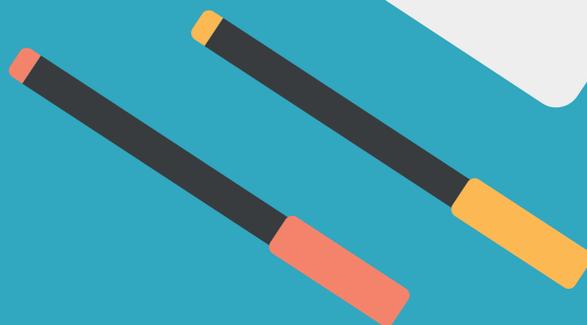
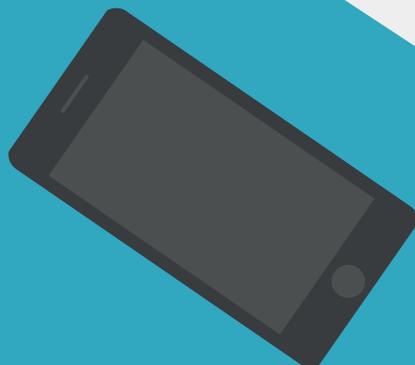
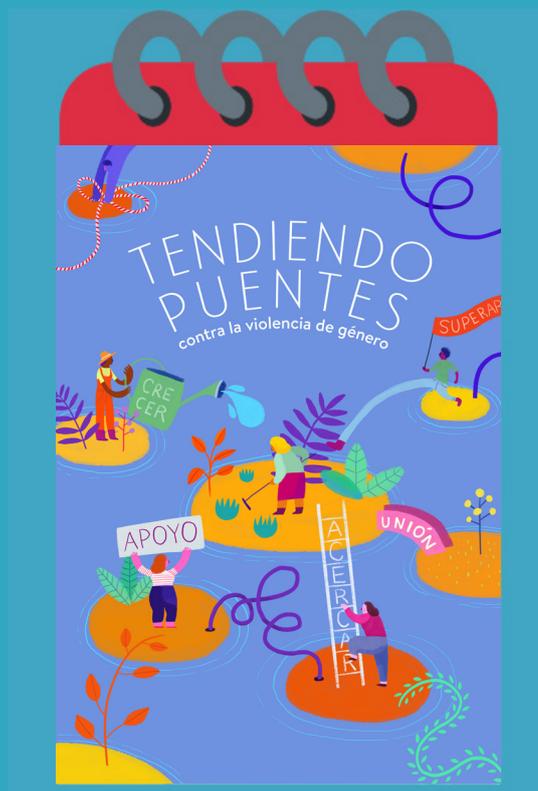


m! FEDERACIÓN
MUJERES
PROGRESISTAS



ESPACIO DE ENCUENTRO PROFESIONAL: VIOLENCIA DE GÉNERO Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL GRAVE



Índice

| | |
|--|-----------|
| 01. Introducción | 04 |
| 02. Desarrollo del espacio de encuentro profesional | 06 |
| 03. Participantes | 07 |
| 04. Identificando barreras | 09 |
| 05. Proponiendo buenas prácticas | 14 |
| 5.1. Buenas prácticas en el entorno social | 14 |
| 5.2. Buenas prácticas en los equipos profesionales | 16 |
| 5.3. Buenas prácticas en los recursos de atención | 20 |
| 5.4. Buenas prácticas institucionales y políticas | 23 |
| 06. Biblioteca colectiva | 25 |
| Recursos audiovisuales | 25 |
| Documentos de interés | 25 |
| Recursos web | 27 |

INTRODUCCIÓN

01. Introducción

Las entidades que trabajamos en el ámbito de la violencia de género sabemos el delicado, y muchas veces difícil, camino que le espera a cualquier mujer que sufre violencia de género y que se acerca a llamar a las puertas del sistema de protección, un camino en el que, en muchas ocasiones, tropiezan con múltiples obstáculos. Un camino especialmente complicado para aquellas en las que se entrecruzan otras discriminaciones y situaciones de especial vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres con problemas de salud mental grave.

Estas mujeres viven una discriminación múltiple, por un lado, vinculada al hecho de ser mujer y los roles asignados por el mero hecho de serlo, donde la violencia de género es el máximo exponente, y por otro, la imagen estigmatizada que se tiene de las personas con problemas de salud mental grave. Aun habiendo pocas investigaciones sobre el tema, sabemos que tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia de género, multiplicándose el riesgo de sufrir violencia en la pareja entre 2 y 4 veces más en comparación con las mujeres que no tienen estos diagnósticos (FEDEAFES 2017).

La Federación de Mujeres Progresistas lleva 20 años trabajando en la recuperación integral de las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género. En todo este tiempo hemos enfrentado, con gran frustración, muchas dificultades para dar una adecuada respuesta a las víctimas que tienen grave deterioro de su salud mental. Igualmente, hemos podido contrastar y compartir con los y las profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental estas dificultades.

Contribuir a su superación y favorecer la protección de las víctimas es el objetivo central del programa **Tendiendo Puentes contra la Violencia de Género**, financiado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. En este programa, durante el año 2020, hemos puesto en marcha el **Espacio de encuentro profesional: Violencia de género y problemas de salud mental grave**, que ha tenido como objetivo construir y fortalecer recursos y herramientas para la intervención con mujeres con problemas de salud mental grave que viven o han vivido violencia de género:

- Favoreciendo el encuentro e intercambio de experiencias entre profesionales de salud mental y de recursos especializados en violencia de género.

- Identificando y compartiendo los principales recursos de interés de cada CCAA.
- Compartiendo las dificultades y barreras que los y las profesionales encuentran en su trabajo cotidiano ante esta problemática.
- Avanzando en la construcción de herramientas y acciones que permitan mejorar la coordinación, la armonización de acciones y la mejora en la respuesta a estas mujeres.

DESARROLLO

02. Desarrollo del espacio de encuentro profesional

Durante los meses de abril, mayo y junio de 2020, veintinueve profesionales de diferentes ámbitos relacionados con la atención a las víctimas de la violencia de género y a personas con problemas de salud mental grave han participado en este espacio de encuentro, alojado en la plataforma de formación de la FMP, en el que se ha desarrollado un proceso de reflexión, análisis y elaboración de propuestas muy interesante.

Este proceso ha culminado con una [Jornada de trabajo final](#), celebrada el 26 de junio, en la que hemos podido ponernos cara y realizar un trabajo grupal para concretar algunas de las propuestas surgidas. En este encuentro también tuvimos la oportunidad de escuchar las experiencias y reflexiones de las principales protagonistas de esta historia, dos mujeres que han vivido en primera persona la experiencia de la intersección de la violencia de género y los problemas de salud mental grave, mujeres pertenecientes a la red estatal de mujeres de Salud mental España.



Captura de pantalla de la plataforma formativa de la FMP

PARTICIPANTES

03. Participantes

A continuación, compartimos los nombres de las y los profesionales que han hecho posible este espacio de encuentro, agradeciéndoles profundamente su compromiso en unas circunstancias sanitarias, sociales, profesionales y familiares tan difíciles para todas/os.

| NOMBRE | PROFESIÓN Y ORGANISMO/ ORGANIZACIÓN | CCAA |
|--|--|-------------|
| Alicia Salamanca Fernández | Trabajadora Social. Dirección de Aloges. Grup ATRA | Cataluña |
| Ana Valmala Almazán | Trabajadora Social. Fundación Aspacia | Madrid |
| Ana Jiménez Hermoso | Educadora. EDE Suspergintza | País Vasco |
| Aurora Sánchez Miller | Psicóloga, PMOVRG. Ayuntamiento de Boadilla Del Monte | Madrid |
| Carmen Sánchez Romero | Psicóloga social y sanitaria | Madrid |
| Cristina Polo Usaola | Psiquiatra, Coordinadora Centro Salud Mental. Hospital Ramón y Cajal | Madrid |
| Cristina Gómez Leoné | Psicóloga Clínica. Hospital de Día Psiquiátrico. Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea | Navarra |
| Esperanza Rubio Peláez | Técnica de Proyectos. Confederación Salud Mental España | Madrid |
| Gloria Celsa Martínez-Corbalán Fernández | Trabajadora social. Centro Asesor de la Mujer del Gobierno de La Rioja | La Rioja |
| Gracia Ana Córdoba Ruíz | Tabajadora social. Centro de salud mental de Usera | Madrid |
| Jorge López Álvarez | Psiquiatra Centro Salud Mental Carabanchel. Hospital Doce de Octubre | Madrid |
| Joseba Compés Azkune | Psicólogo/Psicoterapeuta | Madrid |
| Leda Di Croce | Psicóloga. Mini Residencia AFAP Pedrezuela | Madrid |
| María José Cano Mesías | Directora Gerente. FEDEAFES | País Vasco |
| María Luisa Ventura Roda | Enfermera especialista en Salud Mental. SERMAS | Madrid |
| Maite Tudela Marí | Psicóloga. Directora nuevos programas. Grup ATRA | Cataluña |
| Manuel Paz Yepes | Médico internista, director. Centro IPSIMED | Madrid |
| María Fernández López | Psicóloga Clínica. Servicio de Salud del Principado de Asturias | Asturias |
| María Dolores Méndez Méndez | Psicóloga Clínica. Servicio de Salud del Principado de Asturias | Asturias |

| NOMBRE | PROFESIÓN Y ORGANISMO/ ORGANIZACIÓN | CCAA |
|--------------------------------|--|-----------------|
| María Luisa Velasco Junquera | Psicóloga. Centro Asesor de la Mujer. Gobierno de La Rioja | La Rioja |
| María Mireya Elizaga Fernández | Educadora Social. Oficina de la Mujer | Canarias |
| Mercedes Chico del Río | Psicóloga Clínica. Equipo de salud mental. Hospital universitario de Burgos | Castilla y León |
| Nadia Rivas | Educadora. Grupo5 | Madrid |
| Laura Jiménez | Educadora. Fundación Manantial | Madrid |
| Paula Roldán Gutiérrez | Psicóloga en el SAVG 24 horas. INTRESS | Madrid |
| Victoria Astrain Azparren | Trabajadora social salud mental Navarra | Navarra |
| Yolanda Guasch Rueda | Coordinadora de proyecto de salud mental y violencia machista. Grup ATRA | Cataluña |
| Amparo Martínez Pérez | Psicóloga de la Asociación para la defensa de la mujer La Rueda de Burgos | Castilla y León |
| Jésica Joaquín Rodríguez | Psicóloga de la Asociación de Ayuda a la Mujer Plaza Mayor de Salamanca | Castilla y León |

IDENTIFICANDO

04. Identificando barreras

En el espacio hemos tenido la oportunidad de llevar a cabo un proceso de identificación y análisis de las principales dificultades y barreras que encontramos en la práctica profesional con mujeres víctimas de violencia de género con problemas de salud mental grave, desde los diferentes ámbitos en los que trabajamos, con la esperanza de obtener una visión global de estas dificultades que nos permitiera, en un momento posterior, construir puentes para mejorar y facilitar soluciones y buenas prácticas.

La intervención con mujeres con problemas de salud mental grave que sufren violencia de género implica una casuística compleja que dificulta dar una respuesta adecuada, es decir, una respuesta con una continuidad a medio y largo plazo, que suponga una superación de la situación de violencia de género y tenga un resultado de recuperación y empoderamiento suficiente que permita a las mujeres llevar adelante un proyecto de vida independiente.

Dar respuesta a la complejidad de esta situación requiere un gran compromiso de las administraciones, de los y las profesionales, así como un trabajo multidisciplinar, integrado, coordinado y en red. También requiere de una perspectiva interseccional, es decir, que integre otros factores y las interrelaciones entre ellos, como la pertenencia al medio rural.



Nube de palabras elaborada por las y los profesionales participantes:

Si tuvieras que elegir una palabra que te evoque la intervención en casos de personas con problemas de salud mental y violencia de género, ¿qué palabra sería?

De las respuestas y diálogos recogidos se evidencia una percepción de falta de voluntad política e institucional que resulta en la falta de formación y sensibilización, lo que da lugar a la infradetección de casos y a una orientación equivocada del trabajo que se realiza con muchas mujeres, sin apuestas por modelos de tratamiento alternativos. Este desinterés institucional percibido deriva en la merma de recursos (personales, materiales y formativos) y en el exceso de procedimientos.

Se apunta a la **falta de recursos específicos** para las mujeres que padecen enfermedad mental y viven situaciones de violencia de género, donde se pueda abordar ambas realidades de manera conjunta. En especial, y de forma reiterada, se menciona la falta de recursos residenciales específicos para esta problemática.

Se visibiliza la realidad que supone el hecho de que, **en las casas de acogida de la red de violencia de género, suele ser criterio de no inclusión el padecimiento de un trastorno mental grave** que altere de forma importante la adaptación y la convivencia con otras mujeres y sus hijos e hijas. Se identifica también como barrera que los servicios sociales tampoco ofrecen otras posibilidades de alojamiento protegido.

Se visibiliza **una incapacidad de instituciones y profesionales para encontrar la vía para la inclusión y participación** de estas mujeres víctimas de violencia con problemas de salud mental grave en grupos psicoeducativos y talleres específicos. Por otra parte, los recursos "generales" (vivienda, autonomía, empleo, etc.), no son eficaces a la hora de proporcionar el acceso a una vida independiente. Un ejemplo es la precariedad laboral a la que abocan la mayoría de los Centros Especiales de Empleo.

Se señala también la **ausencia de tiempos y espacios de coordinación compartidos** entre profesionales para elaborar planes de intervención conjuntos. Los recursos, para ser efectivos, tienen que estar integrados y trabajar en red.

La sobresaturación de los servicios de salud mental, las grandes listas de espera y la escasez de recursos producen una atención escasa, parcial y poco coordinada, con largos tiempos de espera y discontinuidad en la intervención, sesiones terapéuticas muy distanciadas entre sí, ausencia de trabajo interdisciplinar y de coordinación profesional e interinstitucional. Huelga decir que la actual situación sanitaria y la pandemia han agravado los problemas de salud mental, tanto por la situación de confinamiento forzoso, los riesgos psicosociales de la situación concreta y sus repercusiones, como por el aumento de la demanda y la sobrecarga de unos recursos de salud mental ya mermados y masificados antes de esta crisis.

Se señala también la **soledad e indefensión y la ausencia de trabajo en equipo** que acusan los/las propios/as profesionales en el desempeño de su trabajo, lo que deriva en malestar y merma de su salud.

Los y las profesionales participantes coinciden, prácticamente en su totalidad, en que existe una **ausencia generalizada de formación entre los y las profesionales de ambos campos** (problemas de salud mental grave y violencia de género). Se detecta una necesidad urgente de proporcionar formación en perspectiva de género y violencia de género a las y los profesionales de salud mental, reconociéndose que el enfoque de género es una excepción en su desempeño profesional. Por otro lado, resulta igualmente necesario formar a las/los profesionales de la red de trabajo de violencia de género en la problemática específica de la salud mental grave.

Se contempla también como un obstáculo **el desconocimiento y la falta de perspectiva de género y de formación en violencia de género en otros/as profesionales que participan en el sistema de protección**, como por ejemplo el judicial. Haciéndose patente la repercusión que tiene en las mujeres, en sus vidas y en su retraumatización, el duro impacto de las limitaciones de ayuda a nivel legal, así como las duras respuestas judiciales.

Consideran que se realiza un abordaje inadecuado de esta problemática, con consecuencias negativas para las mujeres, que sufren discriminación y **revictimización tanto en su entorno próximo, como en los espacios de atención y tratamiento**. Esta discriminación se da tanto en el acceso a recursos, como en el diagnóstico y en la derivación a servicios especializados.

Existe un **sesgo de género en el diagnóstico de los trastornos de salud mental** grave al no tener en cuenta esta variable como determinante social de la salud mental, es decir, no tener en cuenta que las razones por las que se enferma, la forma de enfermar y las manifestaciones de la enfermedad están profundamente condicionadas por ser hombres o mujeres, además de por otros determinantes sociales. Esto produce que las mujeres sean infra-diagnosticadas, ya que los comportamientos de las mujeres con sufrimiento mental grave suelen producir menor alarma social y, por tanto, menor derivación a especialistas y menor acceso a los tratamientos adecuados para sus enfermedades y malestares. Consecuencia de esto es que sean sobre-medicalizadas en los espacios de atención primaria.

Se identifica la **pervivencia de prejuicios, estereotipos y actitudes sociales inadecuadas** sobre la violencia de género, por un lado, y sobre los problemas de salud mental por otro lado. Estos prejuicios, están presentes a menudo en las propias mujeres, así como de forma generalizada en su entorno próximo, en las y los profesionales que interactúan con ellas, en la sociedad en general y, claro que sí, en las instituciones.

Existen dificultades en la intervención que, a menudo, provienen de las propias herramientas y técnicas para el tratamiento de problemas de salud mental grave. Por ejemplo, hay una **dificultad para una detección e intervención específica** de la violencia de género, bien por omisión o por el diagnóstico tradicional apoyado en el DSM5, herramienta que no tiene perspectiva de género. Es decir, no se tienen en cuenta las violencias vividas por las mujeres ni las consecuencias de estas sobre su salud mental. Partiendo de este diagnóstico ya sesgado, es difícil que se dé un tratamiento adecuado de cara a la recuperación.

El **estereotipo misógino** (debilidad, volubilidad, emocionalidad, sacrificio, sufrimiento, etc.), normaliza el sufrimiento de las mujeres, a la vez que pone en tela de juicio permanentemente su capacidad y su credibilidad por ser mujeres, en especial cuando señalan a los hombres por ejercer violencia contra ellas. Estas consideraciones, baja credibilidad e infravaloración de sus capacidades, son definitivamente intensificadas en el caso de las mujeres con sufrimiento mental grave, por el propio estigma y los mitos en torno a la enfermedad mental. Esta intersección expone a las mujeres a una situación de máxima vulnerabilidad.

Se identifican obstáculos relacionados con las propias mujeres, con la **falta de conciencia sobre la violencia que sufren**, bien porque lo relacionan con el trastorno mental que padecen, asumiendo el estigma como el resto de su entorno, bien porque se culpabilizan o no identifican como violencia las situaciones que viven. Estas dificultades para identificar la situación que está viviendo como maltrato se relaciona también con la negación, minimización o justificación por parte de su entorno de la violencia que viven o relatan, confusión ante los cuestionamientos sistemáticos de su relato y la atribución de la totalidad de su malestar y sufrimiento al problema de salud mental.

Se señalan, así mismo, los **sentimientos de soledad e indefensión de las mujeres** con problemas de salud mental grave y víctimas de violencia ante la incompreensión e incredulidad de su entorno más inmediato (familiares, entorno laboral, amistades), de los y las profesionales y del resto de la sociedad.

Se visibilizan las **diferentes formas de revictimización que viven las mujeres**: no creerles, no respetar sus historias, no acogerlas, darles crédito a los agresores, reforzar las violencias vividas (por ejemplo, cuando se las considera responsables totales de sus propios estados) o retraumatizarlas a través de intervenciones equivocadas.

Igualmente **se señala la violencia "por omisión"**. En este tipo de violencia, dada la situación de dependencia, para ejercer violencia no es necesario "hacer", sino que los agresores simplemente pueden ejercerla omitiendo los cuidados que estas mujeres necesitan, como suministrarles la medicación o proporcionarles la comida. A la vez, al estar puesta social y profesionalmente en tela de juicio su credibilidad, son mucho más vulnerables a todos los

tipos de violencia de género (económica, psicológica, física, sexual), lo que genera mayor impunidad en los agresores y aumenta la vulnerabilidad de las mujeres con problemas de salud mental grave.

Muy interesante resulta la mención de la **existencia de miedos en las/los profesionales, relacionados con los mitos de la enfermedad mental**: miedo a que, si se aborda la situación de violencia de género con la mujer, ésta “se descompense”; “se ofenda”, “se sugestione”.

Por último, se hace referencia también a la **pervivencia del modelo biomédico en la intervención**, la relación de poder entre profesionales y usuarias/pacientes, como obstáculo a su empoderamiento y su autonomía, la falta de habilidades de comunicación o la trivialización de los determinantes sociales y aspectos psicológicos que, por otra parte, requieren más tiempo y una diferente asignación de recursos para su abordaje. También la concepción de las problemáticas por “parcelas estancas”, lejos de una perspectiva de salud integral, que tenga en cuenta los determinantes sociales de la salud mental, con intervenciones integrales que superen dicha fragmentación.

PROPONRIENDO

05. Proponiendo buenas prácticas

Tras la identificación de las principales barreras en la intervención con mujeres con problemas de salud mental grave que sufren o han sufrido violencia de género, las personas participantes pudieron compartir buenas prácticas, experiencias propias que han supuesto un aprendizaje, así como reflexiones o intervenciones en las que se superan barreras y encuentran claves para intervenir con claridad y sentido. También se recogieron propuestas novedosas que pudieran dar una respuesta satisfactoria a estas dos realidades cuando se presentan juntas.

Para esta identificación se propusieron cuatro áreas de trabajo:

- Buenas prácticas en el entorno social
- Buenas prácticas en los recursos de atención
- Buenas prácticas en los equipos profesionales
- Buenas prácticas institucionales

5.1 Buenas prácticas en el entorno social

La mayoría de las aportaciones realizadas por las y los profesionales que han participado coinciden en incidir en la **visibilización y el apoyo social** para combatir la estigmatización y el aislamiento que sufren estas mujeres. Visibilizar la violencia contra las mujeres con problemas de salud mental es esencial para que se puedan buscar soluciones y se tome conciencia, para ello la investigación y la formación son herramientas clave.

Se valora muy necesaria la **creación y mantenimiento de un tejido sociocomunitario de sensibilización**, que permita conocer, entender, empatizar y visibilizar los problemas de salud mental grave, por ejemplo, acudiendo a los centros educativos y a las universidades u organizando jornadas de puertas abiertas que permitan un acercamiento a la comunidad.

También se valora imprescindible **generar espacios de apoyo, acompañamiento, desahogo y comprensión para las familias**, así como espacios de reflexión para hombres que desean alejarse de estos patrones de comportamiento violento.

Un apartado especial merece el valor que se da a **promover la participación social de las mujeres**, que nos permita alejarnos de la asignación de un rol pasivo, que sin duda favorece su aislamiento. Para ello se proponen ideas muy interesantes, como es la figura de enlace comunitario y la importancia de amortizar recursos socio-comunitarios ya existentes, incluyendo en ellos la perspectiva de género y la formación interseccional para no crear recursos específicos, sino promover la participación desde la diversidad, en centros culturales, deportivos, espacios de igualdad y escuelas feministas municipales.

Esta propuesta conlleva la formación específica de los y las profesionales en herramientas interseccionales que permitan la desactivación de estereotipos sobre los problemas de salud mental grave y supongan la priorización de la participación y el enriquecimiento grupal que aportan estas mujeres.

También se propone la participación a través de **grupos de mujeres**, que se consideran un punto de apoyo esencial, grupos de mujeres que se puedan reunir cada cierto tiempo en las casas de mujeres o en locales de las asociaciones. Se propone como temas a tratar la violencia de género, el empoderamiento, la detección de la violencia o el amor romántico.

Se comparten interesantes **experiencias de participación** ya en marcha como la [Red Estatal de Mujeres Salud Mental España](#), creada en 2017 y en la que participan activamente mujeres con experiencias de problemas de salud mental grave. Esta red tiene como objetivo contribuir a la defensa de los derechos de las mujeres con problemas de salud mental y a la igualdad de oportunidades. Las mujeres que la forman desarrollan posicionamientos y trabajos concretos en materias de educación, derechos sexuales y reproductivos, empleo, igualdad de acceso a la justicia, y por supuesto, violencia contra las mujeres. Esta red se ha convertido en una fuente de apoyo para todas las mujeres integrantes. Con una filosofía de participación similar se trabaja en el [Programa Actúa Dona](#), en Vilanova i la Geltrú.

Sobre la participación versó también uno de los grupos de trabajo que se llevó a cabo en la [Jornada de trabajo Final](#). En este grupo se contó con la presencia de dos mujeres de la Red de Mujeres Salud Mental España, además de profesionales participantes en todo el proceso. A continuación, se exponen sus propuestas:

Participación de las beneficiarias de las intervenciones

- “ Se ve muy positivo dar voz a las mujeres y que se incorporen en los diseños previos de actividades a realizar para promover la participación, con una escucha activa de sus necesidades, colocándose frente a ellas como iguales.
- “ Formación para las propias mujeres como forma de empoderamiento, para que entre ellas hagan de espejo, se potencien las relaciones y mejoren su autoestima: “Sientes que vales para hacer cosas, que eres una más, que tú también puedes”.
- “ Tener en cuenta las diferentes realidades que se viven (por ejemplo, no es lo mismo vivir en la ciudad a la hora del anonimato en la participación en talleres, que vivir en zona rural, donde ese anonimato es imposible).
- “ Generar grupos de ayuda mutua y que estos sean intergeneracionales.
- “ Generar apoyo a través de las nuevas tecnologías y la formación específica para actualizar y mejorar su utilización, previniendo de esta forma el aislamiento y generar una red de apoyo, sostén y conexión.

5.2 Buenas prácticas en los equipos profesionales

Un elemento común que la mayoría de los y las participantes ha señalado es la **necesidad de la formación**, ya sea continua o puntual, interseccional o específica, pero necesaria y obligatoria, sobre todo en el caso del personal sanitario. La gran mayoría ha destacado la formación sobre violencia de género en el caso de los recursos de Salud Mental y sobre salud mental en el caso de recursos de Violencia de Género. Esta formación según las experiencias profesionales contribuiría a mejorar la comunicación y aprendizaje, dentro de los equipos y de manera interdisciplinar. Se valora los beneficios que puede aportar que esta formación sea conjunta, con la participación de profesionales de ambos equipos, lo que repercutirá positivamente en el aprendizaje y la coordinación conjunta.

Se propone que la **formación en violencia entre a formar parte del currículo formativo de las especialidades** relacionadas con la salud mental: Psicología clínica, enfermería de salud mental y psiquiatría.

A continuación, se presentan las propuestas de contenidos surgidas en el seno de la [Jornada de trabajo final](#), donde se desarrolló un grupo de trabajo dedicado a este tema:

Contenidos de formación

- “ Importancia de abordar el tema desde el punto de vista de la interseccionalidad.
- “ Incluir primeros auxilios psicológicos en las dos problemáticas, con propuestas concretas de actuación.
- “ Dedicarle espacio a las particularidades de la coordinación y la derivación.
- “ Contar con la experiencia de personas que han pasado por alguna de las redes/recursos.
- “ Exponer casos clínicos reales con malas y buenas prácticas.
- “ Revisar qué tratamientos son eficaces y están protocolizados.
- “ Formación en el autoconocimiento y revisión propia como algo básico y de primera necesidad.
- “ Necesidad de devolver el sentido y el significado al síntoma y al sufrimiento.
- “ Abordaje desde la integralidad de la persona, superando el parcelamiento.
- “ Incluir en las formaciones la necesidad de posicionamiento por parte de los/as profesionales para con las víctimas.
- “ La formación debe ser obligatoria y con revisiones periódicas.

Otra de las aportaciones que se han señalado ha sido la **creación y mantenimiento de grupos mixtos de Salud Mental y Violencia de Género** para compartir experiencias, casos, visiones, pautas de acción y buenas prácticas. Esta medida, permitiría una coordinación más ágil, fluida y eficaz, y generaría nuevos enfoques en la intervención, con un lenguaje común que haría más presente las necesidades reales de las mujeres.

Se señala como buena práctica **crear e impulsar la figura de profesionales referentes de violencia de género en todos los recursos sanitarios**: de Atención Primaria, Especializada, Salud Mental y red de Rehabilitación Psicosocial, estos/as pueden contribuir a visibilizar la importancia de tener en cuenta la violencia de género en los equipos, introducir sesiones de formación, etc.

Esta necesidad está estrechamente relacionada con el fomento de **espacios de reflexión y apoyo a los y las profesionales**. Como se ha señalado en las contribuciones planteadas, estos espacios permitirían hacer análisis, detectar las dificultades profesionales y personales que puedan estar interfiriendo en la valoración del caso (emitir juicios de valor, perder el foco de actuación, falta de información previa o del contexto o los efectos contratransferenciales). Para ello, entre otros recursos, se señala la supervisión y exposición de casos clínicos, como una buena herramienta a tener en cuenta que nos permitan revisar nuestras dificultades personales y profesionales en diferentes intervenciones.

A continuación, se presentan las propuestas surgidas en el seno de la [Jornada de trabajo final](#), donde se desarrolló un grupo de trabajo dedicado a este tema:

Reflexión y apoyo mutuo dirigido a profesionales

- “ Se ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer de manera agendada y en horario laboral una serie de protocolos de cuidado de los equipos, que permitan además mejorar la comunicación y el aprendizaje, así como la atención.
- “ El soporte del equipo, y los aprendizajes que en el mismo se adquieren, se trasladan de manera inevitable a la atención a las usuarias. La calidad de dicha atención se verá potenciada si en los equipos hay cuidados, comunicación y apoyo.
- “ Se pone en común el ejemplo de los Grupos DART: Reflexiones grupales vivenciales sobre las dificultades en la adquisición del rol del/la terapeuta.
- “ Necesidad de la puesta en marcha de protocolos de intervención cuidadosos con los equipos:
 - “ Establecimiento de un tope superior de atención: Número de casos máximo, y número de horas máximas al día.
 - “ Organización del trabajo que permita respiros.

- “ “ Análisis personal obligatorio. Se puede materializar en terapia individual, o en grupos vivenciales. Revisión de disparadores personales relacionados con la historia de vida del/la profesional, así como de traumas vicarios derivados de la intervención.
- “ “ Revisión de casos periódica, agendada y supervisada, externa o internamente.
- “ “ Programación de reuniones de coordinación obligatorias, tanto en los equipos como a nivel de red profesional de intervención.
- “ “ Establecimiento planificado de nuevas dinámicas de comunicación en los equipos Comunicación no violenta, basada en la escucha, libre de juicios y estigmas. Creación de un lenguaje común respetuoso y cuidado en los equipos. Revisar el lenguaje con y sobre las usuarias. Conectar, con las personas a las que atendemos y con los equipos.
- “ “ Promoción de espacios y dinámicas de humildad y cuestionamiento del funcionamiento establecido, a través de la crítica constructiva y respetuosa.
- “ “ Fomento del trabajo colaborativo e interseccional.
- “ “ Promoción de la investigación en los equipos de manera rotativa, para que se pueda alternar la intervención con la adquisición de nuevas perspectivas, así como aumentar la motivación y la reconciliación con la profesión en equipos desgastados.
- “ “ Promoción de la rotación profesional entre recursos de una misma red, que permita tener una mirada más amplia y empática hacia los diferentes lugares de intervención.

Siguiendo con las propuestas relacionadas con los y las profesionales, se plantea la importancia de que, tras la recepción de una derivación, se realice la **primera valoración del caso de manera conjunta** con profesionales del servicio derivador, para que la información sea mucho más detallada y poder ir más allá de la propia sintomatología del problema de salud mental. También se aporta la necesidad de que se hagan procesos de valoración mucho más largos que permitan ir más allá de los síntomas, que permita afianzar el vínculo con la mujer, empatizar con ella y que pueda explicar su historia sin sentirse juzgada.

Por otro lado, se incluye la necesidad de **incluir a otros profesionales de diferentes ámbitos, especialmente a agentes educativos en Salud Mental**, dada la importancia que tiene la sensibilización en el acompañamiento de las y los jóvenes y por la necesidad de una temprana actuación para detectar situaciones de violencia de género que se producen desde estas edades en la escuela, familia y el entorno social.

5.3 Buenas prácticas en los recursos de atención

Los puntos en común de las aportaciones que se han realizado en el foro han puesto de manifiesto, no sólo la **necesidad de la implantación de la perspectiva de género** en el trabajo diario con las propias mujeres, sino también la necesidad de implementarlo en la comunicación entre los equipos, en la aplicación de evaluación y la intervención de los casos, y sobre todo la necesidad de hacer consciente este enfoque en nuestro día a día, para ser críticas y reflexionar sobre cómo estamos abordando los casos y no caer en sesgos o posibles revictimizaciones en nuestros propios abordajes.

Este aspecto planteado en el foro está muy relacionado con la necesidad de generar **mayor coordinación entre equipos**, mayor trabajo en red y espacios de diálogo, e incluso, la creación de protocolos de actuación conjunto entre Salud mental y Violencia de Género, que den respuestas a las dificultades que tiene estas mujeres en el acceso a la intervención especializada. También se plantea la necesidad de coordinaciones, no solo con equipos especializados, si no con otros equipos de salud general.

Aunque se menciona la importancia de las intervenciones grupales, se ha señalado también la necesidad de diseñar la intervención de forma individual, adaptándola al caso, estableciendo **modelos de acompañamiento terapéutico prácticos y operativos** para la persona. Las y los participantes apuntan la importancia de fomentar la figura de las educadoras de referencia, y con ella los vínculos estables de acompañamiento, también en el área maternofilial.

En el espacio surge un rico debate acerca de cuál sería el **recurso de intervención ideal para dar la mejor respuesta a estas mujeres**, si sería conveniente la existencia de unidades específicas en el ámbito de la salud mental orientados al tratamiento de las mujeres víctimas de violencia de género, dotadas de recursos humanos y materiales, o bien potenciar el trabajo fluido y conjunto, con suficientes herramientas desde cada red (salud mental y violencia de género).

Se valora como una buena opción **actuaciones normalizadoras con apoyos de determinados profesionales**, como puede ser la inclusión en recursos de la red de violencia

a través de un acompañamiento muy personalizado, con un itinerario especializado y flexible al mismo tiempo, evitando la estigmatización y validando su historia de violencia. Este acompañamiento podría incluir componentes de la siguiente propuesta:

- Atención psicológica / psiquiátrica desde la perspectiva de género.
- Educadora de referencia para trabajar el vínculo, evitando cambios de centros o programas.
- Acompañamiento en el área materno filial, si existen menores a su cargo, para el desarrollo de funciones parentales.
- Coordinaciones fluidas entre los recursos de base y especializados para la salida a vivienda propia o tutorizada con el objetivo de potenciar la autonomía.
- Coordinación y seguimiento con las agentes de los centros de salud mental.
- Trabajo grupal empoderante.
- Recursos para la orientación y formación laboral.
- Acompañamiento en la vida diaria y cotidiana.

En el grupo de trabajo que se desarrolló en la [Jornada de trabajo final](#) también se vuelve a abordar este debate: la búsqueda de una respuesta específica frente a la normalización mediante la inclusión en los recursos ya existentes. En el cuadro se expone su propuesta final:

Trabajo de intervención conjunto

- “ La pregunta que se plantea es ¿qué podemos mejorar donde ya están atendidas? Surge la respuesta de mirar a la persona y preguntarse ¿qué le hace sufrir?
- “ Se apuesta por la normalización versus la especialización, se consensua como la mejor opción desarrollar y mejorar las dos redes existentes antes que la creación de recursos específicos que pueden convertirse en guetos que pueden llegar a segregar a estas mujeres.
- “ Para ello sería imprescindible el fortalecimiento de las redes existentes a través de la formación, la coordinación y el trabajo con perspectiva de género que incluya a las beneficiarias, dándoles voz.

“ Como forma de fortalecer la intervención coordinada y en encaje de ambas redes se propone la creación de la figura del grupo de enlace especializado que pueda dar el apoyo necesario a ambas redes, fortaleciendo la coordinación y la solución de situaciones de emergencia, proveyendo también formación de las y los profesionales que las componen.

También surge el debate en cuanto al **modelo de abordaje residencial más adecuado**, visibilizando las dificultades que se dan en los modelos más conocidos de pisos tutelados, donde conviven varias unidades familiares y que suelen incluir muchas normas para garantizar un mínimo de convivencia. Donde hay estilos maternos diferentes y momentos de descompensación de alguna de las residentes como consecuencia del sufrimiento mental grave.

Se plantean propuestas de modelos alternativos a este, como pueden ser **recursos residenciales unifamiliares/individuales** con un número suficiente de espacios comunes donde poder dar cabida a las necesidades en la esfera privada y social, que permitan respetar el derecho a la intimidad, a poder expresar sin ser vista. Se expone que la libertad en mujeres e hijos/as tan dañados/as es tan importante como el soporte del grupo, el compartir, empatizar y mirar hacia fuera.

Se visibiliza también la opción de un modelo de acompañamiento terapéutico y el trabajo desde las **comunidades terapéuticas**, con equipos interdisciplinarios que aporten las mejores prácticas de cada ámbito de experiencia, de manera que se pueda abordar la historia de trauma complejo e intenso sufrimiento que presentan, potenciado por la situación de violencia de género, que requiere un abordaje específico. Contemplando también la relación con sus criaturas, con un seguimiento médico para evitar descompensaciones graves, y sobre todo mucho trabajo desde lo cotidiano, de forma que puedan desarrollar herramientas prácticas y personales en pro de su autonomía y libertad.

Se apunta la idea de que las dificultades visibilizadas en los recursos residenciales tienen que ver con que el modelo es ciego a elementos fundamentales: la violencia-trauma y la enfermedad-malestar-sufrimiento psíquico son las caras de una misma moneda, la estructura institucional muchas veces es reproductora de violencias por pertenecer a un sistema social patriarcal y violento. Esto se solucionaría con **procesos participativos de construcción colectiva para poner en el centro la voz, necesidades y estrategias de las mujeres** a la hora de diseñar los recursos y situando la articulación de la convivencia, del cuidado colectivo, de la empatía y de la estructura como un objetivo terapéutico en sí mismo.

5.4 Buenas prácticas institucionales y políticas

En este apartado se hace imprescindible señalar que, sin **voluntad institucional y política real**, lo que supone que venga acompañada de **presupuesto suficiente**, es imposible dar una respuesta adecuada a esta problemática.

Se propone **trasladar a esferas institucionales y políticas las respuestas judiciales victimizantes** para las mujeres que se siguen produciendo, por ejemplo, respuestas que las etiquetan de incapaces de cuidar a sus hijos e hijas por tener un determinado diagnóstico o recibir tratamiento psicológico, que suelen conllevar la pérdida de custodia.

Se señala como imprescindible que los servicios de atención a la violencia de género y a la salud mental existentes cuenten con **recursos humanos suficientes**, que trabajen en condiciones laborales dignas, con formación específica.

Es necesaria la apuesta y el compromiso por la **formación articulada dentro de los programas de formación continuada**, incluida en las agendas y horarios de los y las profesionales. Esta formación, tiene que recoger contenidos amplios, que garanticen la inclusión de la perspectiva de género y que incluyan también las diferentes áreas que conforman la interseccionalidad. La apuesta por la participación multidisciplinar se enriquece con los distintos puntos de vista de las múltiples áreas de actuación que intervienen, para ello el formato online se propone como una buena opción que ya está en funcionamiento en algunas CCAA.

Igualmente se proponen **mesas técnicas interdisciplinares de trabajo**, como escenario de sensibilización, reflexión y formación, y la incorporación de representantes de la salud mental en las que ya están creadas sobre violencia de género. Igualmente se propone impulsar grupos de trabajo en espacios institucionales de salud mental para incorporar la reflexión sobre las cuestiones que afectan a las mujeres con problemas de salud mental grave y la humanización de la psiquiatría con perspectiva de género.

La inclusión de la **figura del/la profesional referente en violencia de género dentro de los equipos de salud mental** se considera muy positiva para los equipos, ya que posibilita multiplicar los efectos de la sensibilización y formación que reciben en el resto de sus compañeros/as. Se señala que para que sea realmente eficaz es necesario una apuesta institucional para que esta figura pueda realizar su labor de formación y participación dentro de su horario laboral, sin que les suponga una sobrecarga, lo que a largo plazo pueda restarles motivación.

Articular y establecer un **Protocolo específico de atención a mujeres víctimas de violencia con problemas de salud mental grave**, que tenga como objetivo, proporcionar unas pautas homogéneas de actuación, consensuando procedimientos y unificando criterios a la luz de la normativa vigente, la evidencia científica y la práctica clínica.

También se propone el impulso de **protocolos interinstitucionales de coordinación y derivación** tanto a nivel autonómico como locales, en los que se incluya a la red de salud mental y a las asociaciones que trabajan con mujeres con problemas de salud mental.

Por último, se señala la importancia de un compromiso por **priorizar los procesos terapéuticos e intervenciones para el cambio** frente a anegar con procedimientos administrativos y requisitos de valoración limitantes para el ejercicio profesional y para el proceso de las personas.

BIBLIOTECA

06. Biblioteca Colectiva

El espacio contó con una biblioteca colectiva construida con las aportaciones de las y los profesionales participantes.

Recursos Audiovisuales

- Video Resumen Jornada Mujer y Salud Mental (Federación Salud Mental Castilla y León)
- Mesa Redonda- Derechos, vulnerabilidad social en personas con diagnóstico de trastorno mental grave (Consejo General de la Psicología)
- Violencia contra las mujeres con enfermedad mental (Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer)
- Documental "Estado de malestar" (Dirigido por María Rubio)
- Campaña 25N "La salud mental no se golpea" (Salud mental España)

Documentos de interés

- Fedeaefes (2019). Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Informe de resultados
- González Aguado y cols. (2010). Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave. Salud Madrid
- Región de Murcia (2019). Manual de recursos formativos. Salud mental, drogodependencias y violencia de género
- Journal of Feminist, Gender and Women Studies (2015). Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as
- Norte de salud mental (2013). González Aguado, González Cases, López Gironés, Olivares Zarco, Polo Usaola, Rullas Trincado. Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave

- ATELSAM (2020). Guía de Salud Mental con perspectiva de género = Depende de ti
- Servicio Murciano de Salud (2010). Guía Práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja
- Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. (2018). El marco de Poder, Amenaza y Significado. Publicación abreviada. Madrid: AEN
- Artículo-resumen "Aproximación al modelo de trauma informado" basado en los estudios de Sweeney et al., (2016) y Elliot et al., (2005)
- Angela Sweeney, Beth Filson, Angela Kennedy, Lucie Collinson & Steve Gillard. (2019). Un cambio de paradigma: Las relaciones en los servicios de salud mental con conciencia sobre el trauma
- González, A. (2008). Disociación y Trauma. *Cadernos de Psicología*, 32, 63-78
- Confederación Salud mental España. (2018). 35 años. De la soledad a la sociedad. Maternidad y salud mental. nº 1 2018. *Revista Encuentro*
- López Gironés, M y Polo Usaola, C. (2014). Intervención en mujeres víctimas de violencia de género. Experiencia de Psicoterapia Grupal en un centro de salud mental. *Clínica Contemporánea: Revista de Diagnóstico Psicológico, Psicoterapia y Salud*, 5, n.º 1, 29-39
- Valiente-OTS, C., Villavicencio-Carrillo, P. y Cantero-Martínez, M^a.D. (2006). La fenomenología de la comorbilidad del trauma y la psicosis. *Apuntes de psicología*, 24, nº1-3, 111-135
- Kaplún Medina, D y Roldán Gutierrez, P. (2020). La presencia de modelos tóxicos de sexualidad en la adolescencia
- Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer (2019). Niñas y mujeres con discapacidad víctimas de violencia machista. Pautas de intervención
- Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer (2017). Recomendaciones para la intervención con mujeres víctimas de violencia con diversidad funcional

Recursos Web

- **Salud mental España.** Confederación que agrupa a más de 300 asociaciones que contribuyen a la mejora de la calidad de vida de las personas con trastorno mental y la de sus familias.
- **ATRA.** Entidad sin ánimo de lucro que ofrece atención y tratamiento a personas en situación de vulnerabilidad y riesgo de exclusión social. Para mujeres víctimas de violencia machista cuentan con servicios de atención residencial
- **Mujerysaludmental.org.** Espacio para el empoderamiento de mujeres con problemas de salud mental. Creada por FEDEAFES (Federación vasca de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental)
- **Epdata.es.** Bases de datos y gráficas de la Agencia Europa Press.

