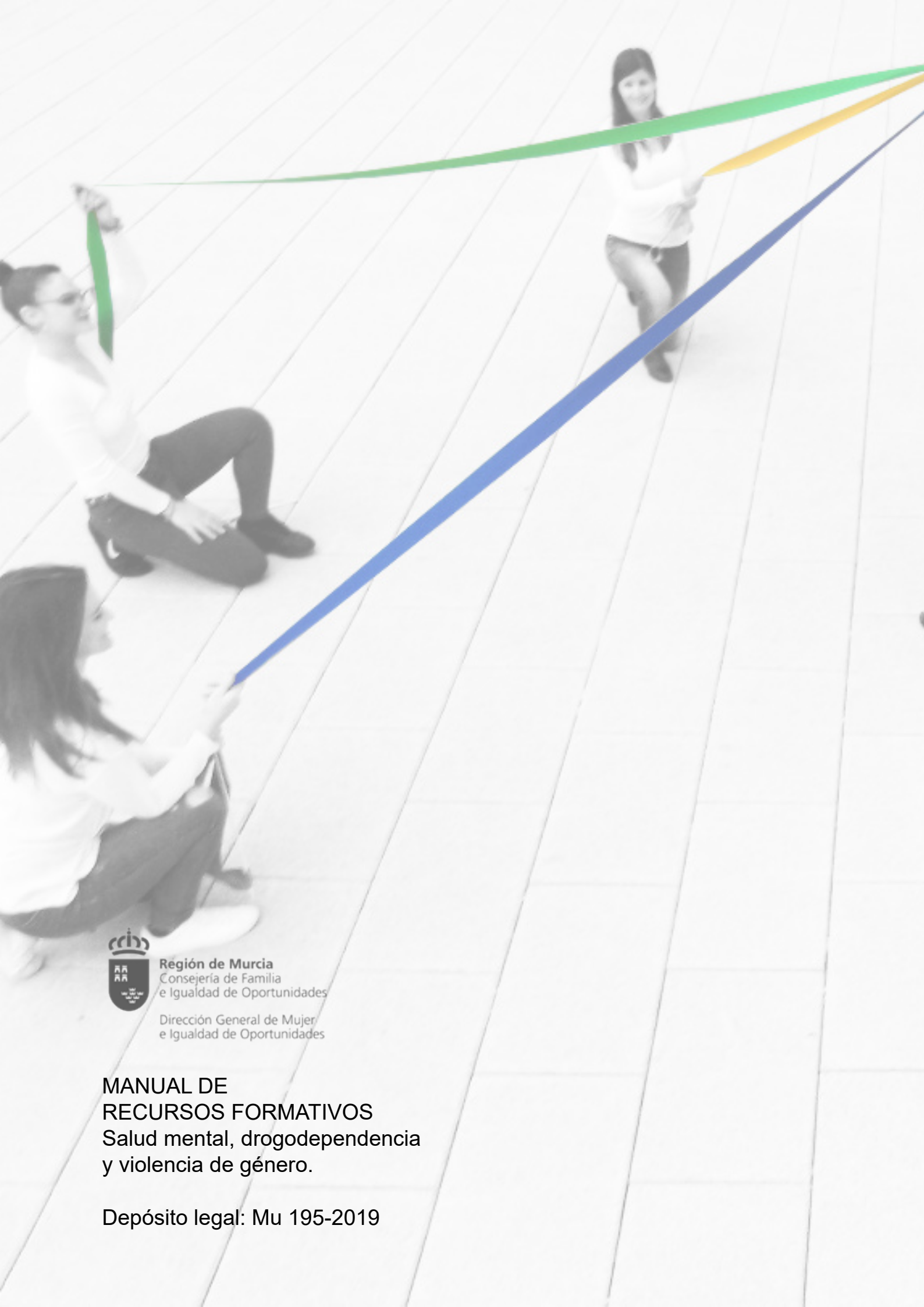




MANUAL DE RECURSOS FORMATIVOS

Salud mental, drogodependencia
y violencia de género.



Región de Murcia
Consejería de Familia
e Igualdad de Oportunidades

Dirección General de Mujer
e Igualdad de Oportunidades

**MANUAL DE
RECURSOS FORMATIVOS**
Salud mental, drogodependencia
y violencia de género.

Depósito legal: Mu 195-2019

ÍNDICE

1. Introducción	2
2. Objetivos	4
3. Metodología y recomendaciones de las sesiones de casos clínicos	5
3.1. Lugares de impartición	5
3.2. Selección de participantes	5
3.3. Estandarización de las Sesiones de Casos Clínicos	5
4. Conclusiones de las Sesiones de Casos Clínicos	6
5. Foro “Salud Mental, Drogodependencia y Violencia de Género”	9
5.1. “La salud Mental de las Mujeres: Los Malestares de Género” D ^a . Pilar Pascual Pastor	10
5.2. Salud mental y violencia de género: “¿me creo a mí misma?”. D ^a Rossana López Sabater	18
6. Consideraciones finales	26
7. Referencias bibliográficas	27
8. Anexos	28

1. INTRODUCCIÓN:

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades ha llevado a cabo el proyecto 'Mejora de la Coordinación y Atención Personalizada a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en el Ámbito de Salud Mental y Drogodependencia' durante el año 2018 en colaboración con la Consejería de Salud, Servicio Murciano de Salud y en particular, la Gerencia de Salud Mental.

El objetivo es la mejora de la coordinación entre los centros de Salud Mental de la Región de Murcia y la Red Regional de Recursos especializados en Violencia de Género de esta Región.

Tomando este objetivo como eje central nos posibilitará la consecución de objetivos más específicos, tales como:

- Acercar a profesionales sanitarios de salud mental la información sobre los dispositivos específicos de violencia de género que existen en la Región de Murcia y en especial en la comarca del área de referencia. Funcionamiento del equipo de profesionales, funciones y actividades.
- Analizar la situación de las mujeres con trastornos mentales que sufren violencia de género y el marco legal en España ante la violencia de género.
- Analizar la actuación de los distintos profesionales sanitarios y de los dispositivos específicos ante una situación de una mujer con trastorno mental grave y violencia de género.
- Avanzar en la atención integral y personalizada a mujeres víctimas de violencia de género.
- Establecer modos y vías de contacto fluido entre ambos colectivos profesionales para futuras intervenciones.

Para ello, aprovechando el Plan de Formación de la Gerencia de Salud Mental que incluye históricamente una línea estratégica referida a la Detección y Atención de Violencia de Género con varias acciones formativas de sensibilización y formación de profesionales, se han puesto en marcha distintas acciones siendo una de las más destacadas la celebración de 19 sesiones de casos clínicos en los distintos centros de Salud Mental de la Región de Murcia. En ellas han participado más de 380 profesionales del ámbito de Salud Mental y Red de Recursos Especializados en Violencia de Género, convirtiendo estas sesiones de casos clínicos en espacios para el trabajo, la reflexión y el debate.

En estas sesiones siempre se ha tomado como centro de la actividad profesional la correcta atención a las necesidades de las mujeres con trastorno mental y drogodependencia que sufren violencia de género; dado la necesidad específica

de estas mujeres que son multidimensionales, se requerirá de un modelo de atención integral que incorpore el concepto de Interdisciplina. Este principio es, de hecho, el que guía este proyecto y bajo el que deben ponerse en marcha las distintas actuaciones por parte de los poderes públicos.

Esta publicación recoge las principales conclusiones de las 19 sesiones de casos clínicos realizados durante todo el año 2018, así como, algunas de las ponencias/artículos del “Foro de Salud Mental, Drogodependencia y Violencia de Género” que tuvo lugar a finales del año 2018 como colofón a este proyecto, con el ánimo de difundir los recursos y buenas prácticas entre profesionales de la Región de Murcia, mejorando su conocimiento y habilidades sobre detección y coordinación de casos.

2. OBJETIVOS

En el marco del proyecto ‘Mejora de la Coordinación y Atención Personalizada a Mujeres Víctimas de Violencia de Género en el ámbito de Salud Mental y Drogodependencia’, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha organizado 19 sesiones de casos clínicos y un foro de “Salud Mental, Drogodependencia y Violencia de Género” con el objetivo de promover la colaboración y la coordinación entre profesionales de Salud Mental con la Red Regional de Recursos de Violencia de Género. De manera concreta, se han perseguido los siguientes objetivos específicos:

- ♥ Mejorar el conocimiento sobre los servicios y el apoyo que los distintos recursos y profesionales ofrecen para mejorar la atención integral y personalizada a mujeres y menores a su cargo víctimas de violencia de género.
- ♥ Realizar un análisis crítico de las dinámicas de coordinación, a través del estudio conjunto de casos prácticos.
- ♥ Difundir buenas prácticas de intervención y coordinación, con el fin de avanzar hacia estándares de atención personalizada.

Precisamente, con el ánimo de reforzar este último propósito, se ha elaborado este material, de manera que las conclusiones generadas en las sesiones de casos clínicos así como algunas de las ponencias/artículos del Foro de cierre del proyecto pueda ser consultado y servir de base para la puesta en marcha de estrategias de coordinación similares. Asimismo, puede ser una referencia en la organización de acciones formativas dentro de esta área.

Esta publicación está disponible, además, en formato electrónico en el Portal de Igualdad y Prevención de Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ([http:// ivg.carm.es](http://ivg.carm.es)).

3. METODOLOGIA Y RECOMENDACIONES DE LAS SESIONES DE CASOS CLINICOS.

En este apartado se aborda la metodología y el enfoque con el que la Comunidad Autónoma de la Región ha diseñado, organizado y desarrollado las distintas sesiones de casos clínicos.

3.1. Lugares de impartición

Han tenido lugar 19 sesiones de casos clínicos en un formato que puede comprenderse como un lugar de encuentro entre los profesionales implicados en la intervención con mujeres, por lo que, de ahora en adelante hablaremos de estas sesiones como *Talleres de Encuentro*; se realizaron entre los meses de abril a noviembre de 2018; estos talleres han tenido lugar en Centros de Salud Mental (en adelante CSM) donde ya existía una coordinación previa con los Servicios Especializados en Violencia de Género tales como CSM Lorca (Ca¹vi Totana y Cavi Lorca), CSM Aguilas, CSM Cieza y CSM Yecla. En los CSM donde no existía una coordinación o lo que había era prácticamente inapreciable, en CSM Mar Menor, CSM Alcantarialla, CAD Murcia, CSM Murcia-Este, CSM Cartagena, CSM San Andrés, Unida de Rehabilitacion de Cartagena, CSM Arrixaca, CSM Molina de Segura, Hospital Psiquiatrico Roman Alberca, CSM Jumilla, CSM Caravaca, CSM Morales Messeguer y CSM Infante- Murcia.

3.2. Selección de participantes

Dado que el objetivo fundamental de los *Talleres de Encuentro* era fortalecer la relación entre profesionales y mejorar los procesos de coordinación entre sus organizaciones, la convocatoria de estas actividades iban dirigidas a todos los profesionales que conforman los equipos de salud mental que puedan estar implicados en la atención de mujeres con trastorno mental grave, drogodependencia y que puedan estar sufriendo violencia de género (profesionales de la psiquiatría, psicología clínica, enfermería de salud mental, trabajo social, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos).

3.3. Estandarización de las sesiones de casos clínicos/ Talleres de Encuentro.

Los *Talleres de Encuentro* replicaron en lo fundamental una misma estructura, si bien presentaron pequeñas adaptaciones según la demanda de profesionales y el tipo de audiencia. Todos ellos tuvieron la misma duración (sobre 2 horas y

¹ Centro de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género.

media de duración) y contaron, al menos, con los siguientes contenidos, siguiendo la misma estructura:

- Presentación del “*PROYECTO DE MEJORA DE LA COORDIANCIÓN Y LA ATENCIÓN PERSONALIZADA A MUJERES VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO EN EL AMBITO DE SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIA*”. Breve introducción del motivo y objetivos de dicho proyecto.
- Información del CAVI de referencia sobre la Red de Recursos Especializados en Violencia de Género de la Región de Murcia. Desde los tres perfiles profesionales (psicológico, jurídico y social) se realizó una breve exposición del mapa de recursos de la Red Regional de Violencia de Género de la Región de Murcia.
- Exposición de un caso de Salud Mental-CAVI. Desarrollo del caso y su resolución, con el ánimo de generar debate y ver los posibles cauces de coordinación en atención a un caso concreto.
- Foro abierto, cuestiones para la coordinación Salud Mental-CAVI y conclusiones.

Utilizando la metodología activo-participativa, lo que se perseguía era la interacción y puesta en común de las diferentes áreas profesionales con el objetivo de mejorar la personalización de los procesos de intervención de las mujeres.

4. CONCLUSIONES SESIONES CASOS CLINICOS/ TALLERES DE ENCUENTRO

Ante la existencia de los problemas de coordinación entre los diferentes ámbitos de salud mental, drogodependencia y violencia de género y la escasez e ineficiencia en la gestión de los recursos y la falta de comunicación y coordinación, nos encontramos con la necesaria puesta en marcha de una visión integral con una atención interdisciplinar y una intervención proactiva para la atención de aquellas mujeres que sufren violencia de género con la problemática añadida de su salud mental.

En los diferentes *Talleres de Encuentro* se han planteado una serie de aspectos positivos, dificultades y propuestas de mejora para una coordinación real y efectiva en la atención a mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito de salud mental y drogodependencia. A continuación, pasamos a detallar dichos extremos.

El trabajo en equipo siempre es positivo y fructífero, la distintas perspectivas de abordar una problemática desde diferente disciplinas enriquecen

las líneas de trabajo que se establezcan, es por ello que los *Talleres de Encuentro* sirvieron no solo para confrontar opiniones y conocer recursos, sino que arrojaron muchos aspectos positivos sobre todo en aquellas poblaciones en las que previamente existía coordinación entre Salud Mental y los Servicios Especializados en Violencia de Género, pasamos a exponer a modo de resumen los aspectos más destacables:

- El establecimiento de reuniones periódicas entre todos los profesionales que intervienen en un caso en centros de Salud Mental junto con CAVIS de referencia.
- La existencia de un mapa de Recursos Especializados en Violencia de Género (Anexo I).
- El conocimiento y contacto de todos los centros de Salud Mental de la Región de Murcia, para un cruce de contactos e información real y efectiva (Anexo II).
- La existencia de un documento de consentimiento informado, firmado por la mujer al inicio de la sesión, para la cesión de datos (Anexo III modelo de ejemplo).
- La figura de Trabajo Social en todos los Centros de Salud Mental, por su actuación, conocimiento y sensibilización de muchos de los Recursos Especializados en Violencia de Género.

La necesidad de la coordinación entre los profesionales de Salud Mental y los Servicios Especializado en Violencia de Género se pone de manifiesto en todos los *Talleres de Encuentro* realizados a lo largo del proyecto, quedando latente que la mejora de la comunicación mejoraría la intervención con la mujer, evitando actuaciones paralelas, dobles y contradictorias.

Partiendo de la base que las mujeres deben ser atendidas más allá de los centros sanitarios, teniendo siempre en cuenta sus características y circunstancias personales y, diferenciando la organización de ambos sistemas (Sanitario y Servicios Especializados en Violencia de Género); es de vital importancia tener en cuenta estas puntualizaciones para las futuras coordinaciones sin dejar de valorar las características de cada Municipio en particular.

Las principales conclusiones extrapoladas de los *Talleres de Encuentro* van encaminadas a la búsqueda de espacios reales de coordinación con la finalidad de intercambiar información no solo de la mujer si no de las intervenciones y líneas de trabajo que se están realizando con ella, de no ser posible estos espacios se ofrece la vía telefónica como alternativa intentando establecer cauces de comunicación que se adapten a cada municipio, logrando establecer una trayectoria común en la intervención con la mujer abordando de manera integral sus problemáticas creando un clima más seguro para ella sin solapar tratamientos y, lo más importante, no siendo contradictorios en la intervención.

La problemática motivada por la Ley de Protección de Datos fue una variable común en todos los talleres, la dificultad para intercambiar información a otras entidades o administraciones junto con la incertidumbre legal a la que se ve expuesto el profesional pone de manifiesto una barrera pendiente de solución. La creación de un consentimiento informado y firmado por la mujer se presenta como la mejor solución ante tal problemática, estando dentro del marco legal de la Ley de Protección de Datos.

La no aceptación de la mujer de su doble problemática dificulta el abordaje de ambas problemáticas de manera conjunta, a lo que se le suma los largos tiempos de espera entre cita y cita, promoviendo la alternancia de los distintos recursos como una solución para acortar las citas y poder supervisar y trabajar con la mujer de manera más constante, estableciendo así un seguimiento de manera continuada pudiendo estar en alerta a cualquier cambio en sus distintas problemáticas.

En los *Talleres de Encuentro* quedo de manifiesto el desconocimiento de los diferentes recursos, servicios y funciones desde los dos ámbitos de acción tanto Sanitario (Salud Mental) como de los Servicios Especializados en Violencia de Genero, poniendo énfasis en la necesidad no solo de conocer los recursos existentes y su dinámica de trabajo, si no de estar actualizados en los nuevos recursos que se ofrezcan desde las dos áreas (Sanitaria y Servicios Especializados en Violencia de Genero) con el objetivo de optimizar en la intervención de la mujer, un ejemplo sería el desconocimiento de recursos específicos de acogida para mujeres Víctimas de Violencia de Genero con Trastorno Mental y Drogodependencias, gestionado a día de hoy por la Asociación Temehi.

El enriquecimiento que cada una de las *Talleres de Encuentro* han aportado a este proyecto es obvia, fruto de la interacción y aportación de los profesionales que trabajan de manera directa con estas problemáticas, si bien es cierto que hubieron más aportaciones que las arriba nombradas pero buscando sintetizarlas al máximo concluiremos con la idea de que es necesario iniciar una **coordinación efectiva, real y directa de todos los profesionales implicados en la intervención con mujeres Víctimas de Violencia de Genero con Trastorno Mental o Drogodependencia.**

5. FORO “SALUD MENTAL, DROGODEPENDENCIA Y VIOLENCIA DE GENERO”

El objetivo que se planteó en este Foro era llevar a cabo un abordaje conjunto a la violencia de genero por parte de profesionales sanitarios del ámbito de salud mental y drogodependencia, entidades sociales y personal responsable de los recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género, dotando de herramientas para saber actuar y abordar la situación de violencia de genero de las mujeres con la problemática añadida de la drogodependencia y salud mental.

En este apartado se adjuntan algunas de las ponencias/artículos de las diferentes profesionales que intervinieron en el Foro, dado el éxito de su contenido y la demanda de los asistentes, para poder ser utilizado como material en la mejora de la coordinación y atención personalizada a mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito de Salud Mental y Drogodependencia.



5.1. “La salud Mental de las Mujeres: Los Malestares de Género”

D^a. Pilar Pascual Pastor²

Murcia, 4 de diciembre de 2018

En este artículo se van a exponer los condicionantes de género patriarcales que inciden directamente sobre la salud de las mujeres provocando lo que hemos denominado, malestares de género. A lo largo del artículo se van a desgranar las verdaderas causas de los malestares de género, como son la propia socialización de las mujeres que provoca carencias en el desarrollo del yo y la autonomía personal; las discriminaciones y desigualdades de todo tipo sociales, culturales, legales, de justicia, de salud,... junto a las diferentes expectativas que hacen que la salud se vea más comprometida si eres mujer y, por último, la permisividad socio/política hacia la violencia estructural contra las mujeres, variable que incide directamente en la salud integral de todas ellas. Así mismo se van a describir los efectos y las consecuencias psicofísicas que provocan los malestares de género cuando se convierten en los Trastornos Psicosociales de Género que afectan de forma exclusiva solo a las mujeres, por el hecho de serlo. Como conclusión, se va a insistir en la necesidad de tener en cuenta todas estas variables para que la atención que se preste a la salud de las mujeres desde las diferentes disciplinas sociosanitarias sea la adecuada y vaya encaminada hacia el empoderamiento de las mujeres afectadas y no hacia la resignación y la medicalización de estos malestares.

La Asociación de Mujeres para la Salud³, fundada y presidida por Soledad Muruaga, lleva más de 30 años prestando atención psicológica a mujeres e investigando las causas y las consecuencias de los malestares de género y su impacto en la salud. Hemos definido la Psicoterapia de Equidad Feminista⁴ como la mejor opción terapéutica para dichos malestares. Este artículo es una síntesis de esta teoría desarrollada por las profesionales de AMS a través de la escucha de miles de mujeres durante los 30 años de su existencia.

La salud integral de las mujeres está influida, de forma específica y concreta, por la socialización de género o la manera en la que aprendemos a ser mujeres en una cultura y una sociedad patriarcal y el binomio sexo/género que esta propone. Socializar consiste en inculcar y adiestrar en una serie de pensamientos, creencias, valores, actitudes y expectativas muy diferenciadas para uno y otro sexo, a través de los **Mandatos de género**, que serían toda la normativa que se debería de cumplir para acabar siendo una “buena mujer patriarcal”, aquella que asume los roles y la posición social prevista para ella. En el caso de las mujeres,

² Psicóloga y formadora experta en género y Coordinadora de AMS

³ <https://www.mujeresparalasalud.org/>

⁴ Soledad Muruaga y Pilar Pascual, La salud mental de las mujeres: la psicoterapia de equidad feminista

el objetivo de la socialización patriarcal es cumplir con el papel de mantenedoras de la familia, de los cuidados y de los afectos de los demás.

A través del proceso de socialización y del desarrollo evolutivo de las capacidades cognitivas, antes de la adolescencia, los mandatos de género se asumen como propios, se convierten en la guía de cada persona, es entonces cuando se afianza la **identidad de género**, es decir pensarse, sentirse y actuar como mujer. A partir de este momento, todo se entiende y pasa el filtro por el ser mujer patriarcal, no se cuestiona. Cada persona va recibiendo constantes refuerzos si cumple con los roles esperados y, al mismo tiempo, continuas advertencias de lo que ocurría si intenta transgredirlos. De esta manera, todas las mujeres transitan por la vida durante muchos años creyendo y sin cuestionarse que cumplir con los mandatos de género es lo correcto.

Pero, ¿cuáles son los mandatos de género específicos de las mujeres para alcanzar los objetivos de la socialización?

A continuación, se enumeran estos aprendizajes exclusivos de las mujeres, desde que son niñas, para cumplir con el rol patriarcal y se explican los efectos no saludables que se derivan de ellos:

1. El aprendizaje de “ser y estar” para los demás⁵. Las mujeres desde niñas, a través de la imitación de las madres y de otras mujeres, aprenden a satisfacer las necesidades de los demás y son continuamente reforzadas por ello. Con este aprendizaje se normalizan las siguientes actitudes y comportamientos:

- Para sentirse bien consigo mismas necesitan sentirse queridas, aceptadas, llevarse bien con todos. La afectividad lo condiciona todo, se aprende a ser dependiente emocional.
- Se desarrolla una falsa autoestima puesto que sentirse bien depende de lo que los demás opinen sobre ti.
- La mujer se coloca en un segundo plano (los otros son más importantes) y así se aceptan formas legítimas de control y dominio.
- Se normaliza y con el tiempo se naturaliza, el modelo de dominación masculina y sumisión femenina.
- Se posterga continuamente el desarrollo de la individualidad, a favor del “yo social” o el “yo para los demás”.

2. La educación en el amor. Muy relacionado con el “ser para los demás” es el aprendizaje de un modelo de amor que aun siendo falso consigue que las mujeres conviertan tener pareja en una necesidad vital. Ideas irracionales como el amor es lo más importante y requiere entrega total; el amor verdadero está predestinado; el amor es posesión y exclusividad o el amor lo puede todo está en el imaginario de casi todas las mujeres y la mayoría tiene que luchar por desmontarlas.

⁵ Marcela Lagarde, Claves feministas para la autoestima de las mujeres

Según Fina Sanz⁶, existen tres modelos básicos de pareja heterosexual: el de inclusión, en el que la mujer está incluida en el hombre, un modelo de dependencia mutua; el modelo de fusión basado en el amor romántico total; y el modelo de interdependencia, en el que cada miembro tiene su espacio personal y entre ambos eligen el espacio compartido que deseen, es el modelo más saludable. Casi todas las mujeres desarrollan el modelo de inclusión, han sido criadas en familias patriarcales con este modelo donde el poder es asimétrico, pero desean el de fusión (el que se sublima el amor). Este modelo obliga a las mujeres, de nuevo, a postergar su individualidad y su autonomía por “amor”, porque *una mujer sin amor es igual a una mujer fracasada*. Las consecuencias que tiene creer en este modelo de amor son muy perniciosas para las mujeres y están en la base de las relaciones de pareja violentas.

3. El miedo a la soledad. Si la soledad es inherente al ser humano por qué las mujeres aprendemos a temerla. Para Clara Coria ⁷la respuesta hay que buscarla en el binomio desamparo/desprotección, puesto que las mujeres aprenden a relacionar soledad con desamparo y estar sola con estar desprotegida o desvalida, a creer que es necesario un “otro” para poder vivir, es decir a depender. Así el mundo se divide entre protectores y temerosas. Por el contrario, asumir la soledad significa tomar decisiones, asumir el riesgo de las pérdidas, adquirir fortalezas y confianza, en una palabra, ser independiente.

4. El control externo sobre el cuerpo estético y sexual. Desde niñas, se aprenden a valorar el cuerpo estético y sexuado de dos formas básicas: la primera, haciendo creer que es imperfecto, que es necesario adornarlo, corregirlo o cambiarlo para que cumpla con el canon de belleza de cada momento y segunda, a través del juicio de los demás, que son los que evalúan si está bien o mal. La crítica pública constante⁸ sobre el cuerpo de las mujeres hace que desde niñas se aprenda a juzgar y valorar el cuerpo desde fuera, sumándose así a la crítica de los demás.

Las consecuencias de este perverso aprendizaje son diversas y la insatisfacción corporal que produce afecta a la mayoría de las mujeres. Imagínese el tiempo perdido por las mujeres pensando en su estética o su cuerpo, el malestar y la frustración que provoca, porque no cumplir con los estereotipos corporales se relaciona directamente con fracaso y ruina personal. Además, la presión sobre el cuerpo es cada vez más temprana y más sexista porque afecta a niñas cada vez más pequeñas y potencia los estereotipos femeninos más estereotipados y sexualizados: vestir a las niñas con la misma ropa de las adultas, los adornos, los cosméticos infantiles, ...

⁶ Fina Sanz, Los vínculos amorosos

⁷ Clara Coria, Las negociaciones nuestras de cada día

⁸ Todo el mundo habla y juzga el cuerpo y la estética de las mujeres, de forma cotidiana, incluso las mujeres que ejercen el poder como políticas, profesionales de cualquier disciplina son criticadas por no cumplir con el canon. Desde niñas soportamos, además, un bombardeo continuo y constante de mensajes sobre qué hacer para cambiar nuestro cuerpo en los MMCC, la publicidad, las películas, las revistas..., que vamos integrando en nuestra subjetividad sin discusión, hasta que forma parte activa de y nos sumamos a la crítica sobre los cuerpos femeninos, incluido el nuestro.

Otro tanto ocurre con el aprendizaje de la sexualidad femenina que se limita a presentar solo la sexualidad heterosexual (el resto de sexualidades de las mujeres son tabú) y la sexualidad compartida, porque la sexualidad existe solo en función del otro. Una mujer es sexualmente buena cuando lo es para que un hombre disfrute. Los efectos inmediatos de esta nefasta educación sexual, en la que no se habla en ningún espacio de la verdadera sexualidad femenina, son el desconocimiento mayoritario sobre el cuerpo y el cuerpo erógeno, la expresión sexual y del deseo propio de las mujeres.

Tampoco, la supuesta libertad o modernidad sexual, en las mujeres jóvenes ha significado mayor conocimiento y expresión de una sexualidad propia, ya que siguen centradas en el placer masculino y, en general, se exponen a mayores conductas de riesgo porque lo moderno es hacer todo lo que se les pide, usando la pornografía como referente.

5. Los aprendizajes sobre la sexualidad masculina. Si sumamos a todos los aprendizajes anteriores, ser para los demás, el amor romántico y la necesidad de tener pareja, el miedo a la soledad y el control del cuerpo y la sexualidad, lo que aprenden las mujeres sobre la sexualidad masculina, cerramos el círculo perfecto de la sumisión y la dependencia de las mujeres. Las mujeres asimilan que la sexualidad masculina es insaciable e irrefrenable, por eso existen la pornografía y la prostitución y su uso es comprensible. Así, el mundo se divide entre dos tipos de mujeres, las puras y las que se prostituyen.

La pornografía se convierte en la educación sexual básica de los jóvenes varones, cada vez de edades más tempranas, por la facilidad de acceso que proporciona Internet. Está dirigida exclusivamente al deseo masculino y presenta un modelo de sexualidad en el que la mujer es un objeto que accede a cualquier solicitud masculina. Además de ser machista y denigrante para las mujeres, presenta la violencia como una conducta relacionada con el placer y el disfrute. Cada vez son más las voces que denuncian la relación entre el uso de la pornografía y violencia sexual hacia las mujeres.

Por otro lado, las mujeres jóvenes aprenden a **temer el espacio público** e ir por la calle con precaución y/o miedo a ser violentadas sexualmente, a menudo son ellas las que han de protegerse porque incluso se les responsabiliza de sufrir la propia violencia (por la indumentaria, por ir solas, de noche, por beber,...). Por el contrario, los hombres jóvenes siguen sin ser alertados de que no es admisible intimidar, acosar o violar a las mujeres.

Las mujeres se enfrentan a la **tremenda paradoja vital**: aprenden a temer al hombre, pero con quién más segura se sienten es con un hombre (los hombres no se fían unos de otros, por eso nos tienen que proteger).

6. Además, desde niñas, las mujeres terminan por normalizar aspectos de la cultura patriarcal, que están por todas partes, y que les hacen creer que son naturales,... el mundo es así.

Desde niñas se acepta que la mujer es el segundo género, se observa que el poder político, económico, social.... siempre lo sustentan los hombres y que

éstos están representados en todas partes. Al mismo tiempo, se acepta que las mujeres que están en el espacio público ocupan otras posiciones y, que éstas, se valoran siempre inferiormente. O que las oportunidades no son las mismas para las mujeres, o que los salarios son inferiores, o que existe un techo de cristal que parece irrompible. Asimismo, las niñas van normalizando hasta naturalizar, que estas mujeres han de ocuparse también del espacio privado y de los cuidados sin discusión, y que esto no es así en el caso de los varones. Esto último, se refuerza presentando la maternidad como el fin de las mujeres, como el más feliz y el mejor destino para ellas. De tal manera que la mayoría de las mujeres quieren ser madres, sin saber realmente lo que esto supone y antes de saber que quieren de sí mismas, como personas individuales. Se presenta un modelo de maternidad completamente idealizado y magnificado, al que le ocultan las consecuencias negativas, difíciles y conflictivas que siempre conlleva la maternidad, tal como expone Soledad Muruaga en las causas de las depresiones posparto⁹. Así una de las decisiones más trascendentales en la vida de una persona se toma sin tener todos los argumentos a favor y en contra encima de la mesa.

La consecuencia de tolerar todos estos elementos es que se pierde o anula la capacidad crítica de las mujeres, se resignan por el mundo es así y no hay forma de cambiarlo. Se fomentan las creencias que apoyan la división sexual del trabajo y los roles de género Y, con ello, de nuevo la dependencia y la supuesta necesidad de conseguir pareja para alcanzar las metas vitales.

7. La violencia estructural contra las mujeres. Además de vivir y naturalizar una cultura sexista y machista, el patriarcado propone otra herramienta poderosísima para que las mujeres no duden del papel que se les adjudica. Y esta herramienta es la violencia contra las mujeres y el miedo que provoca en ellas y que condiciona toda su existencia. Se acepta que los hombres pueden ser violentos contra las mujeres de diferentes maneras y a través de múltiples actitudes y comportamientos: normalizando comportamientos cotidianos de dominación masculina y sumisión femenina; minimizando o haciendo pasar por alto comportamientos claramente de acoso, humillación y violencia o como bromas sin importancia; por la permisividad con la que se juzgan los actos de violencia de los hombres; a través de cuestionar y poner en duda siempre a las mujeres, de hacerlas responsables de la violencia que pueden llegar a sufrir o que sufren. En definitiva, de minimizar y no actuar contundentemente ante un problema que provoca solo en España entre 60 y 80 mujeres asesinadas cada año por su pareja o expareja, otro tanto de mujeres violadas, acosadas laboral y/o sexualmente.... Las mujeres, desde que son niñas, integran esta realidad en su identidad y se ven condicionadas por el miedo y la falta de seguridad.

En este momento cabría preguntarse, ¿qué ocurre cuando una mujer comprueba que asumiendo los roles impuestos no consigue lo esperado; o cuando las experiencias reales le devuelven sentimientos de culpa, miedo o sentimientos de soledad; o cuando comprueba que respondiendo a los mandatos que piden sacrificio, dependencia y pasividad se desarrolla también la resignación y la

⁹ Soledad Muruaga, La prevención de la depresión posparto: un enfoque experimental (Premio María Espinosa, M^o de Cultura y Instituto de la Mujer, 1983)

frustración y que anteponiendo la satisfacción de las necesidades de los demás se limita también el desarrollo del goce y el placer propios?

Todas las mujeres conviven con un modelo de mujer aprendido que trasmite lo mandatos de género, Marcela Lagarde lo denomina *modelo tradicional de mujer*, y de forma simultánea va construyendo otro modelo de mujer que le va devolviendo su forma de enfrentar los espacios de autonomía que va transitando, *modelo moderno de mujer*, de tal forma que ambos coexisten, al mismo tiempo, dentro de la cabeza de las mujeres actuales. Según esta autora, la contradicción entre ambos modelos provoca sincretismos de género, que suponen crisis y conflictos en las mujeres debidos a que el primer modelo anula la autonomía personal y el segundo la propone.

En AMS consideramos que se produce una crisis de identidad de género, cuando las mujeres comprueban que cumplir con los mandatos no garantiza la felicidad prometida. Los conflictos pueden ir en varias direcciones: o bien con los demás, porque no reconocen sus esfuerzos, o porque no cumplen con los roles acordados; o porque abusan, explotan o no reconocen sus necesidades; o bien, asumiendo roles con expectativas inalcanzables —la madre perfecta, la profesional ideal...—, siendo hiper-responsables, luchando por tener todo bajo control; o bien, consigo misma, porque sus deseos de desarrollo personal entran en confrontación con sus propios mandatos más tradicionales o con lo que esperan de ella las personas de su entorno, con sentimientos de culpa constantes. Y, por último, conflictos por no poder cumplir con los propios mandatos de género (no conseguir una pareja estable, no tener hijos,...) sintiéndose raras o problemáticas. Es entonces cuando las mujeres expresan un malestar difuso, pero constante, de falta de adaptación a las situaciones vitales, en el que no reconocen que el problema sea la presión que los mandatos de género ejercen sobre ellas. Recordemos que la identidad de género es algo muy profundo que llega a formar parte de la esencia de la persona.

Como concolón a todo lo anterior, podemos decir sin temor, que la forma en la que han sido socializadas las mujeres, en una sociedad desigual y violenta contra ellas, para cumplir con el papel de mantenedoras de la familia, de los cuidados, de los afectos de los demás, es la causa del malestar psicológico que padecen miles mujeres que les impide que presten una atención adecuada a sus necesidades psicofísicas y su desarrollo personal individual —a su salud integral— Resumiendo, la socialización provoca “carencias” que podríamos concretar en un conocimiento erróneo sobre sí mismas, un desconocimiento del yo individual (sus fortalezas y capacidades) y también de sus necesidades, lo que provoca escasa confianza, falta de seguridad personal y dependencia a figuras de autoridad. Un escaso desarrollo de la autonomía, supeditado a los afectos, y una falta de autoestima saludable. En cuanto a los derechos personales también existe desconocimiento y, por tanto, falta de asertividad y tendencia al comportamiento sumiso.

También una inadecuada valoración del riesgo personal en el área relacional, ante la dominación, el maltrato, la violencia y en los aspectos económico-financieros y, en general, en la defensa de sus derechos personales.

En muchas ocasiones, estas carencias y el resto de variables patriarcales comentadas, provocan estados de malestar más profundos en las mujeres. Una sintomatología que coincide con la depresión exógena pero cuyo contenido tiene que ver solo con el hecho de ser mujer y que requiere una atención psicológica especializada. Una sintomatología que explicaría la alta tasa de depresiones en las mujeres⁹. En AMS hemos definido la Psicoterapia de Equidad Feminista (PEF) como el mejor tratamiento para lo que hemos denominado los Trastornos Psicosociales de Género: la Depresiones y los Síndromes de género.

Síntomas psíquicos	Síntomas físicos
<ul style="list-style-type: none"> • Malestar difuso e irritabilidad crónica. • Tristeza, apatía, desmotivación. • Falta de concentración. • Pesimismo, culpabilidad, ansiedad, soledad. • Actitud defensiva o de queja constante e ineficaz (victimismo). • Indefensión aprendida. • Falsa autoestima • Con dificultad para verse a sí mismas como seres individuales. • Desconocimiento de sus fortalezas. • Dependencia de los demás. • Culpa. • Falta de responsabilidad hacia sí misma/situaciones riesgo; • Retroceso o paralización del desarrollo personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de sueño. • Dolores generalizados, musculoesqueléticos, digestivos... • Problemas menstruales. • Problemas alimentarios, por exceso o defecto. • Disfunciones sexuales. • Ingesta continuada de psicofármacos. • Autocuidado físico pobre.

En la PEF hemos definido cuatro momentos en la vida de una mujer más proclives para las crisis de identidad de género y de padecer una **Depresión de género**:

1. El momento iniciático del paso a la vida adulta de las mujeres jóvenes.
2. La convivencia en pareja con un hombre y tener hijas/os dependientes en las mujeres de mediana edad.
3. El final del ejercicio del rol de madre, la independencia de las hijas e hijos y vuelta a la relación de pareja en las mujeres maduras.
1. Llegar a los 40 años y haber desatendido el mandato de género por excelencia: “tener un hombre a su lado y formar una familia”, en mujeres que han priorizado su desarrollo personal y profesional.

Si además de presentar toda la sintomatología de la depresión, las mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género directa a lo largo de su vida y aún padecen las secuelas, pueden desarrollar lo que hemos denominado **Síndromes de Género**. En concreto en AMS trabajamos tres clases de síndromes:

1. Mujeres con secuelas de la violencia en la pareja.
2. Mujeres con secuelas de la separación de pareja.
3. Mujeres con secuelas de los abusos sexuales en su infancia o adolescencia.

Desde nuestro punto de vista de expertas, creemos que es imprescindible incorporar la perspectiva de género feminista a la atención de la salud de las mujeres puesto que, si no se tienen en cuenta las causas reales de los malestares, solo se atenderá a los síntomas físicos, y no se conseguirá el bienestar de las mismas. Es por tanto necesario incorporar esta mirada a la práctica clínica en las diferentes disciplinas socio-sanitarias y asumir que:

- ✓ Los modelos de socialización producen sobrecarga física y emocional y acaban siendo factores de riesgo para la salud.
- ✓ Que las desigualdades, las relaciones asimétricas de poder y violencia de género producen efectos directos sobre las variables psicológicas de las mujeres.
- ✓ Que las desigualdades y la violencia de género están en la base de las somatizaciones o las quejas físicas y/o emocionales de las mujeres (por ejemplo, los trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, fibromialgia, depresiones,...)
- ✓ Que las condiciones de vida inciden en el bienestar o malestar personal, y es necesario cambiarlas para mejorar la salud.

5.2. Salud mental y violencia de género: “¿me creo a mí misma?”

D^a. Rossana López Sabater.

1. INTRODUCCION

Mujeres y Hombres estamos socializados en una cultura patriarcal donde el poder no se reparte de forma simétrica y ello tiene consecuencias en el ejercicio de la Violencia de Género, no como un hecho aislado, sino con un carácter estructural en nuestra cultura. Distinguimos dos formas de entender el Patriarcado:

1. Como un mecanismo de poder, que ejerce la violencia como consecuencia de la solidaridad de los hombres.

Se incluirían aquí las teorías coercitivas y marxisto-feministas, que se centran en la fuerza masculina para mantener recursos de poder superiores: económicos, políticos, ideológicos y físicos.

Es una condición necesaria, pero no suficiente para entenderlo

2. El patriarcado como un sistema que se basa en un entramado de relaciones entre hombres y mujeres, como señaló Kate Millet. Es un sistema en el que participamos todos, interiorizando ideas y valores que promueven actitudes, las cuales pueden, en ciertos casos, propiciar la violencia que nos ocupa.

Es decir, cómo hombres y mujeres asimilan formas de ser y comportarse que son normativas entre los sexos (incluyendo las elecciones que en ocasiones hacen las propias mujeres), contribuyendo inadvertidamente a su propia devaluación.

“Yo ya me di cuenta de novios, una vez me dio una bofetada, pero pensé que no volvería a pasar”

Las mujeres son parte activa de la estructura básica del patriarcado, y no un mero recurso sobre el que actúan y al que utilizan los hombres.

Por tanto, como intentamos que suceda en los tratamientos de Psicoterapia grupal, ellas son las protagonistas de su propio proceso, son las protagonistas de su tratamiento y de su cambio.

Tener un Trastorno Mental Grave (TMG) supone que el riesgo de sufrir Violencia de Género es de dos a tres veces mayor que si no se tiene. De hecho, aproximadamente entre el 70% y 80% de mujeres con TMG que han estado en pareja, han sufrido violencia psicológica, sexual o física (FEDEAFES). Una de las causas que provoca este evidente incremento de la vulnerabilidad de estas mujeres a sufrir V^a de G^o es el estigma de la enfermedad mental.

El estigma de la EM provoca soledad, bajo nivel de autoestima, aislamiento, carencias emocionales y especialmente **la menor credibilidad sobre su palabra. Las mujeres con TMG o con TM siguen teniendo sobre sus espaldas la permanente posibilidad de que se dude sobre su relato, de que se piense que lo magnifica, se lo inventa, de que esté tergiversando, o sea una manipuladora....**

2. Entre las características DE LA MUJER CON TRASTORNO MENTAL destacamos: Insuficiencia de recursos propios para defenderse, frecuentemente tanto externos como internos, carencia de autonomía, decisión sobre su vida y mayor dependencia de otras personas, menor autoestima, mayor soledad y dificultad de vincularse, más dificultades para encontrar pareja.... Como vemos estas particularidades propician ineludiblemente el establecimiento de elecciones de pareja y relaciones inadecuadas.

Por tanto, las características de la mujer con TMG favorece el poder de los abusadores para manipular la percepción de las víctimas: para hacerles creer que ellas son las culpables de lo que pasa en la relación, que es lo que se merecen, que no son dignas de ser queridas por nadie... Para favorecer que en las mujeres se produzca una **identificación con el agresor**, un mecanismo de defensa, que, junto a la **indefensión aprendida**, son dos factores del mundo psíquico de la mujer maltratada, que impiden la ruptura de la relación.

Respecto al Estigma y la falta de credibilidad de la mujer con TM, queremos señalar que la intensidad y las consecuencias de este estigma social son tan graves que resulta frecuentemente más dañino que la propia EM, porque las mujeres acaban identificándose a este rol, creyéndose, creyendo que magnifican, que quizás ellas tienen la culpa, que son unas provocadoras, que están locas y no diferencian bien la realidad, que ellos llevan la razón... Esto provoca un sentimiento de culpa y sufrimiento, a veces mayor que la propia patología.

¿La falta de credibilidad es igual en los hombres y en las mujeres que sufren TMG o TM? ¿Hay vulnerabilidad de género en la valoración de los conflictos de pareja? Más allá de la prudencia o imprudencia que podamos considerar en determinadas conductas de las personas que sufren Trastornos Mentales, podríamos preguntarnos si tiene la misma credibilidad la palabra de una mujer con EM que la de un hombre en igual circunstancia. ¿Podríamos incurrir en un relativismo sobre la violencia, como si, padecer enfermedad mental pudiese legitimar su ejercicio?

Reivindicamos la Escucha del relato de la mujer teniendo presente el estigma, el proceso y los efectos que la Violencia de Género provoca en el profesional. El maltrato mantenido y reiterado que pueden mantener mujeres muy dañadas psicológicamente puede convocar a los profesionales a posiciones contratransferenciales de excesiva identificación o por el contrario, de rechazo frontal con la víctima, de un cierto miedo al contagio,

que entendemos como una defensa ante la angustia (Romero, 2010). No podemos olvidar que tanto la violencia física y psicológica, como únicamente la psicológica, deterioran la salud mental de las víctimas y ponen en peligro sus vidas y su salud mental de muchas maneras, incluyendo el suicidio.

3. DEMANDA DE LAS MUJERES EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL

¿Cuál es la demanda de las mujeres maltratadas en los Servicios de Salud Mental?, ¿Por qué vienen a las consultas de Psiquiatría o Psicología? Consultan por Trastornos Afectivos, Ansiedad, Trastornos Somatoformes, Fibromialgia, Fatiga crónica, Trastornos de Personalidad.

La demanda mayoritaria de las mujeres en los servicios de Salud Mental no es por la relación de maltrato, el motivo de consulta es el malestar producido por los síntomas de su Trastorno. Con mucha frecuencia omiten la relación de maltrato que sufren, a nuestro juicio esa omisión se debe a que:

- La violencia de género sigue estando “naturalizada” y la mujer no la identifica, no es consciente de ella. Viven en condiciones de desprecio, humillación o abusos pero estas conductas están tan naturalizadas que pasan desapercibidas en el paisaje de su cotidianidad, de su sufrimiento, se normalizan por distintos motivos que casi siempre están en relación con el mantenimiento de la relación, con las expectativas de cambio de la pareja y por un sentimiento de culpa.
- La mujer identifica la relación de maltrato, la verbaliza pero no le atribuye la importancia que tiene en su vida, habla de ella como si no le afectara, como si le pasara a otra persona.

En ambos casos el Trastorno Mental no se vincula con la relación de sometimiento que se mantiene. Vemos dos esferas disociadas en el psiquismo de la mujer: lo que pasa en su mundo relacional y su “enfermedad”. La mujer frecuentemente activa un mecanismo de defensa: la disociación, que es una respuesta adaptativa para poder afrontar una situación ante la que no se puede responder, por tanto ante la imposibilidad de afrontarla. De forma involuntaria la conciencia es escindida, dividida, para que la realidad sea más soportable. La realidad se ve, pero con otras gafas. Se registra cognitivamente pero de modo desafectado. Puede hablar de lo que le está pasando, relatarlo, escucharlo de un profesional, pero en otro nivel de conciencia. Es como si de forma inconsciente, tuviese que aceptar que el abuso fuese el precio indiscutible de una relación, el precio por el “amor”, como apunta Romero (2015).

Tan disociadas, que la violencia que están viviendo y el miedo que sienten es INVISIBLE para sus ojos. Nos hablan de depresión, malestar,

somatizaciones, ansiedad, irritabilidad, impulsividad, amnesia, desrealización, disociación, hostilidad con los niños, insomnio, disforia, pensamientos y gestos suicidas, aislamiento, olvidos, falta de concentración, de una serie de síntomas todos ellos, que podemos atribuir y diagnosticar como un Trastorno Mental.

¿Pero que le sucede a una mujer que sufre una relación de violencia mantenida en el tiempo? Pues que la violencia tiene un efecto traumático. En palabras de Herman (2004), el trauma psicológico es la aflicción de los que no tienen poder. Esta violencia mantenida en el tiempo va destrozando los sistemas de protección psicológicos que dan a las personas una sensación de conexión y de significado. Los acontecimientos traumáticos tienen efectos sobre las estructuras psicológicas del yo, y sobre los sistemas de vinculación que unen al sujeto con su mundo exterior. Es decir, como señala Meszaros (2012), el trauma de *persona contra persona*, especialmente el trauma que procede de quien debería de ser una figura de apego segura, a diferencia del *trauma producido por desastres naturales*, hace que las personas traumatizadas se sientan abandonadas, solas, dominadas por un sentimiento de alienación y desconexión. Este trauma aniquila la confianza básica en uno mismo y en el medio, construyendo una identidad frágil y provocando la ausencia de un sentido unitario del yo, junto con una sensación de indefensión. Así la mujer se acaba percibiendo a si misma como carente de recursos propios para hacer frente a las situaciones, después de infructuosos intentos por evitar la violencia.

Entre otros síntomas se producen: alteraciones de la conciencia, desregulación emocional, disociación y despersonalización. Un cambio en el conocimiento de la mujer misma, en el que se siente separada de su propia experiencia del "yo", el cuerpo y la mente le parecen algo extraño. Así dicen:

“Me miro en el espejo y no me reconozco”. “Me comportaba como una autómatas, era un robot completamente programada”. “Mi cuerpo estaba allí, pero yo lo vi todo desde afuera”.

La desrealización es una sensación de extrañeza dentro de su propia piel, el mundo a su alrededor le parece irreal o desconocido: *“A veces voy por la calle y parece que fuese flotando”.* La mujer revive experiencias, a menudo en forma de síntomas intrusivos, no pudiendo retomar el curso de su vida porque el trauma interrumpe constantemente. También en forma de preocupación reflexiva, que se va sustituyendo por síntomas de evitación. También aparece una amnesia de acontecimientos traumáticos, con eventos que se van recordando en el tratamiento. Con frecuencia suele aparecer ansiedad generalizada, tristeza, apatía, ganas de estar en la cama y de no levantarse. Hay un sentimiento central de desprotección: el mundo no es un

lugar seguro. Finalmente un locus de control externo, los acontecimientos escapan a su control (esto se relaciona con la indefensión).

Si nos detenemos a escuchar la clínica, vemos como con frecuencia el sufrimiento de una relación de violencia y la clínica de algunos Trastornos Mentales se solapan, y requiere de una escucha precisa y formada de los profesionales para diferenciarlos y al mismo tiempo relacionarlos. La mujer maltratada es una mujer sometida, anulada, que generalmente no sabe identificar lo que le pasa, olvidadiza, sin amigas, con escasa relación con la familia de origen, triste, temerosa, sola, con muchos cambios de humor, autodevaluada, actuadora por su gran inseguridad y muy preocupada por su pareja. Es frecuente que en la consulta hablen más de sus parejas que de ellas mismas.

Algunos diagnósticos como el Trastorno de Personalidad (especialmente el T. límite), las drogadicciones, la esquizofrenia y otros diagnósticos graves respecto a los menos graves, tienen aun un mayor riesgo de sufrir Violencia, y como ya hemos señalado anteriormente es evidente que las mujeres con trastorno mental sufren más violencia de género que las que no tienen enfermedad mental.

Pero sabemos que las mujeres maltratadas son cinco veces más propensas a recibir tratamiento psiquiátrico (Fedeafes), es decir si una mujer tiene un 10% de riesgo de recibir tratamiento psiquiátrico en su vida, el hecho de ser maltratada hace que ese riesgo aumente su probabilidad a un 50%. También sabemos que un 60% de ellas no han consultado en los Centros de Salud Mental antes de mantener la relación de violencia, entonces, parece evidente que tendremos que plantearnos si es el maltrato mantenido en el tiempo el que favorece la enfermedad mental y de ahí la alta prevalencia, y no a la inversa. En tal caso, ¿cómo podrá evolucionar el TM si la etiología o parte de la etiología que lo sostiene se queda enquistada, tapada por la “naturalización” o la confusión con el diagnóstico? La violencia queda oculta a los ojos de las propias mujeres y también de los profesionales, nadie le da el lugar que le corresponde porque el trastorno mental puede taparla. En todo caso si podemos afirmar con rotundidad que la violencia de género empeora un trastorno mental y también que puede desencadenarlo.

4. ¿POR QUÉ ESTA DISOCIACION O NEGACION? ¿POR QUE NO SE VEN A ELLAS MISMAS?

El objetivo de las relaciones amorosas es dar y recibir afecto, tener seguridad emocional y satisfacer los anhelos de apego que tiene todo ser humano. Pero con frecuencia encontramos que en las mujeres, y muchas veces en las mujeres maltratadas, el amor está interiorizado como fusión y entrega incondicional al otro y por tanto se establecen relaciones de pareja a modo de relaciones

maternales, con una gran idealización y necesidad del otro, y con unos vínculos donde la preocupación por ellas mismas va pasando a segundo lugar (exactamente como ocurre en la crianza). Su autoestima es completamente dependiente de la pareja y también de mantener una familia sin rupturas conyugales- La canción de Amaral “Sin ti no soy nada”, posiblemente esté inspirada en alguna de estas situaciones

Así dicen las mujeres que identifican una relación de sometimiento:

“Yo me tenía que haber dado cuenta de novios, alguna vez me dio en empujón, pero pensé que no volvería a pasar”. “ Me controla el móvil, pero es porque a él le gusta ver con quien me ‘washeo’ ”. “ Es que él no se da cuenta, para mí es como un hijo más”

Los intereses de las mujeres maltratadas no giran en torno al conocimiento de sus propias emociones o necesidades, sino en el descubrimiento de las necesidades de los otros. ¿Por qué? Porque tienen incorporado, a modo de identificación, que en la medida que atiendan y satisfagan las necesidades de los otros, tendrán garantizado su amor, como si ella estuviesen devaluadas si no son amadas. De modo que sentirse querida puede ser el objetivo princeps. Las identificaciones se gestan en las experiencias tempranas con el cuidador, se producen en los vínculos afectivos de la primera infancia y organizan las relaciones tardías de apego, que son las que construyen la identidad.

Los valores de género que han sostenido la cultura patriarcal proponen las siguientes identificaciones:

MASCULINOS	FEMENINOS
razón	emoción
dominación	sumisión
fortaleza	debilidad
exculpación	autoinculpación
agresividad	comprensión
inteligencia	ignorancia

La mujer maltratada se suele identificar de forma extrema, con un modelo de feminidad que corresponde a un ideal de género muy polarizado, muy en los extremos de los ideales que ha propuesto la cultura patriarcal: Ella es como un ser de naturaleza “EMOCIONAL”, identificada a los valores de género más hegemónicos:

“Ellos pasaron a ser proveedores económicos en el ámbito extra doméstico; ellas proveedoras de afectos en el interior del hogar, en los vínculos de intimidad...para ellos el poder racional, para ellas el poder de los afectos.”(Mabel Brin)

A mayor necesidad de amor, a mayor necesidad de reconocimiento, más vulnerabilidad y mayor represión de la hostilidad. Características que apuntábamos como acentuadas, agudizadas en el trastorno mental. Por tanto encontramos mayores condiciones para permanecer en relaciones de sometimiento:

1. El sometimiento es la primera puerta de entrada
2. La segunda puerta: el maltrato psicológico
3. La tercera: el maltrato físico y/o sexual

5. LLUEVE SOBRE MOJADO

Así llama Mora Pérez al significativo número de mujeres víctimas de violencia de género que refieren haber sufrido malos tratos y/o abusos sexuales en la infancia.

Según datos de la primera encuesta europea sobre V^a G^o, realizada en 2014 y publicada por la Agencia Europea de los Derechos Fundamentales (FRA) revela:

España: mujeres mayores de 15 años

- violencia física: 20%

De ellas, el 42% habían sufrido violencia física en la infancia.

- violencia sexual : 6%

De ellas el 30% fueron víctimas de abuso sexual infantil.

El daño psíquico en la niña abusada o maltratada tiene un efecto en los vínculos que establecerá de adulta, en cómo se va a relacionar, y por tanto en su Salud Mental.

En España:

- El 19.7% de las niñas sufren agresiones sexuales , mayoritariamente por figuras de apego
- El 7.4% de los niños, mayoritariamente por monitores y educadores

Las posibles consecuencias en las mujeres que han sufrido agresiones físicas o sexuales en su infancia pueden tener efectos traumáticos como: visión negativa de ella misma, vínculos de apego no saludables o patológicos con elecciones de pareja dañinas donde prioriza el sometimiento, tendencia a la disociación

como mecanismo de defensa. Lo que debía ser el lugar de máxima seguridad y protección es el lugar de máxima agresión. Recuerdos distorsionados, memoria traumática, olvidos y dudas sobre los recuerdos, dificultad para identificar sus emociones, con tendencia a las actuaciones o a las autolesiones y una ausencia de respuesta de protección o defensa.

En algunas investigaciones, Echeburua y De Corral(2006), señalan estos factores con una correlación positiva en relación al daño psíquico:

- Duración, frecuencia y grado de violencia
- Que el agresor sea una figura de apego
- La respuesta y las consecuencias en su entorno familiar
- La credibilidad y el apoyo que se dé al relato: tienen un efecto protector de destructivo en el impacto emocional de la niña, curiosamente lo mismo que sucede a las mujeres maltratadas.

El trauma, como ya señaló Freud hace más de un siglo, siempre golpea dos veces, la primera cuando se produce la agresión o la negligencia y la segunda cuando se activa en la mente, después de que a modo de un río subterráneo hubiese ido surcando un cauce individual en el interior de cada psiquismo, es decir, el efecto que tiene la suma de la agresión junto a la significación que posteriormente cobrará en la vida interior del sujeto.

Este escenario nos hace preguntarnos acerca de la relación posible entre las consecuencias psicológicas del abuso en la niña, junto con la mayor vulnerabilidad, y finalmente el mantenimiento de la relación de violencia por parte de la mujer maltratada en el Trastorno Mental.

Cualquier mujer puede iniciar una relación de violencia, pero ¿por qué algunas carecen de la fortaleza psíquica para romperlas? ¿Por qué las mujeres enferman o empeoran relacionándose en una dinámica de la sumisión en bucle y no aceptan la ayuda? ¿Por qué les invade la culpa y la indefensión cuando se les propone dejar a la pareja? ¿Por qué muchas mujeres maltratadas se quedan atrapadas en un vínculo psicopatológico, sin ver con las gafas apropiadas lo que les sucede, hasta llegar a un trastorno mental?, ¿Es suficiente, aunque sea necesario, que se separen del maltratador o requieren una reparación de ese modo de relación que frecuentemente tienen incorporado?

6. CONSIDERACIONES FINALES

El trastorno mental no solo es una alteración de factores bioquímicos o metabólicos, es también un modo de relacionarse, de vivir con los otros, de sentirse en el mundo, de amar, de pedir y de dar... por tanto parece evidente que no podemos tratar el TM si no tratamos la Violencia de Género, ya que cronificaremos la enfermedad mental y el mantenimiento de la relación de violencia, con las graves consecuencias familiares que ello conlleva especialmente para los hijos. Es imprescindible el abordaje y tratamiento de la violencia para que su patología mejore o se cure.

La violencia de género y la intrafamiliar, así como la que sufren los niños, tiende por distintas razones a esconderse en la mente de los sujetos que la sufren, pero posiblemente a todas ellas les une la necesidad de defenderse del daño profundo y la soledad que produce el hecho de que te de terror quien tiene que darte amor, en palabras de Mora (2015). Freud lo llamó lo siniestro, por el impacto y la dificultad psíquica que conlleva tener que elaborar o procesar en la mente el hecho de encontrar lo opuesto, lo más dispar de lo que se espera encontrar. Quizás algo de esto, entre otros factores, también les ocurra a los profesionales cuando no pueden ver la violencia que están sufriendo sus pacientes, y la esconden en algún lugar de su mente. Se suman dos cegueras que dificultan la salud en las mujeres, en las familias y en la sociedad.

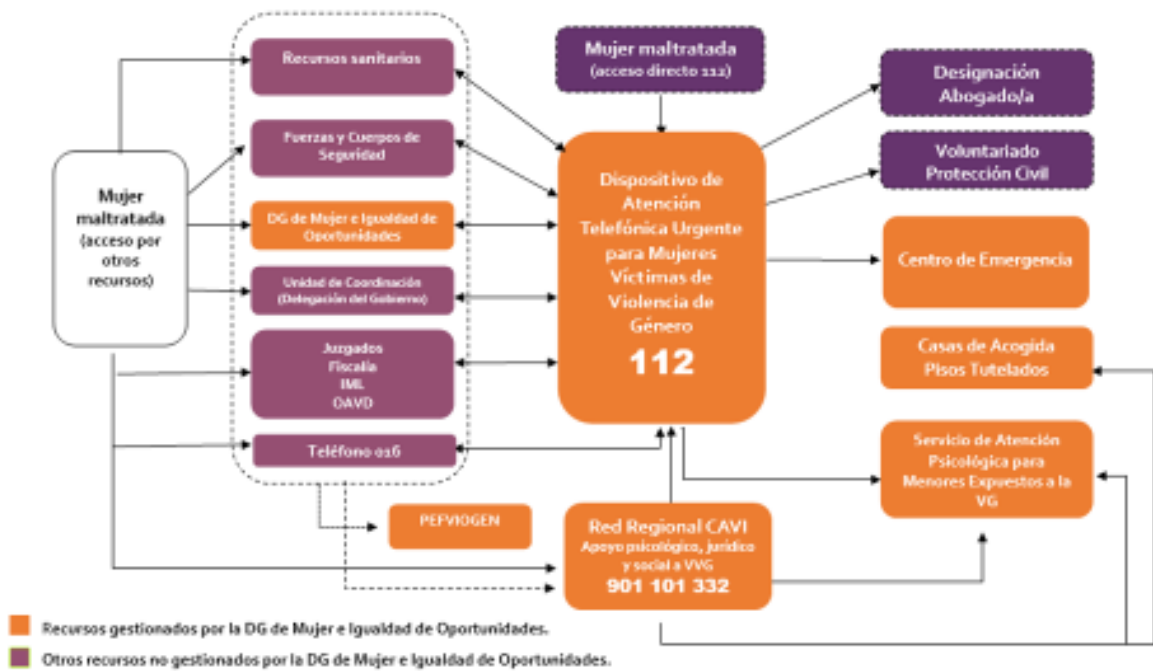
Por tanto, no podremos tratar el Trastorno Mental si no tratamos la relación de Violencia, por más que esta se esconda, a menudo, en la mente de las mujeres y en la de los profesionales.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorós C. (1990) "Violencia contra la mujer y pactos patriarcales". en Maquieira V. Violencia y Sociedad Patriarcal.
- Burin M (2010) "Genero y Salud Mental; construcción de la subjetividad masculina y femenina "Castillo J.A. (2012) "Apego y violencia familiar". Temas de psicoanálisis
- Dio Bleichmar et al. (2011) Mujeres tratando a mujeres, Octaedro, Barcelona
- Echeburúa E. et al (2006). "Secuelas emocionales en víctimas de Abuso sexual en la infancia"
- Fedeafes. Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental. 2017.
- Ferenczi S. (1933). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. Espasa Calpe. 1981
- Ferrández Miralles, E. "La violencia desde la perspectiva de género". Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid. 2011
- Freud S (1919). Lo siniestro. Biblioteca Nueva.
- Herman J. (2004). Trauma y recuperación, Espasa Calpe
- López Sabater R. "El maltrato: un vínculo psicopatológico". Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid. 2011.
- López Mondejar L. "Una patología del vinculo amoroso: el maltrato a la mujer". Rev. De la AEN, 2001.
- Mészáros J. (2012) Los pilares de la teoría contemporánea del trauma: El cambio de paradigma en Ferenczi". Temas de Psicoanálisis
- Mora Pérez V. (2015) "Cuando llueve sobre mojado ". Journal of Feminist, Gender and Women Studies
- Romero, I. (2010) Intervención en violencia de género: consideraciones en torno al tratamiento. Psychosocial Intervention, XIX, 2.
- Sarasua B., Zubizarreta I., de Corral P. y Echeburúa E. (2012) "Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas victimad de Violencia de Género "
- Seligman (1975) Indefensión aprendida. Debate.
- Osborne R. (2009) Apuntes Sobre violencia de género. Bellaterra.

8. ANEXOS

- ANEXO I- MAPA DE RECURSOS ESPECIALIZADOS EN VIOLENCIA DE GENERO



Entidades Implicadas

Responsable: Dirección General de Mujer e Igualdad de Oportunidades, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Colaboradora: Dirección General de Seguridad Ciudadana y Emergencias, Consejería de Presidencia y Fomento.

- ANEXO II- CONTACTO DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL.

CSM	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CUENTA CORREO IMPERSONAL
CSM SAN ANDRÉS	C/Escultor Sánchez Lozano s/n. Murcia	968281569-70-71	CSMSANANDRES.SMS@CARM.ES
CSM INFANTE	C/ Pintor Almela Costa s/n. Murcia	968251466- 251518	CSMINFANTE.SMS@CARM.ES
CSM MURCIA ESTE	Avda. de la Fama, 1. 2ªPlanta. Murcia		CSMMURCIAESTE.SMS@CARM.ES
CAD MURCIA	Avda. de la Fama, 1. 1ªPlanta Murcia	968359062	CADMURCIA.SMS@CARM.ES
CSM CARTAGENA	C/ Real 8. Cartagena	968326727- 326728	CSMCARTAGENA.SMS@CARM.ES
UNIDAD REHABILITACIÓN CARTAGENA	C/ Ingeniero de la Cierva 26. Cartagena	968503860-520225-504203	REHABILITACIONSMCARTAGENA.SMS@CARM.ES
CSM LORCA	C/Abad de los Arcos, s/n. Lorca	968 469179- 468308	CSMLORCA.SMS@CARM.ES
CSM AGUILAS	Casa del Mar. Esplanada del Muelle. Centro de Salud Águilas -Norte Águilas	968 927075	CSMAGUILAS.SMS@CARM.ES
CSM YECLA	C/ San José, 8 . Yecla	968750000	CSMYECLA.SMS@carm.es
CSM JUMILLA	C/ Baron del Solar s/n Jumilla	968 782261- 783588-756894	CSMJUMILLA.SMS@CARM.ES
CSM CARAVACA	C/ Junquico, s/n. Caravaca	968 708322	CSMCARAVACA.SMS@carm.es
CSM CIEZA	Avda Italia, s/n. Cieza	968 453508	CSMCIEZA.SMS@CARM.ES
CSM ALCANTARILLA	C/ Alcalde Cáscales Vivancos, s/n. Alcantarilla	968 802686- 892822	CSMALCANTARILLA.SMS@CARM.ES
CSM MOLINA	Avda Levante s/n. Molina de Segura	968641326 - 610545	CSMMOLINASEGURA.SMS@CARM.ES
CSM MORALES MESEGUER	C/ Marqués de los Velez s/n. Murcia	968 360900	-
CSM ARRIXACA	Crta. Cartagena s/n. Murcia	968 369500	-
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA	C/ Lorca nº 58 El Palmar	968365880	-
CSM MAR MENOR	Paraje Torre Octavio 54, Hospital Mar Menor -Los Arcos. Pozo Aledo	868107604	-
COORDINADORA GERENCIA SALUD MENTAL	C/Lorca nº58 El Palmar	968395855	Udif-saludmental.sms@carm.es

- ANEXO III- DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOGIDA DE DATOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COORDINACIÓN Y DERIVACIÓN DEL CASO

La abajo firmante, D.^a

con DNI nº

AUTORIZA

A los/las profesionales del CAVI (Municipio) para la recogida de los datos de la usuaria, y para su incorporación a un fichero automatizado de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, pudiendo ser dichos datos empleados, única y exclusivamente, en el seguimiento de su proceso de ayuda en el CAVI, así como a efectos estadísticos.

Así mismo a que los datos obrantes en el expediente en este servicio sean utilizados o facilitados a otros servicios, organismos, instituciones y/o profesionales para las actuaciones de coordinación y/o derivación necesarias en su proceso de intervención, pudiendo ser en su caso incorporados sus datos en los ficheros de los distintos servicios, así como recabar estos datos para su incorporación a nuestro expediente.

Lugar y fecha

Firmado:

La firma de este documento supone la autorización para la cesión de dichos datos, que se limitará a los fines para los que han sido entregados y no serán cedidos más allá de lo que aquí indicado. Como usuaria de este servicio, tiene derecho a acceder a la información contenida sobre usted en el fichero, así como a corregir o cancelar dichos datos.

