea necesario derivar a la mujer, una circunstancia que puede generar miedo a no saber cómo actuar. Por ello, dentro de la formación es clave ese **conocimiento de los recursos**, algo para lo que es primordial trabajar directamente con

las instituciones que los prestan, para obtener una información lo más exhaustiva posible:

“

- *Si tú no te sientes capaz, o no te sientes lo suficientemente formada como para atender eso, ¿dónde la mandas? No sabes muy bien dónde derivar, a qué recurso, a quién llamo.*
- *A lo mejor en eso de la formación va también el conocimiento de la red de recursos.*
- *Eso es una cosa que estamos haciendo desde el Servicio de Mujer, la gente desconoce. Los profesionales de todos los ámbitos, servicios sociales, Salud mental, desconocen qué es lo que se hace, lo que se trabaja desde Diputación, los recursos que hay, y poder derivar a ese tipo de recursos.*

“

- *Por parte de los servicios de Salud mental no se conocen otros recursos y viceversa. Es que trabajamos sin un espacio común (...) No pueden ser como compartimentos estanco que tú ni siquiera conozcas todos los recursos que hay, y que a veces no actúas por falta de conocimiento de las herramientas.*

4.3.1. Credibilidad que se concede a las mujeres con enfermedad mental

Una constante que rodea siempre a la violencia cuando la padecen las mujeres con enfermedad mental es que, generalmente, no se concede la misma credibilidad a su relato que al de otra mujer.

“

- » *Una cosa importante es la credibilidad. Sigo*

escuchando: “Pues es que no está bien y se lo habrá inventado.

Esta desconfianza hacia el relato de las mujeres se produce también en el ámbito sanitario, según ha constatado Maite Paino Ortuzar, integrante del grupo de Osakidetza que aborda dentro de la organización las cuestiones relacionadas con la violencia contra las mujeres:

“

- *Hace poco estábamos haciendo talleres con el tema de los partes de lesiones. (...) Y uno de los casos prácticos que se ponía era una mujer con problemas de salud mental. Y era curioso ver que la gente lo que planteaba era la desconfianza de creer que una persona con esas características tuviera total fiabilidad desde el principio.*

Tradicionalmente, la palabra de la víctima ha sido puesta en duda y todavía gozan de gran predicamento mitos como el de las denuncias falsas, pese a que los informes de la Fiscalía las cuantifican en el 0,005% de las presentadas⁴⁰. Este fenómeno se multiplica en el caso de las mujeres con enfermedad mental, algo que, según las personas profesionales que han participado en esta investigación, en general no tiene ninguna razón de ser:

“

- *Realmente puede no ser creíble cuando tiene un trastorno paranoide. Quitando el trastorno paranoide, todo lo demás no sé por qué tiene que tener menor credibilidad.*

En opinión de la psicóloga de Fedeaefes Haizea de la Llosa, el cuestionamiento del relato de la víctima continúa produciéndose tanto en el ámbito social como en el sanitario. El criterio a seguir sería dar siempre credibilidad a las palabras de la mujer en un primer momento, para intentar ayudarla, e indagar cuáles son los motivos de su malestar:

- *Partir de la base de que si a mí una persona me dice, o yo sospecho, o me insinúa, que está sufriendo violencia lo que tengo que hacer es creérmelo. (...) No es la idea de ayudarla a ella e ir en contra del agresor, o de quien se supone que es el agresor, no, es ayudarla a ella. Si hay cambios en la persona, indagas (...). Cuando una persona está sufriendo, sea por lo que sea, me da igual que sea un retroceso en la enfermedad, hay que intentar ponerle una solución.*

Para la mayoría de las psicólogas y psiquiatras que han participado en esta investigación, el criterio a seguir sería también confiar siempre en el relato de la víctima, a no ser que existan fundadas razones para lo contrario, algo que debe contrastarse entre un equipo profesional:

“

- *Yo siempre digo que yo parto de la base de que me lo creo todo. Luego si no es, no es.*
- *Ya, mejor.*
- *Y que aunque no sea, se valore. Es un riesgo que merece la pena.*
- *Y que es el mismo planteamiento que tenemos con los niños, por ejemplo. A los niños que dicen que han sufrido abusos sexuales, en principio, les creemos. Luego vamos más allá y se ve que hay o no hay, pero esa táctica está bien.*

Diálogo en un grupo de discusión con profesionales

“

- *Yo creo que ya en las redes hay más gente implicada: este tema está ahí, no podemos soslayarlo, y somos muchos y tenemos que compartirlo y contrastarlo.*

40 https://www.fiscal.es/memorias/memoria2014/FISCALIA_SITE/recursos/pdf/capitulo_III/cap_III_1.pdf

Según el criterio de la psiquiatra Cristina Polo, pese a que pueden existir delirios en momentos de descompensación, es necesario analizar siempre estos relatos y contrastarlos con los que se producen en otros momentos de estabilidad:

“

- *¿Esta falta de credibilidad tiene alguna base científica?*
- *Como base, puede tener que ver con que en momentos de descompensación psicopatológica, sobre todo en personas con esquizofrenia, puede haber contenidos delirantes que incluyen a la familia, que incluyen a la pareja, con contenidos como que le están envenenando, entonces esto es una temática que aparece de vez en cuando. Quizá este temor a que el relato pueda estar contaminado por un contenido delirante puede ser un elemento que pueda llevar a explicarlo. Habría que tirar sobre todo de lo que la mujer trae en momentos de estabilidad para que podamos tener un relato más coherente. Pero a veces también en los momentos de descompensación puede haber parte del discurso que sea parte de la realidad. A veces tendemos, cuando una persona está descompensada, a meter todo en el cajón de lo delirante y dar poco valor a la posible parte más cercana a lo real.*

La falta de credibilidad que rodea social y profesionalmente el relato de violencia narrado por mujeres con enfermedad mental grave actúa como un prejuicio incluso en la literatura científica. Así, este colectivo ha sido excluido tradicionalmente de las investigaciones sobre violencia contra las mujeres con la excusa de la falta de fiabilidad en sus respuestas, según se afirma en la investigación *Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave* (2013), a la que ya hemos aludido con anterioridad.

En suma, es necesario desterrar la creencia generalizada de que cuando una mujer con enfermedad mental verbaliza una situación de maltrato su relato no es fiable, ya que los casos de delirios son la excepción y no la norma, según apunta la psicóloga Haizea de la Llosa, de Fedeaefes:

“

- *¿Tú has tenido muchos casos de estos? ¿Casos en los que una mujer verbalice una situación de violencia y que no sea cierta?*
- *No. Ahora recuerdo un caso de una mujer con la que hay un poco de jaleo con si esa persona está delirante o no, pero no es habitual.*
- *Se está tomando por categoría lo que es casi una excepción.*
- *Sí, y además esto va más allá. Es añadir a la enfermedad mental una connotación de persona mentirosa o de persona mala que tergiversa la verdad.*

Otras profesionales consideran que cuando la que sufre violencia es una mujer con enfermedad mental, se le juzga más:

“

- *Se critica más y se culpabiliza más (...) A la hora de intervenir si crees, pero se juzga.*
- *Se juzga. Forma parte del estigma de las locas y los locos.*
- *Qué podrá haber, o igual se lo está inventando, o mira cómo funciona en su vida diaria.*
- *Eso lo he escuchado yo, normal que la acaben pegando, porque no la aguanta nadie.*

Diálogo en un grupo de discusión

“

- *Yo creo que se la cree menos, sin ninguna duda, y se la culpabiliza, es decir, se le asigna a ella la responsabilidad de sus relaciones: “Es que tú mira con que gente estás, o a qué gente buscas de pareja, es que tú estás fatal, las parejas que te buscas están todavía peor que tú”. Entonces se la responsabiliza de esas situaciones, se la culpabiliza, y no se la cree.*

“Es que está chalada, esa es la versión que da ella. Ya me gustaría saber si ella también le maltrata”. Esto lo he oído por familiares, hermanos, hermanas, hay una invisibilidad por todos los lados, incluso por su propia familia.

Trabajadora social

4.4. PRELACIÓN ENTRE VIOLENCIA Y ENFERMEDAD MENTAL

En la tesis doctoral de Gonzáles Cases (2011) se afirma que, entre las participantes en la investigación, en el 37,9% de los casos en los que han sufrido violencia alguna vez en la vida por parte de una pareja, estas mujeres ya estaban en tratamiento psiquiátrico en el momento en el que comenzaron las agresiones. Por tanto, en estos supuestos el surgimiento de la violencia fue posterior al desencadenamiento de la enfermedad mental. En la clásica discusión de si la enfermedad mental es anterior a la violencia o viceversa, el estudio citado parece mostrar que **son minoría los casos en los que existía ya una enfermedad mental grave diagnosticada cuando se produjo el primer episodio de violencia en la pareja**, lo cual no excluye que en otros muchos casos estuviera sin diagnosticar. Para algunas informantes de esta investigación, debería tenerse siempre presente que en el origen de una enfermedad mental puede estar la violencia:

“

- *Muchas enfermedades mentales tienen que ver con que las mujeres en nuestra trayectoria vital enfrentamos más violencia. (...) Que no entendamos la enfermedad mental como algo aparte de las situaciones de violencia, porque muchas veces puede estar vinculado, sobre todo en el ámbito de la infancia, porque a veces hablamos de la enfermedad mental como si no hubiese ninguna responsabilidad colectiva ni estructura social.*

Precisamente, estas vinculaciones y su orden de prelación han sido abordadas también en los grupos

de discusión con profesionales:

“

- *Hay que analizar qué es antes, el huevo o la gallina. Tenemos tres casos: mujeres con una enfermedad mental derivada de que han sido víctimas de violencia de género, mujeres que han sido víctimas de violencia de género con una enfermedad mental, o una enfermedad mental previa que se ha acentuado o deteriorado por haber sufrido violencia. Son tres casos diferentes.*

Psicólogo en un grupo de discusión

Y paralelamente, el hecho de haber sufrido violencia puede originar una enfermedad mental, frecuentemente trastorno de estrés postraumático y depresión, y también puede desencadenar patologías mentales graves:

“

- *Si que es verdad que si hay una predisposición genética y un evento estresante tan, tan fuerte y tan prolongado en el tiempo, desde mi punto de vista puede destapar, y puede acabar generando un cuadro psicótico que luego se puede mantener y desarrollar esquizofrenia o no.*

Psicóloga en un grupo de discusión

Como exponíamos en el punto 4.1.6., en la literatura psiquiátrica están cada vez más demostradas las vinculaciones entre los eventos traumáticos en la infancia y los trastornos de personalidad, al tiempo que, como venimos argumentando, el hecho de tener una enfermedad mental, sobre todo si es grave, incrementa el riesgo de sufrir violencia.

También desde el ámbito de los servicios sociales se ha observado que en el origen de muchas depresiones pueden existir situaciones de violencia no detectadas. Así, la trabajadora social Itziar Azpeitia ha identificado numerosos casos de mujeres mayores que llevan largos períodos de tiempo –de más de 10 años– tomando

medicación antidepresiva recetada por el médico o médica de familia, sin que se les haya derivado a psiquiatría ni se hayan abordado las causas de su malestar.

4.5. ATENCIÓN PSICOLÓGICA A MUJERES QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA

Según la *Macroencuesta de violencia contra la mujer* de 2015, la **ayuda que preferirían recibir en primer lugar casi el 70% de las encuestadas que han vivido violencia por parte de su pareja es el apoyo psicológico**. Este tipo de apoyo es fundamental para superar el deterioro psíquico que provoca la violencia, hasta el punto que casi el 30% de las víctimas de violencia en la pareja a nivel estatal⁴¹ acudieron a un servicio profesional de psicología o psiquiatría. Según hemos podido constatar en nuestra investigación, recibir una atención psicológica especializada en violencia es fundamental en el caso de mujeres con enfermedad mental no solo para superar los problemas derivados de la violencia, sino para la propia evolución de la enfermedad mental. Las propias mujeres con enfermedad mental así lo expresaron en los grupos de discusión:

“

- Yo he hecho tratamiento grupal e individual con psicólogo y con el psiquiatra. Y entonces ahí van saliendo cosas, poco a poco. Es lo bueno de las terapias (...) Te ayuda a llevar el tratamiento farmacológico. Te ayuda a otra parte, a desarrollarla también.

Recibir una atención psicológica adecuada que aborde la violencia vivida puede incidir favorablemente en la propia enfermedad mental, como han corroborado las tres psiquiatras que han participado en esta investigación:

“

- ¿Crees que es necesario proporcionar una atención psicológica especializada a estas mujeres? ¿Puede esta atención puede incidir en una mejor evolución de su enfermedad mental?
- Sí. Yo creo que sí. Vamos, no tengo duda.

Margarita Sáenz Herrero. Psiquiatra

“

- » En el momento que tú explicitas, y le das la posibilidad de hablar de eso, eso ya es terapéutico y ya sirve para mucho (...) Era un espacio cerrado, escondido de esa persona, y el hecho de que lo puedas poner encima de la mesa ya facilita... por lo menos la relación terapéutica.

María Silva Gordón. Psiquiatra

“

- ¿Incidir en la evolución de una enfermedad mental el trabajo psicoterapéutico en el que se aborde la violencia vivida en el pasado o en presente?
- Sí, me parece muy importante que haya espacio dentro del plan psicoterapéutico con esa mujer para poder reconstruir esas experiencias abusivas, para que pueda incorporar la respuesta emocional que ya tuvo en ese momento, y poder trabajarla. Si las experiencias abusivas han sido en la infancia es posible que hayan quedado encapsuladas, muchas veces con sentimientos de culpa asociados, que no las haya comentado con nadie o muchas veces

41 Según datos de la Macroencuesta de violencia contra la mujer de 2015.

cuando lo ha comentado la propia niña ha sido victimizada por no dar credibilidad a su relato, o acusarla de haber provocado de alguna manera. El poder abordar esas experiencias abusivas va a tener un efecto terapéutico, va a poder dar sentido, va a contribuir a que la mujer entienda más su narrativa biográfica. Cuando lo abusivo queda encapsulado, cuando no se habla, ese sentimiento de culpa, esa angustia, esa ambivalencia, puede actuar después en épocas posteriores. El tener la oportunidad de poder reconstruirlo sí que ayuda.

Cristina Polo Usaola. Psiquiatra

4.5.1. Trabajo grupal⁴²

Sin que los grupos de discusión que se han realizado en el marco de esta investigación puedan considerarse un trabajo grupal propiamente dicho, debido a que se trata de una experiencia aislada, sin embargo la participación en los mismos ha resultado positiva para prácticamente todas las mujeres. El hecho de verbalizar, sacar a la luz la experiencia vivida, contrastar la vivencia con la de otras compañeras, resulta positivo en sí mismo siempre y cuando las profesionales que dinamizan el grupo sean capaces de cerrar el encuentro adecuadamente:

“

- *¿Tú te sientes ahora mejor, ahora que nos has contado esto? ¿Cómo te sientes?*
- *Me siento más desahogada, más, no sé cómo decirlo, parece que me he quitado 4 ó 5 kilos de encima. Porque yo no lo había hecho nunca.*
- *Yo creo que solo ya con lo que estamos haciendo aquí ya nos reforzamos mucho, ¿eh? Te quiero decir, de tener la capacidad de hablar.*

Por otro lado, varias de las y los profesionales que han participado en esta investigación tienen una amplia experiencia de trabajo grupal con mujeres que han

sufrido violencia, una metodología que encuentran muy positiva:

“

- *Yo por ejemplo doy un taller que lo que trata es género y violencia, entonces al final, si el grupo es grande, ellas se abren a contar un montón cosas, se ven súper reflejadas (...) y la experiencia es súper enriquecedora. Incluso ellas mismas dicen que de repente en el grupo han visto y han escuchado a compañeras y es que eso les ayuda un montón.*
- *Nosotros apostamos también mucho más por la eficacia en grupo que individualmente.*
- *Claramente (...)*
- *Al principio igual despersonaliza un poco y entonces igual es más fácil abrirte y contar.*
- *El grupo es súper potente en los vínculos que genera, además.*
- *También solo el hecho de llegar y sentarte y decir: “Hola”. No es alcohólicos anónimos, pero algo de eso sí que hay. Reconocerle parte de ese grupo.*

Diálogo en un grupo de discusión

Varias profesionales destacan que los grupos permiten a las mujeres identificar aspectos que les habían pasado inadvertidos a partir del relato de otras compañeras, al tiempo que proporcionan un espacio de comprensión entre iguales donde compartir sentimientos:

“

- *A mí los grupos me parecen una oportunidad muy buena para que la mujer pueda lograr un crecimiento en común con otras personas. Muchas veces*

⁴² En este terreno, puede consultarse la experiencia de los Servicios de Salud Mental de Hortaleza de Madrid, recogida en el artículo: Intervención en Mujeres Víctimas de Violencia de Género. Experiencia de Psicoterapia Grupal en un Centro de Salud Mental. Marisa López Gironés y Cristina Polo Usaola (2014). <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n1a3.pdf>

identifican aspectos que ellas no tenían reconocidos. Es curioso, muchas veces hay aspectos que ellas no habían identificado y lo hacen en el relato de otras. Compartir el sentimiento de culpa, el sentimiento de vergüenza, es muy potente. (...) Verse con el apoyo de otras mujeres, poder hablar de la vergüenza, son elementos que ayudan mucho a crecer. Uno de los elementos que más influyen en la evolución negativa del maltrato es el aislamiento social. El aislamiento no solo explícito, sino también el temor a comentar lo que les está ocurriendo por miedo, primero a que la gente no les crea, y también, se ve en gente joven, "yo nunca se lo dije a mis amigas porque si se lo decía me decían que si era tonta, y cómo me estaba dejando manipular". (...) Poder hablar de que te da vergüenza reconocerlo, pero que te apetece otra vez quedar con él, que te gusta, que te enamora, pese a que te está tratando mal, un espacio en el que se pueda permitir hablar de esa ambivalencia con otras personas que te van a entender, resulta muy terapéutico.

Cristina Polo Usaola. Psiquiatra

“

- ¿Qué opinas de la psicoterapia grupal para estos casos?
- Positiva. Está bien el consejo de un terapeuta, pero a veces recibes más de alguien que ha sufrido algo parecido y que te puede dar otro punto de vista, que ha pasado por lo mismo, como los grupos de alcohólicos anónimos. Yo creo que eso es positivo 100%.

Margarita Sáenz Herrero. Psiquiatra

Desde el grupo de Osakidetza que aborda las cuestiones relacionadas con la violencia contra las mujeres, se prevé iniciar una línea de trabajo grupal en la Red de Salud mental que contribuya al empoderamiento y a la toma de conciencia de las mujeres, según manifestó en la entrevista realizada Maite Paino Ortuzar.

Con todo, el trabajo en grupos debe plantearse como un complemento de la terapia individual. Y en muchos casos, no será posible realizarlo, debido a resistencias de las propias mujeres. En el caso de la violencia sexual, también existen más trabas para abordarla en grupo:

“

- La grupal es muy rica, porque da la posibilidad de escuchar lo que han sufrido otras mujeres y animarles a abrirse un poco y a contar, pero yo me he encontrado con mujeres que no quieren hacer la terapia grupal (...)
- En los casos de abusos sexuales, sobre todo en la infancia, tiene que ser individual. Luego en violencia de género la terapia grupal como complementaria a la individual puede ir bien en algunos casos (...) Es muy complicado hacer una terapia grupal con personas que han sufrido abusos sexuales en la infancia y también en la edad adulta.

En lo que hay absoluta unanimidad es en la conveniencia de realizar talleres que fomenten la autoestima y el empoderamiento. En opinión de Haizea de la Llosa, psicóloga de Fedeaefes, el ámbito asociativo resulta totalmente idóneo para realizar una tarea de prevención primaria de la violencia a través de talleres psicoeducativos en los que aborde "cómo se inicia, como se mantiene. Hay que informar, esa es la manera de prevenir", recalca. Otras informantes que han participado en este estudio también comparten esta visión:

“

- A mí me parece que en el trabajo en grupo se puede pretender aportar algo más de lo que se hace individualmente. Hacer talleres de autoestima, o de empoderamiento.

Psicóloga de un recurso público en un grupo de discusión

“

- ¿Vosotras trabajáis en grupo? ¿Hacéis talleres?
- Sí, todas las semanas.
- ¿Y qué balance hacéis de la intervención grupal? ¿Os

parece que es interesante para trabajar la violencia?

- *A mí me parece que es esencial.*
- *Yo creo que es súper importante y a ellas les gusta.*

Diálogo en un grupo de discusión con profesionales que atienden un recurso de acogida

Por último, en el trabajo grupal, es clave que las personas profesionales que facilitan estos espacios sean capaces de realizar un cierre adecuado, para proporcionar el apoyo necesario a las participantes:



- *A mí me parece muy importante también luego poder hacer un cierre.*
- *Eso sí es importante, que lo apuntabas tú.*



- *Y luego hay un tema muy importante: cuidado con abrir una puerta que no puedes cerrar. Hay gente que tiene algo desde los 50 años y lo suelta a los 64. Tú lo intuyes, pero sabes que no lo quieren trabajar. Soltar eso en un grupo pues a veces... Yo parto de lo individual, lo grupal siempre es una ayuda cuando lo estás rescatando desde lo individual y más desde este tipo de temas que afecta a toda la persona.*
- *Yo estoy de acuerdo que hay que tener cuidado con lo que abre si luego no se cierra bien.*

4.6. RECURSOS PÚBLICOS PARA LA ATENCIÓN A MUJERES QUE HAN SUFRIDO VIOLENCIA

En la Comunidad Autónoma de Euskadi existen, entre otros, los siguientes servicios y recursos públicos para

43 Para cualquier consulta sobre recursos y servicios, o cualquier otra cuestión relacionada con la violencia contra las mujeres, puede llamarse al SATEVI: 900 840 111.

44 http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-19243/es/contenidos/informacion/sav/es_sav/sav.html

mujeres que han sufrido violencia⁴³:

- » Alojamientos de urgencia y alojamientos de media y larga estancia. Son gestionados por algunos Ayuntamientos y por las tres Diputaciones Forales.
- » Servicios de atención psicológica. Son gestionados por algunos Ayuntamientos y por las tres Diputaciones Forales.
- » Servicios jurídicos.
- » Servicio de asistencia a la víctima (SAV)⁴⁴: está gestionado por el Departamento de Justicia del Gobierno Vasco. Presta información, asistencia jurídica, atención psicológica y acompañamiento judicial.
- » Apoyo socio-laboral a mujeres víctimas de violencia que conviven con el agresor⁴⁵. Además, cada oficina de Lanbide cuenta con una persona tutora en violencia de género⁴⁶.

Ante todo, es preciso señalar que para acceder a estos recursos **no es necesario haber interpuesto previamente una denuncia**:



- *Y otro mito que es muy común es que para acceder a un recurso tienes que denunciar. No tienes que denunciar, la denuncia no te da el derecho a acceder. Incluso la trabajadora social (lo cree).*

Otra cuestión previa en este apartado es visibilizar que, según las personas profesionales que han participado en esta investigación, se presta menos atención a una mujer con enfermedad mental cuando se detecta que existe violencia:



- *Yo sí creo que hay violencia en este colectivo, bastante escondida, entre muchos aditamentos, y lo que sí veo también es la diferencia de abordaje cuando hablamos de una mujer con una enfermedad mental y se queja o le ocurre algo. Es un abordaje diferente. Más superficial, menos incisivo (...) Tienes tantos problemas añadidos, tan gordos, que posiblemente se incide un poco menos, por parte de todos, ¿eh?.*
- *Cuando hay un tratamiento psiquiátrico, un tratamiento farmacológico, es muy importante, y el resto queda en segundo plano.*

Según se irá argumentando a lo largo de este apartado, y hemos apuntado ya en algunos momentos, en la actualidad las mujeres con enfermedad mental grave no están recibiendo una respuesta institucional adecuada a las situaciones de violencia que sufren. Para avanzar tanto en el nivel reivindicativo como en la materialización efectiva de los derechos que tiene reconocida la ciudadanía, sería interesante explorar por parte de las asociaciones de personas con enfermedad mental el nuevo campo de posibilidades que se abre a partir del 25 de diciembre de 2016, cuando se podrá exigir por vía administrativa y judicial el acceso a las prestaciones que están en el catálogo de servicios de la Ley de Servicios Sociales⁴⁷.

En esta fase de la investigación, nos hemos centrado en estudiar el grado de adecuación de los recursos públicos a las necesidades de las mujeres con enfermedad mental grave que sufren violencia. Respecto a los **recursos de acogida**, el número de mujeres con enfermedad mental de diferente gravedad que acceden a los centros de protección es muy elevado, si bien muchas de ellas son expulsadas del recurso al no cumplir las normas de convivencia exigidas:



- *¿Os llegan personas con enfermedad mental grave?*

- *Casi el 50%... O sea, si entran las adicciones, relaciones de dependencia y eso, yo diría que el 90%. Graves como enfermedades psicóticas y así vienen muchos casos también. Pero vamos con adicciones... un montón”.*
- *A mí me llegan casos de mujeres que desde luego están mal, y como están mal se comportan mal, no reúnen, no cumplen las normativas de convivencia y se les expulsa.*
- *¿En recursos de acogida?*
- *De acogida. Lo digo porque esto es también el meollo (...) Que es que encima se les expulsa. Y ahí es donde yo diría que hay que incidir (...) Me parece muy grave, porque los profesionales tampoco estamos a la altura.*
- *Es un problema de convivencia.*
- *De convivencia y de salud, lo dejo ahí.*
- *Y que no hay recursos realmente para toda la gran diversidad que hay en este tipo de cosas. Porque yo, por ejemplo, viéndolo desde la práctica diaria, lo que también es cierto es que como profesionales que velamos por todas las personas que viven en esos centros, si tú estás protegiendo a X personas no puedes poner en riesgo la convivencia por dar atención a una persona que altere las normas, que si no sabes que se va a quedar positivamente fuera del sistema. Lo haces una vez, dos y a la tercera está fuera del sistema de ayudas y de atención. Y sabes que se queda fuera, pero ¿qué vas a hacer?*

Diálogo en un grupo de discusión

Se ha constatado también que, pese a su habitualidad, el perfil de las mujeres con varias problemáticas rebasa ampliamente la capacitación del personal que atiende los recursos de acogida:

45 Este tipo de apoyo solo lo proporcionan algunas instituciones, como la Diputación Foral de Bizkaia.

46 http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/folletos_violencia_mujeres/es_teleasis/adjuntos/2014_EMAKindark_EStx.pdf Página 12. En este folleto editado por el Gobierno Vasco se recoge información sobre recursos y ayudas públicas.

47 <https://www.boe.es/boe/dias/2011/10/07/pdfs/BOE-A-2011-15726.pdf>



- *El perfil de mujeres que nos llega es con estas problemáticas añadidas. Que en el fondo las estamos atendiendo... Toxicomanía, cuando estás conviviendo con otras mujeres, o sea, es un batiburrillo... ¿cómo manejas la adicción, recaídas? Y las hemos tenido, ¿eh? Aunque tengamos el criterio de: si tiene una enfermedad mental no, ahí estamos, atendemos lo que nos llega.*

Ante esta problemática, la institución del Ararteko advirtió en un informe que los colectivos de mujeres especialmente vulnerables, tales como las que tienen enfermedad mental o toxicomanía, “no encuentran acogida en los dispositivos habilitados para el alojamiento de víctimas de maltrato en el ámbito doméstico⁴⁸”. Recogiendo la propuesta de dicha institución, el Gobierno Vasco aprobó un decreto que preveía “la creación y puesta en funcionamiento de un centro de recuperación e integración social para mujeres que han sido víctimas de maltrato en el ámbito doméstico que cuente con medidas de protección social de alta intensidad, destinado a mujeres con necesidades especiales asociadas a problemática social múltiple, que determinen la conveniencia de un alto nivel de protección y especialización⁴⁹”. Sin embargo, a fecha de hoy este recurso no se ha creado todavía. Las personas profesionales que han participado en esta investigación tienen opiniones dispares respecto a esta iniciativa. Muchas de ellas apuestan más firmemente por la **adecuación de los diferentes recursos sociales y sanitarios a las necesidades de todas las mujeres**, ya que un centro específico profundizaría aún más en el estigma que rodea a la enfermedad mental, aunque también hay opiniones contrarias:



- *Por un lado me parece que podría ser favorable, y por otro lado me parece que esto a su vez es más estigmatizante si cabe para las personas con enfermedad mental. O sea, por un lado seguramente*

se da una asistencia más integral, más completa, más tal, pero por otro lado me parece un poco al final seguir promocionando ese aislamiento de la enfermedad mental y ese oscurantismo.

- *En lugar de tratarlo como un tema social más, como una necesidad más.*
- *Efectivamente, eso es, como una enfermedad más.*
- *Si hubiera una mejor gestión o una especialización dentro de los servicios que ya tenemos más normalizados, no haría falta. O sea, quiero decir, a veces duplicamos o triplicamos recursos cuando si se gestionara mejor, si se añadiera un perfil profesional...*
- *Eso es, eso es (...)*
- *Sí, claro, si se puede atender dentro del recurso. Es que hay un tipo de mujeres que tenemos todos en mente, con trastornos psicóticos y tal, y con problemas de inadaptación muy grave que es que en cualquier sitio no hay forma humana.*

Diálogo en un grupo de discusión



- *Hay casos que son muy, muy complicados y desbordan la capacidad de educadores y educadoras que están en pisos de acogida, o en pisos de inserción digamos normales, y es que a veces hacen falta recursos específicos.*

Para la psiquiatra Margarita Sáenz Herrero, sería preciso habilitar alojamientos específicos especialmente para las mujeres con drogadicciones, y también para las mujeres con EMG que tengan criaturas:



- *Sí, sobre todo para las mujeres con consumos. Cuando tengan muchos problemas, sí que es necesario más soporte, un recurso que sea más contenedor. Y son*

48 Informe: “Respuesta institucional a la violencia contra las mujeres en la CAPV” (2003).

49 Decreto 148/2007, de 11 de septiembre.

necesarios pisos para mujeres con enfermedad mental grave con criaturas, que dispongan de educadoras. Las asociaciones deberían reivindicar el acceso a los pisos y a los servicios públicos, pero en los pisos, si entienden que no cumplen los criterios les mandan al hospital psiquiátrico, y allí pueden estar 1 ó 2 días, pero luego no pueden volver al piso. Terminan en la calle.

Con todo, algunas profesionales apuntan que, en caso de habilitarse algún recurso de este tipo, debería huirse de la idea de agrupar a estas mujeres en un único centro:

“

- Yo sí que creo que cuando hay un grupo de personas con una problemática común, un colectivo, en un primer momento puede ser interesante un abordaje especializado para dar una respuesta a esa situación en concreto, pero yo creo más en un abordaje en el ámbito lo más normalizado posible, es decir, no creo en macrocentros, no creo en ese esquema de intervención. Cuando hablamos de un recurso específico podemos hablar de un piso, un piso con mujeres con problemas de violencia de género, con problemas de salud mental, donde se haga un trabajo intensivo.

Por su parte, las profesionales de estos recursos de acogida consideran que sus equipos profesionales no tienen el perfil necesario para proporcionar una atención adecuada a estas mujeres en los casos más difíciles:

“

- Hay veces que tienen que ser especializados. A mí me parece fenómeno que cuando están en tratamiento y estables se integren con el resto de personas, con otras problemáticas, la integración de todo el mundo normalizado, sin hacer ninguna exclusión, pero también entiendo que hay momentos en los que no es posible.

- Y que es mejor ofrecerles un servicio muy adecuado (...)
- Si allí ya entramos con que una persona esta inestable, o está en un brote psicótico o lo que fuera, dices, te sientes responsable de crear un sufrimiento a una persona que necesita tranquilidad, necesita estar bien, por hacerle convivir con alguien que tú sabes que está inestable, que necesita un tratamiento que no lo está recibiendo. No le puedo hacer ese daño.
- Y a sus hijos, y a sus hijas.
- O sea, que vosotras sois totalmente partidarias de que hubiera un recurso específico para los casos en los que es imposible que se puedan atender en estos servicios que son más generalistas.
- Tal y como están ahora las cosas, sí. O si no, que tuviéramos las herramientas suficientes para que en un momento de crisis pudiéramos actuar de alguna manera.

Diálogo de profesionales que gestionan un recurso de acogida

Una propuesta para mejorar la atención a las mujeres con enfermedad mental que están en los recursos de acogida es generar la figura de **psiquiatra** de referencia del recurso, a partir de un convenio entre la Red de Salud mental y las instituciones que gestionan los recursos de acogida. Esta práctica ya se puso en marcha con éxito en los pisos de acogida de Bilbao durante un tiempo:

“

- Yo lo único que sé que en algún momento ha hecho la Red de Salud mental es designar un sitio, una psiquiatra de un centro de salud mental para que atendiera a las mujeres que estaban en pisos de acogida de no sé dónde...
- De Bilbao, creo que era de Bilbao (...)

- *Muchas veces se encontraban con mujeres con patología mental grave, con adicciones graves, con situaciones de violencia, que estaban en los pisos de acogida, pero claro, cada una tenía un psiquiatra o una psiquiatra diferente y era complicadísimo hacerles entender cuál era la situación de esa mujer a lo hora de que les diera pautas de manejo. Porque si tú tienes alguien que es de referencia, que te resuelve bien las dudas, o que entra contigo al pormenor de las dificultades de convivencia, o de las dificultades de manejo, pues es más fácil. Entonces cuando tuvieron estaba bien. Porque tenían más facilidades de acceso, era siempre la misma persona para todas las mujeres del piso. Aparte de entender el problema de la mujer en concreto entendía el problema grupal, que también surge. Eso, cuando lo hubo, facilitaba un poco la tarea. Eso es lo que sé que en algún momento ha hecho la Red de Salud mental⁵⁰.*

Psiquiatra



- *La idea de la persona de referencia de Salud mental era que pudiera atender con criterio de preferencia a todas las mujeres con problemática de salud mental o con sospecha (...). La idea era hacer una valoración directa con esta persona de referencia, e incluso no atendía pero sí entraba a valorar a menores (...), de forma que si existía algún problema les derivaba al psiquiatra de menores. Entonces se trataba de centralizar la atención en esta persona, había una coordinación entre trabajadora social y psiquiatra, y es una acción positiva bastante importante.*

Técnica de violencia del Ayuntamiento de Bilbao

Desde Osakidetza, Maite Paino Ortuzar apuesta también por la existencia de recursos comunes para toda la población que enfrenta violencia con acompañamiento especializado de psiquiatras, excepto en los momentos concretos de descompensación, y cree que tras la estabilización, la mujer debería regresar a su piso nuevamente.

Precisamente, parece existir un gran consenso en la necesidad de una mayor implicación de Osakidetza, tanto dentro de sus propios recursos como en el trabajo en coordinación con otras instituciones:



- *¿Cuál es el problema? Que esa mujer no está en condiciones por su enfermedad mental, por su consumo, para mantenerse en el centro, para entrar en la intervención, para... Necesitamos que se nos apoye desde de Sanidad.*

Responsable de un servicio de atención a mujeres víctimas de violencia

La mejora en la atención que reciben las mujeres con enfermedad mental grave cuando están en una situación de violencia fue también abordada prolijamente en el grupo de discusión celebrado con personas responsables y técnicas en violencia. La mayoría de las informantes consideran que Osakidetza debe mejorar su implicación en la atención a estas mujeres, algo que requiere como paso previo incorporar la perspectiva de género en el ámbito de la salud⁵¹ -particularmente en la salud mental- y poner el foco en la problemática de la violencia cuando existe una enfermedad mental, para conseguir que afloren todos los casos de malos tratos ocultos. Para ello, sería preciso que todo el personal médico recibiera una formación adecuada, que debe comenzar en la Universidad y debe extenderse a las y los profesionales en activo. En la misma línea, una de las participantes propuso que se incluya en el decreto de cartera la introducción de la perspectiva de género en el ámbito de la salud, un objetivo que podría conseguirse haciendo presión desde los movimientos sociales. Según informó Maite Paino Ortuzar, que apuesta por su parte por la inclusión de la violencia de género en el contrato programa, el grupo de violencia de Osakidetza es consciente de los déficits existentes, por lo que se está creando un grupo específico para trabajar en Salud Mental, desde el cual se propone generar un protocolo específico de violencia. Además,

50 Esta iniciativa se desarrolló en el marco del Protocolo para la Detección y Coordinación en la Atención a Víctimas de Violencia de Género entre el Ámbito Sanitario y el Ayuntamiento de Bilbao, suscrito por ambas entidades en septiembre de 2010.

sugiere que en cada OSI de Salud Mental haya un servicio experto de acompañamiento:

“

- *En todas las OSIs debería haber un servicio experto (en violencia) de acompañamiento. Y que en aquellos casos en que el equipo no se siente experto o no sabe cómo manejar, que pudiera haber un asesoramiento o una supervisión. Eso me resultaría factible: que todas las OSIs tuvieran un dispositivo que pudiera acompañar en el día a día a los profesionales. Introducir expertos en los recursos que ya tenemos, tener referentes. Personas referentes en el acompañamiento clínico.*

Otra propuesta consiste en exigir al Gobierno vasco que defina el concepto de desprotección de personas adultas, ya que este riesgo se produce en muchos casos de enfermedad mental grave, máxime si existe violencia:

“

- *Si la ley reconoce unas contingencias determinadas, esas contingencias tienen que tener una cartera y alguien tiene que dedicarse a eso. Para saber adónde tenemos que ir a tocar la puerta. Entonces en Servicios sociales pues tendrá que haber una dirección que sea Dirección de Inclusión social, o exclusión social y desprotección. Y en Sanidad lo mismo, yo creo que tenemos que aprovechar el momento de cambio de políticos. (...) Si ya hay leyes, hay normas que ya recogen el derecho a la salud mental, o el derecho a la igualdad, o la Ley de Servicios sociales habla de desprotección, todo eso que quede claro quién va a llevarlo, con qué presupuesto y cómo lo va a desplegar.*

La utilización de los procedimientos de actuación

diseñados para los casos en los que existe riesgo de desprotección para identificar e intervenir en situaciones de enfermedad mental -en las que concurre o no violencia- ha sido corroborada en la práctica por la trabajadora social de los Servicios sociales de base del Ayuntamiento de Bilbao Itziar Azpeitia, entrevistada en el marco de la presente investigación:

“

- *Leyendo el procedimiento⁵², habla de personas adultas, fundamentalmente ancianas, que residen en su domicilio solas o que, cuando lo hacen con familiares, dicha relación puede agravar la situación de riesgo de desprotección. Digamos que el marco de trabajo está pensado sobre todo para personas mayores, en situación de auto-abandono con carácter general, etc. Sin embargo, yo cuando aplico este procedimiento empiezo a detectar situaciones de casos de desprotección y me doy cuenta que el resultado que obtengo son mujeres, por debajo de los 65 años, que han sido víctimas o sufren en la actualidad situaciones de violencia. (...) Son personas que no acuden a pedir ayuda a los Servicios Sociales. En algunos casos, tampoco a los Servicios de Salud, con lo que el sistema de detección de estos casos es especialmente complicado para las y los profesionales: a no ser que mostremos una actitud proactiva en estas situaciones, estos casos, finalmente, no son detectados.*

En opinión de Itziar Azpeitia, estos procedimientos de desprotección tendrían que adaptarse para intensificar la coordinación con los servicios que atienden a mujeres víctimas de violencia y/o de salud mental, al tiempo que deberían diseñarse herramientas para proporcionar una respuesta adecuada a las mujeres con enfermedad mental que sufren maltrato desde una perspectiva interseccional, es decir, atendiendo a las especificidades de cada mujer, tales como edad, cultura de origen, sistema de creencias, orientación sexual etc. Además, es importante y necesario ampliar

51 Como hemos señalado más arriba, este objetivo es compartido por la propia institución a nivel teórico, según se recoge en el documento Líneas estratégicas y planes de acción. Osakidetza, 2013-2016.

el marco de protección frente a la violencia, incluyendo no solo la que procede de la pareja o expareja, sino también de otras personas del núcleo de convivencia⁵³.

Desde las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental se viene reparando en el menor número de mujeres usuarias de sus recursos y servicios, en una proporción que, en términos generales, se sitúa en una mujer usuaria por cada dos hombres. Esta menor participación social podría incidir en que, a lo largo de su biografía, estas mujeres caigan en mayor medida en situaciones de aislamiento y desprotección. Si bien esta problemática excede los límites de este trabajo, sugerimos que desde los servicios públicos y desde las asociaciones se diseñen estrategias para fomentar la participación social de las mujeres con enfermedad mental desde los primeros momentos de la enfermedad, tal y como se está desarrollando por las asociaciones integradas en Fedefafes.

Los servicios sociales constituyen en muchas ocasiones la puerta de entrada de las mujeres con enfermedad mental al entramado de servicios públicos. Según la percepción de Itziar Azpeitia, alrededor de la mitad de las mujeres atendidas tienen en la actualidad algún problema de salud mental, que se presenta en una escala que abarca desde trastornos depresivos hasta trastornos mentales graves. En opinión de esta trabajadora social, la coordinación socio-sanitaria tiene mucho que mejorar en estas situaciones.

Dada la elevada prevalencia de violencia familiar y en la pareja que sufren las mujeres con enfermedad mental –recordemos que, según el estudio de González Aguado et al. (2013), una de cada dos mujeres con TMG que convive con su pareja o con familiares había sufrido violencia en los 12 meses anteriores, y tres de cada cuatro habían sido victimizadas en algún momento de su vida- resulta urgente protocolizar que se indague esta circunstancia sistemáticamente en las intervenciones de los servicios sociales. El papel de estos servicios resulta fundamental en la identificación y en el acompañamiento en los casos en los que la mujer no es consciente de estar sufriendo maltrato, debido

a que tiene normalizado un patrón relacional violento, algo bastante frecuente en mujeres mayores. En estos supuestos, no se puede realizar una derivación a un servicio de violencia especializado, por lo que el apoyo de la profesional de base puede ser el único que reciba la víctima.

En suma, el objetivo de las políticas públicas debería ser proporcionar una asistencia adecuada a la víctima desde cualquier servicio en el que sea atendida, tales como atención sanitaria primaria, red de salud mental, servicios sociales, o servicios especializados en violencia contra las mujeres. Ello solo es posible trabajando desde una perspectiva de género y proporcionando a todo el personal formación sobre violencia. Según buena parte de las y los profesionales que han participado en este trabajo, el reto sería realizar intervenciones individualizadas, ya que la variedad de situaciones vitales es tan amplia que difícilmente puede ser cubierta con una planificación estandarizada:

“

- Posiblemente aunque hagamos un diseño para mujeres con enfermedad mental no nos vale: no vale para algunas de la norma. Para muchas otras que también están en esa circunstancia no nos vale el recurso. Posiblemente la solución tiene que ser múltiple... Hará falta que los propios recursos de salud mental se preparen para trabajar con la violencia de género.

Otra de las claves que se apuntaron para aportar respuestas adecuadas y personalizadas a las necesidades de las mujeres –un modelo de atención individualizada- pasa por establecer equipos multidisciplinares que trabajen coordinadamente:

“

- El modelo estanco hay que romperlo, hay que establecer coordinaciones. Hay que establecer equipos multidisciplinares (...) y claro, ahí están las

52 El Ayuntamiento de Bilbao dispone de un Procedimiento de actuación de los servicios municipales antes situaciones de desprotección de adultos en el domicilio por autoabandono.

53 El II Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual así lo contempla.

personas, formación de las personas que están en cada uno de los departamentos, que eso es lo que haría posible que la atención fuera individualizada y de calidad allí donde fueras (...) Pero realmente tendría que haber coordinación con todos. Se están dando casos, pues se están dando, están las OSIs⁵⁴, está el GTI⁵⁵, estamos aquí, pero todavía falta mucho para trabajar ese modelo de coordinación.

- *Yo un poco en la misma línea que hablabais, que yo creo que tenemos que tender hacia una atención integral, y que no podemos tratar a una mujer primero con su problema de violencia y luego le paso a la psiquiatra con su problema de salud mental, a un problema global, una atención global, y no podemos estar en esos estancos, o sea, que la institución no responde a la realidad, y eso es una carencia de la institución y no carencia de las mujeres, de cómo nos vienen (...), sino que creo que hay responsabilidad de las instituciones, me da lo mismo qué departamentos, como institución general, de dar una atención general, dar una respuesta a las mujeres, y eso se puede hacer si trabajamos conjuntamente.*

En esta misma línea de flexibilizar los recursos y prepararlos para que puedan atender situaciones de violencia de manera individualizada, también se propuso en el grupo de discusión con personas responsables y técnicas en violencia que en algunos recursos residenciales para personas con enfermedad mental, o para personas mayores, se habiliten plazas para atender casos de violencia machista. En estos supuestos, una buena atención exigiría que estos recursos tuvieran personal con formación suficiente para apoyar a esas mujeres en su proceso de superación de la violencia.

En general, existe bastante consenso entre las personas responsables y técnicas en violencia en que los recursos de acogida para víctimas de violencia pueden atender a mujeres con enfermedad mental siempre y cuando ellas estén estabilizadas y se trabaje en coordinación con la Red de Salud mental. Son, sin embargo, los casos en los que no existe un diagnóstico, o la mujer no toma la medicación prescrita, cuando habría que adoptar una

respuesta más compleja. Resumiendo, algunas de las posibilidades que se apuntan son:

- » Habilitar un recurso específico con un equipo especializado multidisciplinar.
- » Que cada OSI (organización sanitaria integrada que trabaja en coordinación con los servicios sociales de otras instituciones)⁵⁶ tenga un espacio para atender estos casos y que la trabajadora social que lleve el caso de violencia coordine la actuación.
- » Dotar a diferentes recursos sociales residenciales de personal con formación para atender situaciones de violencia en mujeres con enfermedad mental grave.

En general, para avanzar hacia una atención integral e individualizada se proponen las pautas siguientes:

- » Generar y reforzar las estructuras de coordinación interinstitucional.
- » Trabajar en equipos multidisciplinarios.
- » Mejorar la implicación de Osakidetza.
- » Protocolizar que siempre que se detecte un caso de violencia en el sistema sanitario se ponga en conocimiento del servicio competente en violencia.
- » Introducir la perspectiva de género de forma transversal en los servicios públicos y mejorar la formación.
- » Incluir la salud mental en el III Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención de mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual.
- » Realizar protocolos locales en los que participe la Red de salud mental⁵⁷ e incluir en ellos a las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental.
- » Adaptar los servicios de violencia para que trabajen desde una perspectiva interseccional.
- » Introducir cláusulas para que las entidades que contraten con la administración pública tengan

54 Organizaciones sanitarias integradas.

55 Grupo de trabajo interinstitucional sobre violencia contra las mujeres.

56 <http://www.irekia.euskadi.eus/es/news/17704-osakidetza-crea-tres-nuevas-organizaciones-sanitarias-integradas-osi-bizkaia>

formación en atención a violencia machista.

- » Establecer vínculos entre las instituciones y las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental y con otros movimientos sociales para mejorar la detección y la derivación de casos de violencia.

Por otro lado, otro servicio clave para cualquier mujer que ha sufrido violencia, máxime si tiene además una enfermedad mental, es la **atención psicológica especializada**. Sin embargo, los servicios públicos existentes, dependientes de diputaciones y ayuntamientos, no tienen un perfil profesional adecuado a las necesidades de este colectivo, por lo que muchas veces estas mujeres se quedan sin recibir atención:

“

- » *La psicóloga que lleva el tema se encuentra con una persona con retraso intelectual y una persona con trastorno mental, que no es el perfil adecuado para ese tipo de servicio.*

“

- *Para gente que es más compleja, se queda corto. Se quedan en territorio comanche.*
- *Se quedan sin atención, finalmente.*
- *Pues le tienen que atender el doble que a otra, porque otra es una mujer fuerte.*

Psiquiatra

En este campo, **las asociaciones que trabajan con personas con enfermedad mental deberían reivindicar también la adecuación de los servicios públicos a las necesidades de todas las personas.**

Aunque ese debería ser el horizonte a medio y largo plazo, en este momento, y de forma complementaria, podría **estudiarse la creación de un servicio específico de atención psicológica especializado en violencia en las asociaciones**, ya que podría suponer un avance en la respuesta que reciben las mujeres:

“

- *Otra posibilidad es que desde las propias asociaciones crearan un servicio de atención psicológica especializado.*
- *Eso podría estar bien, está bien que las asociaciones vean una parte. Pero los recursos públicos deberían estar disponibles para cualquier usuaria, ya tenga una enfermedad mental u otra circunstancia (...) Que contraten a más psicólogos, más psiquiatras. Gente sensibilizada o formada.*

Según se ha puesto de manifiesto, una atención adecuada en los recursos públicos es fundamental en la evolución de la enfermedad mental de la víctima:

“

- *En nuestro caso hemos tenido procesos en los que ha habido hijas dependientes de una mujer, que las dos han sufrido violencia de género por el padre y tal, y entrar en el centro, la chavala vino con un brote, había tenido un brote, (...) y durante el proceso que estuvo, bueno, la chavala mejoró un montón, se normalizó un montón.*
- *Es importante trabajar con ellas el tema de la culpa y esto puede resultar beneficioso terapéuticamente. Es importante que la gente que contraten en los servicios de atención psicológica tenga formación (sobre enfermedad mental).*

Psiquiatra

Además, es preciso que las y los psiquiatras de la

57 Una buena práctica que puede consultarse es el protocolo de Llodio: http://www.laudio.eus/doc/igualdad/Protocolo_atencion_mujeres_victimas_violencia_genero.pdf

Red de Salud mental adquieran formación sobre violencia contra las mujeres y trabajen desde una perspectiva de género, de forma que puedan indagar sistemáticamente en su atención si sus pacientes han vivido en algún momento de su trayectoria vital violencia física, psicológica o sexual, y sean capaces de proporcionarles un acompañamiento adecuado, un terreno en el que queda un gran trabajo por hacer:

“

- *Yo voy a meterme con Sanidad. No es que no lo reconozca, es que está en contra (...). Es increíble, y más aún en psiquiatría: mandar a una paciente con el diagnóstico de presunción de violencia y el psiquiatra cambiar el diagnóstico, o sea, hasta ese punto. No se quiere ver, es el problema de las gafas lila.*

Profesional de la Sanidad

Una buena práctica que puede citarse en este aspecto es la experiencia desarrollada en el municipio de Llodio, en el que desde el ambulatorio de atención primaria se derivan los casos de violencia detectados directamente al Área de Igualdad del Ayuntamiento (en lugar de hacerlo al Centro de Salud mental), donde se valoran las derivaciones necesarias. Así, en caso de que la mujer precise un apoyo psicológico, el Área la deriva directamente a Zutitu⁵⁸, donde a su vez pueden hacer una derivación a Salud mental si se considera necesario. Además, también se ha desarrollado una iniciativa que permite compartir datos entre distintas administraciones:

“

- *Cada vez que se detecta un caso nuevo, si la mujer que hemos atendido está dispuesta a firmar un consentimiento para que la información que tenemos la podamos compartir con su médico de familia o de cabecera, una vez cada 15 días o una vez al mes, los casos que tenemos detectados con este consentimiento, a través de un programa de esos*

encriptado, mandamos los datos a la jefa de la unidad del ambulatorio y ella a su vez informa a su médico de cabecera de que esta mujer está viviendo una situación de violencia de género, con lo cual eso les da pie a entrar más fácilmente, a abordar el tema con su médico de cabecera.

Como colofón a este punto, cabe concluir que el objetivo general sería **que todas las mujeres con enfermedad mental recibieran una respuesta adecuada a su problema de violencia en todos los servicios públicos que las atienden, algo que requiere necesariamente una mejora de la formación y de la coordinación de las y los profesionales:**

“

- *Que cualquier educador o educadora lo tenga en mente y esté formado (en enfermedad mental), y que los psiquiatras también estén formados (en violencia), porque hay cosas que se podrían abordar sin llegar a esos guetos siempre y cuando el personal tenga la formación que hace falta. Y luego ya hay casos determinados en los que hacen falta espacios muy concretos.*
- *Sí, que puede tener un recurso especializado y luego compartir con la población general otro recurso (...)*
- *En la atención psicológica, con una coordinación con los servicios sociales y con los centros de salud mental, nosotros podemos trabajar.*

Diálogo en un grupo de discusión con profesionales

4.7. ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

⁵⁸ Zutitu es la empresa que desarrolla en el País Vasco muchos de los programas de atención psicológica especializada para mujeres víctimas de violencia. <http://zutitu.com/es/home.aspx>

El 81% de las mujeres en general que han sufrido violencia se lo han contado a alguna persona cercana, que en la inmensa mayoría de los casos era otra mujer de su familia o bien una amiga, mientras que el porcentaje de las que han acudido algún servicio de ayuda desciende hasta el 52%⁵⁹. Por tanto, la cercanía personal es el principal factor que entra en juego a la hora de que la víctima decida relatar su situación a otra persona, una baza que pueden aprovechar las asociaciones que trabajan con personas con enfermedad mental. Sin embargo, hasta el momento no es un tema que, en general, se aborde sistemáticamente:



- *Yo creo que las asociaciones jugamos con la cercanía de las personas. Las vemos diariamente, durante muchas horas (...) y eso hace que la persona se te acerque a ti y si tiene un problema te lo cuente (...)*
- *¿El tema de la violencia se aborda habitualmente con las mujeres, o es un tema que habitualmente no se trata?*
- *Hombre, no, no es un tema que se trate constantemente, no.*

La percepción generalizada de las profesionales de las asociaciones que han participado en esta investigación es que es necesario realizar un proceso de visibilización, normalización y capacitación sobre violencia:



- *Identificar exactamente qué es violencia, que no, yo creo que hace falta formación y hace falta que los profesionales se preparen.*
- *Yo creo que ahí hay una laguna grande.*
- *Formación e información, también.*
- *Sí, también. Yo lo que veo en mi institución, no mucha*

gente sabría identificar, aunque lo tuviera delante.

- *(...) que se trabaje con las mujeres, que se aborde, que esté normalizado respecto a la visibilidad.*
- *Tendría que ser algo que surgiera el tema para poderlo trabajar. Porque tú al final tiras de los recursos que tienes. Yo creo que sí, que falta mucho. Visibilizarlo y normalizarlo. El hecho de que se dé por hecho que ocurre, que pasa y que forma parte de nuestra realidad, de nuestro día a día.*

Para avanzar en esta línea, puede servir como buena práctica la experiencia de Avifes, que organiza grupos exclusivamente de mujeres que permiten la existencia de un espacio de iguales donde se pueden abordar tanto la violencia como otras cuestiones:



- *Son grupos de mujeres en los que hay de todo, hay mujeres que sabemos pero que nunca han contado y hay mujeres que han contado, otras que no, pero al final lo que se trabaja con ellas es que tengan presente, que tengan síntomas de alarma (...) Por lo menos que sepan que en un momento dado pueden dar la voz de alarma (...) Nos dicen: yo esto en el espacio normal no lo puedo hablar. Igual no se trabaja nada respecto a la violencia, pero tienes un espacio.*

Como se ha señalado ya, una de las barreras que pueden frenar a las personas profesionales a la hora de abordar el problema de la violencia es el miedo a no saber cómo actuar tras la detección. En este punto, la existencia de **protocolos claros de derivación**, trabajados conjuntamente entre las asociaciones y los recursos públicos, puede resultar de gran ayuda:



- *¿Podría ayudar que hubiera protocolos de derivación, a la hora de tener claro qué hacer si se detecta?*
- *Sí.*

⁵⁹ Macroencuesta de violencia contra la mujer de 2015.

- *Protocolizar la actuación en casos de violencia y visibilizar. Cuanto más tangible se hace, mejor. En el momento en que se protocoliza y se hace tangible, se visibiliza, se pautan unas directrices... y si no, sigue quedando en el aire. Sí, todos sabemos, todos sabemos, pero no hay nadie que diga esto se hace así. Queda a la labor de cada profesional, que haga o que no haga, pero no tiene unas directrices comunes para todos. Entiendo que no es labor de las asociaciones profundizar en ese tema, porque igual no tienen los recursos necesarios como para abordarlo, pero si no existen los recursos necesarios habrá que hacer un protocolo de derivación para que quien los tenga actúe.*

Psicóloga de Fedefes

En este sentido, Maite Paino Ortuzar, del grupo de violencia de Osakidetza, considera que los espacios de trabajo sociosanitario que se están impulsando desde las OSIs podrían posibilitar la participación de las asociaciones en el diseño y seguimiento de los protocolos:



- *Se está haciendo un trabajo de cómo hacer que las personas pacientes participen, familiares, entornos, sobre todo en diseño de gestión. Estamos en una fase un poco incipiente. Yo no tengo ninguna duda que en lo que sería el diseño del protocolo, la discusión y tal, podría haber asociaciones que participaran. Y luego, cómo disponer que en toda la continuidad del sistema participen, es más difícil de establecer en este momento, pero seguramente hay experiencias ya en Oñati y otras: los jefes de unidad de atención primaria, cuando hacen el balance cuatrimestral trabajan con ciudadanía y algunas asociaciones, donde ven resultados y recogen otra vez líneas de trabajo que incorporan a sus planes. Perfectamente se podrían establecer temas de este tipo con las OSIs (de Salud Mental) de Bizkaia, o Álava o Gipuzkoa.*

Muchas profesionales que han participado en esta investigación consideran que el trabajo conjunto de

los servicios que prestan atención a las situaciones de violencia y del ámbito asociativo puede ser una forma de mejorar la detección de casos de violencia:



- *Las asociaciones tienen una capacidad para atender la diversidad superinteresante para la administración pública. (...) Las asociaciones recogen especificidades que a lo mejor a la administración pública se le escapa. Y la historia a lo mejor es fortalecer esa relación teniendo en cuenta a quién le corresponde qué.*

En este sentido, cabe destacar la experiencia de la Red de agentes de apoyo social Tartekari Sarea⁶⁰ del Departamento de Acción social de la Diputación Foral de Bizkaia, un programa que se inició en el año 2012 en el marco del cual se subvenciona a colectivos que desempeñan labores de apoyo y acompañamiento a mujeres en situación de maltrato. Por su parte, el Ayuntamiento de Bilbao también trabaja con las asociaciones en la detección de casos de violencia, si bien en estos y otros casos el reto sería incluir a las organizaciones del ámbito de la salud mental:



- *Programas de estrategias de detección tenemos también, (...) en lugar de centralizarlo, a día de hoy lo que hacemos es acercarnos a las asociaciones, reuniones, presentar el programa, presentar el proyecto, y de ahí nos ha venido bastante (casos de violencia).*

Otro papel fundamental que deben jugar las asociaciones de personas con enfermedad mental es el de la incidencia política, algo clave para que esta problemática se introduzca en la agenda política:

- *También es cierto que desde las asociaciones se puede hacer muchísima fuerza, intentar visibilizar*

mucho más.

- *El papel de las asociaciones es muy importante. Los técnicos también tenemos que hacer, pero las asociaciones tienen que presionar en todos los sentidos”.*
- *Los movimientos sociales son siempre una palanca de movimiento. (...) La presión social es fundamental.*

Personas responsables y técnicas en violencia en un grupo de discusión

4.8. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Una de las principales necesidades que se han identificado en esta investigación es la mejora de la coordinación entre las diferentes instituciones y entidades que trabajan en el ámbito de la salud mental y de la violencia machista, algo imprescindible para proporcionar una respuesta personalizada y adaptada a cada situación:

- *Sí que estoy de acuerdo en que hay muy poca coordinación en lo es los psiquiatras, los centros de salud mental (...) Me parece muy importante sobre todo lo que es el tema de la coordinación.*
- *Da la sensación de que hay pocos espacios en común entre Salud mental y los recursos de violencia donde se puedan abordar estos temas. Con la creación de espacios en común donde se puedan abordar estas cuestiones creo que se puede retroalimentar: la gente de violencia, que igual no tiene por qué saber sobre enfermedad mental, y al revés, la gente de enfermedad mental no tiene por qué saber (de violencia), pero que ahí se puedan generar espacios interesantes de debate y de ver cómo podemos mejorar la atención, porque la atención al final es responsabilidad de todo el mundo.*
- *Superimportante generar estructuras donde podamos hablar de esto, para ver qué casos nos estamos encontrando. (...) Tenemos que trabajar toda la*

administración pública conjuntamente mucho más integrada, cada una desde su lado y eso coordinado.

Personas responsables y técnicas en violencia en un grupo de discusión

La ausencia de una coordinación adecuada puede provocar desatención en las mujeres que la necesitan:

“

- *Al final la coordinación entre equipos y entre profesiones es súper importante (...) Yo me quedo tranquila porque he llamado al psiquiatra, es una forma de hablar, ¿eh? Y digo: pues yo ya he hecho lo que tenía que hacer, me quito esa responsabilidad, y seguro que es el psiquiatra quien toma cartas en el asunto. El psiquiatra llama a servicios sociales porque piensa que es un tema que no le corresponde... Y así, como que la cosa se alarga en el tiempo y nos quedamos tranquilos porque pensamos que hemos hecho todo lo que teníamos que hacer...*

Otro problema que genera la falta de coordinación es que podría estar provocando que algunas personas profesionales prefieran no abordar un caso del que puedan tener sospecha ante la ausencia de circuitos claros de actuación, sobre todo en supuestos de violencia no tan graves, según apunta desde Osakidetza Maite Paino Ortuzar:

“

- *Yo intuyo también que hay mucho... a veces no se llega a verbalizar del todo, pero me parece que está detrás: la gente tiene miedo de ponerlo encima de la mesa porque dice: “¿Yo con esto qué hago?” Y cuando está muy claro el canal, una violencia extrema con un riesgo alto, yo creo que la gente no se echa para atrás, se gestiona y se pone en contacto. Los canales de la Ertzaintza y demás son más claros, o los sociales. Pero cuando está en esa situación intermedia, que no sabes muy bien, a mí*

me da la sensación... Seguramente hay municipios que tienen protocolos importantes y bien trabajados, y ahí el profesional se siente más protegido. Pero me da también la sensación de que a veces no se abre la caja de Pandora porque no se sabe cómo vehicular una situación complicada.

Para paliar este problema, Maite Paino Ortuzar apunta que debe trabajarse en la realización de protocolos tanto de ámbito autonómico como local, recogiendo las buenas prácticas que ya existen en muchos municipios, y deben reforzarse los equipos de atención primaria sociosanitaria, que tendrían que abordar los casos detectados en sesiones periódicas, incorporando a las personas profesionales de la Red de Salud mental cuando fuera necesario.

Pese a la importancia de la coordinación, las personas participantes en esta investigación consideran que se ha avanzado poco en este terreno:



- ¿Qué os parece que habría que hacer para mejorar ese trabajo entre instituciones?
- Conocerse. (Risas)
- Porque no estamos conectados.
- Fomentar las verdaderas redes sociales.
- Sí.
- Y que luego dentro de la asociación tenga acceso... por ejemplo grupos de debate, que luego eso se traslade al equipo con el que se está trabajando (...)
- Y hacer una reunión de estas cada cierto tiempo, para que nos pongamos cara. Porque si yo te llamo a ti y tú me llamas a mí para decir: "Mira, que tengo una persona", ya pones cara, ya sabes, ya te implicas más, ¿no? El acercamiento es diferente, más rápido, más fluido

Diálogo en un grupo de discusión con profesionales

En este momento, la coordinación parece dejarse al albur de la voluntad de cada profesional, sin que exista una continuidad. Algunas de las soluciones que se apuntan pasan por la **creación de un espacio común socio-sanitario en el que participe la red de salud mental, los servicios públicos que atienden situaciones de violencia y las asociaciones:**



- *Ahora la coordinación depende un poco de la voluntad de cada una. Que tú quieras llamar y que si tú llamas te quieran contestar. No sé cómo ni quién, pero que se organizaran encuentros, no sé si igual mensuales o cómo, depende de las agendas de todo el mundo, pero a mí el poner cara, decir: te ubico, te ubico en el centro de salud mental, o en una empresa, o en una asociación.*
- *A mí me parece también que eso depende de la buena voluntad y lo hace gente, aquí te pilla y a aquí te mato, es un poco así, nunca tienes la sensación de que hay una continuidad...*
- *Eso es, hay una ruptura.*
- *Si hay una reunión cada x de todo el espacio socio-sanitario, debía ser, te sientas con todos los casos con los que tú trabajas. Tendría que ser algo que estuviese ya estructurado*
- *Debería hacer sesiones conjuntas para presentar casos en común, encuentros, formación, jornadas conjuntas.*

En el grupo de discusión con personas responsables y técnicas en violencia también se insistió en que la coordinación no debe limitarse al nivel de responsables de equipos, sino que debe existir también en el nivel de la intervención:



- *Tiene que haber coordinación a diferentes niveles, pero en el día a día y en la intervención directa funciona mucho el nivel básico, el local, el horizontal,*

para la atención.

- *Al final lo que funciona es identificar la persona que va a atender.*
- *Lo que nos funciona es eso. En las reuniones identificamos al trabajador social del hospital, del ambulatorio, al de urgencias, al de tal (...). Que la gente que toma las decisiones ponga en contacto a la gente que está en el día a día.*

También se ha detectado en esta investigación la necesidad de mejorar la coordinación entre los servicios sociales de base y la Red de Salud mental, incluso con las propias trabajadoras sociales de dicha red:

“

- *Nosotras tenemos muchas dificultades en la coordinación con Osakidetza, tanto a nivel de atención primaria como a nivel de salud mental (...). Claro que se está pensando en un procedimiento de coordinación sociosanitaria, pero hoy tenemos las mismas dificultades.*

Respecto a este punto, en el grupo de discusión mencionado se apuntaron varias propuestas que pueden servir para mejorar la coordinación interinstitucional:

- » Incluir la violencia contra las mujeres con enfermedad mental en las comisiones y los acuerdos sociosanitarios.
- » Incluir la violencia contra las mujeres con enfermedad mental en las OSIs.
- » Realizar protocolos interinstitucionales tanto a nivel autonómico como local en los que se incluya a la Red de salud mental.
- » Incluir la mejora en la atención a mujeres con enfermedad mental en la agenda del III acuerdo interinstitucional.
- » Incluir a la Universidad del País Vasco en el III acuerdo interinstitucional.

Desde el ámbito asociativo también se apunta la necesidad de incluir a las asociaciones de personas

con enfermedad mental en los grupos de coordinación interinstitucional y en los protocolos interinstitucionales:

“

- *La coordinación entre el ámbito sociosanitario no es tal como se vende. Ya vemos, (en los protocolos participa) el ambulatorio, la Ertzaintza y el ayuntamiento, todos son organismos públicos. El nivel asociativo, el nivel social queda fuera. Y todos sabemos que el tejido asociativo en Euskadi es enorme.*

4.9. PREVENCIÓN

El último aspecto que hemos indagado en esta investigación son las **medidas preventivas que pueden tomarse en relación específicamente al colectivo de mujeres con enfermedad mental**. Si bien es cierto que es fundamental hacer un trabajo estructural de visibilización y prevención de todas las violencias machistas, también debe trabajarse expresamente en el empoderamiento de las mujeres con enfermedad mental para que comprendan el carácter sistémico, y no individual, del problema:

“

- *Yo creo que una forma básica es que ella entienda que eso que le sucede, que ella piensa que es culpa suya y que la sociedad también le culpa, que entienda que le pasa porque es mujer. Y que se pueda hablar de eso desde esa perspectiva y que haya recursos y apoyos para salir de ahí (...)*
- *Eso desde luego pasa por abordar la problemática de la violencia con ellas. Por visibilizarla y trabajarla.*
- *Un espacio muy importante son los grupos de mujeres.*
- *Sin que sea un grupo específico.*
- *Grupos de empoderamiento. Que aunque no se trabaje específicamente la violencia, sale muchas veces.*

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. CONCLUSIONES

5.1.1. Sobre la violencia contra las mujeres en general

- » **La violencia es un hecho muy frecuente en la vida de las mujeres:** una de cada tres europeas ha sufrido violencia física o sexual procedente de cualquier persona, mientras que el 43% han vivido violencia psicológica dentro de la pareja. Siete de cada 10 mujeres en el mundo sufrirán violencia física o sexual en algún momento de su vida.
- » La violencia contra las mujeres no solo comprende la ejercida en el seno de la pareja o expareja, sino también la que se produce en el ámbito familiar, así como la violencia sexual. Las instituciones vascas atienden a las mujeres que sufren estos tres tipos de situaciones⁶¹.
- » Cualquier mujer puede vivir una situación de violencia en algún momento de su vida.
- » La gravedad, extensión y consecuencias de la violencia contra las mujeres ha provocado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considerara, en el año 2005, como un **problema mundial de salud pública**.

5.1.2. Sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental

- » 3 de cada 4 mujeres con enfermedad mental grave han sufrido en algún momento de su vida violencia en el ámbito familiar o de la pareja.
- » 1 de cada 3 mujeres con EMG ha vivido violencia física en la familia y 1 de cada 2 entre las que han estado emparejadas han sufrido violencia física por parte de la pareja. Estas prevalencias multiplican por

5 las observadas en la población femenina general.

- » La gravedad del fenómeno de la violencia contra **las mujeres con enfermedad mental** corre pareja, paradójicamente, a su **invisibilidad social**:
 - Hay **escasez de estudios**
 - Es una problemática **excluida de la agenda política a todos los niveles**.

Datos sobre la violencia en la pareja contra las mujeres con enfermedad mental:

- » Alrededor del 80% de las mujeres con enfermedad mental grave que han estado en pareja han sufrido violencia psicológica, física o sexual en algún momento de su vida adulta.
- » **El riesgo de sufrir violencia** por parte de la pareja o expareja **se multiplica entre 2 y 4 veces cuando se tiene una enfermedad mental grave**.
- » Alrededor del 50% de las mujeres con enfermedad mental grave que han estado en pareja han sufrido violencia física en algún momento de su vida adulta.
- » Alrededor del 40% de las que han estado emparejadas han sufrido violencia sexual en la pareja.
- » El 42% de las mujeres con enfermedad mental grave que están viviendo violencia en la pareja no la identifican como tal.
- » En más de la mitad de las ocasiones, no se lo han contado a su psiquiatra ni han adoptado ninguna otra medida.

61 En base al acuerdo interinstitucional vigente en la Comunidad Autónoma de Euskadi, los servicios públicos atienden tanto los casos de violencia producidos tanto en el ámbito de la pareja como en el familiar, así como la violencia sexual. http://www.bizkaia.net/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/pdf/dokumentuak/II_interinstitucional_c.pdf

Causas del incremento de la vulnerabilidad frente a la violencia de las mujeres con enfermedad mental:

A) Sociales y estructurales:

- El estigma de la enfermedad mental, que provoca soledad y aislamiento.
- La menor credibilidad que se concede a su relato.
- La habitual ausencia de empleo y recursos económicos.
- La inadecuación de los servicios públicos a sus necesidades.

B) Personales:

- La falta de recursos propios para defenderse.
- La carencia de autonomía y la dependencia de otras personas.
- La menor autoestima y el sentimiento de baja capacidad para enfrentarse a la vida en solitario.
- Las mayores dificultades para establecer una pareja, que pueden generar relaciones muy desiguales.
- La superior tendencia a justificar las relaciones abusivas hacia ellas, debido al sentimiento de poca valía que suele generar la enfermedad mental.

Factores que disminuyen el riesgo de violencia:

- » Tener una red social.
- » Tener apoyo familiar.
- » Tener un empleo y no estar en la pobreza.
- » Incorporar la perspectiva de género en la intervención, trabajando en el empoderamiento de las mujeres.

Vinculaciones entre la violencia y la enfermedad mental grave:

» Por un lado, muchas mujeres que tienen una enfermedad mental grave sufrieron previamente, por ejemplo en la infancia, violencia sexual o/y familiar. La violencia sufrida puede incidir, junto con otros factores, en que se desencadene una enfermedad mental grave:

- Cada vez hay más evidencia científica de la asociación de los trastornos de la personalidad con abusos y otros eventos traumáticos en la infancia.
- Muchas depresiones tienen como origen una situación de violencia.
- El 26% de las mujeres con EMG han sufrido violencia sexual en la infancia, un porcentaje que disminuye hasta el 3,5% para la media de las mujeres.

» Por otro lado, ser víctima de violencia acarrea graves consecuencias para la salud mental, como el empeoramiento de la sintomatología de una enfermedad mental previa.

Situaciones que incrementan el riesgo de sufrir violencia:

- » El **empeoramiento** de la sintomatología de la enfermedad mental.
- » Algunos diagnósticos:
 - Trastorno de la personalidad
 - Adicciones
 - Esquizofrenia
 - En ocasiones, las fases maníacas en un trastorno bipolar.
 - Un diagnóstico grave frente a los menos graves.
 - El embarazo

- El hecho de haber vivido agresiones en la infancia o haber sido testigo de la violencia del padre hacia la madre.

Barreras que existen para que las mujeres con enfermedad mental salgan de la violencia:

- » La **culpa y la vergüenza**, que les dificultan verbalizar su situación.
- » La minimización o la justificación del comportamiento del agresor.
- » La falta de credibilidad que se concede a su relato cuando verbalizan una situación de violencia.
- » El juicio que reciben cuando verbalizan, que tiende a culpabilizarlas de la violencia que sufren.
- » El miedo de las y los profesionales que les atienden a abordar esta temática, motivado en ocasiones por el mito -totalmente infundado- de que preguntar a la mujer puede provocar que se descompense.
- » El miedo de las y los profesionales a no saber cómo actuar.

Propuestas que pueden ayudar a las mujeres con enfermedad mental a superar una situación de violencia actual o pasada:

- » Una **asistencia psicológica especializada en violencia contra las mujeres**
 - Este tipo de asistencia es el que prefieren las propias víctimas.
 - Además, recibir una atención psicológica adecuada que aborde la violencia vivida **desde un enfoque de género** incide favorablemente en la propia enfermedad mental.

5.1.3. Sobre el trabajo que realizan las asociaciones de personas con enfermedad mental respecto a la violencia

- » Es necesario visibilizar más la problemática de la violencia contra las mujeres con enfermedad mental y abordarla sistemáticamente con las mujeres.
- » Las personas profesionales necesitan más formación e información sobre violencia en la pareja, violencia intrafamiliar y violencia sexual, así como sobre conocimiento de los recursos públicos existentes.
- » Los espacios sólo para mujeres de las asociaciones pueden resultar eficaces para tratar de avanzar en la normalización del tema de la violencia, además de tratar otras cuestiones relacionadas con el empoderamiento.
- » Se ha creado un Área de igualdad de la mujer de Fedeaefes, integrada también por mujeres con enfermedad mental, que tiene una función reivindicativa y de propuestas de acciones para fomentar la igualdad y visibilizar la violencia, y que ha sido la promotora de este estudio y de otras acciones de visibilización de la violencia en los diferentes ámbitos.

5.1.4. Sobre el trabajo que realizan los servicios públicos respecto a la violencia contra las mujeres con enfermedad mental

Servicios públicos existentes para la atención a situaciones de violencia contra las mujeres:

- » La mayoría se gestionan desde los servicios sociales o bien desde los servicios de igualdad, dependiendo de las diferentes instituciones.
- » Atienden casos de violencia en la pareja, intrafamiliar y sexual.
- » Existen recursos de acogida, servicios de atención

jurídica y psicológica, y servicios de inserción socio-laboral, entre otros.

» Servicio permanente de atención telefónica del Gobierno Vasco: 900 840 111.

» **No es necesario haber interpuesto previamente una denuncia** para acceder a los recursos.

Necesidades detectadas en la identificación de situaciones de violencia contra las mujeres con enfermedad mental:

» Los servicios sociales de base no disponen de herramientas adecuadas para la identificación.

» En general, los servicios sociales no trabajan desde una perspectiva de género.

» En la red Primaria de salud y en la Red de Salud mental no se indaga sistemáticamente.

» La mayoría de los casos de violencia que sufren las mujeres con enfermedad mental no se detectan en el sistema público de salud, y especialmente en la Red de Salud mental.

» Existe confusión entre la violencia en la pareja - violencia de género, según la *Ley Integral*- y la violencia intrafamiliar.

Necesidades detectadas en la atención a las mujeres con enfermedad mental:

» Los servicios públicos de **atención psicológica** para mujeres que han sufrido violencia no tienen personal preparado para atender a mujeres con enfermedad mental grave.

» Los **recursos de acogida** no están preparados para atender las necesidades de las mujeres con enfermedad mental, sobre todo en las etapas de descompensación.

» Pese a ello, el número de mujeres con enfermedad mental de diferente gravedad que acceden a los centros de protección es muy elevado, si bien muchas de ellas **son expulsadas del recurso al no**

cumplir las normas de convivencia exigidas.

Necesidades detectadas en la coordinación interinstitucional:

» **No existen instrumentos de coordinación** estables entre la Red de Salud mental, la Atención primaria y los servicios que atienden a mujeres en situación de violencia, y tampoco con las asociaciones.

» La coordinación entre los servicios sociales y la Red de Salud mental es insuficiente.

5.2. RECOMENDACIONES

5.2.1. Dirigidas a las asociaciones

En el trabajo con las mujeres y los hombres:

» **Indagar sistemáticamente si las mujeres están viviendo una situación de violencia** (en la pareja, intrafamiliar o sexual) o la han vivido en el pasado. Para ello:

- Visibilizar en los espacios de las asociaciones la enorme magnitud social del problema de la violencia contra las mujeres.

- Hablar habitualmente con normalidad de este tema.

- Crear espacios adecuados -con una periodicidad semanal o quincenal- para detectar casos de violencia, que permitan un acercamiento a la mujer desde la igualdad y sin juicios, procurando que ella sienta que está en un espacio seguro y confidencial.

- Hablar con las mujeres a solas.

- Abordar el tema de la violencia abiertamente, partiendo de preguntas indirectas y generales. La mujer debe percibir que la persona profesional es una aliada suya.

» **Indicios que pueden alertar:**

- Cambios emocionales sin motivo aparente:

periodos de tristeza o labilidad emocional alternados con otros de alegría, que pueden estar relacionados con el ciclo de la violencia.

- Cambios frecuentes en la sintomatología sin factores desencadenantes claros.
- Incoherencias en el relato.

» **Si se detecta un caso de violencia:**

- Decir a la mujer que lo que está viviendo es muy frecuente, que es injusto, que ella no tiene la culpa y que no ha hecho nada para merecerlo.
- Decirle que no tiene por qué denunciar. Que tiene derecho a recibir ayuda y que se le va ayudar a salir de su situación respetando sus decisiones y su ritmo.
- Creer siempre el relato de la mujer. No ponerlo en duda ni emitir juicios. Si existen dudas, contrastarlas entre un equipo profesional.
- Trabajar conjuntamente con los servicios de igualdad o los servicios sociales competentes.

» **Empoderamiento de las mujeres y prevención y sensibilización sobre violencia:**

- Trabajar en el empoderamiento de las mujeres para que puedan identificar y poner fin a las relaciones violentas, y para que sitúen las agresiones vividas, y la violencia contra las mujeres en general, en el contexto de una sociedad machista. Realizar talleres en los que participen solo mujeres.
- Crear grupos de mujeres que trabajen en su empoderamiento general desde un enfoque de género.
- Crear grupos exclusivamente de hombres que trabajen en la prevención de la violencia desde la óptica de las nuevas masculinidades.
- Organizar grupos pequeños, con un máximo de diez participantes.
- Trabajar sistemáticamente con las mujeres en la prevención y en la identificación temprana de situaciones de violencia, ya que cuanto más

tarde se hagan conscientes más difícil resulta ponerles fin.

» Incrementar la **formación** e información de las personas profesionales en materia de violencia de género y conocimiento de recursos.

» Impulsar un programa de intervención psicológica con **mujeres con enfermedad mental que han vivido situaciones de violencia:**

- Que trabaje desde una perspectiva de género.
- Plantearlo como proyecto piloto.
- Impulsar un servicio un **servicio de atención psicológica especializado en violencia** para mujeres que hayan vivido en el pasado o que estén viviendo actualmente situaciones de violencia.
- Hacer intervención grupal para la prevención de la violencia y el empoderamiento de las mujeres.
- Trabajar con hombres en la prevención de la violencia, desde la óptica de las nuevas masculinidades.

En el trabajo con las instituciones:

- » Proponer a las instituciones competentes en cada territorio que proporcionen a las personas profesionales de las asociaciones formación sobre los recursos que gestionan.
- » Trabajar con las instituciones de cada territorio en la elaboración de **protocolos de derivación**.
- » Exigir que se dé una **respuesta** a las mujeres con enfermedad mental grave que **quedan fuera de los recursos** ordinarios (de acogida y psicológicos).
- » Hacer incidencia política para que los servicios públicos para mujeres que han vivido violencia –principalmente los recursos de acogida y los servicios de atención psicológica- se adecúen a las necesidades de las mujeres con enfermedad mental.
- » Explorar el campo de posibilidades que se abre a partir del 25 de diciembre de 2016, cuando se podrá

exigir por vía administrativa y judicial el acceso a las prestaciones que están en el catálogo de servicios de la Ley de Servicios Sociales.

- » Definir internamente si interesa, a nivel estratégico, que cree un recurso específico de acogida para mujeres con problemática dual. En caso afirmativo, exigir su puesta en marcha.
- » Auspiciar que se firmen convenios entre la Red de Salud mental y los recursos públicos -de acogida y atención psicológica- para mejorar la asistencia. Impulsar la figura de **psiquiatra de referencia del recurso**.
- » Exigir que se incorporen perfiles profesionales especializados en enfermedad mental tanto en los recursos de acogida como en los servicios de atención psicológica.
- » Trabajar por la creación de un **espacio común socio-sanitario en el que participe la red de salud mental, los servicios públicos que atienden situaciones de violencia y las asociaciones**.

5.2.2. Dirigidas a las instituciones que trabajan con mujeres víctimas de violencia y/o con enfermedad mental

- » Realizar protocolos interinstitucionales de coordinación y derivación, tanto a nivel autonómico como local, en los que se incluya a la Red de salud mental y las asociaciones de personas con enfermedad mental.
- » Formar a todas las personas profesionales que hacen atención directa en el conocimiento de recursos especializados en violencia.
- » Establecer equipos interdisciplinares que trabajen coordinadamente.
- » Proporcionar una respuesta a las mujeres con enfermedad mental que se quedan fuera de los recursos de acogida y de los de atención psicológica

especializada en violencia.

- » Designar psiquiatras de referencia que atiendan de forma preferente cada uno de los recursos de acogida para mujeres víctimas de violencia.
- » Designar psiquiatras de referencia que trabajen con los servicios de atención psicológica especializada en violencia.
- » Avanzar hacia un modelo de atención individualizada e integral, que adapte las respuestas a las necesidades de la mujer contempladas desde un enfoque interseccional.
- » Desarrollar sistemas que permitan compartir datos de violencia entre diferentes instituciones⁶².
- » Incluir la salud mental en el *III Acuerdo interinstitucional para la mejora en la atención de mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual*.
- » Incluir la violencia contra las mujeres con enfermedad mental en las comisiones y los acuerdos sociosanitarios.
- » Incluir la violencia contra las mujeres con enfermedad mental en las OSIs.
- » Incluir a las asociaciones del ámbito de la salud mental en el trabajo sobre prevención y detección de violencia que se realiza con el movimiento asociativo.

A la Red de Salud mental y a la atención Primaria de salud

- » Tener siempre en mente que la mayoría de las mujeres con enfermedad mental que atienden en las consultas pueden estar sufriendo o han sufrido violencia en la pareja o en la familia.
- » Preguntar sistemáticamente a las mujeres con enfermedad mental, una vez se genere un ambiente de confianza, preguntas como estas, adecuando la conversación a las respuestas de la interlocutora:
 - ¿Cómo es la relación con su pareja?
 - ¿Cómo es la relación con las personas con las

62 Se ha desarrollado una experiencia pionera en este sentido en el municipio de Llodio.

que convive?

- ¿Cómo se resuelven las discusiones en casa?
 - ¿Has sentido alguna vez miedo?
 - No debe tenerse miedo de violentar a la mujer.
 - A prácticamente la totalidad de las mujeres les parece que está justificado que se pregunte.
- » Si la respuesta indica que hay tensión o miedo, hacer una exploración más profunda.
- » Entrevistar a la mujer a solas.
- » Creer siempre el relato de la mujer. Si en momentos de descompensación psicopatológica existen contenidos delirantes, contrastarlos con el relato que se realiza en momentos de estabilidad.
- » Si existen sospechas de maltrato, pero la mujer las niega:
- Es posible que ella misma no haya identificado el maltrato como tal.
 - No insistir mucho, porque puede sentirse peor y eso puede hacer que no vuelva a la consulta.
 - Darle citas periódicas para ir abordando el tema poco a poco.
 - Preguntar por la situación de otras personas que viven en su casa, sobre todo hijas e hijos, ya que en, muchos momentos, le puede resultar más fácil darse cuenta a partir del relato de otras personas:
- * *¿Te parece que tus hijas o hijos están viviendo alguna situación difícil o que les pueda estar resultando problemática en casa?*

- » Indicios que pueden alertar de la existencia de maltrato, pese a que la mujer lo niegue:
- Cambio frecuente en la sintomatología sin que detrás haya un factor desencadenante claro.
 - Ausencia de otros factores vitales como

desencadenantes del malestar.

- Cambios en el relato, discursos poco coherentes.
 - Inestabilidad emocional: sentirse en unos momentos bien y en otros mal sin causas claras. Este hecho puede estar relacionado con el ciclo de la violencia.
 - Tendencia a culparse por los síntomas, autodescalificaciones.
 - Incumplimientos a las citas sin que haya un desencadenante.
 - Si alguna vez ha hecho alguna insinuación, tendencia a justificar al agresor.
 - El hecho de que la mujer acuda siempre a la consulta acompañada.
- » Hablar con la mujer de la violencia vivida en un entorno seguro, escuchándola, apoyándola y acompañándola, tiene **per se** un efecto terapéutico:
- Devolverle que no es justo lo que está viviendo o lo que vivió en el pasado. Que puede tener una enfermedad mental, pero que eso no justifica en ningún caso que se le grite, se le insulte, se le empuje etc.
 - Desculpabilizar a la mujer. Situar la violencia vivida en el contexto de una sociedad con desigualdades de género que construye relaciones de dominio y de sumisión.
 - Trabajar con ella un relato que le permita encontrar coherencia a lo que está viviendo:
- * *Relacionar su sentimiento de poca valía con el discurso del maltratador.*
- * *Relacionar sus contradicciones con el ciclo de la violencia.*
- » El principal objetivo de la identificación es ayudar a la mujer.
- » Huir de la idea de que cuando se identifica un caso de violencia, la mujer debe denunciar inmediatamente o debe separarse rápidamente:

- Decirle que no se va a denunciar si ella no quiere.
 - No presionarla. Respetar su ritmo y sus decisiones.
 - En caso de riesgo para la vida de la mujer, poner el caso en conocimiento de la fiscalía de violencia si ella no quiere denunciar.
- » Explorar las experiencias de violencia en el pasado, especialmente en la infancia. Explorar el **abuso sexual en la infancia y en la pareja**.
 - » Generar espacios donde las mujeres puedan trabajar grupalmente⁶³.
 - » Integrar la perspectiva de género en la práctica de Osakidetza, y especialmente en la Red de Salud mental.
 - » Protocolizar que siempre que se detecte un caso de violencia en el sistema sanitario se ponga en conocimiento del servicio competente en violencia.
 - » Incorporar la violencia a la historia clínica de las mujeres con enfermedad mental.
 - » Crear en todas las OSIs un servicio experto en violencia que realice acompañamiento clínico a los equipos profesionales.

A los Servicios Sociales

- » Indagar sistemáticamente la existencia de violencia cuando se atiende a mujeres con enfermedad mental.
- » Incluir en las herramientas de detección y valoración de las distintas situaciones que atienden los servicios sociales –dependencia, desprotección, riesgo de exclusión- la violencia en el ámbito de la pareja, diferenciándola de la violencia intrafamiliar. Registrar también la existencia o sospecha de enfermedad mental.
- » Abordar la cuestión de la violencia con la mujer partiendo de preguntas generales sobre la situación

familiar (ver punto anterior) y adecuando la conversación a la respuesta de cada interlocutora.

- » Formar a todas las personas profesionales que hacen intervención en violencia contra las mujeres con enfermedad mental.

5.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A LAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL

Datos sobre la violencia contra las mujeres:

- » **La violencia es un hecho muy frecuente en la vida de las mujeres:**
 - Una de cada tres europeas ha sufrido violencia física o sexual procedente de cualquier persona.
 - El 43% han vivido violencia psicológica dentro de la pareja.
 - Siete de cada 10 mujeres en el mundo sufrirán violencia física o sexual en algún momento de su vida.
- » Además, **tener una enfermedad mental multiplica de 2 a 4 veces el riesgo** de sufrir violencia que tenemos todas las mujeres.
- » El 26% de las mujeres con enfermedad mental grave han sufrido violencia sexual en la infancia.
- » Alrededor del 80% de las mujeres con enfermedad mental grave que han estado en pareja han sufrido violencia por parte de ésta.
- » La violencia machista contra las mujeres es la **manifestación más grave de las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres** en nuestra sociedad.

63 Puede consultarse la experiencia del Centro de Salud mental de Hortaleza, en Madrid. <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n1a3.pdf>

- » La violencia contra las mujeres puede provenir de la pareja o expareja, de otro miembro de la familia, o bien de cualquier otra persona, en el caso de las agresiones sexuales.
- » Tener una enfermedad mental también incrementa el riesgo de violencia en el ámbito doméstico: 3 de cada 4 mujeres con enfermedad mental grave han sufrido violencia intrafamiliar.
- » Cualquier mujer puede vivir una situación de violencia en algún momento de su vida.

Para prevenir la violencia es importante que tengas una red social y que cuentes con personas de tu confianza con las que puedas hablar. Ante la más mínima sospecha, ¡no te calles!

Si estás viviendo violencia o la has vivido en el pasado:

- » **Tú no tienes la culpa de lo que te pasa, así que no debes sentir vergüenza.** El único culpable es el maltratador.
- » Piensa que muchas mujeres están pasando por lo mismo que tú y muchas han salido ya de la violencia.
- » Si estás viviendo violencia o la has vivido en el pasado, aunque sea cuando eras pequeña, tienes derecho a que te ayuden. ¡Cuéntaselo a alguna persona que pueda ayudarte! A tu psiquiatra, psicóloga o psicólogo, educadora social...
- » Puedes pedir una atención psicológica especializada y, si necesitas abandonar tu casa, puedes acudir a un alojamiento público.
- » Puedes llamar al teléfono 016 ó al 900 840 111 a cualquier hora del día o de la noche para contar que estás viviendo violencia y pedir ayuda. Es gratuito y no deja huella en la factura.
- » En caso de urgencia, llama al 112.

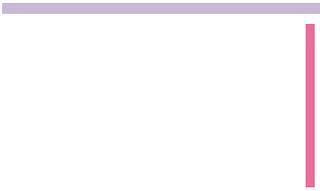
6. Bibliografía

- » **BURIN, Mabel:** *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidós, Buenos Aires, 1990.
- » **COMUNIDAD DE MADRID:** *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*, 2010.
- » **COMUNIDAD DE MURCIA:** *Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*, 2010.
- » **DIO BLEICHMAR, Emilce:** *Mujeres tratando a mujeres con mirada de género*. Octaedro, Barcelona, 2011.
- » **EMAKUNDE:** *VI Plan para la igualdad de Mujeres y Hombres en la CAE*. Vitoria-Gasteiz, 2013.
- » **FEDEAFES:** *Diagnóstico sobre la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres*. Llodio, Álava, 2012.
- » **GRELA, Cristina:** *Mujeres, salud mental y género*. Intendencia municipal de Montevideo, 2000.
- » **GONZÁLEZ AGUADO, Francisco, GONZÁLEZ CASES, Juan, LÓPEZ GIRONÉS, Marisa, OLIVARES ZARCO, Daniel, POLO USAOLA, Cristina y RULLAS TRINCADO, Margarita:** *Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave*. Madrid, 2013.
- » **GONZÁLEZ CASES, Juan Carlos:** *Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave*. Tesis doctoral. Madrid, 2011.
- » **INSTITUCIONES VASCAS.** *II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención a mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual*. Vitoria-Gasteiz, 2009.
- » **JUNTA DE ANDALUCÍA:** *Mujeres con discapacidad y violencia sexual: guía para profesionales*. Consejería para la Igualdad y bienestar social.
- » **LÓPEZ GIRONÉS, Marisa, y POLO USAOLA, Cristina:** *Intervención en mujeres víctimas de violencia de género. Experiencia de psicoterapia grupal en un centro de salud mental*. Madrid, 2014.
- » **MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD:** *Macroencuesta de violencia contra la mujer de 2015*. Madrid, 2015.
- » **MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. INSTITUTO DE LA MUJER:** *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Madrid, 2000.
- » **MUN MAN SHUM, Grace, CONDE RODRÍGUEZ, Ángeles, PORTILLO MAYORGA, Ángeles:** *Mujeres, discapacidad y violencia. El resto oculto de la desigualdad*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 2006.
- » **NACIONES UNIDAS.** *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, 2006.
- » **NACIONES UNIDAS.** *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, 1994.
- » **PARLAMENTO ESPAÑOL.** *Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*.
- » **PARLAMENTO EUROPEO.** *Informe sobre la situación de las mujeres con discapacidad en la Unión Europea, 2007*.
- » **PARLAMENTO EUROPEO. COMISIÓN DE DERECHOS DE LA MUJER E IGUALDAD DE GÉNERO.** *Opinión emitida a raíz de la publicación "Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental"*, 2006.
- » **PARLAMENTO VASCO.** *Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres*. Gasteiz, 2005.
- » **PROYECTO METIS, INICIATIVA DAPHNE:** *Guía sobre violencia y mujer con discapacidad*. Unión Europea.
- » **SAÉNZ HERRERO, Margarita:** *Tarhadas*. 2013.
- » **VALLS LLOBET, Carmen:** *Mujeres invisibles*. Barcelona, 2008.
- » **VALLS LLOBET, Carmen:** *Mujeres, salud y poder*. Cátedra, Madrid, 2009.
- » **VELASCO ARIAS, Sara:** *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Minerva Ediciones, Madrid, 2009.

7. Personas participantes

Personas que han participado en esta investigación:

- » **Paula Castro**, trabajadora social de un recurso público de acogida para mujeres que han vivido violencia.
- » **Ainara Uribarri**, educadora social de un recurso público de acogida para mujeres que han vivido violencia de la Diputación Foral de Bizkaia.
- » **Estibaliz Villar**, trabajadora social de Avifes.
- » **Gurutze Villanueva**, trabajadora social de Asasam.
- » **Marian Larrinaga**, trabajadora social de la Red de Salud Mental de Bizkaia de Osakidetza.
- » **Haizea de la Llosa**, psicóloga de Fedeafes.
- » **Jesús Guerrero**, psicólogo de la cárcel de Zaballa.
- » **Graciela Rodríguez**, psicóloga de Avifes.
- » **Yolanda Iglesias**, psicóloga de Agifes.
- » **Justine Gestoso**, psicóloga de Asafes.
- » **Elena Etxebarria**, psicóloga de Asasam.
- » **Maitane Ibernía**, psicóloga del Servicio de Mujer e Intervención Familiar de la Diputación Foral de Bizkaia.
- » **Irene Zubizarreta**, psicóloga de Zutitu.
- » **María Silva Gordón**, psiquiatra de la Red de Salud Mental de Osakidetza.
- » **Oihane Cabello**, educadora equipo Agintzari.
- » **Lourdes Moruga**, educadora equipo de Agintrari.
- » **Iratxe Amantegi**, educadora equipo Agintzari.
- » **Margarita Sáenz Herrero**, psiquiatra de la Red de Salud Mental de Osakidetza.
- » **Leyre Sologuren Etxenagusia**, del Área para la Eliminación de la Violencia contras las Mujeres Emakunde.
- » **Amaia Domingo**, del Área de Igualdad del Ayuntamiento de Bilbao.
- » **Irati Fernández**, del Área de Igualdad del Ayuntamiento de Bilbao.
- » **Lola Mechaca**, del Servicio de Mujer e intervención familiar de la Diputación Foral de Bizkaia.
- » **Leonor Aurrekoetxea**, de Osakidetza.
- » **Ana Txurruka**, del Departamento de Igualdad del Ayuntamiento de Donostia.
- » **Aurora Iturrioz**, del Órgano para la Igualdad de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- » **Patxi Leturia**, del Servicio de Inserción social, atención a mujeres víctimas de violencia machista y urgencias sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.
- » **Pilar Sanz**, del Instituto Foral de Bienestar social de la Diputación Foral de Álava.
- » **M^a José Ikarán**, del Área de Igualdad y Juventud del Ayuntamiento de Llodio.
- » **Idoia Ebro**, del departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco.
- » **Itziar Azpeitia**, trabajadora social de los Servicios Sociales de Base del Ayuntamiento de Bilbao.
- » **Cristina Polo Usaola**, psiquiatra y jefa de los Servicios de Salud Mental de Hortaleza, Madrid.
- » **Maite Paino Ortuzar**, subdirectora de Gestión, organización y desarrollo de recursos humanos de Osakidetza. Integrante del Grupo de violencia de género de Osakidetza.



Dirección investigación:

M^a José Cano Mesías, gerente de Fedeaefes.

Coordinación y redacción:

Alicia García Santos.



AGRADECIMIENTO

En nombre de la junta directiva de FEDEAFES queremos mostrar nuestro agradecimiento a todas las personas que han participado en esta investigación y se han involucrado en la misma. Especialmente a todas las mujeres y a las personas profesionales que han participado en los grupos de discusión y en las entrevistas en profundidad o de contraste, a Alicia García Santos y al equipo técnico de Fedeaefes, así como a todas nuestras asociaciones: Asafes, Avifes, Agifes y Asasam; por último, queremos agradecer a Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y al Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco su apoyo a esta investigación.

Queremos destacar que la misión de Fedeaefes es la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y la defensa de sus derechos, y esperamos que esta investigación sea un impulso para avanzar en la consecución de los derechos de las mujeres.

En nombre de la junta directiva nuestro más sincero agradecimiento.

M^a Ángeles Arbaizagoitia
Presidenta de FEDEAFES



Fedeafes

Buru gaixotasuna
duten pertsona
eta senide elkarteen
Euskadiko federazioa

Federación de Euskadi
de asociaciones de
familiares y personas
con enfermedad mental