

# BURU GAIXOTASUNA DUTEN EMAKUMEEN AURKAKO INDARKERIARI BURUZKO IKERKETA



Ondorioen txostena  
2015 eta 2016 ikerketa



Fedeafes

Buru gaixotasuna duten pertsona eta senide elkarten Euskadiko federazioa

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

Fedeafesen barne dauden elkarteak



Erakunde laguntzaileak





---

### **Ikerketaren zuzendaritza:**

Fedeafes (Buru gaixotasuna duten pertsona eta senide elkarten Euskadiko federazioa)



**Fedeafes**

94 406 94 30

Hiru Gurutzeta 14, behea

01400 Laudio (Araba)

[www.fedeafes.org](http://www.fedeafes.org)

### **Koordinatzea eta idaztea:**

Alicia García Santos, berdintasun aholkularia.

2017an argitaratua

2019an inprimatua

### **Lege-gordailua:**

BI-02661-2019



Erabilera ez komertziala (by-nc): Eduki honetatik abiatuz beste lan batzuk sortzeko aukera dago, beti ere erabilera komertzialik ez badute. Jatorrizko txostena ere ezin da erabili helburu komertzialekin.



---

# HITZAURREA

Buru Gaixotasuna duten Pertsona eta Senide Elkarleen Euskadiko Federazioak (FEDEAFES) burututako ikerketa honek buru gaixotasuna duten emakumeek jasaten duten indarkeriaren errealitatea erakusten digu. Ikerketaren abiapuntua buruko nahasmendua duten eta biolentzia bizi duten emakumeen esperientzia da, baita emakume horiek instituzioetatik jasotzen duten erantzunaren balorazioa egiten duten profesionalen iritzia ere.

Ikerketa honen ondorio da errealitate hori ezagutzera emateko beharrezkoa den ezinbesteko informazio baliagarria, pertsona ugariren parte hartzeari esker lortua: emakumeak; gizarte eremuetako, buru osasuneko, indarkeriaren arretako eta senide elkarreentako profesionalak; eta buruko gaixotasuna duten pertsonak ikerketa honen bitartez indarkeria jasaten duten eta buruko nahasmendua duten emakumeen arretan eta prebentzian instituzioek egin behar dugun lana azpimarratuz.

Ikerketaren arabera, bikotekidearengandik edo bikotekide ohiarengandik biolentzia jasateko arriskua bikoiztu edo lauhoiztu egiten da buruko gaixotasun larria izatean, eta buruko nahasmendu larria duten emakumeen %42 ez dute indarkeria identifikatzen. Egoera horren aurrean, prebentzioa da emakume horien arrisku-faktorea murrizteko bide egokiena.

Ikerketak hainbat eremuetan egiten ditu proposamenak: buru osasun arloan, gizarte zerbitzuetan, genero indarkeriaren arreta zerbitzuetan edo elkarreentan. Dударik gabe, proposamen horiek indarkeria sufritzen duten eta buru gaixotasuna duten emakumeen aldeko erabakiak hartzen lagunduko digute.

Fedeafesi eta federazioko zuzendaritza-batzordeari eskerrak eman nahi dizkiot ikerketa hau proposatu eta bultzatzeagatik, baita errealitate hau ezagutzera eman duten emakume eta profesionaleri ere. Instituzio guztiek gai honen inguruan erabakiak hartzeko orduan mahai gainean izango dugun erreminta izatea espero dut.

**Izaskun Landaida Larizgoitia**

**Emakunde-Emakumearen Euskal Erakundeko zuzendaria**

# AURKIBIDEA

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN  | 10 |
| <b>1.1. Introducción a la investigación de 2016</b>  | 11 |
| 2. CONCEPTUALIZACIÓN Y MARCO TEÓRICO Y LEGAL   | 13 |
| 3. METODOLOGÍA   | 14 |
| <b>3.1. Grupos de discusión</b>  | 14 |
| <b>3.2. Entrevista de contraste</b>  | 15 |
| <b>3.3. Il parte de la investigación</b>   | 16 |
| 4. INFORME DE RESULTADOS   | 17 |
| <b>4.1. Autopercepción de las propias mujeres con enfermedad mental y percepción de las personas profesionales</b> | 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 |
| <b>4.2. Factores de riesgo y protectores frente a la violencia</b>   | 31 |
| 4.2.1. Momentos de incremento del riesgo   | 33 |
| 4.2.2. Trastornos que provocan un mayor riesgo   | 33 |
| <b>4.3. Mejora en la detección de casos de violencia. Conocimiento de recursos</b>                                 | 34 |
| 4.3.1. Credibilidad que se concede a las mujeres con enfermedad mental   | 40 |
| <b>4.4. Prelación entre violencia y enfermedad mental</b>  | 43 |
| <b>4.5. Atención psicológica a mujeres que han sufrido violencia</b>   | 44 |
| 4.5.1. Trabajo grupal  | 45 |
| <b>4.6. Recursos públicos para la atención a mujeres que han sufrido violencia</b>                                 | 47 |
| <b>4.7. Asociaciones de personas con enfermedad mental y violencia contra las mujeres</b>                          | 56 |
| <b>4.8. Coordinación interinstitucional</b>  | 59 |

|  |    |
|--|----|
| <b>4.9. Prevención</b>   | 61 |
| <b>5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>   | 62 |
| <b>5.1. Conclusiones</b>   | 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 |
| <b>5.2. Recomendaciones</b>  | 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 |
| <b>5.3. Conclusiones y recomendaciones dirigidas a las mujeres con enfermedad mental</b>                                       | 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 |
| <b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>   | 71 |
| <b>7. PERSONAS PARTICIPANTES</b>   | 72 |





---

## HASIERAKO OHARRA

---

Ikerketa honen landa-azterketa 2015 eta 2016 urteetan burutu dugu. Hasierako fasean, buru gaixotasuna duten eta indarkeria jasan duten emakumeen esperientzia ezagutzera mugatu genuen ikerketa-eremua, eta zuzeneko esku-hartzean diharduten profesionalen –psikologoak, psikiatrak eta gizarte langile zein hezitzaileak– iritziak ere jaso genituen, indarkeria-egoerek jasotzen duten erantzun instituzionala ezagutzeko.

2016. urtean zehar, berriz, indarkeria-egoerak hautemateko eta horien aurrean esku hartzeko lan-ildoak eta proposamenak identifikatzean oinarritu zen eremu-ikerketa, zerbitzu publikoen eta buru gaixotasuna duten emakumeekin lan egiten duten elkarten jarduketa hobetze aldera.

Ikerketa honekin zinez eskertu nahi dugu irabazi-asmorik gabe kolaboratu duten dozenaka pertsonen ekarpena eta esfortzua. Bereziki, eztabaida-taldeetan parte hartu duten emakumeen buru-argitasuna eta ausardia nabarmendu nahi ditugu. Azkenik, Cristina Polo Usaola psikiatraren ekarpen baliotsuak aintzat hartu nahi ditugu, aurrekaririk gabeko lana egiten ari baita buru gaixotasun larria duten emakumeek bizi duten indarkeria azaleratzen.

# 1. Sarrera

Buru gaixotasuna duten pertsona eta senide elkarteek Euskadiko federazioak, FEDEAFESek, 2012.urtean **jarduketa guztietan genero-ikuspegia sartzeko prozesua** hasi zuen. Horretarako, Emakumeen eta gizonen arteko berdintasun egoerari buruzko diagnostikoa egin zuen, eta horrek, besteak beste, **emakumeen aurkako indarkeriaren arazoa aintzat hartzeko beharra** agerian utzi zuen. Edozein esparruko ikerketa guztiek nabarmentzen dute buru gaixotasunaren eta emakumeen aurkako indarkeriaren arteko lotura. Hala ere, egoera antzemateko eta esku hartzeko zailtasuna daude, bai zerbitzu publikoen aldetik, bai buru gaixotasuna duten pertsonekin lan egiten duten elkarteek aldetik.

Federazioaren barne, diagnostikoak agerian utzi zuen zuzeneko arretan lan egiten dutenak emakumeen aurkako indarkeriaren ezagutzan sakondu behar dutela. Gainera, **egoera antzemateko eta esku hartzeko tresnen eta deribatze-protokoloen falta** ere identifikatu da. Bestalde, azterlanean parte hartu zuten buru gaixotasuna duten emakumeen artean, indarkeriaren inguruko kezka handia hauteman dugu, baita arazoari zuzenki aurre egiteko eskaera ere.

Hori dela eta, 2014. urtean heziketa programa garatu zen genero-indarkeriaren inguruan. Programa horren barruan ekintza hauek gauzatu ziren:

- » Sentsibilizazio tailerra Zaballa kartzelan dagoen emakume-talde batekin; askok buru gaixotasunen bat dute.
- » Hiru prestakuntza-ikastaro, FEDEAFESeko langile teknikoei eta federazioaren barnean dauden hiru elkarteri zuzenduak: Agifes, Asasam eta Asafes.

Horrez gain, Buru gaixotasuna duten emakumeak eta genero-indarkeria izeneko triptikoa argitaratu genuen. Bertan azaltzen ditugu kolektibo horren kalteberatasuna

areagotzen dituzten faktoreak eta indarkeria-egoera antzemateko nahiz esku hartzeko profesionalak dituzten zailtasunak. Indarkeria-kasuak prebenitzeko, identifikatzeko eta esku hartzeko jarraibideak ere aipatzen dira.

Prozesu horretan zehar, buru gaixotasuna duten emakumeek jasaten duten indarkeriak dituen berezitasunak gutxi ezagutzen direla egiaztatu ahal izan da. Horrela, profesionalentzako prestakuntza-talde guztietan, agerian utzi zen genero-indarkeria eta buru gaixotasuna lantzen dituzten material gutxi daudela, eta ez direla egokitzen kolektiboko emakume gehienek egiazko egoerara. Indarkeria badagoela ohartarazteko aipatzen diren sintoma gehienak buru gaixotasunari lotuta daude. Beraz, egoera horiek antzemateko metodologia egokien diseinuan lan egiteko beharra identifikatu da, baita buru gaixotasuna duten emakumeek jasaten duten genero-indarkeriak dituen berezitasunak sakonki ikertzeko premia ere; batez ere, kalteberatasun eta babes faktoreak nabarmenduz.

Gainera, indarkeria-kasu bat antzeman eta geroko esku hartzerako jarraibide zehatzak diseinatzeko beharra ere nabarmendu da, bai **ikuspuntu terapeutiko egokia landuz**, bai deribatze-protokolo koordinatuak garatuz zerbitzu publiko eskudunekin. Azkenik, buru gaixotasuna eta indarkeria-egoerak bizi dituzten emakumeak artatzen dituzten zerbitzu publikoen egokitasun-maila ikertzeko premia ere argi geratu da; behar horien inguruan, administrazio eta zerbitzu profesionalak sentsibilizatzeko prozesuari ekin nahi da eta, aldi berean, behar horiei erantzuna emateko neurriak diseinatu.

Jakin badakigu lan asko egiteko dagoen esparru batean sartzeko ari garela eta, gainera, lan hori aurrera eraman ahal izateko hainbat erakunde publikoren eta hirugarren sektoreko entitateen laguntza beharko dugula. Azken urteotan –mugimendu feministaren borroka dela eta, eta 2004. urtean Genero-indarkeriaren aurkako

*“Indarkeria subjektibotasunaren ordenak bere baitan duen arazoa da, gertukoa eta ez besterena. Modu batean edo bestean, beti ukitzen gaitu; objektu edo subjektu gisa, erasotzaile edo biktima gisa. Indarkeriak zerikusia du gauzatzen duenarekin, subjektiboki bizi dugu, norberaren historiatik”.*

*Luis Bonino*

Lege Integrala sortu zenetik, emakumeen aurkako indarkeriak dakarren arazo sozial handia nabarmen ikusarazi da, baina **dezente gutxiago erreparatu zaio emakume aniztasunari** eta aniztasun horrek sortzen dituen beharrei.

Gure ustez, hiru erronka handi ditugu:

- » Buru gaixotasuna duten pertsonekin lan egiten duten elkarleen aldetik, emakumeen aurkako indarkeriaren arazoa eguneroko praktikan jorratzea eta ezagutzera ematea.
- » Indarkeria jasan duten emakumeekin lan egiten duten zerbitzu publikoen aldetik, baliabideak buru gaixotasuna duten emakumeen behar espezifikoetara egokitzea, egoera konkretu bakoitzari banan-banako erantzuna emanaz.
- » Buru osasuneko zerbitzuen aldetik, emakumeen bizitzan indarkeria sarri gertatzen den zerbait dela sistematikoki gogoan izatea, are gehiago pertsona horrek buru gaixotasunen bat badu, horrela aukera gehiago baitago egoera identifikatu eta esku hartzeko. Horretarako, genero-ikuspegia barneratu behar da osasun zerbitzuetan.
- » Laugarren erronka alderdi guztiak koordinatzean datza, egoera horiek hobeto hauteman eta esku hartu ahal izateko.

## 1.1. 2016KO IKERKETAREN SARRERA

Ikerketa hau egiten ari nintzen hilabeteetan, elkarrizketa informaletan buru osasuna duten emakumeen aurkako indarkeriari buruzko ikerketa egiten ari nintzela esaten nuenean, behin baino gehiagotan galdetu zidaten ea emakume horiek eragindako biolentzia aztertzen nuen. Gure gizartean, buru nahasmendua duten pertsonak izaera erasokorra dutenaren aurreiritzia hain barneratua dugu, zaila egiten dela pertsona horiek jasaten duten indarkeria ikusaraztea. Eta euren biktima-izaera agerikoa egitea da emakume horiek behar dutena indarkeriarik gabeko munduan bizitzeko eskubidea nahiz erreparazio eskubidea sozialki onartua ikusteko. Gainera, indarkeriari buruz hitz egiteak buru gaixotasunaren garapenean duen efektu terapeutikoa ez da ahaztu behar, ikerketa honen ondorioetan jasotzen den moduan.

Pixkanaka, gure gizarteak argi ikusten du emakumeak emakume izateagatik jasaten duen indarkeria instituzioen aldetik erantzun sendoagoa jaso beharko lukeen arazo larria dela. Hala ere, buru gaixotasuna duten emakumeak biktima bezala gutxietsiak izaten dira argumentu ezberdinak erabilita: kontatzen duten istorioa sinesgarria ez dela egotzita, euren desoreka psikopatologikoaren eraginez, edo euren jarrerak eragindako ondorioak pairatzen dituztela, besteak beste. Beste batzuetan, buru osasuna lantzen duten profesionalak indarkeria-egoera argira ateratzeak emakumea desorekatu dezakeenaren mitoa sinesten dute, nahiz eta teoria horrek oinarri zientifikorik ez duen.

Batzuetan gertatzen da zenbait eremu profesionaletan, emakumeek indarkeria jasan dutela onartzen denean, gertakari hori buru gaixotasunarekin erlazioa duela eta gizonetzkoie ere neurri berean eragiten diela argudiatzen dela. Dударik gabe, ez da ikerketa honen asmoa buru nahasmendua duten gizonetzkoek jasaten edo jasan izan duten indarkeria gutxiestea. Izan ere, literatura zientifikoak aho batez nabarmentzen du biktima izateko aukera biderkatu egiten dela eritasun mental larria izanez gero. Ikerketa honen helburua da genero-ikuspegitik buru gaixotasuna duten emakumeek jasaten duten indarkeria sail ezberdinetatik aztertzea, gizartean ezkutuan dagoen errealitate honetan sakontzeko: emakumeek emakume izateagatik indarkeria jasateko

dituzten aukerak; hau da, gizartearen genero-erakuntzaren ondorioz, biolentzia pairatzeko duten arriskua biderkatu egiten da buru nahasmendu larria duten emakumeen kasuan. Zifrak garbiak dira: Buru nahasmendu larria duten lau emakumetik hiruk indarkeria jasan du noizbait familiarean edo/eta bikote harremanetan, Francisco González Aguadok eta psikologian eta psikiatrian beste bost adituk burututako **Buru gaixotasuna duten emakumeen aurkako indarkeria familiarean eta bikotean** (2013)<sup>1</sup> ikerketaren arabera. Hala ere, indarkeria-kasu gehienak ezkutuan geratzen dira emakume horiekin lan egiten duten psikologo eta psikiatra taldeentzat. Errealitate horren aurrean, ikerketa honek helburu praktikoak proposatzen ditu. Alde batetik, gizarte-zerbitzuei, osasun zerbitzuei (bereziki, osasun mentaleko sareei) eta buru nahasmendua duten pertsonen elkartei buru gaixotasuna duten emakumeek jasaten duten biolentzia identifikatzeko jarraibideak aztertzea, buru nahasmendua identifikaturik nahiz identifikatu gabe dagoen kasuetan. Bestetik, indarkeria-kasua identifikatua dagoenean, profesionalaren lana orientatzea. Azkenik, buru gaixotasuna duten emakumeek jasaten duten indarkeriari erantzun egokia emateko zerbitzu publikoek egin beharreko egokitzapenak aurreikustea, emakume horien bizitzetan parte hartzen duten gizarte-faktore eta baldintza pertsonal guztiak kontuan hartuko dituen ikuspuntu interseksionaletik.

Ikerketa honen garapenak iraun dituen urteetan, Fedefesek buru nahasmendua duten emakumei zuzendutako indarkeriaren inguruko hainbat prestakuntza eta sentsibilizazio egitasmo antolatu ditu. Ikastaro horien helburua bikote harremanean ematen diren lehen indarkeria aztarnak antzematea zen, baita biolentzia hori gizarte patriarkalaren egiturari ulertzea ere; emakume otzanek eta gizon menderatzaileek osatutako bikote harremanak sustatzen dituen gizarte patriarkala, alegia. Egitura matxista hori agerian uztea bereziki garrantzitsua da emakume horien kasuan, erasotzailea justifikatzeko joera izaten baitute, baita jasaten duten indarkeriaren errudun direla sentitu ere,

euren gaixotasunak eragindako autoestimua faltagatik. Hori dela eta, 2015 eta 2016 urteetan ondorengo tailerrak burutu dira:

- » Bikote harremanetan ematen den indarkeriari buruzko tailerra buru gaixotasuna duten emakumeekin, Laudioko Asasam elkartearen.
- » Maitasun erromantikoaren mitoari buruzko bi tailer, mito honek bikote harreman desorekatuekin eta indarkeriaren sorrerarekin duen lotura aztertzeko. Buru nahasmendua duten emakumeen parte-hartzearekin burutu ziren tailerrak: Laudioko Asasam eta Gasteizeko Asafes elkarteetan.
- » Maitasun erromantikoaren inguruko tailerra Zaballa espetxeko emakumeekin. Horietako askok buru gaixotasun dute.

Gainera, 2015 urtean **Emakumea eta buru osasuna. Emakumeen aurkako indarkeriari stop** izeneko liburuxka argitaratu zen, baita **Buru gaixotasuna duten emakumeek jasaten duten indarkeriaren aurkako sentsibilizazio, detekzio eta prebentzio erreminta**<sup>2</sup> izeneko dokumentua ere, ikerketa honen lehen zatiaren ondorio nagusiekin.

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

2 [http://www.fedefes.org/wp-content/uploads/2016/11/web\\_Fedefes\\_estudio-violencia-genero-mujeres-con-enfermedad-mental\\_conclusiones-y-recomendaciones1.pdf](http://www.fedefes.org/wp-content/uploads/2016/11/web_Fedefes_estudio-violencia-genero-mujeres-con-enfermedad-mental_conclusiones-y-recomendaciones1.pdf)

## 2. Kontzeptualizazioa eta esparru teorikoa eta legala

Emakumeen aurkako indarkeria “**emakume izate hutsagatik pertsona bati eragiten zaion edozein indarkeria mota** da, desberdintasunak bizi dituen gizarte batean, emakumeen eta gizonezkoen arteko botere desberdintasunak eragindako harremanak sortzen dituen gizarte batean”; hala ageri da *EAEko Emakumeentzako Ekintza Positiboko Planean*<sup>3</sup>. *Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako Legean*<sup>4</sup>, berriz, emakumeen aurkako indarkeriaren inguruko definizioak hala dio: “generoa dela eta, edozein indarkeriazko ekintza, emakumeari kalte sexuala, fisikoa, psikologikoa edota sufrimendua eragiten dionean, baita ekintza horiek gertatzearekin mehatxua egitea, bizitzaren esparru publikoan edo pribatuan hertsatzea eta askatasuna arbitrarioki kentzea ere”.

Emakumearen aurkako indarkeriari buruzko kontzeptualizazio horiek Nazio Batuak, 1994. urtean, zehaztutako definizioaren elementu nagusiak jasotzen dituzte: “emakumea izateagatik eragiten den indarkeriazko edozein ekintza, emakumeari kalte sexuala, fisikoa, psikologikoa edota sufrimendua eragiten dionean, baita ekintza horiek gertatzearekin mehatxua egitea, bizitzaren esparru publikoan edo pribatuan hertsatzea eta askatasuna arbitrarioki kentzea ere”<sup>5</sup>.

Horietan guztietan irakur daitekeenez, indarkeri mota hori jasateko arrazoi nagusia emakume izatea da soilik.

Kontzeptualizazio horiek *Genero Indarkeriaren aurkako babes osoko neurriak* biltzen dituen *Lege Organikoak* –edo *Genero Indarkeriaren Legeak*<sup>6</sup>– diona baino areago doazela esan beharra dago. Lege horrek “indarkeria emakume izate hutsagatik eragiten dela onartzen duen arren, erabakitako babes-arau eremua bikotean, elkarrekin bizi ala ez, eragindako indarkeriara mugatzen du. Hori horrela izanik, indarkeria matxista kasu ugari lege horren kanpo geratzen dira nahiz eta oso ohikoak izan emakume askoren bizitzan; besteak beste: sexu-indarkeria bikotearen eremutik kanpo edo genero desberdintasunarekin loturiko familia indarkeria. Gainera, **horrek hedabideetan eta gizartean**

**nahasmena sortu du, uste baitute indarkeria soilik bikoteak eragiten duela.**

Azterlan honetan, buru gaixotasuna duten emakumeek jasaten duten indarkeria larri oro aztertu dira. Kontuan hartu da, beraz, bikoteak edo bikote ohiak eragindako indarkeria, erasoak, eta edonolako sexu-abusuak, baita familia barruan sor daitekeen indarkeria ere. Egia da ezin dugula baieztatu senideen arteko indarkeria guztia generoaren eraikuntza sozialaren ondorio denik –eta, hortaz, Nazio Batuen kontzeptualizaziotik kanpo geratuko litzateke-, kasu askotan, jarrera mota horiek emakumeek eta gizonek gizartean duten rolaekin erabateko lotura dute, baita sexuen artean dagoen botere harreman desorekarekin ere. Planteamendu hau koherentea da Euskal Autonomia Erkidegoan indarrean dagoen legearekin.

2009. urteko otsailean *Etxearen eta sexuaren eremutan tratu txarrak bizi dituzten emakumeen arreta hobetzeko instituzioen arteko II. akordioa*<sup>7</sup> sinatu zen. Dokumentu horretan instituzioek eta zerbitzu publikoek **sexu-indarkeria nahiz senideen arteko indarkeria** -bikotekideak edo familiako norbaitek eragindakoa- jasan dituzten emakumeen beharrei erantzun egokia eskaini behar dietela nabarmentzen da. Kontzeptualizazio horren arabera, “etxebizitza emakumearen aurkako tratu txarrak egongo dira ondorengo ezaugarriak betetzen badira: emakume heldu edo nerabearen aurkako biolentzia eman bada iraganeko edo egungo familiarterko harremanen batean edo antzeko harreman afektiboan, emakumea menderatzeko eta azpiratzeko helburuarekin, baita harremanean botere edo aginte posizioa mantentzeko asmoarekin ere, eta, ondorioz, emakumearen osasun fisiko edo mentalak kaltea jasan duenean”. Horrez gain, indarkeria sexuala ere sartzen da definizioan, emakumearen onarpenik ez duen edozein izaera sexualeko jokabide bezala definituz.

3 Gobernu kontseiluak onartua 2013ko abenduaren 30ean.

4 4/2005, Lege Organikoa Eusko Legebiltzarra onartutakoa otsailaren 18an [www.parlamento.euskadi.net/pdfdocs/leyes/ley20050004\\_t\\_cas.html](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 1/2004 Lege Organikoa, Estatuko Gorte Nagusiek onartutakoa abenduaren 28an.

7 [http://www.bizkaia.eus/Gizartekintza/Genero\\_Indarkeria/pdf/dokumentuak/II\\_interinstitucional\\_c.pdf](http://www.bizkaia.eus/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/pdf/dokumentuak/II_interinstitucional_c.pdf)

## 3. Metodologia

Ikerlan honetan metodologia kualitatiboa erabili den arren, hainbat iturritatik lortutako datuak ere ageri dira. Datu horiek, oro har, emakumeen eta, bereziki, buru gaixotasuna duten haien, aurkako indarkeriaren fenomenoaren garrantzia agerian uzteko erabili dira. Metodologia kualitatibo hori, batetik, ikerketan parte hartu duten buru gaixotasuna duten emakumeen esperientzia subjektiboan sakontzeko asmoz landu da. Beraz, emakumeen bizi-esperientziak garrantzi handia izan dute, **azterlanak euren bizipenen baliotasuna eta pisua onartzea baitzuen oinarri, eurak azterlanaren objektu baino subjektu aktibo gisa hartuz**. Helburua bizi-esperientzia ugari jasotzea izan da; horregatik, profil anitzeko emakumez osaturiko taldeak sortu dira, adina, buru gaixotasun tipologia, hondatze kognitiboa, laneratzea eta bizikidetzako unitatearen eraketaren arabekoak. Guztiek euren borondatez parte hartu dute, eta euren nortasuna jakinaraziko ez dela ziurtatu zaie. Euren identifikatzen lagunduko lukeen daturik ere ez da azalduko.

Bestalde, **buru gaixotasuna duten emakumeekin edo indarkeria-egoeraren bat jasan duten emakumeekin egunero lan egiten duten langileen esperientzian sakondu** nahi izan da. Hori guztia dela eta, lana **ikerketateknika kualitatibo** baten bidez egin da, horrek, bizi-esperientziak eta langile profesionalak hobeto ezagutzeko aukera ematen baitu. Horretarako, ikerlan-mota hauetan ohikoak diren bi tresna metodologiko erabili dira: **eztabaida-taldeak eta elkarrizketa sakonak**.

Jarraian erabili diren **tresna metodologikoak** azaltzen ditugu.

### 3.1. EZTABAIDA-TALDEAK

Ikerketaren lehen zatian, guztira eztabaidarako bost talde antolatu dira, segidan zehazten ditugun pertsona profitez osatutakoak:

#### 1. TALDEA: Buru gaixotasuna duten emakumeak

- » Taldea Fedeaefeseko egoitzan egon zen, Laudion (Hiru

Gurutzeta 14, behea esk. Arza Poligonoa), 2015eko irailaren 14an, astelehena, 20.00etatik 13.00era.

- » Arabako eta Bizkaiko Fedeaefeseko elkartearen baliabide anitzen bidez, arreta jaso zuten zazpi emakumek parte hartu zuten. Partaideek 34 eta 53 urte bitarteko adina zuten. Horietatik batek bikotea du egun eta gehienek iraganean izan zuten. Bost tipologia ezberdineko buru gaixotasunak zituzten (eskizofrenia paranoikoa, eskizofrenia, nahasmendu eskizotipikoa, konbertsio-nahasmendua eta alkoholismoa). Lauk narriadura kognitiboa dute eta hiruk ez. Bost emakumek euren jatorrizko familiarekin bizi dira, bat bakarrik bizi da eta beste bat laguntzapisu batean. Hala ere, iraganean bikotearekin bizi izan diren batzuk ere badira. Gaur egun, guztietatik batek bakarrik du lana, nahiz eta hiruk iraganean izan duten.

#### 2. TALDEA: Zaballa kartzelako emakume presoak; batzuek buru gaixotasunen bat dute

- » Taldea Zaballako kartzelan egon zen, irailaren 25ean.
- » 11 emakumek parte hartu zuten, 20 eta 53 urte bitarteko adinarekin, eta batzuek buru gaixotasuna zuten. Guztiak noizbait bikotearekin bizi izan dira. Gehienek ikasketa maila baxua da. Taldean hiru emakume etorkin eta bi ijitok parte hartu zuten.

#### 3. TALDEA: Langileak eta gizarte-hezitzaileak, buru gaixotasuna duten pertsonen elkarteetan, indarkeria jasan duten emakumeekin lan egiten duten zerbitzu publikoetan edo buru osasuneko zerbitzuetan lan egiten dutenak

- » Taldea Boluntan izan zen, Bilbon (Ronda, z/g), 2015eko irailaren 28an, astelehena, 10.00etatik 12.00tara.
- » Zazpi profesionalek parte hartu zuten, indarkeria jasan duten eta buru gaixotasuna duten emakumeekin batera. Talde horretatik bost gizarte-langileak ziren eta bi zuzeneko esku hartzea lantzen duten psikologoak,

bat emakumea eta bestea gizona. Profilak hauexek dira:

- Paula Castro, indarkeria jasan duten emakumeei zuzendutako harrera-baliabide publikoko gizarte-langilea.
- Ainara Uribarri, indarkeria jasan duten emakumeei zuzendutako harrera-baliabide publikoko hezitzaile-langilea, Bizkaiko Foru Aldundikoa.
- Estíbaliz Villar, Avifeseko gizarte-langilea.
- Gurutze Villanueva, Asasameko gizarte-langilea.
- Marian Larrinaga, Osakidetzako Buru Osasuneko Sareko gizarte-langilea.
- Haizea de la Llosa, Zaballa espetxeko psikologoa, buru gaixotasuna jasan duten emakumeekin lan egiten duena, askok indarkeria bizi izan dutenak.
- Jesús Guerrero, Zaballa espetxeko psikologoa, indarkeria eragitea leporatu dieten gizon presoak hezteko lanetan dabilena.

#### **4. TALDEA: Psikologoak edo psikiatrak, buru gaixotasuna duten pertsonen elkarteetan, indarkeria jasan duten emakumeekin lan egiten duten zerbitzu publikoetan edo buru osasuneko zerbitzuetan lan egiten dutenak**

- » Taldea Agifeseko Benta Berriko egoitzan izan zen, Donostian (Bertsolari Salbador 4-6, behea), 2015eko urriaren 13an, asteartea, 10.00etatik 12,15era.
- » Zortzi profesionalek parte hartu zuten, horietatik zazpi psikologoak eta bat psikiatra. Profilak hauexek dira:
  - Haizea de la Llosa, Fedaeafeseko psikologoa.
  - Graciela Rodríguez, Avifeseko psikologoa.
  - Yolanda Iglesias, Agifeseko psikologoa.
  - Justine Gestoso, Asafeseko psikologoa.
  - Elena Etxebarria, Asasameko psikologoa.
  - Maitane Ibernía, Emakumeak Babesteko eta Familiei Laguntzeko Bizkaiko Foru Aldundiko zerbitzuko psikologoa.
  - Irene Zubizarreta, Zutituko psikologoa, Bizkaia eta Arabako Foru Aldundietarako genero eta familia indarkeria jasaten duten emakumeei

bideratutako arreta psikologikorako programak garatzen dituen enpresa.

- María Silva, Osakidetzako Buru Osasuneko Sareko psikiatra.

#### **5. TALDEA: Agintzari kooperatibako gizarte-hezitzaileak eta gizarte-langileak. Kooperatiba indarkeria jasan duten emakumeei zuzenduriko harrera-baliabide publikoak artatzen ditu.**

- » Taldea Agintzariko egoitzan izan zen, Bilbon (Madariaga Ibilbidea 1, 4º), 2015eko urriaren 23an, ostirala, 9.00etatik 10.00etara.
- » Harrera-baliabideak kudeatzen dituzten hiru profesionalek parte hartu zuten –talde osoa, alegia:
  - Oihane Cabello.
  - Lourdes Moruga.
  - Iratxe Amantegi.

### **3.2. KONTRASTE-ELKARRIZKETA**

**Margarita Sáenz Herrero psikiatrari** ikerketaren lehenengo zatiko **kontraste-elkarrizketa** egin zaio. Genero-ikuspuntutik buru osasunean espezialista da eta, gaur egun, Gurutzetako Ospitalean lan egiten du psikiatria unitatean. Ikerketaren atal horretatik ateratako ondorioak berretsi eta eztabaidatu ahal izateko egituratu zen elkarrizketa. Ondorio guztiak berretsi ziren.

### **3.3. IKERKETAREN II. ZATIA**

2016an burututako ikerketan, lehenengo zatiko erreminta metodologikoak erabili dira. Hau da, eztabaida taldeak eta adituekin elkarrizketa sakonak.

#### **EZTABAIDA TALDEAK: Hainbat zerbitzu publikoko arduradunekin eta indarkeria-teknikariekin eztabaida taldea osatu zen.**

- » Taldea Boluntan, Bilbon (Ronda, z/g), bildu zen 2016ko irailaren 23an, ostiralean, 10:00etatik 12:15era.
- » 11 profesionalek hartu zuten parte, Fedaeafeseko gerente María José Canoz gain.

» Ikerketaren koordinatzaile Alicia García Santosek dinamizatu zuen saioa.

» Parte-hartzaileak ondorengoak izan ziren:

- Emakundeko Leyre Sologuren.
- Bilboko Udaleko Berdintasun saileko Amaia Domingo.
- Bilboko Udaleko Berdintasun saileko Irati Fernández.
- Bizkaiko Foru Aldundiko Emakume eta Familia Esku-hartze zerbitzuko Lola Mechaca.
- Osakidetzako Leonor Aurrekoetxea.
- Donostiako Udaleko Berdintasun saileko Ana Txurruka.
- Gipuzkoako Foru Aldundiko Emakumeen eta Gizonen Berdintasunerako ataleko Aurora Iturrioz.
- Gizarteratzeko, Indarkeria Matxistaren Emakume Biktimen Laguntzako eta Gizarte Larrialdietako zerbitzuburu Patxi Leturia.
- Arabako Foru Aldundiko Gizarte Ongizaterako Foru Erakundeko Pilar Sanz.
- Laudioko Udaleko Berdintasun eta Gazteria saileko M<sup>a</sup> José Ikaran.
- Eusko Jaurlaritzako genero-indarkeria jasaten duten emakumeei zuzendutako zerbitzuko Idoia Ebro.

buru Cristina Polo Usaola psikiatrari. Elkarrizketa Hortalezako Buru Osasun zentroan egin zen, Ramón y Cajal Ospitalean, Mar de Kara kalearen 13an (Madrid), azaroaren 21ean, 14:00etatik 15:10era. Cristina Polo buru gaixotasun larria duten emakumeen aurkako indarkerian Estatu mailan dagoen aditu handiena denez, txosten honen ondorio nagusiak egiaztatzeko balio izan zuen berekin mantendutako elkarrizketak.

- Osakidetzako Giza Baliabideak Kudeatu, Antolatu eta Garatzeko zuzendariorde Maite Paino Ortuzar. Osakidetzako genero-indarkeriako taldeko partaidea. Elkarrizketa Osakidetzako zentroan burutu zen, Araba kalearen 45ean (Gasteiz), abenduaren 13an, 9:10etik 10:50era.

### **ELKARRIZKETA SAKONAK: Ondorengo lau profesionaleri lau elkarrizketa sakon egin dizkiegu:**

- Fedeafeseko psikologo Haizea de la Llosa. Elkarrizketa Fedeafeseko egoitzan egin zen, Tres Cruces kalearen 14an (Laudio. Araba), urriaren 14an, 10:00etatik 11:15era.
- Bilboko Udaleko Oinarrizko Gizarte Zerbitzuen gizarte-langile Itziar Azpeitia. Elkarrizketa Oinarrizko Gizarte Zerbitzuen egoitzan egin zen, Santutxu-Boluetan, Circo Amateur Del Club Deportivo kalearen 2an (Bilbo), urriaren 19an, 13:00etatik 14:30era.
- Madrilgo Hortalezako Buru Osasun zerbitzuko



## 4. Emaitzen txostena

**Emakumeen bizitzan indarkeria oso ohikoa den gertakizuna da**, hedabideetan eta gizartean, maiz, salbuespenak edo kasu isolatuak bailiran ezagutzera ematen dituzten arren. Horrela, Europar Batasunean<sup>8</sup> indarkeriaren inguruan egindako lehen makro-galdeketeraren arabera, 2014an argitaratua, **hirutik emakume batek indarkeria fisikoa edo sexuala jasan du**. Datuak estrapolatuz gero, Europako 62 milioi emakumez ari gara. Azterlan honetan, 42.000 emakumek parte hartu dute, eta agerian uzten da **Europako %43k bikotean indarkeria psikologikoa jasan duela**. Estatuan, emakumeen %24,2k edozein pertsonak eragindako nolabaiteko indarkeria sexuala edo psikologia jasan du noizbait<sup>9</sup>.

Zentzu berean, 2015eko udaran argitaratu zuten Nazio Batuen txosten baten arabera, emakumeen aurkako indarkeria munduko heriotza-arrazo nagusia da 15 eta 44 urte bitarteko emakumeen artean; minbiziak, trafikoak edo gudak eragin ditzaketenak baino gehiago. Beste datu esanguratsu bat: Intermón Oxfam<sup>10</sup> erakundeak dioenez, 10 emakumetik zazpi indarkeri psikologikoa edo sexuala biziko du bere bizitzan zehar. **Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) emakumeen aurkako indarkeriaren larritasunak, hedapenak eta ondorioek eragindakoa ikusita, 2005ean, osasun publikoko arazotzat hartu zuen.**

Estatuko, autonomietako nahiz nazioarteko erakundeek, Nazio Batuek esaterako, **bizitzaren alor ezberdinetan emakumek bizi duten desberdintasun-egoera estrukturala dela emakumeen aurkako indarkeriaren arrazoa**. Egoera hori, sexuaren arabera, gizartean eta familian erabakitako rol eta ardura banaketan oinarritzen da; eta emakumea gizonarekiko menpeko egoera batean dago. Indarkeria desberdintasuna azaleratzen duen adierazpena izateaz gain, ziurrenik adierazpen larriena, gizarteak erabiltzen duen kontrol-tresna da desberdintasun hori mantentzeko eta iraunarazteko<sup>11</sup>.

Hori dela eta, azterlan honen abiapuntua da **emakumeen aurkako indarkeria ez dela fenomeno isolatua ezta salbuespenezkoa ere**; agerian utzi nahi da **izaera estrukturala duela eta emakumeen bizitzan gertakizun ohikoa** dela. Kontuan izan behar da, edozein emakumek bizi dezakeela indarkeria egoeraren bat bere bizitzako uneraren batean.

Buru gaixotasuna duten emakumeez ari bagara, ordea, emakumeek orokorrean indarkeria egoeraren bat jasateko duten arriskua areagotu egiten da. Fedeafesek landu duen **Emakumeen eta gizonen arteko berdintasunaren aurrean egoeraren diagnostikoa** aipatzen diren arrazoiaren artean, beste pertsonetikiko menpekotasun handiagoa, egoerari aurre egiteko aukera gutxiago edo harreman desorekatuak izateko aukera gehiago dituztela nabarmentzen dira. Ikerlan horretan, indarkeria jasaten duten emakumeek egoeratik ateratzeko, oztopo izan daitezkeen faktore estrukturalak badirela azaltzen da: biktimaren istorioari ematen zaion sinesgarritasun eskasa edo zerbitzuak eta informazioa eskuratzeko zailtasun handiagoa izatea.

Indarkeriaren areagotzea eragiten dituzten faktoreak ugariak izan daitezke, baina ikerlan guztien arabera, indarkeria jasateko arriskua areagotu egiten da buru gaixotasuna edota beste edozein desgaitasun izatean. Horrela, emakumearen aurkako indarkeriari buruzko Estatuan egin den makro-galdeketa<sup>12</sup>, %33tik gorako desgaitasun-ziurtagiria duten emakumeen artean, %23,3ak bikoteak eragindako indarkeria fisikoa edo sexuala eta beldurra jasan ditu. Ehuneko %15,1ekoa da desgaitasun gabeko emakumeei buruz ari garenean. Buru gaixotasuna duten emakumeek bizi duten indarkeriaren nagusitasunaz hitz egitean, ikasketa eskasia nabarmendu beharra dago, bai Estatuan bai Europan. Hala ere, Amerikako Estatu Batuetan indarkeria fisikoari eta sexualari buruzko azterlan kuantitatibo ugari dago eta, buru nahasmena duten emakumeen

8 [http://www.huffingtonpost.es/2014/03/05/violencia-machista\\_n\\_4901395.html?utm\\_hp\\_ref=spain&ncid=tweetInkushpimg00000067](http://www.huffingtonpost.es/2014/03/05/violencia-machista_n_4901395.html?utm_hp_ref=spain&ncid=tweetInkushpimg00000067)

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](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 Etxearen eta sexuaren eremutan tratatu txarrak bizi dituzten emakumeen arreta hobetzeko instituzioen arteko II. akordioa (2009). [http://www.bizkaia.net/Gizartekintza/Genero\\_Indarkeria/pdf/dokumentuak/II\\_interinstitucional\\_c.pdf](http://www.bizkaia.net/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/pdf/dokumentuak/II_interinstitucional_c.pdf)

12 Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/30.03300315160154508.pdf>

kasuan, ondorioztatu dutenez, bikotekideak edo bikote ohiak eragindako indarkeria mota horiek jasan dituzten emakumeen proportzioa oso handia da. Azterlanen arabera, ikertutako buru gaixotasuna duten emakumeen artean, **%32,3 eta %68 bitartean indarkeria fisikoa eta sexuala jasan dute bikotean**. Hala dio Juan Carlos González Casesek *Buru nahasmendu larria duten emakumeen aurkako indarkeria bikotean (2011)*<sup>13</sup> izena duen bere doktore-tesian. Ikerlanak ere ezagutzera eman du **indarkeriak ekar ditzakeen ondorioak oso larriak izan daitezkeela buru nahasmendua duten emakumeentzat, eta ez dela arazoa nahikoa aintzat hartzen**.

Familiarteko indarkeriari dagokionez, aipatutako tesiak Estatu Batuetan egindako 21 ikerlanetan azaltzen diren datuak erakusten ditu. Esaterako, **nahasmendu psikiatrikoak dituzten ospitaleratutako emakumeen %34 eta %92 bitartean indarkeria fisikoa eta sexuala jasan dute noizbait**. Anbulatorioko tratamendua jasotzen duten emakumeen artean, berriz, proportzioa %15 eta %90 bitartekoa zen. Bestalde, gizonetako kontuan hartzen dituzten ikerlanetan, indarkeriaren nagusitasunak behera egiten du.

Estatuan, Francisco González Aguadok eta psikologian eta psikiatريان beste bost adituk burututako *Buru gaixotasuna duten emakumeen aurkako indarkeria familiarean eta bikotean (2013)*<sup>14</sup> ikerketaren arabera, lau emakumetik hiruk jasan ditu tratu txarrak bikote harremanean edo familiarean (ikerketan parte hartu duten emakumeen %74,1). Ikerketa kuantitatibo hori San Fernando de Henareseko eta Alcalá de Henareseko errehabilitazio psikosozialerako zentroetara joaten diren buru gaixotasuna duten emakumeekin egin zen. Hala ere, zifra horiek ez dute emakume horiek jasan duten indarkeria guztia islatzen. Izan ere, helduaroan jasandako biolentzia soilik hartzen du kontuan lanak, haurtzaroan edo nerabezaroan pairatutakoa alde batera utziz. Gainera, familiarean bizitako bortxakeria bakarrik aztertzen du, bikotekidearengandik jasotakoa barne. Emakumeak ezagunak edo ezezagunak dituen beste pertsonengandik jasandako biolentzia kontuan hartzen ez denez, emakume biktimen kopurua handiagoa dela

ondoriozta genezake.

Ikerketarako elkarrizketatuak izan ziren emakumeen %40 baino gehiagok jasan zuen indarkeria azken urtean, eta portzentaje hori %52ra iristen da senideekin bizi ez direnak kontuan hartzen ez baditugu. Datu horiek ikusita, esan genezake **buru gaixotasun larria duten bi emakumetik batek etxean tratu txarrak jasotzen dituela**, gaur egun edo duela gutxi.

Ikerketak bikotekideak eragindako biolentzia bereizita aztertzen du eta bikotean egon diren emakumeen %80 tratu txarren biktima izan direla ondorioztatzen du. Eta horien artean, %42 jasaten ari da indarkeria gaur egun, edo azken 12 hilabeteetan sufritu du. Zifra horiek emakume guztiak eginiko antzeko azterketa bateko datuekin alderatzen ditu ikerketaren egileak: “buru osasun arazo larria duten emakumeek bikotekidearengandik jasaten duten indarkeriaren zifrak nabarmen altuagoak dira gainontzeko emakumeen datuekin alderatuta”. Izan ere, ikerketa orokorrak identifikatu zuenez, azken urtean emakumeen %10,1k bikotekideak eragindako biolentzia jasan zuen, eta buru nahasmendu larria duten emakumeen artean %42koa da zifra hori. Buru gaixotasuna izatean indarkeria jasateko aukera laukoiztu egiten da, alegia.

Senideengandik jasandako biolentziaren kasuan gertatzen den moduan, bikote harremanean ere indarkeria psikologikoa da ohikoena; fisikoa ondoren eta sexuala azkenik. Hala ere, nabarmentzekoak dira bikotean jasandako indarkeria fisikoari eta sexualari buruzko datuak: ikerketan parte hartu duten emakumeen %52,6k indarkeria fisikoa jasan du bizitzako momenturen batean eta %42k biolentzia sexuala. Ikerketa hau bereziki interesgarria da erabilitako metodologiak indarkeria-egoerak neurtzea ahalbidetzen duelako nahiz eta biktimek biolentziarik ez hauteman. Hau da, eremu-ikerketan ekintza objektiboez galdetu dugu, eta ez horien balorazioaz.

Bestalde, González Casesen tesia ikerlan kuantitatiboa izan zen, eta buru gaixotasun larria duten 142 emakume parte hartu zuten, bikotea zutenek edo izandakoek izan

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](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>

behar zuten. Partaide guztietatik, **%79,6k noizbait indarkeria psikologikoa, fisikoa edo sexuala jasan dutela ondorioztatu du**, González Agudoren ikerketak ateratzen dituen ia ondorio berberak. Indarkeria fisikoa edo/eta sexuala jasan dutenen kopurua ere oso altua da, %59,1era iristen da<sup>15</sup>. Ikerketan ia hirutik bi kasutan egiaztatzen da hainbat indarkeria mota aldi berean gertatzea ohikoa dela. Profesionalekin egindako eztabaida-taldeetan argi geratu zen indarkeria psikologikoa, esaterako, beste indarkeria mota batzuekin batera gertatu ohi dela:



- *Nik esango nizuke gure lan arloan indarkeria mota guztiak daudela, kasu guztietan, buru gaixotasuna izan ala ez izan.*

#### **Harrera-baliabide publiko bateko hezitzailea**

González Casesen azterlanaren datu horiek tratu txarren irizpide objektiboetan oinarritzen dira, nahiz eta hirutik biktima batek<sup>16</sup> ez duen uste tratu txarrak jasan dituenik. Ikerketa guztietan agerian uzten da emakumeek jasan duten benetako indarkeriaren eta antzematen dutenaren arteko ezberdintasuna –buru gaixotasuna izan ala ez izan-. Horregatik, **emakumeen ahalduzko beharra ezinbestekoa dela ondorioztatzen da, bikotean jokabide onartezinak diren jarrerak antzemateko gai izateko**. Jokabide horien artean, kontrola, isolamendu soziala, dirua erabiltzeko debekua edota sexu-harremanak izatera behartzea. Duela urte batzuk sexu-indarkeria identifikatzen bereziki zaila izan zitekeen emakume askorentzat, uste baitzen gizonezkoek eskubide osoa zutela, nahi zutenean, euren bikoteen gorputza erabiltzeko. Hala erakusten dute **ezkontzako betebeharra** gisako kontzeptu tradizionalak; eta baita justiziak zuen jarrerak ere, ezkontzan gertatutako abusuak eta bortxaketak zigorgarriak ez zirela ziotenean.

González Casesek ikerlanean aipatzen duenez, **parte hartu dutenen %30,3k bikotekideak edo bikotekide ohiak eragindako indarkeria jasan dute azken urtean**, nahiz eta %41,9k ez duen tratu txar gisa identifikatu. Kopuru hori Emakumeen aurkako indarkeriari buruzko III. makro-galdeketa<sup>17</sup> agertu zenarekin alderatuz gero, “ondoriozta liteke buru gaixotasun larria duten emakumeen kasuan bikotekideak edo bikotekide ohiak eragindako indarkeria hirukoiztu egiten dela, biztanleria orokorreko emakumeekin alderatuta”<sup>18</sup>. Horretaz gain, datu hauek biztanleria orokorraren lehen mailako arretarako osasun zentroko datuekin parekatzen baditugu, González Casesek dio azken urtean bikotekidearengandik jasandako indarkeria bikoizta dela buru gaixotasun larria duten emakumeen kasuan, eta bizitzan zehar jasaten duten indarkeriaren zifra, berriz, 2,6 aldiz handiagoa da. Beraz, ikerlan hauek kontuan hartuz, esan daiteke **bikotekideak edo bikotekide ohiak eragindako indarkeria jasateko arriskua bikoiztu edo hirukoiztu egiten dela emakumeak buru gaixotasun larria badu**. Zifra horiek Francisco González Agudok 2013an burututako ikerketaren emaitzekin erlaziozaturik, efektu biderkatzaile hori laukoiztu egin liteke.

Bestalde, González Casesen ikerketan parte hartu zuten %57,8k ez zuen neurrik hartu sufritutako tratu txarren aurrean, eta, kasuen erdian, euren erreferentziazko profesionalak, osasun mentaleko sarearen baitan, ez zuen egoera horren berri. Zentzu berean, Cristina Polo Usaola psikiatrak elkarrizketan adierazi zuenez, orokorrean osasun zerbitzuan gutxitan hautematen dira indarkeria-kasuak, emakumeari gai horri buruz galdetuz gero, askotan deseroso eta derrigortua senti daitekeenaren ustea dagoelako. Horrela, Madrilgo Erkidegoan burutzen ari den ikerketa batek frogatu duenez, emakumeen %95ri ez zaio inoiz galdetu osasun zerbitzuetan nolakoa den bere bikote harremana edo indarkeria jasaten duen jakiteko egin beharreko antzerako galderak. Ikerketa horren arabera, emakumeen %98k gomendagarria ikusten du osasun arloan lan egiten duten profesionalak indarkeriari buruz galdetzea. Hortaz, iritzi hori profesionalak helarazi behar zaie, emakumearen intimitatean sartzeko beldur horri aurre egiteko.

15 González Cases, 2011, 154. or.

16 Noizbait bikoteak edo bikote ohiak eragindako indarkeria jasan duten emakumeak.

17 Instituto de la Mujer (2006). González Cases bere ikerlanaren datuak 2006ko Makrogaldeketaekin alderatzen ditu, Estatuan lau urtero egiten den ikerketa. <https://www.usc.es/export/sites/default/gi/servizos/oix/descargas/IIImacroencuesta.2006.IM.pdf>

18 González Cases (2011), 176. or.

Hain zuzen ere, eztabaida-taldeetan egiaztatu ahal izan da, bizitakoa kontatzeko aukera ugari izan arren, emakume askok ez diotela inori ezer esaten, ezta psikiatrari ere:



- *Nik ez diot hau inoiz inori kontatu, orain esaten ari naiz indarra sentitzen dudalako*
- *Egoera horretan ezin nuen inorekin partekatu, ez? Niretzat gorde eta aurrera egin nuen.*

Beste partaide batzuen kasuan, bizitako erasoak psikiatrari kontatzeko denbora asko igaro behar izan zuten. Arreta psikologikoa eta psikiatrikoa urte luzez jaso eta gero:



- *Psikiatrak galdetu zidan: Nolatan ez duzu kontatu orain arte, hainbeste denbora pasa eta gero?”.*

Gozález Casesen ikerlanean, Osasun Mentaleko sareak identifikatutako kasuetan, gehienak ustezko indarkeria fisikoa eta psikologikoa ziren; sexu-indarkeria kasuak, berriz, ez zituzten antzeman. Hortaz, **buru gaixotasuna duten emakumeek jasandako indarkeriaren fenomeno larriak zerikusi zuzena du, paradoxikoki, ikusezintasun sozialarekin. Egoera hori European ikasketa faltan eta agenda politikoetan bizi duten erabateko bazterketan islatzen da.**

Hurrenez hurren, ikerketaren emaitza nagusiak atalka azalduko ditugu. Lanaren ondorioek buru gaixotasuna duten emakumeen aurkako indarkeriaren arazoa duen pisuari eta transzendentziari buruz eragile sozialak sensibilizatzeko balio izatea espero dugu; eta, horrekin batera, egoera horiek hautemateko eta jorrazteko egitasmoak garatzeko aukera bultzatzea.

## 4.1. BURU GAIXOTASUNA DUTEN EMAKUMEEN ETA PROFESIONALEEN PERTZEPZIOA

Metodologia zehaztu dugunean, aipatu dugu buru gaixotasuna duten emakumeek indarkeriaz duten pertzepzioa dela azterlanaren oinarri nagusia. Eztabaida-taldeetan, **bizipen ugari kontatu dira jasandako indarkeriaz, bai bikotean bai familiartean bai sexuaren alorrean.** Parte hartu zuten ia guztiak partekatu zuten bizitzan zehar jasandako indarkeria gertaeraren bat. Kontakizun horiek ondorio estatistikoak ateratzeko aukerarik ematen ez digun arren, buru gaixotasuna duten emakumeen bizitzan indarkeria ohiko gertaera dela egiaztatzeke balio izan digu.

Partaide batek bizitako indarkeria oso era larrian hautematen zuen; ondorioz, behar duena baino medikazio gehiago hartzen duela aitortu zuen:



- *Oso kaltetuta utzi ninduen, eta atzo kutxatilategitik pilula guztiak hartu nituen lur jota nengoelako. Lur jota.*
- *Eta aste osorako zenituen pilula guztiak hartu zenituen?*
- *Egunerako zirenak, egunerako zirenak...*
- *Eta ze asmorekin?*
- *Ez dakit, ez dakit, baina sarritan egiten dut.*

Ikerketa honen baitan, antolatutako eztabaida-taldetan parte hartu dutenen indarkeriaren autopertzepzioa altua den arren, gai honi buruzko ikerlanetan alde handia dago **jasandako indarkeriaren eta hautematen den indarkeriaren artean, bai biztanleria orokorreko emakumeen artean, bai buru gaixotasun larria duten emakumeen artean.** Alde horren arrazoia argia da, indarkeriaz hitz egiteko eztabaida-taldeetan parte-hartzeak, era boluntarioan, problematikaren

kontzientziazio handia eskatzen du. Gainera, talde horien dinamika berari esker, normalean kontaktzen ez diren bizipenak partekatzen dira konfiantzazko giroan. Horrek partaideei bizitzako egoerak identifikatzen laguntzen die, kideen kontakizunen bidez.

Oro har, **objektiboki bikotekideak eragindako tratu txarrak jasaten ari diren emakume asko ez dira egoeraz jabetzen**; hori, zalantzarik gabe, gizarte eremu anitzetan bikotekideak eragindako indarkeria-jarrera ugari normalizat hartzen direlako da. Cristina Polo Usaola psikiatraren iritziz, tratu txarren susmoa badago baina emakumeak hitzez onartzen ez badu edo ukatu egiten badu, profesionalak etxean bizi diren gainontzeko pertsonen egoeraz galdetzeko estrategia gara dezake emakumearen bizitzan zentratu beharrean:

“

- *Batzuetan, indarkeria dagoenaren susmoa dugu, baina emakumeak ukatu egiten du galdetzen diogunean. Kasu horretan gaiarekin gehiegi ez tematzea gomendatuko nuke. Izan ere, emakumea gaizki senti daiteke eta kontsultara berriro ez bueltatu. Errazagoa izan daiteke emakumeak jasaten duen biolentzia hori onartzea bere etxeko beste pertsonaren baten egoeraz galdetzen badiogu, seme-alaben egoeraz kasu. Galdera hauen bitartez adibidez: “Elkarbizitza ona dela esaten duzu. Zure seme-alabek etxean egoera zailen bat bizitzen ari direla uste al duzu?” Momentu askotan errazagoa egiten zaio emakumeari indarkeria identifikatzea bere seme-alaben kontaktetaren bitartez.*

Egoeraz ohartzeko zailtasuna ohikoagoa da orainean gertatzen ari diren indarkeria-kasuetan, iraganean jazotakoekin alderatuz. Desoreka horretan eragin garbia dute menpekotasun emozional handiak eta biktimak bizi izan duen nortasun-suntsipen sistematikoak. Prozesu horiek erasotzailearen jokabidea barkatzera eramaten dute biktima, indarkeriaren adiskidetze zikloaren baitan, bereziki. Eztabaida-taldeetan hainbat partaidek azaldu zuten indarkeria egoeraz jabetzeko oztopoa erasotzailearekin zuten harreman afektiboa zela:

“

- *Ni ziur nengoen berak maite ninduela eta zuganako duten ustezko maitasun horren alde edozer gauza egiteko gai zarela pentsatzen duzu, ez?”*

González Casesen ikerlanean<sup>19</sup>, une hartan indarkeria jasaten ari ziren buru gaixotasun larria duten emakumeen artean, %41,9k ez zuen egoera identifikatuta. Horrek agerian uzten du **prebentzioan eta jokabide mota horien hautemate goiztiarrean sistematikoki lan egiteko beharra**, gero eta beranduago jabetu orduan eta zailagoa da egoerarekin amaitzea.

#### 4.1.1. Indarkeriaren kontzeptualizazioa

Eztabaida-taldeetan parte hartu duten buru gaixotasuna duten emakumeek indarkeriaren kontzeptualizazio zabala egiten dute:

“

- *Indarkeria emakumearen duintasuna ez errespetatzea da.*

Eztabaida bizitzan bizitako egoera ezberdinak, naturaltasunez, adierazteko bide izan nahi zuen, dinamizatzaileek tipologiarik aipatu gabe eta definiziorik eskaini gabe. Helburua, batetik, indarkerian sakontzea zen; eta bestetik, bizitzan zehar jasandakoa modu erosoan kontatzeko aukera eskaintzea. Partaideetako batzuk indarkeriaren kontzeptualizazioa ikuspuntu subjektibotik egin zuten:

“

- *Niretzat indarkeria emakumea erasotua eta kaltetua sentitzen den egoeretan gertatzen da.*

19 González Cases, 2011, 182. or.

Elkarrizketan zehar, **parte-hartzaileak bizitzan zehar jatorrizko familian bizi izan duten indarkeria fisikoaz, psikologikoaz eta sexualaz aritu ziren. Kasu batzuetan, oraindik ere, tratu txar horiek mantendu egiten dira.** Egintza gehienak emakumeek bizi duten desberdintasun estrukturalaren baitan kontzeptualizatu behar dira, familia rolen banaketa asimetrikoan, gizartean oro har eta botere-harremanetan oinarritzen dena. Egoerazko testuinguru honetan, patriarkaren aginduak ez obeditzea indarkeria egoerak sortzen ditu:



- *Nire aitak esaten didan guztia jarrera erasotzailean esaten dit, irainen bidez, ez dudala ezertarako balio esanez, eroa nagoela eta urdanga bat naizela leporatuz (...) Beti 30. hamarkadari begira dago, ulertzen? Beti dio: “garai bateko emakumea”, “garai bateko emakumea”.*
- *Nire aita matxista hutsa zenez, niri anaiaren gela egiteko esaten zidan, eta nik ezetz erantzuten nion, eta berak: “zuk egiteko”, eta nik esaten nion: “orain mutilek ere ohea egiten dute, eta berak: “ba zuk egin beharko duzu” eta makilarekin jotzen ninduen. Ez nuenez egiten, jo egiten ninduen.*

Horretaz gain, aitak amari eragindako hainbat indarkeria-gertaera kontatu zituzten, edota aitona gainerako familiartekoei eragindakoak. Bestalde, taldeetan parte-hartzen zuten emakumeek ere **bikotean bizitako indarkeria gertaera ugari kontatu zituzten, fisikoak, psikologikoak eta sexualak.** Kasu batzuetan, indarkeria egoera horiek, oraindik ere, mantentzen ziren. Bikote harremanetik kanpo jasandako sexu-erasoak ere aipatu zituzten, familiakoek, familiako lagunak edo gizon ezezagunak batek eragindakoak. Bikotean jasandako indarkeriaz aritu zirenean, kontrolaz eta isolamendu sozialaz hitz egin zuten (“ez bota parrandarik”, “ez zaitez horrekin atara”), indarkeria psikologiko emozionalaz (irainak, umiliazioak, batzuetan jendaurrean) eta baita indarkeria fisikoaz eta sexualaz ere; azken eraso mota horien inguruan adierazitakoa hurrenez hurren azalduko dugu:

## 4.1.2. Indarkeria fisikoa

**Buru gaixotasun larria duten emakumeei dagokionez, bitik batek bikotekideak edo bikotekide ohiak eragindako eraso fisikoak sufritu ditu noizbait<sup>20</sup>.** Datu hori emakume guztiei zuzendutako 2015eko *Macroencuesta de violencia contra la mujer* inkestan ageri dena baino pixka bat altuagoa da. Makro-galdeketa horretan, bikoteak eragindako indarkeria fisikoaren ondorioz bizitza osorako biktima direnen kopurua %10,3koa da. Argi dago, beraz, buru gaixotasuna dutenek indarkeria mota hau jasateko arrisku handiagoa dutela. Hala ere, zuhurtasunez jokatu nahi dugu datuekin, ikerlan ezberdinen emaitzak erkatu baititugu.

Buru gaixotasuna duten emakumeekin egindako eztabaida-taldeetan, bikotekideak gaur egun eragindako eraso fisikoa kontatu zuen partaide batek, baita iraganen bizitako beste bat ere:



- *Ostikadak eta ukabilkadak ematen dizkit.*
- *Eta egoera norbaiti kontatzea erabaki duzu?*
- *Denok dakigu, inoiz guk geuk ikusi baitugu nola jotzen duen.*
- *Nire mutil ohia iritsi zen... gure harreman bukaeran jotzera iritsi zen.*

Nahiz eta kopuruari dagokionez ez izan hain esanguratsua, asko dira familiarteko indarkeria fisikoa jasan duten emakumeak, gehienetan aitaren edo amaren bikotekidearen aldetik edota familiako beste gizonezko baten aldetik izaten da. Hala dio 2015eko *Macroencuesta de violencia contra la mujer inkestak<sup>21</sup>*. Inkestak dioenez, emakumeen %6 inguruk etxebizitzan indarkeria fisikoa jasan du, eta bost aldiz bidertzen da zifra hori buru nahasmendua duten emakumeen kasuan. Hain zuzen, González Aguadoren ikerketak (2013) nabarmentzen du buru gaixotasuna familian

20 González Cases, 2011, 179.orr. González Aguado eta beste ikertzaileen ikerketa (2013) ondorio berera iritsi zen: buru nahasmendu larria duten eta bikotean egon diren emakumeen %52,6k indarkeria jasan du bikotekidearen esku.

21 [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro\\_22\\_Macroencuesta2015.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf)

eragindako biolentzia fisiko tasa altuekin erlazionatzen dela: buru gaixotasun larria duten hiru emakumetik batek indarkeria jasan du etxebizitzan bere bizitzan zehar. Hala ere, ikerketak haurtzarora eta nerabezarora alde batera uzten ditu eta, ondorioz, indarkeriaren datua bizitza osoan zehar altuagoa da dudarik gabe. Hau da, biolentzia jasateko arriskua, bikotekideak eraginda nahiz familiarrean sortua, bost aldiz handiagoa da buru nahasmendu larria dagoenean.

Gure azterlanean parte hartu dutenek bizitako zenbait esperientzia kontatu dute:

“

- *Nire kasuan, anaia da gauez ni ere jotzen nauena eta ukabildak ematen dizkidana... eta ubeldurak uzten dizkit. (...) Lehengo egunean, herrira joan aurretik, labana jaurti zidan.*
- *Ni askotan jo nau (nire aitak). Nire ama behin jo zuen, eta ahoan ubeldura egin zion. (...) Ni gerrikoarekin jo nau.*

### 4.1.3. Indarkeria psikologikoa

Gai honi buruz dauden ikerlan guztietan, bikotean indarkeria psikologikoa ohikoena dela ageri da, bai emakume guztiei dagokienez bai buru gaixotasuna dutenei dagokienez. Indarkeria mota hori, aldi berean, beste tratatu txar batzuekin gertatu ohi da, edota era isolatuan. González Casesen arabera, eraso mota hori parte-hartzaileen %66,9k jasan du noizbait. Zentzu berean, González Aguadoren ikerketaren arabera, buru nahasmendu larria duten eta bikotekidea izan duten emakumeen %68,4k indarkeria psikologikoa jasan du. Biktimizazio mota hori, hain zuzen, buru gaixotasunekin oso lotua dago, Cristina Polo Usaola psikiatraren hitzetan:

“

- *Buru gaixotasuna duten emakumeek indarkeria mota konkreturen bat jasaten al dute bereziki?*
- *Biolentzia psikologikoa. Irainak, umilazioak: indarkeria-mota hori oso lotua dago buru nahasmendu larriarekin.*

Eztabaida-taldeetan emakumeek oso ohikoa dela aipatu zuten, eta izan ditzakeen ondorioak nabarmendu zituzten:

“

- *Indarkeria ez da fisikoa bakarrik. Indarkeria psikologikoak gehiago beldurtzen nau, jan egiten zaitu, egunero...*
- *Horrek jan egiten zaitu, bai.*
- *Gainera indarkeria fisikoa errazagoa da justifikatzen, medikuarengana bazoaz hark aztertu egiten zaitu eta (...) azterketa bat eman eta frogatu dezakezu. Atzamarkadak dituzu, baina psikologikoa bada beldurgarria da, askoz ere kaltegarriagoa, eta ezin duzu demostratu, okerragoa da eta iraingarriagoa.*

---

#### **Eztabaida-talde bateko elkarrizketa**

Ikerlan honetan, partaideek eremu psikologikoan jasan dituzten familiarreko indarkeria kasu larriak ere kontatu dituzte, González Aguadoren ikerketaren arabera, buru nahasmendu larria duten emakumeen %51,6ri eragiten dion fenomenoak:

“

- *Eta gainera mehatxatu egiten nau: “hemen nik agintzen dudala, kalera botako zaitudala”...*
- *Eta hori era indarkeria mota bat da, tratu txarra da...*
- *Indarkeria psikologikoa.*

#### 4.1.4. Indarkeria ekonomikoa

Horren inguruan dauden ikerlan gutxi batzuk diote, buru gaixotasuna duten emakumeen artean, indarkeria ekonomikoa oso esanguratsua izan daitekeela. Horrela, González Casesen ikerketan, hiru emakumetik batek ezin izan du dirua nahierara erabili bizitzako uneren batean, bikotekideak era sistematikoan eskubide hori mugatzeagatik. Emakume guztiei zuzenduriko 2015eko **Macroencuesta de violencia contra la mujer**<sup>22</sup> inkestari begiratzen badiogu, datu hori zertxobait altuagoa da. Informazio horren arabera, elkarrizketatutako %3,3k jasan du indarkeria ekonomikoa. Hala ere, gure ikerlanean parte hartu dutenek ez dute indarkeria mota hau islatzen duen istorio pertsonalik kontatu, baina egoera hori jasaten duten emakumeak ezagutzen dituztela onartu dute. Profesionalekin antolatutako eztabaida-taldeetan kasuren bat aipatu da:

- *Duela gutxi izan dugu horrelako kasu bat, mutil batek 20.000 euro atera dizkio neska bati elkarrekin ateratzeko, espezialista zen hura (...) Badaude emakumeen kontura bizitzeko halako harremanak bilatzen dituzten gizonak.*

#### 4.1.5. Indarkeria sexuala

Ikerketa honetan parte hartu duten profesional gehienek uste dute sexu-indarkeriaren eta buru gaixotasun larriaren artean lotura handia dagoela:

“

- *(Buru gaixotasunarekin) ezagutzen ditudan emakumeetatik kopuru altu batek noizbait abusu sexualak eta bortxaketak bizi izan ditu, buru gaixotasuna izan aurretik eta geroago.*

Horri buruzko Estatuan dagoen ikerketa zehatz bakarraren arabera<sup>23</sup>, buru gaixotasuna duten lau emakumetik batek baino gehiagok (%26) sexu-indarkeria jasan du haurtzaroan, emakumeek orokorrean batez beste jasandakoa baino askoz ere altuagoa. 2015eko **Macroencuesta de violencia contra la mujer inkestak** dioenez, hamabost urte bete aurretik indarkeria sexuala jasan duten emakumeen kopurua %3,5ekoa da. Adi ibili behar dugu datu horiek konparatzean, metodologia ezberdinak erabili dituzten ikerketen konparaketaren emaitza baitira. Gainera, azterlan batzuen artean lau urteko ezberdintasuna dago. Haatik, agerikoa dela dirudi buru gaixotasun larria duten emakumeek gainerakoek baino aukera gehiago izan dutela abusu sexualak jasateko. Beraz, kolektibo horrekin lan egiterakoan, bereziki garrantzitsua da haurtzaroan bizitako sexu-abusuak aztertzea. Buru gaixotasuna duten emakumez osaturiko eztabaida-taldeetan haurtzaroko sexu-indarkeria kasuak kontatu dira, familiako gizona baten aldetik, familiako lagun baten aldetik edo gizon ezezagun baten aldetik:

“

- *Txikia nintzenean. Nirekin sartzen zen ohean.*
- *Zurekin sartzen zen ohean, eta zer gertatzen zen?*
- *Hankartea ukitzen zidan, bere hankartearen kontra igurtzen ninduen, nik ez dut hau sekula kontatu, orain ari naiz esaten indartsu sentitzen naizelako.*
- *Tratamendu psikologikoa eta psikiatrikoa urte luzez jaso dut eta pila bat kostatu zait gertatutakoa aitortzea...beno aitortzea, terapeutari kontatzea nik*

22 [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE\\_MACROENCUESTA\\_VIOLENCIA\\_CONTRA\\_LA\\_MUJER\\_2015\\_05-04-15.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA_CONTRA_LA_MUJER_2015_05-04-15.pdf)

23 González Cases, 2011, 148. or.



*abusu sexualak jasan nituela ume bat nintzanean...8 urterekin.*

Biktinek ez zuten une hartan gertatutakoa kontatu, kasu batzuetan gerta zitekeenari beldur ziotelako; isiltasun horrek erasotzaileari zigortu gabe geratzeko aukera ematen dio:

“

- *Ezkatatu egin nuen, hau da, ez nion ezer esan inori gerta zitekeenari beldurra niolako, borrokatuko zirelakoan edo.*

Gainera, **sexu-indarkeria heldutasun garaian, bereziki bikotean, oso ohiko gertakaria da; bai emakumeen artean, oro har, bai buru gaixotasuna dutenen artean.** Hala ere, biktinek ez dituzte beti jokabide horiek abusuak bezala identifikatzen, gizartearen normalizatuak daudelako ohikoak direlako, hain zuzen. Hala dio indarkeria jasan duten emakumeekin taldean lan egiten duen profesional batek:

“

- *Begira, sexuaren gaiari dagokionez, abusua den ala ez, askotan galdetzen dute. Hau orduan abusua da edo ez da? Ez dakite identifikatzen. Eta taldean jarduteak, adibidez, pila bat laguntzen du, batez ere horrelakoetan: ba hori niri ere gertatu zait, beraz, indarkeria da...*

González Casesen ikerketen arabera, **gaixotasuna duten hiru emakumetatik batek bikotekideak eragindako sexu-indarkeria jasan du noizbait**<sup>24</sup>, eta González Aguadoren ikerketan (2013) %42,1ra igotzen da zifra. Portzentaje hori, zazpi aldiz handiagoa da eraso mota hau jasan duten gainontzeko emakumeekin

alderatuta<sup>25</sup> (%6,6<sup>26</sup>). Azken urtean jasandako indarkeria sexualaren inguruko datuak ere nabarmen altuagoak dira: buru nahasmendu larria duten eta bikotekidea izan duten emakumeen %10,5k jasan du biolentzia mota hori<sup>27</sup>, gainontzeko emakumeen %1,5k pairatu duen indarkeriaren aldean, Emakumearen aurkako indarkeriari buruzko 2015eko **Makroinkestaren** datuen arabera<sup>28</sup>.

Eztabaida-taldeetan parte hartu dutenen artean, badaude bikotekidearekin egin nahi ez zituzten egintzak egin zituztenak:

“

- *Niri gauza bera gertatu zitzaidan. Mutil batekin izan nuen harremana eta bera sexualki nitaz aprobetxatu zen nahierara.*
- *Zer esan nahi duzu?*
- *Ba nahi zuena egiten zuela nirekin. Ohean.*
- *Zuk ez zenituenak egin nahi. Egin nahi ez zenituen gauzak.*
- *Nik ez nuen nahi, baina onartu egiten nituen.*

Esanguratsua da baita ere, kuantitatiboki, emakume askoren aurkako sexu-indarkeria bikotekidea edo bikotekide ohia ez den pertsona batek eraginda gertatzea. Horrela, Espainiako emakume guztien %7,2k sexu-indarkeria jasan du noizbait<sup>29</sup>; %4,2k 15 urte bete eta gero sufritu zituzten gertaera mota horiek, eta %3,5ek 15 urte izan baino lehenago bizi zuten sexu-erasoren bat. Buru gaixotasuna duten emakumeen kasuan, nahiz eta ez izan indarkeria mota hori neurtzeko daturik, eztabaida-taldeetan gertaera horien inguruan hainbat istorio kontatu da, bai profesionalen aldetik bai parte-hartzen zuten emakumeen partetik ere:

24 González Cases, 2011, 180. or.

25 Emakumearen aurkako indarkeriari buruzko 2015eko makroinkesta. 33 orrialdea

26 Ikerketa ezberdinetatik datozten datuen konparaketa arduraz egin behar da.

27 González Aguado et al. (2013).

28 44 orrialdea. Azken urtean euren bikotearen edo bikote-ohiaren esku indarkeria sexuala bizi izan duten emakumeak identifikatzen dira.

29 Estatuan, 16 urte edo gehiago duten emakumeen %1,4k bortxaketa jasan dute. Bortxatzailea biktimaren ezaguna zen ia kasu gehienetan, %80; eta beste batzuetan, berriz, familiakoa zen, %25. 2015eko 'Macroencuesta de violencia contra la mujer' inkestaren arabera.

“

- *Niri gauza bera gertatu zitzaidan. Ni etxe batean nengoen, marra batzuk eskaini zizkidaten eta, gau horretan gertatutakoaz gogoratzen ez naizen arren, badakit hirurek bortxatu egin nindutela, guztiz.*

---

#### **Buru gaixotasuna duen emakumea, eztabaida-taldean**

“

- *Ikusi ditudan sexu-abusu kasu larrietan, exekutiboak atzeratasuna, eskizofrenia nabarmena eta maitasun falta handia sufritzen duten jendearen bila dator mendira eraman eta haiekin harreman sexualak izateko. Nik ez dut ikusten...era boluntarioan doa baina ez dut uste benetan zertan ari den dakienik.*

---

#### **Profesional bat eztabaida-taldean**

Bere doktorego tesian, González Casesek ohartarazi du, buru gaixotasuna larriagoa denean, sexu-indarkeriaren intzidentzia areagotu egiten dela. Horrekin ere bat datoz ikerketan parte hartu duten profesionalak; bereziki, aldi berean, urrakortasuna areagotu egiten duen beste jazoera batzuk gertatzen direnean, baliabide falta edo toxikomania, esaterako:

“

- *Buru gaixotasuna duen emakumeak, pobrea bada eta ez badu baliabiderik, abusu sexualak jasateko arrisku handiagoa du, ezta*
- *Nik ere badakit.*

- *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.*

Ikerketa honetan parte hartu dutenen emakumeen artean, interesgarria da azpimarratzea sexu-indarkeria ohikotasunaren gainean dagoen kontzientzia altua:

“

- *Zuek uste duzue... askok sexu-abusuak jasan dituzuela kontatu duzue. Uste duzue hau oso ohikoa dela emakumeen artean?*
- *(Denak) Bai, bai.*
- *Uste baino gehiago.*
- *Esaten dena baino askoz ere gehiago.*

Profesionalen arteko eztabaida-taldeetan aipatu den beste kontu bat izan da, instituzionalizatutako emakumeei eragindako abusu sexualen maiztasuna altua dela. Oro har, desgaitasuna duten emakumeekin zerkusua duen auzi hori urteak dira salatzen dela:

“

- *Hemen inguruko ospitale batean, ez dizuet zein den esan nahi, neskak komunean sartzen saiatzen dira bortxatzeko (...)*
- *Ospitaleratua izan dudan jendeak gero kontsultan aitortu dit felazioak egitera behartuta ikusi dutela euren burua, ospitale psikiatrikoko kideren bati (...) Indarkeria gisa bizitako gertakariak dira, haiek horrela sentitu dute.*

### **4.1.6. Indarkeriaren ondorioak biktimentzat**

Ikerketa honetan parte hartu duten emakumeek badakite indarkeriak eragiten dituen ondorioak kaltegarriak direla eta buru gaixotasunaren bilakabidean ere ondorioak dituela. Cristina Polo Usaola psikiatraren iritziz, emakumeak aldeztu aurretik zuen buru nahasmenduaren sintomatologia okerragotzen du indarkeriak, “gehiago

nahasten duelako, eta errudun sentimendua eta porrot sentimendua areagotzen dituelako". Gainera, iraganean biolentzia jasan izanak buru nahasmendua eragin dezake:



- *Patologia batzuen kasuan argi dago. Adibidez, nortasunaren nahasmenduetan gero eta ebidentzia handiagoa dago haurtzaroko traumekin, era guztietako abusuekin edo gabeziekin duen lotura. Afektibitate-nahasmenduetan, batez ere depresiboetan, lotura ere nabaria da. Beste nahasmenduetan ere badago ikerketarik, baina agian lotura ahulagoa da. Hala ere, patologia batzuetan erlazioa garbia da: haurtzaroko gertakari traumatikoak eta abusuak arrisku-faktoreak dira.*

Kasu batzuetan, ikerketan parte hartu duten emakumeek galdetu dute ea jasandako erasoek ez ote duten sufritzen duten buru gaixotasuna eragin:



- *Nik beti galdetzen dut: eskizofrenia izatearen arrazoia hori izan al daiteke? Psikiatrak esan zizkidan gauzak dira horiek, adibidez, emakume askok sexu-abusuak jasan dituztela eta ez dutela buru gaixotasunik...*
- *Baina beste batzuei bai, niri esan zidaten gizonekin bizitakoak harremana izan zezakeela nire buru gaixotasunarekin".*

#### **Eztabaida-talde bateko elkarrizketa**

Eta beste kasu batzuetan, jasandako erasoaren eta ondoeza psikologikoaren arteko lotura egiten dute, eta horrek zenbait kasutan gaixotasuna okerrera egitea ekarri du:



- *Eta gero bera etxera iristen zenean, berriro ere, ni suntsitu nahian, ni suntsitzeko, medikazioa lau aldiz igo behar izan didate.*

- *Geroztik, psikologikoki jota utzi ninduen, trapu zahar baten antzera sentitu nintzen eta orain ez naiz inorekin fidatzen eta ez dut gizonekin inolako harremanik izan nahi (...) Ni jota utzi ninduen. Indarkeria psikologikoak sexu-erasoak baino gehiago kaltetu ninduen.*

Psikologian eta psikiatrian adituak diren beste profesional batzuen iritziz, indarkeriaren eta buru gaixotasunaren artean lotura dago. Adituek diotenez, batzuetan, **erasoren bat jasan izanak buru gaixotasuna izateko garaian eragina du, erabakigarria ez den arren**, nabarmena baita indarkeriaren biktima askok ez dutela psikopatologiarik garatzen:



- *Nik badut kasuren bat. Badago emakume bat anaiak eragindako abusu sexualak eta aitaren tratu txarrak jasan dituena, eta baita amarena, mota guztietako tratu txarrak. Ospitaleratze-txostenak ere baditu, eta heldu garaian indarkeria jasan du, nik abusuen ondorioz sortutako kasu gehiago ditut.*
- *Edozelan ere, hainbat nahasmenduren literaturan ageri da haurtzaroan abusu sexualak jasan izana dela arrazoietakoa bat (...)*
- *Badaude oso kasu argiak, buru gaixotasuna haurtzaroan bizitakoagatik duten pertsonak (...) Agian beste batzuetan, sendotasun handiagoa izateagatik edo, emakume askok sexu-abusuak jasan dituzte haurtzaroan eta gero ez dute buru gaixotasunik.*
- *Batez ere, babestu behar zaituenak ez zaituelako babesten. Nik argi ikusten dut.*

### **4.1.7. Biktinek bizi duten errua eta lotsa**

Tradizionalki, gizarteak indarkeria jasan duten emakumeak errudun sentiarazi ditu egoera hori sufritzeagatik. Ondorioz, emakume askok egoera mota horiek nolabait haiek eragin izanagatik jasan dituztela barneratu dute. Aipatutakoa eta biktinek, tradizionalki, izan duten estigma soziala oztupo dira, hein handi batean, bizitako egoera norbaiti kontatzea erabakitze

edo salatzeko. Horrela, Estatuan bikotekideak eragindako indarkeria jasan duten emakumeen %30ak errua sentitu dute, eta %40 inguruk lotsa sentitu du<sup>30</sup>.

Hauek dira, hain zuzen, ez salatzeko emakume askok erabiltzen dituzten argudioak kasu askotan, makro-inkestan elkarrizketatutako emakumeek onartu bezala. Nahiz eta gai honen inguruko daturik ez izan buru gaixotasuna duten emakumeei dagokienez, ikerketaren baitan egin diren eztabaida-taldeetan sentimendu hauek azaleratu dituzte partaideek:

“

- *Erruak egiten duen ikaragarria da, ezta? Izugarria da. Errudun sentitzen gara nahiz eta biktimak garela jakin.*
- *Nik psikologoari errua nirea zela esaten nion, nire errua aurre egin ez izanagatik zen.*

Oraindik ere bikotekideak eragindako indarkeria jasaten jarraitzen duen emakume baten kasuan, egoeratik ateratzea galarazten diona harremanaren hausturak eragin ditzakeen ondorioei eta erruari dion beldurra dela dio:

“

- *Zein uste duzu izan daitekeela aukera edo soluzioa?*
- *Ba berarekin egon, uzten badut eta zerbait egiten badu, edo nik ere egiten badut, bai bera bai ni errudun sentituko gara.*

Profesionalen aburuz, errua eta lotsa sentimendu iraunkorrak dira biktimen artean. Beraiekin lan egitea beharrezkoa da lagundu ahal izateko eta ulertarazteko jasan duten indarkeriaren arrazoia gizarte matxista batean bizi diren emakumeak direla da, eta ez euren ezaugarri pertsonalak:

“

- *Gizarte matxista baten testuinguruaren barruan ulertu behar da. Orduan errua, haiek errudun sentitzen dira. Kontrako bi sentimendu dituzte, badakite erasotu zituztela, baina eraso pertsonalki direnak izateagatik izan zen, ez beste arrazoi batengatik. Zaila da emakumeak ikuspuntu horretatik aritzea: niri emakume izateagatik erasotu ninduten, ez zigorra mereziteagatik, hori da topatzen duzuna.*
- *Oso zaila da ateratzea, egoera horretan harrapatuta zaude. Gainera, hor egoteagatik errudun sentitzen dira (...) Lotsa ematen die.*
- *Bai, nolabait parte hartu izanagatik errudun sentitzen dira. Emakumeen kasuan, gorputza arrisku handiagoan dago eta haurrak garenetik arrisku hori kontrolatzeko ardura gurea dela irakasten digute.*

Cristina Polo Usaola psikiatraren iritziz, buru gaixotasuna duten emakumeek gainontzekoek baino errudun sentimendu handiagoa dute, nahasmenduak berak eragiten duen sintomatologiaren ondorioz, baita indarkeria normalizat hartzeraren eramatzen dituen erasotzailearen diskurtsoak eraginda ere. Hori dela eta, biktimak aurrera egiteko ezinbestekoa da indarkeria-egoeraz ohartzen lagunduko dion profesional baten laguntza aurkitzea, gaixotasunaren garapena hobea izaten ere lagunduko dion pertsona batena, hain zuzen:

“

- *Askotan, abusuzko egoeraren biktimak izatearen atzetik errudun sentimendua dago, eta askotan buru gaixotasun larria duten emakumeen kasuan sentimendu hori handiagoa da: “Ni gaizki nagoenez, gaixo nagoenez, oso mantsoa naizenez, horrela jartzen naizenez, kontrola galtzen dudanez, normala da bera haserretzea, niri oihu egitea eta bultzatzea”. Orduan, berekin harreman ona izango duen profesionala aurkitzea, bizi duena bidezkoa ez dela esango diona, buru gaixotasuna izan arren ezin direla*

*inondik inora justifikatu bere aurkako oihuak, irainak, bultzadak eta abar. Horrek efektu terapeutikoa du berez.*

#### 4.1.8. Zerbitzuetan egiten den esku-hartzeari buruzko pertzepzioa

Aipatu dugun bezala, ikerketa honetan parte-hartzen ari diren emakumeen artean, badira egun indarkeria bizi dutenak. Orain arte ez dute egoera horretatik ateratzeko laguntzarik jaso, nahiz eta artatzen dituzten zerbitzu publikoetako eta elkarteetako hainbat langileri bizitzen ari direna kontatu. Kasu batzuetan urteak dira gertatzen dela, eta, momentuz, ez diete irtenbide egokirik eman:



- *Eta irtenbideren bat eman da,edo gaia jorratu da? Nola moldatu dira?*
- *Nik esan diot (artatzen duen profesional bati) eta esan dit nire ahizpei esateko, eta nik ahizpei kontatu diet.*
- *Zuk hori norbaiti kontatu diozu?*
- *Bai, psikiatrari, profesionalen bati, guztiei...denek dakite nire bizitzari buruz.*

Ustezko kasu batean, salaketa polizialak eta epaiketa bidezko zigorra gertatu dira, baina biktimak erasotzailearekin bizitzen jarraitzen du, biktimak ez baitu baliabide ekonomikorik modu independentean bizitzeko:



- *Ni etxetik joango nintzateke baina, ez dut pisurik; beraz, azkenik ez duen istorioa da.*

Kasuren batean, biktimek hautematen dute, erasotzaileak indarkeria eremu pribatuan eragitea, gertatzen ari dena frogatzeko oztopo dela.

Ikerketa honen bidez ikusi da, adierazten ari garen moduan, buru nahasmendu larria duten eta indarkeria jasaten ari diren emakume askok ez dutela zerbitzu publikoetan arreta egokia jasotzen. Landa-lanean parte hartu duten indarkeria-arloko arduradun eta teknikari ugarik Osakidetzaren konpromiso falta nabarmendu dute emakumeen aurkako bortxakeriaren gaiaren inguruan eta, bereziki, buru nahasmendua dutenen kasuan. Profesional horiek genero-ikuspegia erakunde osoan zabaltzearen beharra azpimarratzen dute, teorikoki ikuspuntu hori **Lerro estrategikoak eta ekintza-planak. Osakidetza, 2013-2016**<sup>31</sup> planaren barne badago ere. Dokumentu horren helburuen artean dago, hain zuzen, genero-ikuspegia integratzea<sup>32</sup>.

Integrazio hori bereziki garrantzitsua da psikiatrian, emakumeen aurkako indarkeriaren eta buru gaixotasunaren arteko harremana estua baita. Problematika horren barruan, biziki garrantzitsua da nahasmendu larria duten eta indarkeria-egoeran dauden emakumeei erantzun egokia ematea arreta normaletik kanpo:



- *ESletan (beste instituzioetako gizarte-zerbitzuekin era koordinatuan lan egiten duten Erakunde Sanitario Integratuak) eta batzorde soziosanitarioen barnean sartu beharreko gaia da: arreta sozio-sanitarioari nola heldu indarkeria matxista eta osasun behar garrantzitsuak daudenean.*

#### 4.1.9. Baliabide publikoen ezagutza eta sarbidea

Oro har, egindako kanpo-lanaren bidez, egiaztatu da ikerketan parte hartutako buru gaixotasuna duten emakumeek ez dituztela ia ezagutzen dauden baliabide publikoak. Ez dute 016 edo 900 840 111 telefonoa

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

32 1 – 1 Helburua: "Pertsonen eta herritarren osasuna babestea unibertsaltasunaren, elkartasunaren, ekitatearen eta kalitatearen printzipioen arabera, generoaren eta gizarte-egoera ahulenean daudenen ikuspegian eraginez". Honen barnean, 1.1.4. ekintzak proposatzen du "Desberdintasuna eta genero-indarkeria saihesteko ekintzak sustatzea", eta 1.1.7. ekintzak "HIESA duten gaixok eta gaixotasun psikiatrikoak dituztenek jasaten dituzten estigma, bereizkeria eta desberdintasunak murriztea".

ezagutzen, ezta bere ezaugarriak ere. Gainera, ez dute pertsona zehatzik jasaten ari diren indarkeriaz aritzeko. Horretaz gain, ez dute inoiz indarkerian espezializatutako arreta psikologikorik eskatu, eta ez dute baliabide publikoko beste laguntza motarik jaso.

Momentu hauetan, foru aldundiek eta hainbat udalek indarkeria jasan duten emakumeei arreta psikologikoa eskaintzen diete –kasu gehienetan Zutituren bitartez eskaintzen dira-, baina baliabide horiek ez daude buru nahasmendu larria duten emakumeen beharretara egokituak, psikiatren laguntzarik ez baitute jasotzen bertan. Indarkeria-arloko arduradunekin eta teknikariek osatutako eztabaida-taldean, indarkerian espezializatutako arreta psikologikoa zerbitzu sozialek eskaintzen dutela argudiatu zen, Osasun Sailaren ardura izan arren:

“

- *Arreta psikologikoa dugu (...) prestazio sanitario gisa. Eta Osasun Sailak esaten du orduan: “Nire eremuan sartzen ari dira, hori guk egiten dugu”. Baina ez da egia, beraiek ez dute egiten. Orduan aukera ezberdinak daude: egiteari uzten diogu. Osasun Saila da erantzule. Osasun Sailak esaten du: “arreta-saio bat 15 eguneko, edo hiru asteko, eta listo”. Ezin dugu hori egin, ezin ditugu emakumeak era horretan baztertu. Ordun guk, egin behar dugun arreta psikosoziala egin orde, gure eginbarra berez, Osasun Sailak egiten ez duen eta egiten ez duela onartzen ez duen arreta klinikoa ematen dugu.*

## 4.2. ARRISKU ETA BABES

### FAKTOREAK

### INDARKERIAREN AURREAN

Esan dugun bezala, ikerketa kuantitatiboek erakusten dute **buru nahasmendu larria izatea arrisku faktorea dela** edozein indarkeriaren biktima izateko. Ikerlanean parte hartu dutenen profesional gehienek iritzi horrekin bat datoz, eta urrakortasuna areagotu dezaketen faktoreen artean hauexek aipatu dituzte: euren burua defendatzeko baliabiderik ez izatea, autonomia falta eta beste pertsonetikiko menpekotasuna izatea. Egoera zailtzen du ere autoestimua gutxi edota bikotekidea

edukitzeko zailtasunak izatea, horrek harreman desegoki gehiago izatera eraman baitezake. Gainera, arrazoi sozialak eta estrukturalak ere badira: pertsona horren istorioaren sinesgarritasun eskasa, enplegu eta baliabide ekonomikoen gabezia edota baliabide publikoen desegokitasuna biktimaren beharrei dagokienez. Ildo horretan, azterlan honen ondorioak egiaztatu dituen Margarita Sáenz Herrero psikiatrak faktore sozialak bereziki eragiten dutela dio:

“

- *Bakardadeak, isolamenduak, buru gaixotasun larria izateagatik bizi den estigma berak eragina dute eta arriskua areagotzen dute. Gizarteak isolatu egiten ditu, lanetik botatzen dituzte. Nik ikusi izan ditut ospitalizatuta zeuden pazienteei kitapena ematera joan direnak (...) Urritasun soziala eta ekonomikoa sortzen da. Isolamendu soziala larriagoa da emakumeengan, gizarteratze eta parte-hartze soziala eskasagoa izateagatik.*

Bestalde, Cristina Polo psikiatrak buru gaixotasuna duten pertsonak izan ohi duten autoestimua baxua azpimarratzen du, euren indarkeria-egoera normaltzat hartzera eraman diezaieken egoera:

“

- *Orokorrean, buru nahasmendua duen pertsonak autoestimua baxuagoa du. Bizitzari aurre egiteko gaitasun gutxiarekin ikusten du bere burua eta inguruko laguntza handiagoa jasotzeko beharrezkin. Autonomia gutxiago duenaren sentsazioa du. Abusuzko harremanak identifikatzen zailtasun handiagoak ditu, abusuzko harremanak errazago justifikatzen ditu bera inplikatu dagoenean, berak gutxi balio duela pentsatzen baitu: “Hain baldarra naiz normala dela nirekin haserretzea eta ni zigortzea.*

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*<sup>33</sup>. 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 adulta<sup>34</sup>. Según el estudio de González Cases, **una de cada tres mujeres con enfermedad mental ha sufrido abusos físicos en la infancia**<sup>35</sup>. 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 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 Cases<sup>36</sup>: 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 meses<sup>37</sup>. 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

33 González Cases, 2011, pág. 145.



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 2001<sup>38</sup>: “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 grave<sup>39</sup>. 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

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.

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 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

38 González Cases (2011), pág. 178.

39 González Cases (2011), pág. 179.

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 abrimos 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 estés 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 confundiéndola 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 presentadas<sup>40</sup>. 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.*

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 sí 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:



- *Sí 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 estatal<sup>41</sup> 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 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 grupal<sup>42</sup>

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 deciros, 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 alcoholicos anónimos, pero algo de eso sí que hay. Reconocerte 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:

“

---

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

- *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 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**

---

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>

“

- *¿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 mujeres que han sufrido violencia<sup>43</sup>:

- » 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)<sup>44</sup>: 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 agresor<sup>45</sup>. Además, cada oficina de Lanbide cuenta con una persona tutora en violencia de género<sup>46</sup>.

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 Sociales<sup>47</sup>.

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:

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



- *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 doméstico<sup>48</sup>”. 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 especialización<sup>49</sup>”. 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:

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](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>





- *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 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:

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

49 Decreto 148/2007, de 11 de septiembre.



- *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 mental<sup>50</sup>.*

---

## 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 salud<sup>51</sup> -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, 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 procedimiento<sup>52</sup>, 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

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.

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 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 convivencia<sup>53</sup>.

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: nos 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

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.

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 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 OSIs<sup>54</sup>, está el GTI<sup>55</sup>, 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)<sup>56</sup> 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 multidisciplinares.
  - » 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

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.

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 mental<sup>57</sup> 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 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*

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>

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 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 Zutitu<sup>58</sup>, 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.*

---

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](http://www.laudio.eus/doc/igualdad/Protocolo_atencion_mujeres_victimas_violencia_genero.pdf)

## Diálogo en un grupo de discusión con profesionales

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

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%<sup>59</sup>. 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

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>



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.*
- *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 Sarea<sup>60</sup> 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 situaciones<sup>61</sup>.
- » 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](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 instituciones<sup>62</sup>.
- » 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 grupalmente<sup>63</sup>.
- » 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

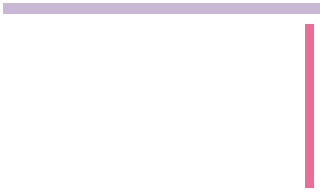
- » **BURIN, Mabel:** *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidós, Buenos Aires, 1990.
- » **COMUNIDAD DE MADRID:** *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*, 2010.
- » **COMUNIDAD DE MURCIA:** *Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*, 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. Parte-hartzaile

Ikerketa honetan parte hartu duten pertsonen zerrenda:

- » **Paula Castro**, indarkeria jasan duten emakumeen harrera-zerbitzu publiko bateko gizarte langilea..
- » **Ainara Uribarri**, Bizkaiko Foru Aldundiko indarkeria jasan duten emakumeen harrera-zerbitzu publiko bateko gizarte-hezitzailea.
- » **Estibaliz Villar**, Avifeseko gizarte langilea.
- » **Gurutze Villanueva**, Asasameko gizarte langilea.
- » **Marian Larrinaga**, Bizkaiko Buru Osasun Sareko gizarte langilea Osakidetzan.
- » **Haizea de la Llosa**, Fedeaefeseko psikologoa.
- » **Jesús Guerrero**, Zaballa presondegiko psikologoa.
- » **Graciela Rodríguez**, Avifeseko psikologoa.
- » **Yolanda Iglesias**, Agifeseko psikologoa.
- » **Justine Gestoso**, Asafeseko psikologoa.
- » **Elena Etxebarria**, Asasameko psikologoa.
- » **Maitane Ibernía**, Bizkaiko Foru Aldundiko Emakumei Babesteko eta Familiei Laguntzeko zerbitzuko psikologoa.
- » **Irene Zubizarreta**, Zutituko psikologoa.
- » **María Silva Gordón**, Osakidetzako Buru Osasun Sareko psikiatra.
- » **Oihane Cabello**, Agintzari taldeko hezitzailea.
- » **Lourdes Moruga**, Agintzari taldeko hezitzailea.
- » **Iratxe Amantegi**, Agintzari taldeko hezitzailea.
- » **Margarita Sáenz Herrero**, Osakidetzako Buru Osasun Sareko psikiatra.
- » **Leyre Sologuren Etxenagusia**, emakumeen aurkako indarkeriari aurre egiteko teknikaria Emakunden.
- » **Amaia Domingo**, Bilboko Berdintasun sailetik.
- » **Irati Fernández**, Bilboko Berdintasun sailetik.
- » **Lola Mechaca**, Bizkaiko Foru Aldundiko Emakumei Babesteko eta Familiei Laguntzeko zerbitzutik.
- » **Leonor Aurrekoetxea**, Osakidetzatik.
- » **Ana Txurruka**, Donostiako Berdintasun Sailetik.
- » **Aurora Iturrioz**, Gipuzkoako Foru Aldundiko Berdintasun Organotik.
- » **Patxi Leturia**, Gipuzkoako Foru Aldundiko gizarteratze, indarkeria matxistaren biktima diren emakumeen arretoa eta gizarte larrialdi sailetik.
- » **Pilar Sanz**, Arabako Foru Aldundiko Gizarte Ongizaterako Foru Erakundetik.
- » **M<sup>a</sup> José Ikarán**, Laudioko udaleko Berdintasun eta Gazteria sailetik.
- » **Idoia Ebro**, Eusko Jaurlaritzako Enpleguko eta Gizarte Politiketako sailetik.
- » **Itziar Azpeitia**, Bilboko udaleko oinarrizko gizarte zerbitzuetako gizarte langilea.
- » **Cristina Polo Usaola**, Hortalezako (Madril) Buru Osasun Zerbitzuko psikiatra eta burua.
- » **Maite Paino Ortuzar**, Osakidetzako giza baliabideen kudeaketa, antolaketa eta garapeneko zuzendariordea. Osakidetzako genero indarkeria taldeko partaidea.





**Ikerketaren zuzendaria:**

M<sup>a</sup> José Cano Mesías, Fedafeseko gerentea.

**Koordinazio eta idazketa:**

Alicia García Santos.



## ESKERTZA

FEDEAFESeko zuzendaritza-batzordearen izenean, ikerketa honetan parte hartu duten pertsona guztiei eskerrak eman nahi dizkiegu. Bereziki, eztabaida taldetan eta elkarrizketa sakonetan parte hartu duten emakume eta profesionaleri, Alicia Santosi eta Fedeafeseko lantalde teknikoari, baita gure elkarte guztiei: Asafes, Avifes, Agifes eta Asasam. Azkenik, eskerrak eman nahi dizkiegu Emakunde- Emakumearen Euskal Erakundeari eta Eusko Jaurlaritzako Enpleguko eta Gizarte Politiketako Sailari ikerketa honetan eskaini diguten laguntzarengatik.

Fedeafesen helburua buru gaixotasuna duten pertsonen eskubideak babestea eta bizi-kalitatea hobetzea dela nabarmendu nahi dugu, eta ikerketa hau emakumeen eskubideen lorpenean aurrerapausoa izatea espero dugu.

Zuzendaritza-batzordearen izenean gure eskerrik beroenak.

**M<sup>a</sup> Ángeles Arbaizagoitia**  
**FEDEAFESeko lehendakaria**





Fedeafes

Buru gaixotasuna  
duten pertsona  
eta senide elkarteen  
Euskadiko federazioa

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