



Calle Pedro Modesto Campos, nº 4 Edificio Los Dragos, 1º Oficina 5 38003

Santa Cruz de Tenerife

Tel.: 922 205 215

### Coordinación y redacción informe:

Pilar Gordillo Expósito (Psicóloga general sanitaria con formación en VdG)

Pilar Álamo Vázquez (Responsable del Programa de Igualdad y Pedagoga)

Ilustración: Natalia Reyes (IG: natalia\_reyes\_art)

**Prólogo:** Pilar Álamo Vázquez



# ÍNDICE

1. Prólogo	5
2. Introducción	8
3. Metodología	10
4. Descripción del servicio	13
5. Perfil mujeres atendidas	15
5.1. Cómo accedieron al servicio	16
5.2. Edad	17
5.3. Recursos económicos/situación laboral	19
5.4. Nivel de estudios	20
5.5. Adicciones	21
6. Violencia de género	23
6.1. Situación por la que acude al servicio 6.1.1 Relación con el agresor	24
6.1.2 Tipo de violencia 6.1.3 Denuncias	
6.2. Antecedentes	27
6.2.1 № Agresores pasados	
6.2.2 Tipo de violencia	
6.2.3 Denuncias	
6.3 Agresión sexual en la infancia/adolescencia	31
7. Acantilados: Historias de oleajes y rocas	33
7.1 Oleajes	34
7.2 Rocas	<i>5</i> 3
8. Análisis del impacto	57
9. Conclusiones	63

"Te voy a contar una cosa, aunque sé que no me vas a creer. Pero **necesito** contártela"

Begoña

# 1. Prólogo

Isora es un nombre de mujer de origen Guanche que significa acantilado.

Y es el título del dibujo que se expone en la portada, una obra de la artista canaria Natalia Reyes.

Acantilado se define como un accidente geográfico caracterizado por presentar una pendiente vertical pronunciada, que se localizan mayormente en zonas de costa. Están conformados por rocas muy resistentes y se originan por la acción abrasiva del oleaje que va golpeándolas y creando fisuras/heridas en las rocas, convirtiéndo-las en zonas vulnerables donde seguir con su erosión.

El oleaje, "consciente" del daño que causa, golpea especialmente en estas zonas porque las cree más débiles. Esta acción incesante del oleaje sobre las "heridas" del acantilado lleva al cambio permanente de su orografía, o bien, a su desplome.

La erosión de los acantilados pasa inadvertida para la mayoría de personas, no siendo conscientes de los procesos que los originan y cambian. Sin embargo, sus derrumbes son noticia. Curioso que algo que es evidente, como es la erosión/golpeo constante de los mismos, pase inadvertido. Y su derrumbe, que puede prevenirse con los medios adecuados, sea noticia como si de algo inesperado y repentino se tratara.

¿Nadie pudo advertirlo antes? Quizás nos parece algo intrascendente o pensamos que es natural que esto suceda.

Pero la realidad es que, si hablamos de los acantilados como paisaje, es decir, desde la conciencia de quien lo observa/visualiza con todas sus cualidades (en su totalidad), debemos admitir, sin duda, que estamos ante uno de los paisajes más extraordinarios que puede contemplar la vista humana. Estar frente a este paisaje te puede



hacer sentir pequeña e insignificante ante tanta demostración de fuerza y autenticidad, pero a la vez, te sientes muy viva, humana. La realidad que se observa desde aquí revela su grandiosidad.

En una sociedad con olas incesantes de individualismo, materialismo, violencia, capacitismo, etc., muchas mujeres viven condiciones sociales obscenas a diario.

¿Acaso no es normal que los problemas de salud mental sean el resultado natural de estas condiciones?

Normalizamos situaciones/condiciones de vida, en las mujeres con problemas de salud mental, que vulneran constantemente los derechos humanos más básicos, y las dejamos en un total desamparo a pesar del incesante oleaje que las erosiona.

Nuestra respuesta como sociedad es la normalización a su golpeo constante, a su erosión, a sus heridas.... Hasta su derrumbe.

Superar esta normalidad insana y deshumanizante pasa necesariamente por promover simultáneamente transformaciones que nos hagan replantearnos y abordar de frente las causas del sufrimiento. En mirar estos "paisajes" de manera integral y escuchar sus sonidos/voces.

En su dedicatoria, Natalia escribió que, para ella, Isora representaba a la mujer y la enfermedad mental. Recalcó que, cuando viera esa ilustración, recordara y me motivara sabiendo y valorando el apoyo que se ofrece desde el Programa de Igualdad de la entidad. Y que, con él, me llevaba un trocito de ella.

Y así es, llevamos trocitos/rocas de muchas mujeres, lecciones de vida que nos acompañan a diario, y nos muestran que otra forma de hacer las cosas es posible.

Que sólo es necesario acompañar, dar espacios seguros, y CREER en ellas.





El Programa de Igualdad se implantó en el año 2020 como clave estratégica y transversal de la entidad, convirtiéndose de esta manera en la primera entidad a nivel autonómico en tener un Programa específico de Igualdad dentro del ámbito de la Salud Mental.

La entidad decide impulsar el Programa para incidir en el déficit histórico del enfoque de género en salud mental, y también en la falta de visibilidad de las especificidades de las mujeres con problemas de salud mental tanto en nuestro ámbito (salud mental), en las asociaciones y organismos que trabajan en pro de la igualdad, en perfiles profesionales que pueden atenderlas en algún momento determinado, así como en la sociedad en general. Ambos déficits repercuten de manera directa en la calidad de vida y en los procesos de recuperación de muchas mujeres.

Los problemas de salud mental constituyen un factor multiplicador de riesgo de sufrir violencia, abusos y vulneración de derechos, en especial cuando se es mujer. Sin embargo, la variable género y sus interseccionalidades no son tratadas ni en las entidades públicas específicas en igualdad y violencia de género, ni en los centros de salud (especialmente en salud mental), ni en las propias asociaciones de salud mental. Negándose así una intervención integral adaptada a sus necesidades.

Los inicios del Programa se centraron, por un lado, en la formación y sensibilización de salud mental con perspectiva de género dentro del ámbito de la salud mental y, por otro lado, en la formación y sensibilización en ámbitos externos a la salud mental (entidades de igualdad, profesionales de centros de salud y servicios sociales, ciudadanía, etc..), donde se introduce la perspectiva interseccional (de salud mental) y se visibiliza la realidad de ser mujer con problemas de salud mental y el impacto del género en nuestra salud mental.

Pero el trabajo realizado hasta el momento nos mostró una realidad, mucho más amplia y desatendida, que requiere de más acciones y recursos específicos que faciliten una intervención adecuada a las necesidades de las mujeres con problemas de salud mental, en especial, en el trabajo vinculado al ámbito de las violencias machistas. Por este motivo, en enero de 2022 la entidad impulsa el primer servicio de atención psicológica especializada en violencia de género para mujeres con diagnóstico en salud mental.

Se genera un espacio de atención personalizada, en un ambiente cálido, estable y estructurado, que favorezca la expresión y el desahogo emocional. Cuestiones que facilitarán la identificación y visualización de indicadores clave en la detección de situaciones compatibles con estar viviendo una situación de Violencia de Género y/o desigualdad/discriminación por razón de género.

Sesiones centradas en las individualidades de cada persona y en el momento de su vida en el que se encuentra. Llevando a cabo una intervención continuada y teniendo en cuenta que la mejora en cada una de las áreas de su vida va a influir de manera directa en el resto. Creando un ambiente seguro de escucha activa y empática, donde se sientan apoyadas, no juzgadas y se le dé credibilidad a su testimonio. Favoreciendo una actitud proactiva y donde cada mujer pueda explicar su historia de vida.

Este informe que hoy publicamos tiene como finalidad principal el visibilizar la realidad de muchas mujeres con el fin de (re)conocer su realidad e interpelarnos, no sólo como profesionales de diferentes ámbitos que podemos atenderlas en un momento determinado de sus vidas, sino como sociedad. Y cómo no, señalar a las administraciones públicas que pueden tomar decisiones que mejoren su calidad de vida, y reclamar la mejora en la prevención y la atención.



# 3. Metodología

Presentamos un informe con dos partes diferenciadas, por un lado, una primera parte de resultados cuantitativos y una segunda parte cualitativa, donde las propias mujeres en un ejercicio de generosidad superlativo nos ceden sus historias de vida, con el objetivo, no sólo de demostrar la desatención y falta de humanidad en muchos casos recibida, sino de servir como una herramienta de aprendizaje individual y colectivo que provoque un cambio. Para que estas cifras e historias no se sigan repitiendo.

Las estrategias utilizadas para acceder a la población clave son la propia asistencia voluntaria al servicio de atención especializada del Programa de Igualdad y el consentimiento explícito a que sus datos/experiencias de vida se presenten en este informe. Estamos ante un informe basado en datos obtenidos a través del servicio de atención especializada en violencia de género a mujeres con diagnóstico de salud mental desde el 1 de enero de 2022 hasta el 30 de junio de 2023 con un total de 44 mujeres.

Para el acceso y análisis de la información se han usado técnicas cuantitativas y cualitativas.

Las técnicas cuantitativas empleadas son instrumentos que se encuentran establecidos y estructurados en los procesos de calidad del propio Programa y sus servicios. Con estas herramientas se recogen datos de una manera efectiva y nos ofrecen datos numéricos y estadísticos objetivos. Estas herramientas son las siguientes:

- > Registro de atención individual con ítems con información relevante objetiva, entre los que destacan:
  - Nombre
  - Edad
  - Sexo

- Nivel formativo
- Situación laboral
- Unidad de salud mental
- Ingresos económicos
- Adicciones
- Violencia de género/momento
- Agresor/es
- Tipo de violencia
- Denuncias
- Observaciones
- ➤ Registro de intervención grupal con ítems con información relevante objetiva, entre los que destacan:
  - № de mujeres total
  - Sesiones
  - Asistencia
  - Observaciones/notas de interés
- ➤ Entrevista semi-estructurada: Dirigida a detectar y/o examinar situaciones de riesgo y/o vulnerabilidad. Y favorecer el desahogo y la expresión emocional en un espacio de seguridad.

Las técnicas cualitativas que se reflejan en este informe son la propia historia de vida de cada mujer. Los datos se recogen a través de:

- > Informe- Seguimiento psicológico
- Información recogida mediante observación en los grupos de apoyo mutuo.
- Cuestionarios de evaluación, en su parte cualitativa, tanto de la atención individual como grupal.

Con estas técnicas se ha conseguido un reflejo de información sobre la realidad sin distorsiones, donde se manifiesta la realidad vivida sin contaminantes.

Para poder analizar y ofrecer estos datos, las mujeres participantes han leído la información que se expone en este informe, teniendo acceso a la misma durante varios meses hasta el día de su publicación, pudiendo, por un lado, aceptar el relato que se expone o quitar cualquier dato que no aceptaran que se hiciera público o, por otro lado, no aceptar/consentir expresamente el uso del mismo.

Las profesionales que realizamos este informe nos convertimos en transmisoras de esta realidad.

# 4. Descripción del servicio

Es evidente que la falta de enfoque de género, dentro del ámbito de la salud mental, y la escasa perspectiva interseccional de salud mental en las entidades y organismos que trabajan en violencia de género evidencian una deficiencia en la atención a mujeres con problemas de salud mental y su probable exclusión de los servicios especializados cuando son o han sido víctimas de violencias machistas.

Con este servicio se pretende paliar una de las grandes necesidades dentro del colectivo de mujeres con problemas de salud mental, y es el de dar la oportunidad de tener un lugar donde sus malestares puedan tener cabida y no sean juzgados, dándole sentido a muchos de sus síntomas y valor a sus experiencias. Centrándose en las necesidades específicas de cada mujer para superar esa situación a través de diferentes procesos relacionados con el empoderamiento y la autonomía que permita construir itinerarios de salida de la violencia como primer paso o como herramienta preventiva para no estar en situación de violencia.

Este servicio tiene dos vertientes complementarias. La primera sería la atención individual, que es la puerta de entrada a una segunda fase, que es la atención en grupos de apoyo mutuo.

En ambos se crea un ambiente seguro de escucha activa y empática, donde se sientan apoyadas, no juzgadas y se le da credibilidad a su testimonio. Favoreciendo una actitud proactiva y donde cada mujer pueda explicar su historia de vida, sin sentirse juzgada. El perfil de acceso de al servicio es: Mayores de 18 años.

- > Diagnóstico de salud mental.
- > Acudir de forma voluntaria.

- > Estar en posesión o en trámite del Certificado de Discapacidad.
- > Ser usuaria de las unidades de salud mental.
- ➤ Presentar un nivel de motivación adecuado que le permita asistir a las sesiones, de acuerdo a sus características clínicas y sus necesidades individuales.

Para las derivaciones no es necesario realizar informes de derivación al servicio, sino que se fundamenta en el trabajo colaborativo y en red entre recursos y profesionales, permitiendo la rápida gestión entre profesionales, y facilitando y agilizando la atención.

## 5. Perfil mujeres atendidas

Es evidente que la violencia de género es un factor de riesgo para desarrollar problemas de salud mental. Pero también debería ser igual de evidente que ser mujer con problemas de salud mental es un factor de riesgo para estar en situación/es de violencia de género.

Las intersecciones mujer, discapacidad y estigma social por problemas de salud mental derivan en incalculables situaciones de discriminación, descrédito e invisibilización a las mujeres con problemas de salud mental.

En este sentido, hablar de las mujeres con problemas de salud mental como "grupo vulnerable" se convierte en una forma, si lo pensamos bien, de tratar de ocultar su dramática realidad. Ya que el diagnóstico vinculado a mitos y estigmas provoca rechazo social y pone en tela de juicio permanentemente sus capacidades y su credibilidad, situándolas, en muchas ocasiones, en situación de auténtica invisibilidad de su realidad y su exclusión social, permitiendo y justificando muchas veces las violaciones de sus derechos, sin ofrecerles protección.

Referirnos a ellas exclusivamente como grupo vulnerable alimenta la idea de que eso era inevitable y de que, en resumen, no hay responsabilidades. Deberíamos referirnos a ellas como mujeres vulnerabilizadas.

La no existencia de ningún recurso específico que trate esta interseccionalidad (salud mental y violencia de género) en Canarias, es una evidencia de ello. Y deja a muchas mujeres con problemas de salud mental en una situación de total indefensión y desamparo.

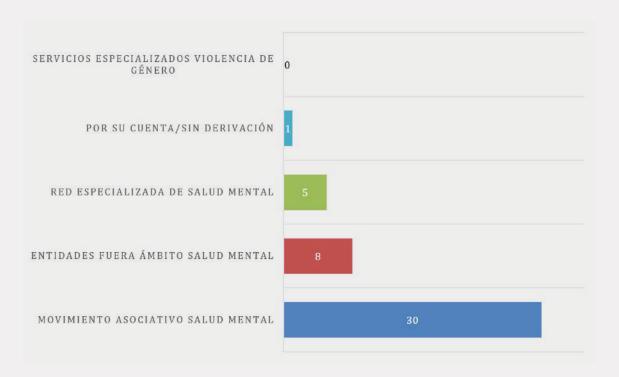
El reflejo de su realidad lo ofrecen los datos que veremos a continuación, a través de la información recogida en el servicio de atención especializada en violencia de género a mujeres con diagnóstico en salud mental.



En el periodo de 1 de enero de 2022 a 30 de junio de 2023 accedieron al servicio un total de 44 mujeres. El modo de acceso al mismo se puede hacer:

- ➤ De modo interno: Mujeres que formen parte de los recursos de la entidad. Esto puede ocurrir tanto por parte de profesionales al detectar alguna situación de violencia de género. Así como por parte de las propias mujeres que identifican esta violencia hacia ellas o alguna compañera.
- ➤ Modo externo: Cualquier mujer con el perfil de atención, o través de derivaciones de entidades y organismos públicos o privados, tanto dentro de la red de salud mental como de otros ámbitos.

Los datos obtenidos son:



Estos datos reflejan que la mayor parte de mujeres que accedieron al servicio lo hacen desde el movimiento asociativo de salud mental. De las cuales 25 provienen de recursos y programas vinculados con Salud Mental ATELSAM y 5 provienen de AFES Salud Mental, principalmente de sus proyectos de inserción laboral.

El siguiente dato, pero muy alejado del principal, es de entidades fuera del ámbito de la salud mental, aquí destaca la Fundación Once con sus proyectos de inserción laboral "Inserta empleo" y "Mujeres en modo-ON VG", que trabajan con mujeres con discapacidad.

En menor medida, encontramos derivaciones provenientes de la red especializada de salud mental como las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) o el ECA¹.

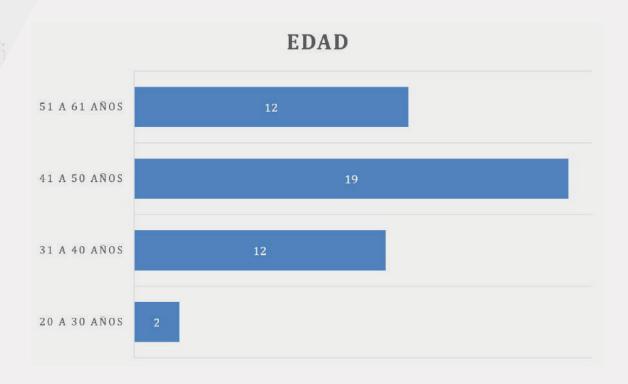
Destacamos que, aunque no se han producido derivaciones con la red especializada de violencia de género, sí se han dado de manera más asidua asesoramientos entre recursos y trabajo en red.

Finalizamos destacando que, en la actualidad, es decir, posterior al periodo de cierre de datos de este informe (junio 2023), se han aumentado las derivaciones desde las USMC.

#### 5.2. Edades:

El servicio tiene edad mínima de entrada, que son 18 años, pero no tiene edad máxima de atención, ya que entendemos que el proceso de reparación puede ser siempre posible, aunque la situación de violencia no sea actual. Las edades de las mujeres atendidas son:

ECA: Equipo Comunitario Asertivo es un servicio especializado en el ámbito domiciliario para la atención, seguimiento y cuidados integrados de las personas con discapacidad por trastorno mental grave y persistente.



La tabla refleja cómo el rango de edad más amplio es el de mujeres entre 41 y 50 años. Dentro de este rango 10 mujeres se sitúan entre los 41 y los 45, mientras que 9 mujeres lo hacen entre los 46 y 50 años.

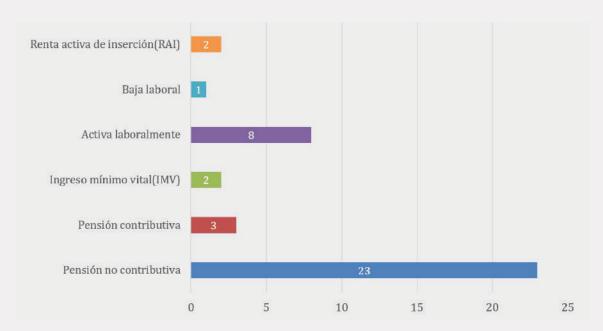
Aunque no muy alejado de los rangos de 31 a 40 años y el de 51 a 60 años, los datos que manejamos nos reflejan que muchas mujeres comienzan a tener una atención especializada e integral en edades avanzadas. Sin que esto signifique, lógicamente, que sea la edad en la que se ha producido o comenzado el maltrato.

### 5.3. Recursos económicos/situación laboral:

Con respecto a los recursos económicos y situación laboral de las mujeres, podemos observar lo siguiente:

- Número total de mujeres sin ingresos económicos: 5
- Número total de mujeres con ingresos económicos: 39

De las 39 mujeres con ingresos, estos se distribuyen de la siguiente forma:



Del total de las 39 mujeres con ingresos, 23 mujeres tienen como fuente de ingresos una pensión no contributiva (PNC) de una cuantía aproximada de 484,61€. Las PNC son pensiones a las que se accede cuando no se tiene derecho a una pensión contributiva de la Seguridad Social, por carecer de cotizaciones suficientes, cuyo objetivo es el de garantizar unos ingresos mínimos. Y 4 tienen ingresos derivados de prestaciones como la RAI (mecanismo de reinserción laboral para parados de larga duración y especial dificultad

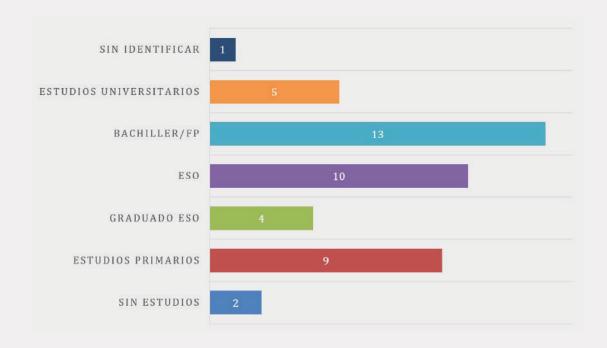
para encontrar empleo) o el **IMV** (prestación dirigida a prevenir el riesgo de pobreza y exclusión social). Ambas prestaciones (RAI e IMV) con una duración determinada.

Con respecto a su situación laboral, de las 44 mujeres **25** son **población activa (56,81%)**. Y de ellas, **8** se encuentran **activas laboralmente** y **17** se encuentran en **búsqueda activa de empleo**.

Destacamos de estos datos los escasos recursos económicos de muchas de las mujeres atendidas, donde en muchos casos hay una situación económica vulnerable que puede llevar a mayor situación de dependencia.

#### 5.4 Nivel estudios:

Con respecto al nivel de estudios podemos observar que no existe un perfil destacable, siendo el más compartido el nivel de estudios de bachiller/FP y ESO.

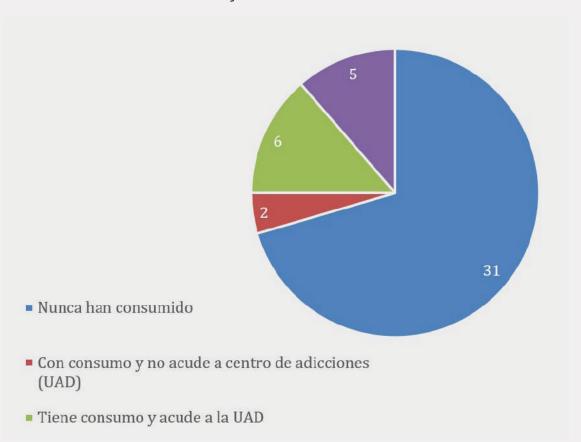


Estos datos deconstruyen la imagen estereotipada de perfil de mujer con problemas de salud mental con pocos o nulos estudios, que tienden, por un lado, a su infantilización y a relegarlas al ámbito doméstico del cuidado. Y por otro, a la idea de mujeres poco válidas para el mundo laboral, destacando que cuando acceden al mismo suele ser a trabajos de escasa cualificación.

Estos datos demuestran que la mayoría tienen estudios. Y que estos son, en muchos casos, no obligatorios y/o superiores.

#### 5.5 Adicciones:

En este apartado exponemos adicciones a sustancias tóxicas, teniendo en cuenta las 44 mujeres de la muestra.



Destacamos en estos datos, además del alto dato de mujeres sin consumo, que de las 6 mujeres que tienen consumo y acuden a la UAD, las 6 han sido derivadas a través del Programa de Igualdad de la entidad en su servicio de atención psicológica especializada en violencia de género a mujeres con diagnóstico en salud mental. Lo que refleja la importancia de las redes de apoyo y la coordinación entre entidades para ofrecer una atención integral y multidisciplinar adaptada a las necesidades de las mujeres. Sin este apoyo y coordinación existen más dificultades para que este proceso pueda ser realizado.

# 6. Violencia de género

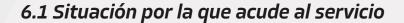
La violencia de género puede afectar a cualquier mujer sin importar su edad, condición social y/o económica, nivel de estudios, religión... Tiene su origen en la desigualdad entre mujeres y hombres. Los que la ejercen, expresan de esta manera su poder y dominación sobre la mujer.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que está en vigor en nuestro país desde el año 2008, reconoce en su Preámbulo que las mujeres y las niñas con discapacidad suelen estar expuestas a un riesgo mayor, dentro y fuera del hogar, de violencia, lesiones o abuso, abandono o trato negligente, malos tratos o explotación.

En este sentido, el Plan Salud Mental de Canarias 2019-2023 recoge que las mujeres con trastorno mental grave requieren una especial atención, por ser una población con mayor riesgo de maltrato, violencia y situaciones de mayor precariedad social.

A pesar de ello, la realidad nos muestra que la inclusión de la perspectiva de género dentro del ámbito de la salud mental sigue siendo muy deficitaria o casi inexistente.

El reflejo de esta falta de perspectiva de género e interseccional y las discriminaciones que viven a diario por ello las mujeres con problemas de salud mental se reflejan en los datos que existen sobre su realidad.

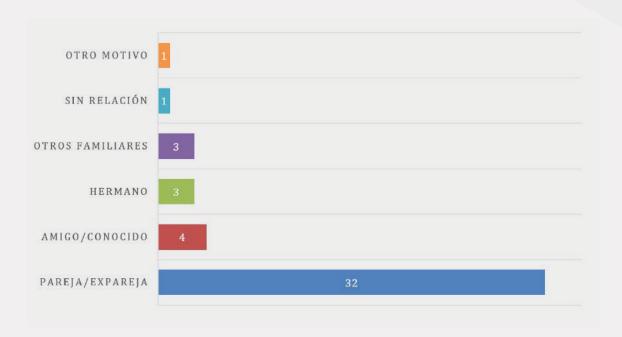


Debemos tener en cuenta que las violencias machistas que viven las mujeres con problemas de salud mental y/o con discapacidad muchas veces no se circunscriben a la estrecha conceptualización de 'violencia de género' ofrecida por la propia Ley Orgánica 1/2004, cuyo objeto es actuar contra la violencia que se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido pareja o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. La realidad es que la violencia machista es perpetrada en las mujeres con problemas de salud mental fuera de esta definición limitada de la Ley Orgánica 1/2004. La violencia hacia las mujeres con problemas de salud mental puede ser ejercida por personas cuidadoras o de apoyo, familiares, pareja, amistades, profesionales de referencia. Y por el propio sistema que las minusvalora e invisibiliza, desprotegiéndolas y no teniéndolas en cuenta en la toma de decisiones sobre su propia vida y/o cuerpo. Provocando que vivan en continuas situaciones de discriminación, descrédito y vulneración de derechos.

### 6.1.1 Relación con el agresor

Los datos que se reflejan a continuación en este punto ofrecen información por la cual la mujer acude al servicio. "Sólo" visibiliza la información referente al agresor, tipo de violencia y denuncias referentes a la violencia por la que acude en primera instancia al servicio de atención psicológica.

Los datos obtenidos son los siguientes:

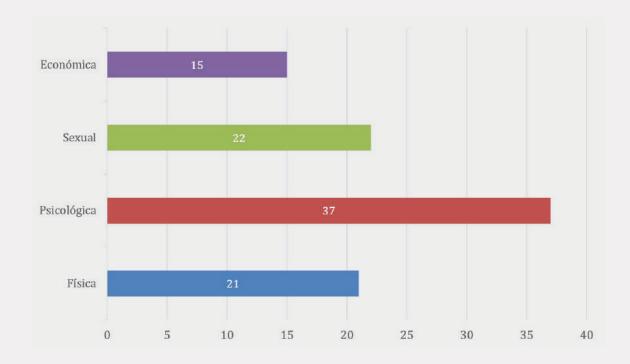


Observamos que el **72,72%** (32) de las mujeres que acuden al servicio lo hacen en primera instancia motivadas por una situación de violencia donde el principal agresor es su **pareja/expareja**.

El siguiente dato del agresor por el que acuden en primera instancia al servicio, en un porcentaje de **13,64%** (6) es por **familia- res**, donde el **50%** de este porcentaje el agresor es el **hermano**.

### 6.1.2 Tipo de violencia

De la muestra de 44 mujeres, éstos los tipos de violencia recogidos son:



Estos datos reflejan situaciones de múltiples violencias sufridas de manera simultánea en un porcentaje muy alto.

De la muestra de 44 mujeres 37 han sufrido violencia psicológica (tanto de control como emocional). Seguida con un número amplio también de la violencia sexual, 22 (50%) mujeres, y la violencia física con un total de 21 mujeres. En último lugar, pero también con cifras abrumadoras, encontramos 15 mujeres que han sufrido violencia económica. Si correlacionamos esta violencia con los datos obtenidos de ingresos económicos, donde los datos reflejan pocos ingresos o insuficientes para ser independientes, es viable mostrar que es un dato favorecedor de perpetuar situaciones de violencia y que la situación de dependencia al agresor sea mayor.

Aunque los datos nos muestran cómo las violencias detectadas por ellas han sido de diferentes tipos, debemos destacar que el 100% de la muestra, desde un punto de vista profesional, han sufrido violencia psicológica.

#### 6.1.3 Denuncias

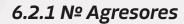
Con respecto al agresor por el que acuden en primera instancia al servicio, éstos son los datos sobre denuncias que se obtienen:

- No denuncia: 27
- > Con denuncia: 17
  - Denuncia con medidas de protección: 13
  - Denuncia sin medidas de protección: 4
  - Más de una denuncia al mismo agresor: 3

Observamos que el 61,36% (27) de las mujeres no han denunciado al agresor. El 38,63% (17) que denuncian han obtenido medidas de protección en un 76,47%. Destacando que de las mujeres que denunciaron, 3 lo hicieron en más de una ocasión al mismo agresor.

#### 6.2 Violencia antecedentes

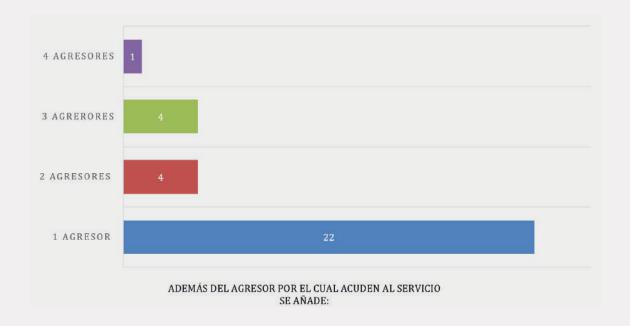
En este punto se visibilizan datos referentes a agresores que no son la causa principal (primer motivo) por los que la mujer acude al servicio, sino que son detectados y/o expresados en las sesiones de intervención.



Durante las intervenciones además del agresor por el cual la mujer acude al servicio, se visibilizan y detectan otras situaciones de violencia vividas con otros agresores.

Y en algunos de los casos, son ellas mismas, a través de la escucha de relatos/experiencias de otras compañeras en los grupos, las que toman consciencia de otras violencias sufridas.

En este sentido, a continuación, exponemos los datos recogidos de la muestra de 44 mujeres. De esta manera, además del agresor "principal" por el que acuden al servicio, encontramos que de las mujeres atendidas han detectado/visibilizado:



Según los datos obtenidos, un total de **31** mujeres de 44, un **70,45%** de la muestra, han tenido a lo largo de su vida más de 1 agresor.

Del total de mujeres, el **50% (22)** han vivido múltiples situaciones de violencia de género con **dos agresores** en su vida. Y **9 mujeres** han tenido una historia de vida donde han visibilizado **más de tres agresores** en su vida.

Los datos obtenidos arrojan que, de la muestra de 44 mujeres, además del agresor por el que acuden al servicio en primera instancia, se visibilizan/detectan un total de **46 agresores anteriores**.

### 6.2.2 Tipo de agresor

De los 46 agresores anteriores, que se han detectado después de la atención e intervención con las mujeres, observamos que estos agresores presentan el siguiente perfil:



Aunque en estos datos destaca que el **58,7**% de los agresores anteriores han sido **parejas/ exparejas**, el **41,30**% son hombres **sin relación de pareja o expareja**. Destacando en este grupo que el **63,15**% **son agresores familiares**.

Además, se ha detectado un **8,7%** de agresores **desconocidos**, que pueden ser tanto ciudadanía en general como profesionales de diferente índole. Y, por último, un **6,5%** violencia ejercida por personas **conocidas sin vínculo familiar**.

#### 6.2.3 Denuncias

Con respecto a las situaciones de violencia vividas con los agresores anteriores y las denuncias, esto es lo que observamos de los 46 agresores:



El **95,45**% de los casos **no fueron denunciados**. Lo que implica que una gran mayoría de las situaciones de violencia y sus agresores no han sido denunciados y, por consiguiente, han quedado silenciados.

### 6.3 Agresiones sexuales en la infancia/adolescencia

Entre los factores de riesgo que pueden afectar a la salud mental, se encuentran los agresiones sexuales y el maltrato. Según la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR), más de un tercio de las personas con problemas de salud mental ha sufrido algún tipo de abuso durante su infancia. La asociación indica que la depresión, la ansiedad, los trastornos graves de la personalidad o el doble de riesgo de intentos de suicidio, son algunas de las consecuencias en la edad adulta de las personas que han sufrido maltrato infantil.

Por otro lado, según Save The Children, entre un 10% y un 20% de la población en España ha sufrido algún tipo de abuso sexual durante su infancia. El abuso sexual tiene un impacto directo en la salud mental de la persona agredida y, si no se trata correctamente, puede llegar a provocar un trastorno mental grave.

Esta violencia tiene un apartado exclusivo debido a su magnitud, si bien, en los escasos estudios e investigaciones que tratan la violencia de género en mujeres con problemas de salud mental, ya se vislumbra su vinculación, los datos obtenidos nos llevan a tener que darles un espacio específico dentro de este informe.

De la muestra de **44 mujeres** que acuden al servicio, **18 mujeres** informan de que han sido víctima de **violencia sexual en la infancia / adolescencia**. Esto significa que el **41%** de las mujeres que acuden al servicio han sido víctima de violencia sexual en la infancia/adolescencia.

Si correlacionamos los datos obtenidos durante este informe, como este último donde se visibiliza que el 41% de las mujeres atendidas en el servicio han sido víctimas de agresiones sexuales en la infancia y el punto anterior que muestra que más del 70% han tenido más de 1

agresor en su vida, es evidente que estamos ante mujeres que viven o han vivido situaciones de violencia con alta probabilidad de que ésta comience desde la infancia. Y que, en la actualidad, a pesar de tener contacto con profesionales de diferente índole, tanto dentro de la salud mental como otros ámbitos, sigue sin ser atendido un determinante tan importante en su salud y proceso de recuperación.

Si los datos por sí solos no nos impactan lo suficiente para ser conscientes del problema por su gravedad, debemos tener en cuenta que los últimos datos obtenidos a nivel nacional en la **Macroencuesta** de Violencia contra la Mujer 2019 nos ofrecía que un **3,4%** del total de **mujeres sin discapacidad** habían sufrido **violencia sexual en la infancia**.

Los datos que obtenemos son extremadamente preocupantes no sólo por su magnitud (el 41% de las mujeres atendidas), sino que si lo correlacionamos con datos como puede ser la edad de las mujeres, nos revelan que en la mayoría de los casos no se ha prestado una atención específica y adaptada a sus necesidades. Y no se han puesto a su disposición todos los medios necesarios para una atención integral y de calidad.

# 7. Acantilados: historias de oleajes y rocas

En este punto, como se refleja en el prólogo, se expone cómo se han naturalizado o invisibilizado condiciones de vida/situaciones en las mujeres con problemas de salud mental que vulneran los derechos humanos más básicos, y cómo el desamparo ha sido una respuesta común en muchos casos.

La generosidad de las mujeres que han sido y son parte del servicio, nos da la oportunidad de **ver / sentir** sus realidades, más allá de los datos presentados hasta ahora. Mostrándonos, sin máscaras, el oleaje constante que las ha golpeado y golpea sus heridas y su desplome.

Este informe tiene la finalidad no sólo de **concienciar / visibilizar** sobre una realidad que no puede esperar más para ser atendida de manera adecuada. Si no, que también tiene, indiscutiblemente, una finalidad formativa que reincida en la **concienciación** de profesionales de diferentes ámbitos, en especial de aquellas profesiones que puedan atender de manera directa a mujeres con problemas de salud mental.

En definitiva, este informe es el efecto de la necesidad de justicia y reconocimiento social de muchas mujeres silenciadas. Que durante mucho tiempo no han tenido, ni tienen, la oportunidad de que se visibilicen y reconozcan como mujeres (ciudadanas de derechos) ni las violencias que ellas sufren o han sufrido.

Mujeres que han quedado y siguen quedando al margen de las políticas públicas, recursos específicos, campañas, manifiestos de días conmemorativos relevantes para las mujeres, de charlas y talleres sobre violencia de género, y un largo etcétera.



Las personas y sus experiencias de vida que aquí se van a relatar han tenido que vivir no "sólo" situaciones de violencias, sino que a sus experiencias de vida se les ha restado credibilidad, se las ha cuestionado, invalidado su testimonio y provocando en ellas sentimientos de culpa y responsabilidad. Generando sentimientos de soledad e indefensión ante la incomprensión e incredulidad de su entorno inmediato, de los y las profesionales y del resto de la sociedad.

"Pasé mucho tiempo sola, en casa, sin hablar con nadie salvo con mi marido que me ignoraba, y mis hijas, que cuando me veían triste me esquivaban y cuando me veían contenta se reían de mí.

Me convencí de que no sabía hablar, y que por eso no me entendían, y que si estaba triste no era una buena compañía.

Así que comencé a aislarme y a evitar a las personas para que no se dieran cuenta"

Paloma Blanca

La OMS señala que el género afecta de manera fundamental a la salud mental, y en concreto a la de las mujeres. Ya que las desigualdades estructurales de género, donde la violencia de género es su máximo exponente, provocan que ser mujer sea un factor de riesgo para tener problemas de salud mental. Relata que con 18 años y con múltiples dudas sobre su orientación sexual, tuvo su primera experiencia con un chico con el que comenzaba a tener una relación.

Aunque en un primer momento estuvo conforme en mantener una relación sexual con él, durante el acto cambió de opinión y le pidió que parara, que no estaba preparada en ese momento, sin embargo, este no lo hizo y la agredió sexualmente.

Comenta que a partir de este momento se quedó traumatizada por la vivencia, que no lo denunció, pero sí se lo contó a sus hermanas y que una de ellas le quitó importancia aludiendo a su responsabilidad ya que en un primer momento la había consentido, provocando en ella un sentimiento de culpa que perdura hasta el momento actual.

Es por esto que, aunque reconoce el delito cometido, se siente culpable y responsable de lo ocurrido.

Asegura que a partir de ese momento "no volví a ser la misma, el ponerme mucha ropa ha sido mi escudo, es una forma de que la gente no me vea y además desarrollé un problema alimenticio"

Carolina Montdeveze

Ser víctima de Violencia de Género afecta a nuestra autoestima y al deterioro de nuestro autoconcepto. Esta vivencia puede marcar el resto de nuestra vida y contribuir a que nos convirtamos en personas altamente vulnerables/vulnerabilizadas a sufrir múltiples situaciones que continúan generando sufrimiento psíquico al considerar que no somos merecedoras de cosas buenas, de derechos y de buenos tratos.

Informa sentir una gran angustia, por situaciones vividas en su pasado, que no ha querido contar por miedo a que la juzguen y porque no quiere que las personas de su alrededor estén tristes y sufran por su causa.

Confirma que fue víctima de una agresión sexual por parte de un conocido y que esto le afectó no solo por el acto en sí, sino por el miedo al repudio de la sociedad y de su familia.

Explica que ésta fue su primera experiencia sexual y que, en esa época, si "perdías la virginidad" tenías que estar con una pareja o eras "una puta".

Por este motivo posteriormente estuvo con otro chico, con el que pensaba iniciar una relación y de esta manera "tapar lo que había ocurrido", sin embargo, éste, tras mantener relaciones sexuales con ella, "la abandonó".

Asegura que es muy sensible a las opiniones de su entorno y su máxima es que no malinterpreten sus palabras y que, por este motivo, ha aprendido a no dar su opinión y a no expresar sus emociones.

Anónima

Podemos encontrar en nuestras normativas vigentes las evidencias de afectación a la salud mental de la violencia de género, como por ejemplo en el prólogo de la Ley Canaria 16/2003 de 8 de abril de Prevención y Protección Integral a las Mujeres contra la Violencia de Género en la que manifiesta lo siguiente:

"La violencia de género constituye un grave atentado directo e inmediato contra la dignidad, los derechos individuales, la calidad de vida y la salud física y mental de las mujeres". Comenta que desde muy joven ha tenido una vida muy difícil. Rodeada de malos tratos por parte de sus parejas sentimentales. Esta situación provocó que su madre "la echara del domicilio", por la inestabilidad de la situación que estaba viviendo y los problemas asociados. Desde entonces ha vivido en la calle, en el albergue y en casas cuyas condiciones no han sido las apropiadas.

Asegura que muchas de las relaciones de pareja que ha tenido han sido por no estar sola.

Relata como su última pareja sentimental la ha llegado a agredir con un palo, le quitaba la ropa para que no pudiera salir de la casa, le quitaba su tarjeta de crédito y disponía de su dinero, dejándola sin recursos económicos, y, que por este motivo tuvo que "comer restos de comida que cogía de la basura", también relata como le tiraba sus orines por encima e incluso describe como en una ocasión le rapó la cabeza para que ningún otro hombre se fijara en ella.

Relata que vivían en una casa sin las condiciones mínimas de habitabilidad y llena de ratas, a pesar de que ella tenía ingresos económicos, ya que este se lo gastaba en el consumo de sustancias tóxicas.

La obligaba a tomar más medicación de la que tenía prescrita y después la golpeaba, ya que, debido al estado de desorientación que esto le producía, rompía algún objeto de la casa o no se mantenía en pie.

Reconoce que aún tiene secuelas físicas, por los golpes que recibió y secuelas psicológicas por la situación traumática vivida, a pesar del tiempo que ha pasado.

Anónima

Por lo tanto, podemos afirmar con total rotundidad que la violencia de género empeora la salud mental de las mujeres o bien que puede ser ser el desencadenante, junto a otros factores, de un problema de salud mental. Pero la vinculación con la violencia no acaba aquí porque, además, ser mujer con problemas de salud mental aumenta la probabilidad de sufrir violencia en comparación con el riesgo que existe para las mujeres en general.

Empieza su relato diciendo esto: "te voy a contar una cosa, pero seguro que no me vas a creer. Y yo lo entiendo, pero necesito contarla".

En la relación con mi expareja y padre de mi hijo sufrí malos tratos y después de muchos años me decidí a denunciar.

Una vez en la comisaría de policía, me atendió un policía que después de escucharme y ver mi afectación se levantó, cerró la puerta con llave, se sentó en el borde de la mesa cerca de mí, se bajó los pantalones y me obligó a realizarle una felación.

Me bloqueé en ese momento y no grité ni pedí ayuda.

Posteriormente se lo conté a mi abogado, quien me dijo que eso era muy difícil de demostrar, puesto que era mi palabra contra la de él, y que, además, mi problema de salud mental y antecedentes de autolisis no me ayudarían.

Me lo creí y nunca lo denuncié.

Begoña

Por lo tanto, las mujeres con problemas de salud mental son, sin ninguna duda, una población en riesgo de estar o haber estado en situaciones de violencia de género. Tanto porque esta situación haya afectado a su salud mental, como porque tener un problema de salud mental aumenta el riesgo a estar en esta situación, debido en gran medida a factores sociales vinculados con discriminaciones por el estigma y el hecho de ser mujer.

A pesar de las pocas investigaciones (visibilidad) con las que se cuenta, sabemos que el riesgo que tiene una mujer con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG) de sufrir violencia en la pareja se multiplica entre 2 y 4 veces respecto a las mujeres que no tienen estos diagnósticos y que alrededor del 80% de las mujeres con TMG que han tenido pareja en algún momento de su vida han sufrido violencia de género, según la "Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad Mental" de FEDEAFES (2017).

De ahí la importancia de NO abordar de manera separada la Salud Mental y la Violencia de Género, ni de obviar que la violencia de género es un factor de riesgo para desarrollar problemas de salud mental o que ser mujer con problemas de salud mental es un factor de riesgo para estar en esta situación de violencia.

Informa que en el pasado estuvo acogida en un recurso alojativo para mujeres víctimas de violencia de género y que, tras causar baja del mismo, se fue a vivir a una habitación de alquiler.

Sin embargo, tiempo después, le subieron el importe de la cuota a pagar y no la pudo afrontar, viéndose obligada a retomar la relación y convivencia con su ex pareja y presunto agresor, puesto que no cuenta con apoyo social ni familiar en la isla y solo contaba con la alternativa de él.

Relata que a raíz de estas vivencias comenzó a sentirse mal, angustiada, triste, ansiosa, con dificultades para conciliar el sueño, y que esta sintomatología fue en aumento hasta llegar a querer atentar contra su vida.



Por todo esto, comenzó a acudir a la Unidad de Salud Mental donde le prescribieron un tratamiento con psicofármacos. Sin embargo, al seguir viviendo la misma situación de violencia de género que le generaba esos síntomas, estos no remitían.

La solución que recibía eran dosis cada vez más altas, que según refiere, la anularon y no le permitía estar activa y lúcida para buscar alternativas.

Por todo esto, decidió dejar de acudir a la unidad de salud mental y suspendió la medicación prescrita, para así poder buscar una solución a su situación.

Claudia Lorena

Son muchas las barreras específicas relacionadas con el hecho de ser mujer y tener un problema de salud mental a las que tienen que enfrentarse las mujeres con problemas de salud mental y que repercuten en su baja participación social, en la poca presencia en las políticas públicas y como observamos en sus datos, especialmente, en la ausencia de empleo y pocos recursos económicos que dificultan la emancipación y autonomía obligando a vivir en una situación de mayor aislamiento y desprotección.

Relata que sufrió abusos sexuales en su infancia por parte de su hermano. Que esta situación no fue denunciada a pesar de que ella se lo contó a un tío suyo. Este, que en una ocasión la acompañó al médico, puesto que la situación traumática que vivía provocaba síntomas físicos, le pidió que no le contara nada a la doctora.

Asegura que su tío llegó a decirle que él también había sufrido abusos sexuales en su infancia, que también se lo contó a un adulto, pero este lo dejó pasar, y reforzaba la idea de que a pesar de eso él estaba bien, que "tenía que pasar página, sin más". Ya en la edad adulta se lo contó a su madre, y aunque esta se mostró afectada y le recriminó que no le hubiera contado nada antes, la situación continuó sin consecuencias.

En la actualidad y debido a dificultades económicas, ha tenido que regresar al domicilio donde reside el presunto agresor. Refiere que los episodios de agresiones sexuales ya no se dan, pero se produce reexperimentación por el contacto con el presunto agresor. La situación la describe como tensa y angustiosa y expresa la necesidad de buscar una alternativa alojativa, sin embargo, sus limitaciones económicas y las secuelas derivadas condicionan su independencia.

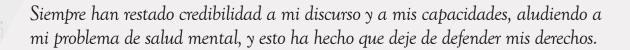
Sandra

Otras de esas barreras específicas de las personas con problemas de salud mental es el estigma social vinculado a los problemas de salud mental. Si bien es cierto que el estigma es para todas las personas con problemas de salud mental, hombres y mujeres, también es igual de cierto que no se define igual a un hombre con problemas de salud mental que a una mujer con problemas de salud mental.

Siempre he cargado con la etiqueta de "loca".

Cuando confesé las agresiones sexuales a las que me sometían dos de mis cuñados nadie me creyó, y me dijeron "que estaba loca", que me lo había inventado y se alejaron de mí.

Cuando intenté reclamar visitas con mi nieta, porque no tengo relación con mi único hijo, el abogado me recomendó que no lo hiciera, por mi diagnóstico de salud mental.



Porque el mensaje que siempre recibo es que no los tengo.

Begoña

Este estigma en las mujeres da por hecho que, por tener un diagnóstico de salud mental, no es verdad lo que relata la víctima o incluso es justificable la actitud del maltratador. Se presupone la mentira y los problemas de conducta y se anteponen a los derechos de ellas.

Loca es una palabra, como observamos, que en las mujeres poco tiene que ver con un diagnóstico y un malestar, y sí mucho con una percepción y valoración social hacia su persona.

Durante la sesión se muestra muy angustiada y preocupada, comienza a llorar y termina confesando que tiene "miedo" ante la posibilidad de sufrir una recaída que necesite hospitalización.

Que tiene miedo a esta posibilidad por sus experiencias del pasado. Explica que en urgencias cuando ha estado ingresada "la han amarrado".

Que han llegado a decir en su presencia "¿qué pasa?, que hoy hay luna llena".

Que ha pedido agua y lo que le han puesto es un pinchazo mientras le decían "a ver si te callas ya".

S.H.G

Loca puede llegar a ser una herramienta de silenciamiento y control hacia las mujeres a quienes se les "asigne" esa etiqueta. Y es la demostración de que una palabra puede invisibilizar y deshumanizar o de que un diagnóstico puede excluirte socialmente y perpetuar y justificar violencias hacia ti.

La primera palabra que aprendió a decir mi hija dirigida a mí fue "LOCA", antes que mamá.

Y su primer gesto fue con su manita en la sien indicando que estaba loca.

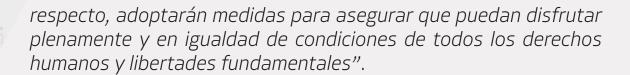
Todo eso se lo enseñó la familia de mi marido, del que sufría malos tratos físicos y psicológicos.

Desde entonces, y como lo he oído tantas veces, yo me considero "loca". Lo tengo asumido.

Y todos mis comportamientos, quejas, frustraciones, malestares psíquicos... se justifican con que estoy "loca".

Paloma Blanca

En la actualidad encontramos también en la normativa estatal e internacional referencias a la especial realidad de riesgo a estar en situaciones de violencia de género y a la necesidad de una atención específica a mujeres con discapacidad, como por ejemplo en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad ratificada por España en 2008, que en su Art. 6 afirma que "los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese



La realidad es que nos encontramos ante un contexto ampliamente ignorado por la sociedad en su conjunto. Una realidad que queda oculta, pasa inadvertida o no se le presta la atención que requiere, lo que provoca que aumente así su exposición a la violencia. Y que las lleva a vivir el infierno de la violencia machista en el olvido más absoluto.

Informa que está viviendo una situación de violencia psicológica por parte de su exmarido y padre de sus hijos e hija. Están separados desde hace años, porque ella inició una relación sentimental con otro hombre y él, esto, nunca lo aceptó. Esto ha favorecido el distanciamiento de sus hijos mayores de 18 y 16 años de edad: "no la quieren ver". Considera que influenciados por el progenitor.

Ella tiene otra hija menor, de 9 años de edad, que también convive con el padre (este ostenta la guarda y custodia), para la que existe un régimen de visitas que no siempre se cumple.

Refiere que su hija en los últimos meses no quiere irse con ella, y cuando le toca las visitas, su padre tiene que venir también. A pesar de tener fines de semana con pernocta, la niña no quiere ir con ella, y únicamente quiere estar con su padre.

En las visitas el padre se pone a jugar con ella e impide que madre e hija se relacionen, acaparando siempre su atención y tratándola despectivamente en su presencia. La acusa constantemente de ser una mala madre, que abandonó a sus hijos e hija, a pesar de que él le pone todo tipo de impedimentos para verlos y a pesar de existir un convenio regulador.

Le dice que no se fía de ella porque es una "enferma mental", y que necesita que le traiga un informe de su psiquiatra en el que le ponga que es competente para ejercer como madre y que no existe peligro de que esté con su hija a solas. Refiere que se encuentra en un estado de indefensión, puesto que ha intentado todo lo que está en su mano para mejorar la situación y poder acceder a sus hijos y poder mantener una relación normal y asidua con su hija.

Explica que ha intentado hablar con él y buscar un entendimiento, pero él "cree" que tiene más derechos que ella y se muestra como si le estuviera "haciendo un favor" constantemente, sin reconocerles sus derechos como madre.

Anónima

La falta de enfoque (conciencia) de género e interseccional provoca que no seamos conscientes de las múltiples discriminaciones que viven, y lleguemos a normalizar situaciones y condiciones de vida que vulneran constantemente sus derechos. Sobre ellas siguen vigente multitud de estereotipos e ideas preconcebidas que las sitúan en un lugar de mayor exposición frente a la violencia, las lesiones, el abuso, el abandono, los malos tratos y la explotación.

Refiere que acudió a la cita con el psicólogo de la Unidad de Salud Mental de referencia. Que hacía tiempo que no había ido, y en esta consulta se hizo un repaso de los motivos por los que había acudido a la consulta desde la primera vez.

Explica que, al escucharlo, comenzó a reexperimentar y entristecerse por situaciones del pasado muy dolorosas que había tenido que vivir, como ingresos hospitalarios por intentos de autolisis, mucho sufrimiento etc.

Comenzó a llorar, hasta que el profesional le dijo:

"¡qué haces?, no llores".

Reconoce que estas palabras la entristecieron aún más y que no podía controlar el llanto.

Hubo un momento que se retiró la mascarilla, para limpiarse las lágrimas, pero le dijo que no lo hiciera porque podría "contaminar", acto seguido se levantó y comenzó a abrir todas las ventanas y a pedirle que no llorara y que mucho menos se retire la mascarilla. Asegura que se sintió muy mal, se sintió "sucia", y que cuando salió de la consulta no podía parar de llorar.

Comenta que estaba tan desesperada que comenzó a cruzar las calles sin mirar "para ver si tenía suerte y me atropellaban".

La Sra. es licenciada en psicología y el psicólogo le recomendó que buscara en internet técnicas cognitivo-conductuales y las pusiera en práctica, que lo hiciera ella por su cuenta.

Claudia Vázquez

Es esencial, en este sentido, que no olvidemos que las violencias machistas que viven las mujeres con problemas de salud mental muchas veces no se ajustan a la estrecha conceptualización de "violencia de género" ofrecida por la Ley Orgánica 1/2004, cuyo objeto es actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia. La violencia hacia las mujeres con problemas de salud mental

puede ser ejercida por personas cuidadoras o de apoyo, familiares, pareja, amistades, profesionales de referencia, e incluso, por el propio sistema que las minusvalora e invisibiliza, desprotegiéndolas y no teniéndolas en cuenta en la toma de decisiones sobre su propia vida y/o cuerpo. Provocando que vivan en continuas situaciones de discriminación, descrédito y vulneración de derechos.

Relata que conoció a un chico en una fiesta a través de una amiga. Y quedaron días después para conocerse.

El día que quedaron, no sólo tuvo que afrontar todos los gastos de la cita, sino también ponerle gasolina en el coche.

Además, también le pidió 100€, que ella finalmente le dio.

Refiere que se burlaba de que tomara tantas pastillas por su problema de salud mental, y la llamaba "pastillera".

Se sintió "estafada", y por este motivo fue a la policía a contar lo sucedido. La policía le dijo que era muy complicado demostrar la estafa o el robo porque ella le dio el dinero "voluntariamente".

Reconoce que era una persona que "parecía que no estaba bien, muy agresiva", pero quiso darle una oportunidad y tener la posibilidad de iniciar una relación con un hombre.

F.G.P

A pesar de las evidencias que demuestran la importancia del contexto socioeconómico y las experiencias de vida en nuestra salud mental, la atención predominante sigue siendo una atención biomédica, basada en el tratamiento individual que tiende a perder



de vista estos determinantes sociales con tanto impacto en nuestra/su salud.

Un ejemplo evidente de la falta de conciencia de la importancia de determinantes sociales en la salud mental, es que la mayoría de mujeres con problemas de salud mental nunca son preguntadas si son o han sido víctimas de violencia de género o no se indaga en sus experiencias de vida para poder detectarlo.

Es nuestra responsabilidad y un imperativo aunar fuerzas, conocimientos y recursos para mejorar la calidad de vida y facilitar procesos de recuperación de muchas mujeres. Porque de lo contrario, da lugar a la infradetección de casos, a su invisibilización y al abordaje insuficiente e ineficaz. Esto repercute directamente en su calidad de vida y menoscaba su dignidad, esclavizándolas a un sufrimiento que, en muchas ocasiones, empieza desde la infancia.

Relata que con nueve años uno de sus hermanos comenzó a agredirla sexualmente y que a partir de los quince años se iniciaron las violaciones. Situación que comentó a su madre cuando tenía doce años y ésta, según relata, le insistió en que no lo contara, para evitar que se enterara su padre.

Asegura que su padre es una persona muy agresiva, que ejercía malos tratos sobre la unidad familiar. Explica que su madre consideraba que si se enteraba de lo que estaba ocurriendo, "mataría a su hermano".

Manifiesta que llegó a quedarse embarazada de su hermano siendo menor de edad y se llevó a cabo una interrupción del embarazo. Su madre explicó que había sido de un novio que tenía, que al enterarse de la noticia la abandonó.

Los episodios de violencia sexual continuaron durante años, hasta que ella se independizó. Aun así, la última violación se produce aproximadamente hace 6 años (con más o menos 40 años) en una reunión familiar.

Informa que coincide con su hermano en reuniones familiares, a las que no le apetece acudir, pero se siente en la obligación por la presión familiar. Y reconoce que cuando lo tiene cerca, "el miedo me paraliza y soy incapaz de reaccionar ni pedir ayuda, y esto me genera mucha culpa".

Nunca ha denunciado la situación y no quiere hacerlo para no hacer daño a sus progenitores, "ya son muy mayores y no lo soportarían".

En la actualidad, además de a las reuniones familiares, debe acudir a casa de sus progenitores a cuidar de ellos, cada fin de semana, y duerme en la misma habitación en la que se producían las agresiones.

Asegura que no dejará de ir a cuidar de ellos, porque no hacerlo le genera aún más malestar. Además, sus hermanos y hermanas, siendo conscientes de esta situación, le ponen a ella más tareas y días de cuidado alegando que: "como no trabaja, tiene más tiempo libre".

B.G.G

No tener en cuenta las experiencias vividas por las mujeres con problemas de salud mental ni cómo el género como constructo social actúa como una categoría multiplicadora de discriminaciones y vulneraciones de derechos en ellas, nos lleva a tener intervenciones e interacciones sesgadas, que unidas al estigma social suelen repercutir en un procedimiento inadecuado y no llegar a la raíz que ha originado sus malestares.

Relata que, "muy desesperada", acude a su médico de atención primaria y le explica la situación de violencia de género que llevaba soportando, desde hacía años, por parte de su marido y que nunca había contado.



Describe síntomas (ansiedad, desesperanza, angustia, miedo, pensamientos de suicidio, indefensión...). Y traslada que tal es la angustia que le genera, que no quiere regresar a su domicilio, donde convive con el presunto agresor y que dormiría en su coche.

Tras este relato es trasladada desde atención primaria al hospital donde quedó ingresada en el área de psiquiatría.

Explica que aquí permaneció por un periodo de una semana, donde le prescribieron psicofármacos que la dejaron tan adormecida que, según refiere, necesitaba ayuda para ducharse. Reconoce que cuando la veía el psiquiatra lo único que podía llegar a decirle era: "yo no estoy loca, ¿por qué estoy aquí?".

Confirma que si hubiese tenido la oportunidad se hubiera escapado y que esa experiencia la hizo más fuerte y más consciente de que no podía decir lo que estaba ocurriendo por si la volvían a "ingresar/encerrar".

Finalmente, y tras el alta hospitalaria, regresó a su casa con el presunto agresor, con la clara idea de no volver a contar nada para no salir perjudicada.

Paloma Blanca

Estamos ante realidades que requieren de un compromiso firme y continuado por parte de las administraciones públicas y las/os profesionales para llevar a cabo un trabajo multidisciplinar y en red.

Que requiere de profesionales con formación específica que sea facilitadora y capacite para detectar situaciones de discriminación por razón de género que aboguen por el cumplimiento de sus derechos, como mujer y como víctimas de la Violencia de Género.

En este sentido, destacamos que las mujeres con problemas de salud mental se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad/vulnerabilizadas, sobre todo en cuestiones relacionadas con la toma de decisiones con respecto a su vida sexual y reproductiva, porque la sociedad en la que vivimos plantea para ellas la inexistencia de estos derechos.

Uno de los grandes estigmas que recaen sobre las mujeres con problemas de salud mental es el derecho o no a ser madres, la constante duda sobre sus capacidades de cuidado. Eso sí, la duda es exclusiva sobre el hecho de ser madres. Sobre sus capacidades de cuidado doméstico o de otros familiares dependientes, normalmente, no recae esta duda.

Informa que su expareja ha solicitado una modificación de la guarda y custodia de los tres hijos/as que tienen en común, a pesar de ya estar regulada y tener la guarda y custodia compartida.

El motivo que él alega para solicitar esta modificación de medidas es su diagnóstico de salud mental.

Ella tiene ese diagnóstico desde los 16 años. Por lo tanto, cuando la conoció y estableció una relación con ella ya lo tenía.

Informa que, mientras duró la relación, siempre fue ella quien tuvo el peso del cuidado de sus hijos/as, sin embargo, ahora, después de años separados, considera que no es apta para cuidar de ellos/as, ahora que ella ha iniciado una nueva relación sentimental.

M.S.H.G



### **REFLEXIONAMOS:**

¿No es lógico pensar que los problemas de salud mental son la respuesta natural a unas condiciones de vida obscenas y/o a la vulneración de los derechos humanos más básicos?

¿Cuántos años han pasado sin una atención adecuada?

¿Por qué siguen estando invisibilizadas en los registros oficiales?

¿Qué se está haciendo desde las políticas públicas para prevenir, detectar y abordar adecuadamente esta preocupante situación?

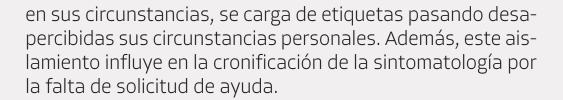
Es posible la recuperación sin la reparación?

#### 7.2 Rocas

Hablamos de historias de vida que no han tenido cabida en una sociedad que las ha invisibilizado, discriminado, minusvalorado, estigmatizado y restado credibilidad. Donde se ha colapsado su identidad haciéndolas sentir culpables y/o responsables. Y con estas circunstancias tan adversas y dolorosas es muy complicado darse cuenta de lo únicas y valiosas que son.

Hablamos de mujeres vulnerabilizadas y no vulnerables por las siguientes razones:

- ➤ Estamos ante mujeres marcadas no solo por una historia de violencia, sino por varias. Que resurgen de una, y no necesariamente porque la hayan superado, sino porque es posible que hayan huido de esta situación y se encuentran con otro suceso traumático, y eso puede ser una tónica de su vida, marcada por las injusticias y violencias.
- ➤ Mujeres con dificultades a la hora de reconocer situaciones de malos tratos, especialmente si son víctimas de micromachismos, celos/control en la pareja, abuso de poder, imposición de los deseos de los/as demás sin tener en cuenta su opinión, etc. Poner en tela de juicio su credibilidad favorece la impunidad de los agresores e incrementa su vulnerabilidad y exposición a todas las variantes de la violencia.
- ➤ Mujeres, muchas de ellas, sin apoyo social o familiar, que pasan mucho tiempo sin salir de casa, sin interacción social, que desarrollan inseguridades, baja autoestima y miedos a exponerse a situaciones sociales y todo esto promueve el aislamiento. Y con estos indicadores de aislamiento social se establecen diagnósticos, se focaliza en la persona y no



- ➤ Mujeres en las que el sentimiento de soledad y la falta de apoyos son un factor de riesgo altísimo a estar en situación de violencia de género, ya que los maltratadores ven en ellas una "presa fácil" debido a esta vulnerabilidad. Pero, por otro lado, el sentimiento de soledad puede provocar en las mujeres que sientan que estar con el maltratador es una forma de paliar esa soledad. Es tan importante y potente el sentimiento de soledad, que cuando alguien presta algún apoyo, en muchas ocasiones, lo que genera es un sentimiento de deuda muy alto hacia esa persona.
- ➤ Son mujeres para las que establecer relaciones de amistad, pareja y mantener el cariño de su familia... en ocasiones es su máxima prioridad. Y cuando lo consiguen se conforman, a pesar de vivir situaciones que les generan malestar y angustia. Llegando incluso a normalizar, justificar y/o minimizarlo con la finalidad de no perder ese apoyo, exponiéndose a vivir situaciones de violencia de género.
- > Mujeres resilientes, que funcionan a su ritmo individual, que buscan ayuda en los servicios, aunque no siempre acuden a todas las citas, porque sus vivencias pesan y agotan.

- ➤ Mujeres con la dificultad añadida de la sobremedicación para paliar sus síntomas, que muchas veces aplanan sus emociones y ralentizan sus acciones y de las que esperamos, pese a todo esto, que sean puntuales, estén motivadas y sean proactivas. Encontrar la motivación muchas veces no es fácil, pero, aun así, lo siguen intentando.
- ➤ Mujeres que identifican sus debilidades y eso en sí, es una fortaleza. Debemos destacar y reflexionar sobre cómo mujeres con una historia de vida marcada por tantas injusticias y la percepción (realidad) de falta de apoyo, desde la primera atención son capaces de concretar su demanda, son capaces de tener claros sus objetivos e identificar aquellos aspectos que quieren cambiar porque no las deja evolucionar. Unas demandas que dejan al descubierto la inteligencia emocional de cada una de ellas cuando encuentran un lugar facilitador, seguro, de escucha y respeto.

## SUS DEMANDAS EN LA PRIMERA SESIÓN

- Quiero tomar las riendas de mi vida
- Dejar de sentirme culpable y tener miedo de tomar decisiones.
- Quiero ser una persona más segura de mí misma.
- Aprender a decir no y respetarme.
- Expresar mis emociones y desahogarme.
- Dejar de tener miedo.
- Caminar sola sin mirar atrás.
- Conocer situaciones que sean violencia de género para poder evitarlas.
- Expresar mis emociones sin tabú, abiertamente.
- Poder hablar sin que me juzguen.
- Creer en mí y aprender a amarme.
- Vivir y no sobrevivir.
- Aprender a comprenderme mejor.
- Superar inseguridades.
- Cuidarme, mimarme, quererme.
- No sentirme culpable por todo.

# 8. Análisis del impacto

Como vemos, es un camino más complejo y más largo que el del resto de las mujeres para conseguir la igualdad de oportunidades y la garantía de sus derechos.

Y, aun así, lo hacen.

Y, aun así, luchan por construir un nuevo camino.

A pesar de lo duro y difícil que es, y las escasas ayudas/apoyos que encuentran en este camino. Ellas lo intentan.

Mostrándonos así todas sus capacidades y fortalezas.

Su lucha para dejar atrás la violencia es la respuesta más evidente de que no ceden ante la violencia. Y, como sociedad debemos, estar a la altura de tal demostración de superación.

La violencia de género es un problema social y, como tal, nos implica a todas las personas. Y debemos poner todos los medios a nuestro alcance para que ninguna mujer, ninguna, se sienta en desamparo y excluida.

Pero como hemos podido ver, cuando eres una mujer con problemas de salud mental, la exclusión y el desamparo son sentimientos comunes. La existencia continuada de discriminaciones y prejuicios injustos e injustificables ha privado y aún priva a las mujeres con problemas de salud mental de la oportunidad de competir en condiciones de igualdad, así como de aprovechar las oportunidades de las que disfruta cualquier persona. Evidentemente, esto desencadena situaciones tremendamente injustas y de vulneración de sus derechos fundamentales.



Por lo tanto, tomamos conciencia de la necesidad de poner en marcha iniciativas que palíen esta desventaja y luchen en derruir barreras personales y sociales que las excluyen de la sociedad cuando hablamos de género y/o violencia de género. Por este motivo, la creación de espacios seguros puede ser la única forma de dar una oportunidad de recuperación.

Los datos obtenidos hasta la actualidad demuestran el impacto positivo que ha tenido y tiene en ellas el haber generado este espacio seguro, de confianza, donde son creídas y validadas, y generador de vínculos y relaciones horizontales.

En las evaluaciones realizadas en el proceso de atención destacamos algunos resultados.

### • Atención individual:

- > Resultados cuantitativos
  - Se han realizado un total de **506 intervenciones individuales** con 44 mujeres durante el periodo de realización de este informe.
  - El 100% valoran con la máxima puntuación la atención profesional centrada en sus necesidades y problemas.
  - El 99.5% con la máxima puntuación que se las ha informado con claridad de lo que van a hacer en las sesiones.
  - El 95% valoran con la máxima puntuación que la accesibilidad al recurso es adecuada.
  - El 99,5% valoran con la máxima puntuación que se sienten escuchadas cuando acuden al servicio.

- El 92% valoran que se sienten mejor cuando acuden al servicio.

### Resultados cualitativos:

- Dan importancia a que exista un espacio adaptado a las circunstancias personales, flexible y seguro.
- Valoran tener un espacio donde se sienten valoradas y adquieren herramientas que favorecen su crecimiento personal e independencia.
- Valoran que se visibilicen las desigualdades a las que son sometidas e identifican situaciones compatibles con la violencia de género.
- Destacan la percepción de apoyo.
- Expresan el alivio que les supone un espacio en el que se validan sus opiniones y emociones asociadas a su historia de vida.
- Se sienten creídas y se sienten escuchadas.
- Expresan su deseo de que lo que necesitan es que respeten su dolor, no sentirse "presionadas" a estar bien cuanto antes, que respeten sus ritmos de mejoría y sus cambios en el estado de ánimo. Porque lo contrario genera más ansiedad.
- Dan importancia al espacio donde se atiende su sufrimiento psíquico generado por una historia de vida cargada de discriminaciones y abusos en los diferentes ámbitos de su vida: laboral, educativa, de pareja, familiar, social, institucional...

- Valoran positivamente la existencia de un recurso especializado en Salud mental y Violencia de Género y la fácil accesibilidad al mismo.

Quiero ser otra persona, no llorar más.

Sentirme querida, tener apoyo, salir y hacer cosas como cualquier chica de mi edad.

- Atención grupal (los grupos de apoyo mutuo que comenzaron en enero de 2023) Hemos obtenido estos resultados:
  - > Han asistido al grupo un total de **19 mujeres**.
  - ➤ Se observa un objetivo común verbalizado por todas ellas. Coinciden en la necesidad de tener amigas, de formar parte de un grupo, que las acepten como son, en tener un espacio en el que puedan decir libremente cómo se sienten, donde no se juzguen sus decisiones, aunque no sean las más acertadas, donde sentirse valoradas y validadas, donde no les digan cómo tienen que ser, pensar y actuar, porque es lo mejor para ellas..., donde simplemente SER.
  - ➤ Expresan la necesidad de darle "normalidad" a su vida, a sus conversaciones y sentir que forman parte de la sociedad. La escucha activa valida su testimonio, sentirse escuchadas y poder expresar cómo se sienten sin miedo a ser juzgadas es en sí terapéutico.

"Ahora, al día siguiente de tener sesión, me levanto con ganas, feliz, hago las tareas de mi casa, porque las sesiones, y especialmente las de grupo, son un chute de energía para mí. Espero con ansia que llegue ese día para ver y compartir con el grupo, es un momento solo para mí".

Queremos destacar dentro de este punto sobre el impacto de las acciones realizadas, la importancia del **trabajo colaborativo y en red** como una herramienta más de trabajo, e indispensable para que la atención sea de calidad e integral.

A través del trabajo en red y colaborativo se fomenta y promueven acciones a desarrollar de manera conjunta y coordinada con otras entidades y profesionales que tengan impacto en el colectivo de personas con problemas de salud mental. Y la participación de forma activa con Organismos públicos y entidades públicas y/o privadas que fomentan la igualdad y luchan contra la violencia de género.

No dejamos de insistir en la necesidad de establecer un trabajo colaborativo con la Red de Violencia de Género y la implicación de las Unidades de Salud Mental y que se extienda a los diferentes organismos públicos, a los que se tienen que enfrentar en ocasiones muchas mujeres y en los que, en muchos de los casos, carecen de perspectiva de género, públicos (Juzgados, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Centros sanitarios...) y que juegan un papel importante en la detección y derivación de posibles casos. Se contabiliza durante el periodo establecido en este informe un trabajo colaborativo y en red con un total de **32** entidades, organismos e instituciones públicas y privadas.

Además, dentro de la atención, cabe destacar las gestiones de acompañamiento al Juzgado (citación por denuncias por violencia de género, valoración médica forense), a mutuas profesionales y gestiones burocráticas en las que se ha valorado el apoyo y la orientación personalizada.

"Ahora tengo un compromiso de vida"

## 9. Conclusiones

Las cifras de violencia ejercida contra las mujeres con problemas de salud mental son inadmisibles e indican que estamos ante una problemática importante que requiere acciones específicas, especialmente en materia de prevención y de atención adecuada.

Indiscutiblemente, afirmamos que existe un sesgo de género en los diagnósticos de los trastornos de salud mental al no tener en cuenta uno de los determinantes sociales más importantes que impactan sobre nuestra salud mental, como es el género. Esta falta de perspectiva de género e interseccional conlleva en muchas ocasiones a condicionar y/o modificar un diagnóstico.

Hay que tener en cuenta que muchos de los síntomas/indicadores para alertar sobre posibles episodios de violencia de género (ansiedad, sentimientos de tristeza, trastornos del sueño y/o alimentación, intentos de suicidio, conductas adictivas, apatía, indefensión...) son descritos en los manuales de psiquiatría como sintomatología de diagnósticos concretos de salud mental, lo que puede llevar a ocultar una realidad y modificar el abordaje.

El no reconocimiento de una situación de maltrato conlleva una nueva victimización para la mujer, contribuye a la cronificación del maltrato y a la medicalización del problema.

Las mujeres con problemáticas de salud mental que sufren discriminación y/o violencia por razón de género solicitan un espacio sin estigmas ni prejuicios, que favorezca el desahogo emocional, y que les permita evolucionar a su ritmo. Donde lo que viven y sienten tenga credibilidad y donde encuentren un apoyo incondicional. Un lugar de referencia, donde se sientan cómodas y entiendan que, si lo necesitan, pueden acudir. Donde tengan una atención específica y personalizada que contribuya a su bienestar físico y emocional.

Es importante recordar que la igualdad de oportunidades no significa tratar a todas las personas por igual, sino dar a cada una ellas lo que necesita en función de sus características y necesidades individuales.

Sin lugar a dudas en este documento se nos muestra el verdadero significado de la palabra RESILIENTE. La realidad que observamos nos visibiliza/enseña que la capacidad de superación no tiene límites.

"No estoy tan bien, pero ya no estoy tan mal. Y eso está muy bien"

Anónima









