

Programa de prevención de violencia machista en personas con trastorno mental grave.

Prevention program for sexist violence suffered by people with severe mental disorder.

Juan González Cases.

Doctor psicólogo clínico. Director Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Comunidad de Madrid (Gestión técnica Grupo EXTER S.A.).

Resumen: La investigación destaca el alcance de la violencia de pareja hacia mujeres con trastorno mental grave. En este artículo se presenta un programa de prevención de violencia machista para jóvenes con trastorno mental grave. Este programa se lleva a cabo desde 2014 en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares (Madrid). Se describen la necesidad del programa, la metodología utilizada, los módulos y contenidos y algunos resultados obtenidos. Se concluye con algunas recomendaciones al respecto.

Palabras clave: trastorno mental grave, violencia machista, rehabilitación psicosocial.

Abstract: The research highlights the magnitude of domestic violence experienced by women with severe mental illness by their partners. This article introduces a prevention program for sexist violence suffered by young people with severe mental disorder. This program has been active since 2014 at the Psychosocial Rehabilitation Center of Alcalá de Henares (Madrid). The need for the program, the methodology used, the modules and contents and some results are described here. It concludes with some pertinent recommendations.

Key words: severe mental disorder, violence against women, psychosocial rehabilitation.

Introducción

La violencia de género es considerada desde la década de los 90 como un problema prioritario de salud pública mundial por la extensión, la magnitud y las consecuencias sanitarias, sociales y psicosociales que acarrea (1,2). Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS señalan que el 30,0% de las mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su

pareja en algún momento de su vida. El 38% del número total de homicidios femeninos que se cometen en el mundo se deben a la violencia por parte de la pareja o expareja (3).

En España, según los datos de la última Macroencuesta el 12,5% de las mujeres mayores de 16 años han sufrido violencia física y/o violencia

sexual de sus parejas o exparejas en algún momento de su vida y el 2,7% la han sufrido en los últimos doce meses (4).

La prevalencia de la violencia contra la mujer aumenta de forma significativa cuando, además de la violencia física y sexual, se considera la violencia psicológica. Se estima que en torno al 10% de las mujeres residentes en España han sufrido en los últimos doce meses violencia (física y/o sexual y/o psicológica) por parte de su pareja o expareja (5).

Dicha problemática se agrava cuando el colectivo que lo sufre es el de mujeres con discapacidad (6-9) y especialmente cuando la mujer sufre un trastorno mental grave (10-14). Tanto en documentos internacionales como nacionales y autonómicos se señala la importancia de prestar especial atención a los colectivos o situaciones de mayor riesgo de sufrir malos tratos (mujeres mayores, inmigrantes, embarazadas... y personas con discapacidad) (15). Un reciente estudio realizado en nuestro entorno con mujeres con trastorno mental grave constaba que la prevalencia de sufrir violencia machista por parte de su pareja o expareja en los últimos meses era del 30,0% y de haberla sufrido en algún momento de su vida adulta era del 79,6% (16). Estas prevalencias multiplican por 2 ó 3 el riesgo de sufrir maltrato respecto a mujeres de población general (4,5,17,18).

La alarmante extensión del fenómeno de la violencia de pareja hacia mujeres con trastorno mental grave fue la principal razón que justificó el diseño e implementación de un programa específico para intentar abordar preventivamente algunas de las variables que parece que juegan un papel significativo en la violencia machista, especialmente las relacionadas con las actitudes machistas, patriarcales y de control (19,20).

Además, en torno al 30% de las personas atendidas en el Centro de Rehabilitación Psicosocial (en adelante CRPS) tiene menos de 30 años y muchas de ellas con relaciones afectivas recientes o con deseos de tenerlas. Es este colectivo, sin pareja aún o con pareja reciente, sobre el que se va focalizar el programa de prevención objeto de este escrito. Situaciones de violencia manifiesta en relaciones más consolidadas, se abordarán

en el CRPS desde un enfoque más individual y de coordinación y complementariedad con otros servicios especializados en violencia de género.

Por otro lado, el ser un programa especialmente dirigido a personas jóvenes, no es ajeno a las tendencias observadas en jóvenes de población general que constatan un alarmante aumento de comportamientos de violencia contra las mujeres y actitudes machistas en este colectivo (21,22,23).

Señalada la dimensión del problema de la violencia en este colectivo y la utilidad de programas preventivos en otros contextos o ámbitos, especialmente el educativo (19,24) se diseña y se pone en marcha este programa con personas con trastorno mental grave con el propósito de intentar disminuir la violencia machista a través de estrategias preventivas de sensibilización y concienciación. El programa se desarrolla en el Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares que atiende a personas con trastorno mental grave derivadas por el Centro de Salud Mental de referencia.

Programa de prevención de violencia machista

Objetivos:

El objetivo general sería prevenir la violencia de pareja en personas jóvenes con trastorno mental grave que han iniciado recientemente o tienen deseos de establecer una relación de pareja.

Este objetivo general se puede concretar en los siguientes objetivos específicos:

- Cuestionar ideas preconcebidas sobre el otro género y las relaciones de pareja.
- Identificar situaciones de maltrato sutil.
- Establecer relaciones afectivas más equilibradas.

Destinatarios:

Jóvenes con trastorno mental grave atendidos en el CRPS y con interés en establecer relaciones de pareja o con relaciones de pareja recientes.

Metodología:

La metodología para desarrollar este programa sería en formato grupal, con un número de parti-

cipantes variable entre seis y doce participantes. Las sesiones serían de frecuencia semanal de una hora de duración. La duración total del programa es flexible en función de la participación e intereses de los asistentes y de la profundidad con la que se aborden los temas. La duración habitual suele ser de unas quince sesiones.

Los contenidos se desarrollaran en base a discusión abierta de los asistentes sobre los conceptos planteados y la elaboración conjunta de las conclusiones o aspectos claves a resaltar en cada tema tratado. Los contenidos serán trabajados además con el visionado y discusión de videos propuestos para la temática concreta. También se dispondrá de otro tipo de material de apoyo: folletos, publicaciones, lecturas, periódicos, cuestionarios, ejercicios, etc.

Los grupos son mixtos pero están inicialmente diseñados para desarrollar algunos módulos o temas en grupos agrupados por sexo. Es decir, algunos módulos se impartirían a todo el grupo y otros módulos se impartirían en subgrupos solo de hombres y solo de mujeres. Así habría un subgrupo de hombre y otro de mujeres separados en los primeros contenidos y se juntarían en un grupo mixto en el modulo de “relaciones de buen trato” y “sexualidad”. La introducción y encuadre del programa se realizaría también en el grupo mixto completo. Los materiales, los contenidos y la metodología de las sesiones difieren en algunos aspectos entre los grupos de hombres y los de mujeres al que incorporan la perspectiva de género en el diseño de los materiales a trabajar e incidir más en algunos aspectos relevantes para las mujeres. Así, en el grupo de mujeres se hace un mayor énfasis en los temas relacionados con los mandatos de género, la desigualdad, los mitos sobre el amor romántico, la detección precoz de comportamientos violentos y el empoderamiento de la mujer.

Los profesionales que participan en el programa son psicólogos y terapeuta ocupacional del CRPS. También participa en la sesión introductoria del programa el psicólogo del Centro Asesor de la Mujer de la Concejalía de Igualdad del Ayuntamiento de Alcalá de Henares. El módulo de “sexualidad y anticoncepción” es impartido por una técnico de la Asesoría de Información Sexual del Centro de Información, Documen-

tación y Asesoramiento Juvenil (CIDAJ) dependiente de la Concejalía de Juventud del Ayuntamiento de Alcalá de Henares. Este módulo se imparte en las dependencias de Juventud del Ayuntamiento.

Los contenidos de este programa también son tratados de forma transversal en otros programas que se realizan en el CRPS. El respeto al otro, el equilibrio en las relaciones, el buen trato, etc. son objetivos transversales que estarán presentes en las intervenciones individuales que se realicen, en los grupos de habilidades sociales, ocio, salud, etc.

Contenidos:

El programa se desarrolla a través de cinco módulos. Antes del inicio de los módulos se hace una sesión de presentación/introducción impartida por el psicólogo responsable del programa y por el psicólogo del Centro Asesor de la Mujer. En esta sesión se señala la importancia de establecer relaciones de pareja, igualitarias, respetuosas y libres de violencia. Además se comentan los objetivos del programa, los contenidos y el encuadre del grupo. También se explican las funciones y prestaciones del Centro Asesor de la Mujer y la forma de acceso.

Los cinco módulos que se imparten a continuación son:

Módulo 1. “Socialización del género”

Se abordan los siguientes temas: diferencia entre sexo y género, roles y mandatos de género, el patriarcado, cómo se socializa el género, fuentes de socialización (periódicos, sistema educativo, familia, TV, películas, etc.). Para desarrollar estos contenidos se utiliza abundante y variado material: catálogos de juguetes, cuentos infantiles, películas (especialmente dibujos animados de Disney), videos, lecturas. A modo de ejemplo: una práctica que se hace en sesión es revisar el periódico del día, contar el número de fotos de noticias en las que la figura central es un/os hombre/s y en las que es un/a mujer/es. Se compara la desproporción y después se analiza la temática periodística en la que es más frecuente que aparezcan hombres y en las que es más frecuente que aparezcan mujeres (política, sucesos, deportes, moda, etc.).

Módulo 2. “Amor romántico”

Los principales temas a tratar serían: qué es el amor, teorías y perfiles del amor: intimidad, pasión y compromiso, características del amor romántico y mitos del amor romántico (“media naranja”, “estar predestinado”, “es para siempre”, etc.).

Los contenidos teóricos son apoyados con material escrito, canciones, videos, cuentos infantiles, películas, ejercicios, etc. A modo de ejemplo: se pide a los asistentes que de forma individual rellenen una tabla en la que intenten operativizar el amor en los siguientes componentes: pensamientos, sentimientos, sensaciones (corporales), conductas y deseos.

Módulo 3. “Micromachismos”

En este módulo se explican los que son los micromachismos y se ejemplifican. Los asistentes tienen que proponer ejemplos de micromachismos de su vida cotidiana. Se utiliza material de video con roles cambiados, viñetas, lecturas, etc.

Módulo 4. “Maltrato y relaciones de buen trato”

La primera parte de este módulo, el maltrato, pretende que los asistentes puedan identificar situaciones cotidianas como maltrato, el maltrato sutil. También se aborda cómo se gesta una situación de maltrato y el ciclo de la violencia. Por último se intenta cuestionar mitos sobre la violencia de género. Fundamentalmente se utiliza como material de apoyo videos, lectura y escala. Por ejemplo, se pide que en sesión se rellene la escala SOPAS (Escala de Abuso Psicológico Sutil y Manifiesto a las Mujeres) (25). Una vez cumplimentada la escala por cada asistente se van comentando los diferentes ítems.

En la segunda parte de este módulo, “relaciones de buen trato”, se reagrupan los grupos de mujeres y hombres y se vuelve a constituir un único grupo mixto. Se aborda el tema del buen trato y se intenta operativizar en las relaciones de pareja. Se utilizan también videos, lecturas y ejercicios. Por ejemplo se pide que cada persona cumplimente en una hoja lo que él o ella consideran que son comportamientos de buen trato, después se ponen en común en el grupo, se confecciona un listado con las aportaciones

de todos, se fotocopia y se reparte una hoja para cada asistente. (Algunos ejemplos de buen trato señaladas en los grupos: *Cuidado mutuo; Salir juntos; Besos, caricias, mostrar afecto; Acompañar a la pareja si quiere; Animar, valorar, elogiar; Compartir tareas; Dialogar; Organizar planes conjuntamente; Empalmar; Apoyar a la pareja; Regalar una sorpresa....*).

Módulo 5. “Sexualidad y anticoncepción”

Este módulo, que puede durar una o dos sesiones de unos noventa minutos cada una, lo imparte la técnico de sexualidad de la Concejalía de Juventud del Ayuntamiento. Se aborda la cuestión de las relaciones sexuales desde la premisa de la libertad sexual y respeto en las relaciones sexuales. Se hace hincapié en el significado del lema “no es no”. Se discute sobre el concepto de placer, las prácticas sexuales seguras, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos. Se ofrece la posibilidad de asesoría sexual individual a los asistentes.

El grupo finaliza con una sesión de repaso y valoración del desarrollo del programa. Se aplica un cuestionario en el que los asistentes valoran diferentes aspectos del grupo.

Resultados:

El primer grupo se puso en marcha en 2014 y se han realizado cuatro ediciones del taller con la participación de 49 personas, 18 mujeres y 31 hombres. Respecto al desequilibrio entre hombres y mujeres que han participado en el taller ha de tenerse en cuenta que el porcentaje de ocupación de mujeres en el CRPS ronda el 40%. En la actualidad se está desarrollando una quinta edición. A continuación se ofrecen algunas medidas indirectas sobre la pertinencia y validez del programa. Señalar que no se dispone de medidas objetivas de evaluación de resultados.

Se agrupan los resultados de las cuatro ediciones realizadas del programa y se ofrecen datos totales y desagregados por sexo:

- Porcentaje de abandonos: Se produjeron 12 abandonos (7 mujeres, 5 hombres) con lo que el grado de retención del programa fue del 75,5% (61,1% en mujeres y 83,4% en hombres).

- Porcentaje de asistencia a las sesiones: La asistencia global de las personas a las sesiones del programa fue del 67,7%: 75,5% en mujeres y 64,3% en hombres.
- El 40,7% de las faltas que se han producido a las sesiones del programa han sido por causas justificadas (citas médicas, gestiones, viajes, etc.). Desglosado por sexos, el 38,6% de las faltas fueron justificadas en mujeres y el 42,7% en hombres.
- Grado de participación de los asistentes: a juicio de los profesionales que implementaron el programa la participación de los asistentes ha sido muy alta. Esto puede ser debido al interés de los participantes y al planteamiento metodológico seguido en las sesiones y que se basaba en la discusión/debate de los participantes y la elaboración de conclusiones.
- Valoración de los profesionales: en una valoración global de la adecuación del programa a los objetivos planteados se consideró una puntuación media de 4 puntos (siendo una escala con una puntuación máxima de 5 y mínima de 1).
- Cuestionario de evaluación del programa por parte de los participantes: al final del programa se aplicó a los participantes un cuestionario anónimo de valoración del programa. No se pueden presentar datos desagregados por sexo ya que en el cuestionario no se solicitaba ningún dato personal. La escala presenta ítems con 5 alternativas, de “muy insatisfecho” a “muy satisfecho”. La mayoría de las respuestas se situaban en torno a “bastante satisfecho”. El 55,5% considera el programa “muy útil”, el 16,6% “bastante útil” y el 27,7% restante “útil”. Nadie señaló las opciones “poco útil” o “muy poco útil”. Resultados similares se observan cuando los asistentes valoran la satisfacción global con el programa.

Conclusiones:

En base a la experiencia desarrollada en el programa y a los resultados obtenidos se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- El programa parece que cumple los objetivos propuestos. Los contenidos, duración y meto-

dología utilizada, con algún pequeño ajuste, parecen pertinentes.

- La participación y colaboración de otros agentes comunitarios, en esta experiencia concreta el área de Mujer y de Juventud del Ayuntamiento de Alcalá de Henares, ha sido de extraordinaria importancia. No solo por sus efectos en la normalización y visibilización del colectivo sino como instrumento facilitador para que las mujeres que participaron en el programa y que en un futuro puedan sufrir violencia por parte de sus parejas, acudan a estos servicios comunitarios con mayor facilidad al conocer ya a algunos de sus profesionales.
- La incorporación de la perspectiva de género parece que favorece una mejor adecuación de los objetivos, metodología y contenidos del programa a las necesidades de las mujeres con trastorno mental grave.

Recomendaciones:

- Puede parecer pertinente la incorporación al programa de un instrumento estandarizado para evaluar el cambio en las actitudes y comportamientos hacia la violencia de género de los participantes en el programa.
- Parece adecuado que este programa forme parte del menú de programas que conforman la cartera de servicios del Centro de Rehabilitación Psicosocial y pueda ser impartido al mayor número de personas posible con especial prioridad a las mujeres.
- Parece adecuado que este programa, o aborda-je similares que pretendan prevenir la violencia de género, deberían diseminarse en otros servicios y dispositivos que atiendan a mujeres con trastorno mental grave por ser éste un colectivo de especial vulnerabilidad y riesgo de sufrir violencia de género.
- Incorporar con más intensidad acciones de empoderamiento de las mujeres que participan en el programa.

Contacto

Juan González Cases • jgcases@grupoexter.com

Centro de Rehabilitación Psicosocial Alcalá de Henares
C/ Pablo Coronel, 18 • 28802 Alcalá de Henares • Madrid

Tel.: 918 823 884 / 918 823 984

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. *Resolución WHA 49.25: Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*. OMS.49ª Asamblea Mundial de la Salud. 1996. [Consultado el 28 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
2. Organización Mundial de la Salud-OMS. *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2005.
3. WHO. World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women*. Ginebra: World Health Organization; 2013.
4. Delegación Gobierno para la Violencia de Género. *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2015.
5. Lasheras ML, Pires M, Zorrilla B, Sánchez L, Seoane L, Morant C. *Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud y Agencia Laín Entralgo; 2008.
6. Barrett KA, O'Day B, Roche A, Carlson BL. Intimate Partner Violence, Health Status, and Health Care Access Among Women with Disabilities. *Women's Health Issues* 2009; 19: 94-100.
7. Smith D. Disability, Gender and Intimate Partner Violence: Relationships from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Sexuality & Disability* 2008; 26: 15-28.
8. Brownridge DA. Partner Violence Against Women With Disabilities: Prevalence, Risk y Explanations. *Violence Against Women* 2006; 12: 805-822.
9. Casteel C, Martin SL, Smith JB, Gurka KK, Kupper LL. National study of physical and sexual assault among women with disabilities. *Injury Prevention* 2008; 14: 87-90.
10. Szeli E, Pallaska D. Violence against women with mental disabilities: the invisible victims in CEE/NIS countries. *Feminist Review* 2004; 76: 117-119.
11. Friedman SH, Loue S. Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *J. Womens Health (Larchmt.)* 2007; 16: 471-480.
12. Bentsson-Tops A, Tops D. Self-reported consequences and needs for support associated with abuse in female users of psychiatric care. *International Journal of Mental Health Nursing* 2007; 16: 35-43.
13. Howard LM, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Gnew-Davies R, Feder G. Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and interventions. *Psychol.Med.* 2010; 40: 881-893.
14. Chang JC, Cluss PA, Burke JG, Hawker L, Dado D, Goldstrohm S et al. Partner violence screening in mental health. *General Hospital Psychiatry* 2011; 33: 58-65.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Protocolo común para la actuación*

- sanitaria ante la Violencia de Género. Informes, Estudios e Investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [Consultado el 28 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/QueHacer/protocoloActuacion/ambSanitario/DOC/PSanitarioVG2012.pdf>
16. González Cases J, Polo Usaola C, González Aguado F, López Gironés M, Rullas Trincado M, Fernández Liria F. Prevalence and Characteristics of Intimate Partner Violence Against Women with Severe Mental Illness: A Prevalence Study in Spain. *Community Mental Health Journal* 2014; 50(7): 841-847.
 17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Macroencuesta de violencia de género 2011. Principales resultados*. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [Consultado el 28 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf
 18. Montero I, Ruiz-Perez I, Martín-Baena D, Talavera M, Agüir V, Vives-Cases C. Violence Against Women From Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain. *Women's Health Issues* 2011; 21: 400-406.
 19. Hernando Gómez A. La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes de Psicología* 2007; 25(3): 325-340.
 20. González-Ortega I, Echeburúa E y de Corral P. Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual* 2008; 16(2): 207-225.
 21. Centro Reina Sofia. Proyecto Scopio: *Primer Barómetro 2017. Datos género*. Madrid; 2017. [Consultado el 28 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.proyectoscopio.es/images/barometro/2017_III.pdf
 22. Delegación Gobierno para la Violencia de Género. *Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2015.
 23. Díaz-Aguado Jalón MJ, Martínez Arias R y Martín Babarro J. *La evolución de la adolescencia española sobre la igualdad y la prevención de la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación Gobierno para la Violencia de Género; 2013.
 24. Díaz-Aguado MJ. Adolescentes, sexismo y violencia de género. *Papeles del psicólogo* 2003; 84: 35-44.
 25. Buesa S, Calvete Sumadle E. Adaptación de la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres en muestra clínica y de la comunidad. *Anales de psicología* 2011; 27(3): 774-782.

- Recibido: 1/4/2018.
- Aceptado: 28/5/2018.