

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE UN PROGRAMA MUNICIPAL DIRIGIDO A MUJERES

Soledad Calle, Montserrat Pérez-Portabella y Carmen Salido
Programa Municipal para la Mujer
Ayuntamiento de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

1. INTRODUCCIÓN

En el año 1986 el Ayuntamiento de L'Hospitalet de Llobregat creó el Centro de Atención e Información a la Mujer (CAID), dependiendo del Área de Bienestar Social, como un servicio municipal que ofrece información, orientación y asistencia a las mujeres de la ciudad que sufren situaciones de discriminación por razón de su sexo.

La necesidad de crear un centro asistencial específico para mujeres surgió a petición de los grupos y asociaciones de mujeres de L'Hospitalet frente al tipo de problemáticas que éstas presentan y que son reflejo y consecuencia de una sociedad discriminatoria.

En el año 1991 este mismo ayuntamiento aprobó la creación del Programa Municipal para la Mujer (PMD) a través del cual se desarrollan los Planes de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres. Este Programa tiene como objetivo dirigir y articular todas las actividades que, desde los diferentes ámbitos, hay que desarrollar para promover la igualdad real entre mujeres y hombres y prevenir las desigualdades, así como facilitar las vías de participación y atención a los colectivos de mujeres en situaciones vulnerables.

Los servicios y acciones impulsados por el PMD se siguen realizando desde el CAID aunque desde sus inicios se han producido bastantes modificaciones. Si bien, en un primer momento, el campo de actuación se centró en el ámbito asistencial, posteriormente se ha planteado la necesidad de ampliar, intensificar y diversificar las acciones y actividades de sensibilización, prevención y participación en el ámbito comunitario (Pérez-Portabella, 2002).

2. LA CUESTIÓN DEL GÉNERO

El género es una construcción social por medio de la cual se atribuyen patrones de comportamiento diferenciales a las personas en función de su sexo. La utilización del término género se justifica por la necesidad de identificar los factores culturales y sociales que determinan la mayoría de rasgos definitorios de la masculinidad y feminidad.

Al conceptualizar el género como una categoría social necesariamente hay que referirse al proceso de socialización a través del cual cada persona va incorporando o interiorizando los patrones de comportamiento considerados más adecuados en función de su sexo. Estos comportamientos predeterminados se rigen por los *roles de género* impuestos por la sociedad y que, en consecuencia, la persona no puede controlar puesto que le son asignados.

Tal y como lo plantea Victoria Sau (1990) sólo existen dos géneros y están jerarquizados. Hay un género dominante, el masculino y otro género subordinado, el femenino. Según Bonilla (1998) la diferenciación de género “no se explica tanto por la biología o la socialización de rasgos internalizados... sino por una construcción social arraigada en la división jerárquica del mundo en función del sexo”. Esta división jerárquica está estrechamente relacionada con las características asimiladas a los *estereotipos masculinos y femeninos*. Así, de las mujeres se espera que sean expresivas emocionalmente, dependientes, sensibles..., es decir, características estrechamente relacionadas con roles de subordinación; por otro lado, de los hombres se espera que sean fuertes, independientes, competitivos, inteligentes..., que a su vez son rasgos que se requieren para desempeñar roles de dominación (Rothbart, Fulero, Jensen, Howard y Birrell, 1978; Secord, 1982 citado en Bonilla, 1998). En consecuencia, dichas expectativas contribuyen a y refuerzan la distribución jerarquizada de roles.

El proceso de construcción de la propia identidad se verá influenciado por las relaciones desiguales de género porque se produce una interiorización diferencial de funciones y papeles. En este proceso de identificación juegan un papel relevante los *esquemas de género*, estructuras de conocimiento que se ven influenciadas por dos variables: los estereotipos de género, es decir, lo que son y pueden hacer diferencialmente hombres y mujeres; y, la propia historia de cada persona en la que los estereotipos se ven relativamente confirmados o refutados en función de sus propias experiencias. “Es decir, dependiendo de la historia de socialización, el esquema de género poseerá un predominio mayor o menor con respecto a otros esquemas, de tal manera que a mayor predominio relativo, más probabilidad habrá de que se active el esquema de género en distintas situaciones sociales” (Fernández, 1998).

Con respecto a los *estereotipos de género*, frecuentemente definidos como conceptos polarizados y contrapuestos, estudios actuales dentro del ámbito de la psicología ponen de manifiesto que en su formación intervienen procesos psicoló-

gicos diversos, de naturaleza cognitiva, motivacional y emocional, y de aprendizaje social que interactúan entre sí (Barberá, 1998).

Pierre Bourdieu utiliza el concepto de violencia simbólica para resaltar la importancia de las creencias y de los sentimientos en la producción y reproducción de la superioridad masculina y que hacen posible que la violencia sea una realidad aceptada socialmente. De esta manera, se favorece la adquisición de hábitos de dominación/sumisión en ambos géneros, construidos en un largo proceso de socialización, que permiten sostener este comportamiento mucho más que las decisiones racionales. “Con el concepto de violencia simbólica pretende explicar que los dominados, en este caso las mujeres, aplican a las relaciones de dominación categorías construidas por los dominadores, que las hacen pasar por categorías naturales” (Alberdi y Matas, 2002).

La violencia de género se manifiesta como un problema individual pero que “es fruto de los diferentes patrones de socialización de mujeres y hombres, así como del contexto sociocultural, que fomenta, configura y justifica el uso de la violencia para mantener la dominación masculina en casa, el trabajo y en la comunidad” (Matud y cols., 2002). El ejercicio de la violencia exige una relación asimétrica de poder que tiene su máxima expresión en el patriarcado, sistema social que legitima la superioridad del hombre sobre la mujer. Así, “la violencia del hombre contra la mujer es, a nivel social, una manifestación de la desigualdad de género y un mecanismo de subordinación de las mujeres” (Koss y cols., 1995 citado en Matud y cols., 2002).

Al considerar la violencia de género como una problemática psicosocial es necesario realizar, así mismo, una intervención psicosocial a partir de la cual trabajar tanto desde el ámbito comunitario, mediante acciones concretas de prevención y sensibilización, con el objetivo de introducir otras pautas de comportamiento más igualitarias que permitan deconstruir el modelo de identidad femenino y masculino tradicionales, así como desde el ámbito asistencial para impulsar el proceso de recuperación específico de las mujeres víctimas de violencia. Esta doble perspectiva permite la visibilización de esta problemática y facilita el abordaje multidisciplinar para un tratamiento más eficaz (Segarra, 2002).

Por otro lado, la existencia de diversos mitos, creencias culturales y estereotipos de género dificultan la comprensión e identificación de esta compleja y grave problemática porque favorecen la negación de las diferencias de poder entre mujeres y hombres y, además, pueden conducir a la victimización secundaria. Por este motivo, para realizar un trabajo de detección y tratamiento eficaz de la violencia en la pareja, como una de las manifestaciones de la violencia de género, es necesario abordar los aspectos relacionales e individuales, así como hacer un análisis profundo de todos los factores sociales y culturales implicados. En este sentido, la perspectiva de género facilita este análisis y conocimiento.

3. SOBRE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

En el Centro de Atención e Información a la Mujer (CAID) se realizan anualmente una media de 2500 visitas de las que 500 son nuevas usuarias. De estas visitas, aproximadamente el 60% corresponden a demandas por dificultades en las relaciones de pareja y, dentro de este porcentaje, en un 39% de los casos ha existido algún episodio de violencia física o emocional. Ante estas cifras, el año 1999 se inició un estudio con los datos de las historias abiertas en las que el motivo de consulta era la violencia doméstica, con una muestra de 149 historias. El estudio se continuó en los años 2001 y 2002, siendo la muestra de 240 y 235 historias respectivamente.

Los objetivos del estudio eran:

- Conocer las características sociodemográficas de las mujeres afectadas por violencia doméstica atendidas en el servicio.
- Explorar el tipo de violencia que habían sufrido.
- Conocer la evolución de cada historia y analizar el tipo de intervención interdisciplinar realizada.
- Contrastar los datos obtenidos con los que aparecen en la bibliografía especializada.
- Extraer conclusiones y propuestas para mejorar la intervención.

Para la sistematización de los datos se utilizaron tres protocolos:

- a) *Protocolo de datos estadísticos* donde se recogen datos sociodemográficos (edad, estado civil, número de hijos/as, origen, residencia, etc).
- b) *Protocolo de exploración de la violencia emocional y/o física* donde se recoge quién ejerce la violencia, el tipo de violencia sufrida, el momento en el que se inicia y si coincide con acontecimientos vitales o sociales, la incidencia y duración de la situación, qué miembros de la familia son víctimas de la violencia, a qué factores subjetivos asocia la mujer el uso de la violencia y cuál ha sido la respuesta de la mujer en el momento de la agresión.
- c) *Protocolo del tipo de intervención y evolución de la situación* que recogía el momento en el que la mujer solicitaba ayuda, las consultas realizadas en otros servicios socio-sanitarios, si solicitaba recursos de acogida, si había presentado denuncia, si había iniciado algún tipo de trámite legal, el número de visitas realizadas y la situación del caso respecto al tratamiento (abandono, seguimiento o cierre).

Los datos obtenidos señalan que el perfil sociodemográfico mayoritario es el de una mujer entre 25 y 34 años, nacida en Cataluña, casada, que tiene entre uno y dos hijos/as, que convive con el marido, con un nivel de instrucción de estudios primarios, que forma parte de la población activa, siendo la situación laboral mayoritaria en el último año la de trabajo asalariado, y que acude al Servicio derivada por otras usuarias. El análisis de los datos de los tres años estudiados

permite establecer las siguientes tendencias:

- Claro aumento de consultas por violencia doméstica de mujeres jóvenes.
- Incremento significativo de consultas de mujeres solteras y separadas.
- Aumento de consultas por violencia doméstica de mujeres inmigradas.
- A medida que desciende la edad de las mujeres que consultan, aumenta su nivel de instrucción.

Si comparamos este perfil con el del conjunto de mujeres que consultan en el servicio en el mismo período se observa que en la variable **edad** son mayores los porcentajes de mujeres jóvenes (entre 18 y 24 años) y de más edad (entre 65 y 74 años) en la muestra que consulta por violencia doméstica respecto al total de mujeres atendidas. En relación al **estado civil** es mayor el número de mujeres casadas en la muestra seleccionada. Respecto al **número de hijos** la frecuencia de 4 o más hijos es más alta entre las mujeres que consultan por violencia doméstica. En cuanto al **nivel de instrucción** el porcentaje de mujeres con estudios secundarios es menor, en cambio, en el último año se aprecia un aumento significativo de mujeres con estudios universitarios dentro de la categoría de consulta por violencia doméstica. Si comparamos la **situación laboral** no se observan diferencias significativas entre ambas muestras, al contrario que en la variable **lugar de origen** en la que es significativamente más elevado el número de mujeres inmigradas entre las que consultan por violencia doméstica que entre el conjunto de mujeres que acuden al Servicio. La **derivación** desde los servicios policiales y judiciales se duplica respecto al total de mujeres atendidas en el servicio, así como también se incrementan las derivaciones realizadas por los servicios sanitarios públicos.

La exploración del **tipo** y las **formas** de violencia confirma como más habitual la frecuencia de episodios violentos al menos una vez al mes. La mayoría de las mujeres han sufrido indistintamente agresiones físicas, emocionales o sexuales, siendo menor el porcentaje de mujeres que únicamente describen agresiones psíquicas. El **tiempo de duración** de la relación violenta, cuando la mujer realiza la primera consulta, tiende a ser más corto (en el 26% de casos hace menos de 5 años), aunque hay que resaltar que un 25% hace entre 5 y 20 años, lo que evidencia la cronicidad del problema en el momento de consulta. En cuanto al **inicio** de la violencia, los datos señalan que el primer embarazo o el nacimiento del primer hijo son los momentos de máximo riesgo para su aparición. Hay que resaltar que pocas de las mujeres de la muestra relaciona el inicio del comportamiento violento con cambios o sucesos como la pérdida de trabajo, cambios de residencia o de estatus. Únicamente en el 3% de los casos los hombres ejercían también violencia fuera del núcleo familiar y en un 12% los comportamientos violentos afectan a toda la familia, porcentaje inferior al que reflejan otras estimaciones (Gayfor, 1975; Roy, 1977) que oscilan entre el 50% y el 80%. Este porcentaje no incluye a los menores que presenciaron actos violentos, sino sólo aquellos que recibieron abusos físicos o psíquicos. Hay que señalar que la vivencia de situaciones violentas para un niño o

una niña, ya sea como testimonio o como víctima, le enseña a tolerar e incluso a aprobar tales conductas (Vander Zander, 1986).

La relación entre violencia doméstica y abuso de sustancias tóxicas presenta una gran variabilidad en las diferentes estimaciones consultadas. Según el informe Merk del año 1997, el 25% de los casos de violencia doméstica están relacionados con la dependencia al alcohol por parte del hombre, mientras que un 73% de profesionales implicados en la atención a las familias consideran que el alcohol juega un papel importante en los actos de violencia contra la pareja (Alonso, 1999). Por otro lado, según Echeburúa y Corral (1998), en una muestra sobre hombres maltratadores, se observó un consumo abusivo de alcohol en el 50% de los casos, dato que coincide con nuestro estudio.

Los datos respecto a la intervención profesional y a la evolución del caso sugieren que la mujer acude a diferentes servicios en el momento del ciclo de la violencia en el que se incrementa la tensión (agresión) y que una tercera parte interrumpe su petición de ayuda en la denominada “fase de calma” del ciclo de la violencia (reconciliación).

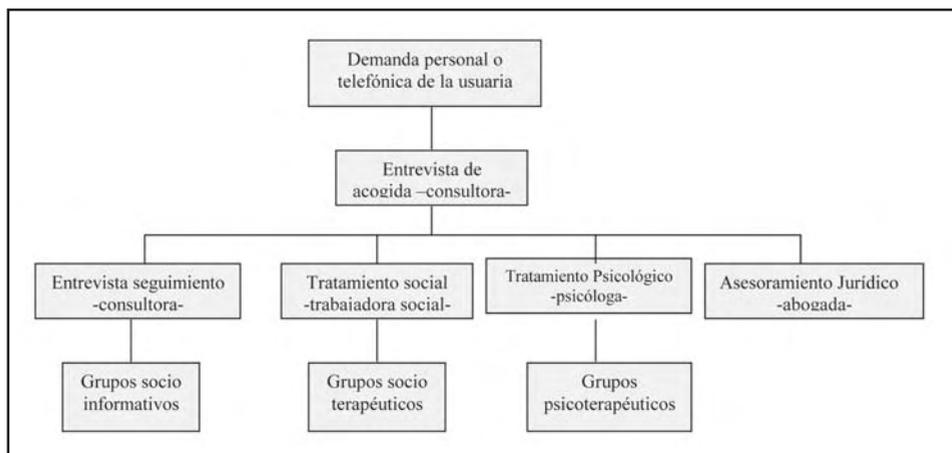
Las conclusiones del estudio señalan como características más relevantes de la violencia en la pareja su inicio temprano, su cronicidad y la repetición de las conductas violentas. Así mismo se observa que existen factores sociobiográficos que aumentan la vulnerabilidad frente a la violencia como la edad (< 25 años y > 65 años), la inmigración, mayor número de hijos/as y un escaso nivel de instrucción.

En cuanto al análisis de la demanda y la evaluación de la situación es importante tener en cuenta aspectos cognitivos de las mujeres afectadas, como sus creencias y significados respecto a etiquetas como “ser mujer”, “ser hombre”, sus creencias respecto a las relaciones entre géneros, con respecto a la violencia, y a la familia. Por lo que se refiere a la intervención profesional se pone de manifiesto la complejidad del problema y la imposibilidad de aplicar tratamientos generalizados. Cada situación requiere un proceso distinto y diversificado en cuanto al tipo de intervenciones (individual, grupal, social, psicológica, jurídica, sanitaria, etc.).

Otro aspecto a considerar es la demanda implícita de las mujeres atendidas respecto a intervenciones dirigidas al hombre agresor, tanto desde el aspecto legal como de atención psicosocial.

4. CIRCUITO Y MODELO DE ATENCIÓN

Circuito Asistencial



Ambito Asistencial

Para que la atención de mujeres en situaciones de violencia doméstica contemple la complejidad y multifactorialidad de la problemática se requiere de un equipo interdisciplinar, de una estrecha y ágil coordinación con otros servicios e instituciones, y de una diversidad de abordajes que ofrezcan a las mujeres posibilidades diferentes de atención según sus necesidades (sociales, psicológicas, jurídicas) en los diferentes momentos de su proceso.

En nuestro servicio contamos con diferentes profesionales: consultoras, trabajadora social, psicóloga, abogada, administrativas y policía municipal. Eso permite que la mujer pueda ser atendida desde diferentes perspectivas según las necesidades de cada momento, ya sea una información o asesoramiento personal puntual, o un tratamiento social o/y psicológico más continuado. También contamos con diferentes niveles de intervención individual o grupal, a nivel informativo, educativo y terapéutico. Eso permite que según el momento del proceso de concienciación del problema de cada mujer ésta pueda acceder a formas diferentes de atención adaptadas a sus necesidades de cada momento.

Atención Individual

Las primeras demandas de atención las reciben las consultoras. Hay diversas formas de acceder al centro:

- Visita concertada previamente. Se acoge la demanda de ayuda, se analizan los aspectos más relevantes de la situación, valorando los riesgos, se ofrece información de los recursos y procedimientos del servicio o/y servicios externos, y asesoramiento personal.

- Atención telefónica, para aquellas mujeres que tienen dificultad de acceder personalmente o bien en situaciones de urgencia.
- Visita de urgencia. Atención inmediata cuando hay una situación de riesgo o bien hay necesidades de información o/y asesoramiento urgentes.

Según las necesidades y prioridades establecidas para cada situación, se establece un plan de intervención personalizado, en el que se ofrecen diferentes posibilidades:

- Visitas de seguimiento o demandas esporádicas por parte de la consultora.
- Atención social individualizada: diagnóstico social, gestión de alojamiento y de acompañamientos (Juzgado, domicilio familiar...), asesoramiento personal en situaciones con necesidades sociales de mayor vulnerabilidad o precariedad (pobreza, déficits de recursos personales, déficits de recursos sociales).
- Atención psicológica individualizada: diagnóstico, orientación y tratamiento (consultas psicoterapéuticas, psicoterapia focalizada)
- Asesoramiento jurídico individualizado referente a los procesos de separación y a los circuitos y procedimientos de denuncia de la violencia.
- Atención psicosocial grupal:
 - grupo de mujeres en situación de violencia doméstica.
 - grupo de mujeres en proceso de separación.
- Charla de información jurídica en grupo sobre derecho de familia.
- Derivación a otros servicios de atención social o sanitaria de la ciudad.

El equipo de profesionales cuenta con espacios de coordinación y de supervisión lo cual posibilita ofrecer una atención integral y no parcializada.

Así mismo se realizan coordinaciones, siempre que se requiera, con otros servicios o instituciones (de atención social, sanitaria, judicial y policial) que están interviniendo con aquella familia.

En las situaciones en que la violencia es grave o está continuamente presente, y la mujer afectada solicita protección y su alejamiento del agresor (centro de emergencia, casa de acogida, medidas de protección judicial...) será prioritaria la intervención social y jurídica. Durante el año 2003 consultaron en el centro por una situación de violencia doméstica 269 mujeres, de las que 44 (16,3%) solicitaron recursos de acogida urgente, y de las que 13 (4,7%), accedieron posteriormente a un centro específico para mujeres maltratadas, cifras que evidencian que la gran mayoría de mujeres en esta situación no precisan o desestiman recursos de este tipo. La demanda de casa de acogida está determinada por situaciones que incrementan la vulnerabilidad social de las mujeres agredidas y no exclusivamente por la necesidad de protección. Los datos disponibles desde la atención social señalan la situación de inmigración, los problemas de salud, en concreto de salud mental, la falta de soporte familiar y la falta de trabajo como las situaciones que motivan la demanda de los recursos de acogida, además de la situación de violencia doméstica.

El tratamiento social de mujeres afectadas por violencia doméstica implica establecer vías de diálogo a diferentes niveles. Por un lado, con la mujer que demanda, acogiendo el problema que plantea, con un enfoque centrado en la perspectiva de la consultante, sus ideas, pensamientos y emociones con respecto a sí misma, a la relación con el agresor, y a sus expectativas de futuro, sus recursos y sus limitaciones para afrontar la situación. La primera finalidad es la de informar y orientar sobre cómo protegerse, e incrementar su seguridad. Otro nivel de diálogo es el que se establece con la red de servicios y recursos implicados en la atención de mujeres afectadas por violencia doméstica (policiales, jurídicos, sanitarios, sociales), que exige un trabajo complejo de coordinación, desde diferentes disciplinas y ámbitos de actuación, compartiendo diferentes visiones, con diferentes objetivos y sin perder de vista que su puesta en marcha o no depende de la demanda expresada por las propias mujeres más que del diagnóstico o valoración de los equipos profesionales. Otro nivel de diálogo es trasladar las necesidades detectadas y para las que no tenemos respuesta o ésta es insuficiente, a las personas con responsabilidad en la planificación de servicios.

Más adelante, cuando la mujer pueda afrontar la realidad, haciéndose cargo de la problemática y empiece a interrogarse sobre cómo ha llegado a esta situación, será posible la intervención psicoterapéutica.

En aquellas situaciones en que no hay agresiones físicas graves se puede iniciar el trabajo psicoterapéutico, desde el principio, con el objetivo de ayudar a la mujer a reconsiderar la realidad en que vive, los riesgos y perjuicios que comporta, así como los recursos y posibilidades con las que cuenta para romper el círculo de relación destructiva en la que está atrapada.

Consideraciones y reflexiones del trabajo clínico en la atención psicológica

Hemos podido observar en nuestra experiencia que el hecho de consultar y pedir ayuda es un paso que se les hace muy difícil, a menudo vienen cuando la situación ya es muy grave o de larga duración -con el consiguiente deterioro personal- o las agresiones se dan en presencia de otras personas -por lo cual ya no pueden esconderlas fácilmente- o bien sus hijos e hijas son ya mayores y las presiones de éstos u otros familiares les impulsan a consultar, a pesar de sus resistencias para hacerlo.

Ultimamente se puede observar en los datos estadísticos una tendencia a consultar en edades más jóvenes y por lo tanto en situaciones de menor duración del maltrato, eso es esperanzador, pero también en estas situaciones vemos en ellas mucho desconcierto ya que no pensaban que estas cosas les pudieran pasar al haber sido educadas en una sociedad que se dice democrática e igualitaria. Eso nos lleva a pensar que si bien es cierto que se dan algunas medidas legales y educativas en la democracia y la igualdad, también es cierto que los parámetros subjetivos (emociones y creencias) que mueven sus decisiones y actuaciones siguen estando muy

teñidos de estereotipos sexistas, a veces poco visibles desde la conciencia racional.

Es importante pues profundizar en el conocimiento de la subjetividad para poder acoger a estas mujeres de forma empática sin colisionar con el victimismo ni con la incredulidad, la incomprensión y la impotencia que a menudo aparece en los profesionales cuya subjetividad también está teñida de los componentes sexistas de la cultura androcéntrica.

Ese primer contacto con los servicios de ayuda suele estar lleno de angustia y desespero, por una parte, con sentimientos de impotencia e incredulidad, y, a la vez, con desconfianza respecto a ser entendidas y respetadas, se suelen sentir avergonzadas con sentimientos de fracaso personal y con temor de lo que se les pueda aconsejar (separarse, denunciar...) o en algunos casos de que se les atribuyan adjetivos o categorías como: “mujer maltratada, sumisa, pasiva o masoquista” con las que pueden o no identificarse. También desconfían de que las ayudas que se les pueda ofrecer les sirvan realmente ya que en su subjetividad perciben la situación como insoluble, y pueden considerar que no hay nada que les ofrezca garantías de protección o de solución:

- La denuncia legal, además de ir contra sus principios, no evitará sino que provocará más violencia.
- La separación la consideran imposible en sus condiciones y tampoco es garantía de no recibir más golpes, según se evidencia en las estadísticas y noticias de los medios de comunicación.
- La huida la consideran ineficaz dado el supuesto poder que le otorgan al agresor y las estratagemas que éste podría desarrollar para conseguir encontrarlas.

Muchas veces, la impotencia e indefensión que sienten, les lleva a depositar en los profesionales que les atienden la responsabilidad de protegerlas o de cambiar la situación, sin poder hacerse cargo ellas mismas, realizando entonces demandas que no son viables, como por ejemplo, que alguien convenza a su compañero o marido de que las conductas violentas no deben repetirse o pidiendo protección sin ellas apartarse del agresor o sin que ellas tomen medidas de protección.

Uno de los aspectos que más dificultad comporta en la atención de mujeres en situaciones de violencia familiar es comprender, por una parte, el vínculo emocional establecido en la relación de pareja (dominación/subordinación, dependencia emocional de necesidad recíproca), y, por otra, el proceso de victimización personal que se ha ido estableciendo para sobrevivir, que les lleva a creerse en un engañoso equilibrio o percepción tergiversada de la realidad, de manera parecida a lo que ocurre en situaciones reales de secuestro (síndrome de Estocolmo) tal como se evidencia en la cronicidad, repetición y recurrencia del ciclo de la violencia.

Respecto al proceso de victimización (Sluzki, 1999), se subraya que la transformación de la fuente de protección en fuente de terror implica el rompimiento de contratos y supuestos implícitos en los que se basa la convivencia con nuestros

semejantes, cosa que produce un gran desconcierto y desorientación en la valoración que realiza la víctima de violencia respecto a la percepción de lo que está ocurriendo; así la posición de víctima se organiza cuando a una persona le es negada la posibilidad de asentir-consentir y de disentir, cuando el mundo es indiferente a nuestros actos y no hay feedback se genera desesperanza por el sentimiento de ineficacia. Cuando hay una acumulación progresiva de estas situaciones se convierte en la desesperanza aprendida (Victoria Sau habla de la indefensión aprendida), se ha perdido el control y la propia autonomía.

Es corriente encontrarse con que en un primer momento traigan su desesperación y sufrimiento sin conciencia de que ellas tengan problemas, los problemas parece que los tengan las otras personas, pueden decir por ejemplo: *«mi problema es mi marido, tiene muy mal genio o muy mal carácter, haga lo que haga todo le parece mal, grita por cualquier cosa, tiene a los niños espantados...»* Van explicando aquello que hace o no hace el otro. También explican aquello que le dicen otras personas, por ejemplo: *«Me dicen que me separe, mis familiares me dicen que he de tener más mano izquierda para no hacerle enfadar, unas amigas me han dicho que no cambiaré, que lo denuncie...y yo no sé qué hacer»*. Cuando se les pregunta qué piensa ella, a menudo se quedan sorprendidas, sin saber qué contestar o bien vuelven a responder con aquello que dice el marido o compañero u otras personas. No pueden reconocer, ni dar valor a lo que les está pasando, no entienden por qué son agredidas, se preguntan qué habrán hecho mal para merecer aquel trato degradante. Al no encontrar respuestas, se aferran a hacer las cosas al gusto y ritmo del otro, esperando su aprobación, sometiéndose cada vez más a injustas, imprevisibles y caprichosas exigencias con el objetivo de evitar conflictos, sin darse cuenta de que así van perdiendo la propia dignidad y son todavía más vulnerables.

Algunas no se muestran alarmadas, son las otras personas (familiares, vecinas o amistades) las que se alarman y las impulsan a consultar. La percepción de lo que les está pasando está tergiversada, minimizan los hechos violentos y las actitudes despreciativas o bien las justifican o excusan con otras problemáticas asociadas como el abuso de alcohol u otras drogas, ludopatías, celotipia, o dificultades con el trabajo. Se muestran dolidas y quejasas, desconcertadas y confusas.

Se puede observar en la clínica que la mayoría de las mujeres en situación de violencia familiar se han hecho una construcción mental de los hechos en su subjetividad que no es concebible desde la lógica racional, están atrapadas en una relación fusional-simbiótica y a veces parasitaria parecida a la que aparece en las situaciones reales de esclavismo o de secuestro. De ello se desprende la importancia de incidir en la realidad subjetiva con un trabajo psicoterapéutico, y no únicamente en la realidad objetiva (medidas legales o sociales), que les permita desvelar los nexos y trabas internos que les colocan en esta posición tan dañina.

Los objetivos terapéuticos primordiales serían acompañarlas en la

deconstrucción de la falacia construida en su subjetividad y la redefinición de los parámetros de la realidad, para poder rescatar su autonomía, a través de la relación terapéutica, y así puedan hacerse cargo de sus conflictos y afrontarlos de maneras más saludables.

El inmovilismo y la falta de reacción de muchas mujeres que viven situaciones de violencia doméstica de larga duración, con un estilo de relación de dominación/subordinación generan a su alrededor (también a veces en los profesionales que les atienden) sentimientos de incomprensión, incredulidad e impotencia. En la relación asistencial será conveniente tenerlo en cuenta para que eso no genere una revictimización o victimización secundaria. Del mismo modo habrá que tener en consideración que los y las profesionales hemos sido también socializados en la cultura androcéntrica y eso puede llevar a incorrectas interpretaciones de lo que expresan estas mujeres interfiriendo de forma iatrogénica en el proceso de recuperación de las mismas.

Atención grupal

La modalidad de atención grupal favorece:

- La socialización de los problemas derivados de la discriminación sexista con el aumento consiguiente de la conciencia de género.
- La apertura y comunicación en las relaciones personales y por extensión una mayor participación social y comunitaria.
- La diferenciación entre los aspectos socioculturales y aquellos más personales y subjetivos.
- La comprensión, el apoyo y acompañamiento por parte de sus congéneres, aliviando los sentimientos de incomprensión, impotencia y soledad. Hay cosas que pueden ver de sí mismas al verse reflejadas en las cosas de las otras.
- El análisis de los estereotipos sexistas que subyacen en las actitudes de sumisión y sometimiento.
- La visualización de diferentes maneras de afrontar los conflictos que posibilita la apertura del pensamiento hacia posturas menos rígidas y estereotipadas.

Es por ello que en el Programa se han venido realizando diferentes actividades de atención psicosocial, aquí citaremos dos que se realizan anualmente desde hace ya 10 años:

1.- Grupo dirigido a mujeres que están en situación de violencia doméstica.

Los objetivos de este grupo son:

- Reconsiderar los riesgos y perjuicios de vivir en esas condiciones.
- Analizar los diferentes aspectos de la problemática de la violencia doméstica.

- Analizar las actitudes de sumisión y sometimiento.
- Valorar los recursos y estrategias para afrontar la problemática y recuperar la confianza en sí mismas.
- Favorecer la autonomía y capacidad de reacción frente al abuso, injusticia y discriminación.

En un estudio realizado en 1998, con dos grupos cuyas participantes estaban en una situación de violencia doméstica, en el que se evaluaban los sistemas de construcción elaborados por las mujeres, utilizando la técnica de la rejilla (Feixas y Cornejo, 1996), observamos que las integrantes de la muestra identificaban claramente el maltrato, puesto que distinguían entre una víctima y un agresor dentro de la relación. El contexto de la relación abusiva les había permitido desarrollar un autoconcepto o rol que realzaba las cualidades asociadas al propio hecho de sentirse víctimas. Dicha valoración estaba en consonancia con sus referentes familiares y con los estereotipos de género que asumían (Corsi, 2003); al mismo tiempo habían adquirido una mayor relevancia aquellos aspectos reprobables que preferentemente personalizaban en sus maridos, con actitudes y conductas, no necesariamente delimitadas a la agresión o a la violencia. La relación que mantenían, validaba su propia construcción en cuanto a las anticipaciones sobre sus maridos y sobre ellas mismas. Su sistema de construcción individual implicaba que la imagen que podían elaborar de sí mismas llegaba a ser estrechamente interdependiente de la posición antagónica que otorgaban a sus maridos o parejas. Esta rigidez en la elaboración de su posición estaba presente en el sistema familiar de forma que el cambio en cualquiera de sus miembros resultaba invalidante y desconfirmante. Así, por ejemplo, emprender la separación significaba no sólo quedar expuestas a perder todo aquello que valoraban, sino que amenazaba su sentido de identidad y desconfirmaba las expectativas depositadas en ellas, y percibían que actuaban como sus agresores. Las propuestas de cambio apuntaban a una denuncia o petición de cambio centrada en sus parejas. Estos resultados plantearon la necesidad de incorporar la perspectiva de las usuarias, puesto que todo cambio ha de partir desde la realidad que han construido y reformular la situación en sus propios términos y con su significado.

2.- Grupo dirigido a mujeres que han iniciado un proceso de separación.

Los objetivos de este grupo son:

- Elaborar la ruptura de la pareja.
- Acompañamiento en las complicaciones o dificultades del proceso.
- Analizar los elementos subjetivos y socioculturales que les han llevado a esta situación.
- Analizar actitudes de sumisión y sometimiento.
- Valorar los recursos y posibilidades con las que cuentan para reorganizar su vida y sus relaciones.

En los cuestionarios de evaluación de la atención grupal que contestan las mujeres que han participado en los diversos grupos, los aspectos que valoran de forma más significativa son:

- La posibilidad que ofrece el espacio grupal de salir del aislamiento y del sentimiento de soledad.
- Poder expresarse libremente y encontrar respeto y comprensión en la relación con las otras participantes.
- Sentirse escuchadas.
- Abordar y trabajar temas con los que tienen dificultades.
- Enriquecerse con otras maneras de pensar o sentir que favorecen el cambio en las propias actuaciones.
- Reflexionar sobre los recursos y limitaciones personales, ya que les aporta realismo y optimismo en sus expectativas de futuro.

La puntuación media que otorgan las participantes al trabajo grupal en una escala de 0 a 10 es de 8,6.

En un estudio llevado a cabo entre septiembre de 2000 y junio de 2001, en el que participaron diversos centros, entre ellos el Centro de Atención e Información para la Mujer, se evaluó la efectividad del trabajo psicoterapéutico en 5 grupos de mujeres y se confirmó este método de trabajo como un instrumento altamente eficaz para disminuir los niveles de ansiedad y depresión de las participantes, así como para mejorar su calidad de vida. (Bayo-Borrás, 2002).

Ambito de Prevención

El análisis y la reflexión a partir del trabajo asistencial nos ha evidenciado la necesidad de plantear acciones preventivas respecto a la violencia de género. Siguiendo el criterio de definir la violencia de género como un problema social y de salud pública, derivado de una estructura social basada en las desigualdades entre géneros, en la que víctimas y victimarios actúan en base a unas construcciones sociales, que influyen en sus comportamientos y en su forma de resolver conflictos, un primer objetivo ha sido la sensibilización del conjunto de la población. Para ello, se han empleado diversos métodos, desde la elaboración de material divulgativo sobre la violencia contra las mujeres (violencia doméstica, agresiones sexuales, acoso sexual en el trabajo, abuso y sumisión en las relaciones de pareja), la utilización de espacios en los medios de comunicación, el apoyo a la red asociativa de la ciudad, en especial a los grupos de mujeres, para desarrollar acciones de prevención y sensibilización en materia de violencia de género.

Otra de las finalidades del Programa es la diseñar y ofrecer proyectos de prevención al sistema educativo, que incidan en la socialización de género. En este sentido se han venido realizando acciones coeducativas dirigidas al alumnado de diferentes etapas educativas. Estas acciones también nos han permitido incrementar el conocimiento sobre el funcionamiento de los estereotipos de género y observar

su relación con la violencia contra las mujeres.

Una de las acciones coeducativas dirigidas a alumnado de educación infantil, consistente en la explicación de un cuento no sexista en el que personajes femeninos y masculinos llevaban a cabo juegos no estereotipados desde el punto de vista del género, nos permitió estudiar la elección de estereotipos que realizaban las niñas y los niños de 3, 4 y 5 años. En el estudio participaron diez centros escolares y la muestra fue de 666 alumnos/as. Los resultados mostraron que existe relación entre el sexo y las elecciones de estereotipos de género y que a edades superiores se produce una elección mucho más estereotipada.

Los proyectos realizados con alumnado de secundaria y de bachillerato, que se concretan en talleres para favorecer las habilidades sociales, y la resolución de conflictos, nos ha permitido observar la existencia de construcciones sociales que favorecen la aparición de la violencia y su mantenimiento, como la asociación entre amor-violencia, que justifican comportamientos agresivos tanto para ellos como para ellas (p.e. “él le pega porque la quiere, ella le ha sido infiel”). En otra de las actividades, en la que les solicitábamos su acuerdo o desacuerdo con afirmaciones como “*el hombre es el que tiene que mantener a la familia*”, “*la mujer no puede llevarle la contraria al marido*”, realizada con alumnado de secundaria, se evidenciaba un alto grado de conformidad con estas frases. También hemos podido observar como la etiqueta “ser hombre” va asociada a “ser superior” y como para una parte del alumnado esta “superioridad” se demostraba a través de la fuerza física. Los últimos proyectos coeducativos se han realizado conjuntamente por dos profesionales, un hombre y una mujer, y el alumnado siempre se ha preguntado por la orientación sexual del profesional-hombre que cuestionaba los estereotipos de género. De la misma manera, cuando se han presentado diversos modelos de masculinidad (el héroe, el dominante, el dialogante), por ejemplo a través de escenas de películas, tanto los chicos como las chicas han calificado a los últimos con adjetivos como “tontos, débiles, pasivos o calzonazos”. Hemos podido constatar la fuerza de los estereotipos de género, que comportaban incluso la negación o eliminación de aquello que no se ajustara a lo esperado. La experiencia acumulada a partir de este tipo de actuaciones nos sugiere la necesidad de seguir avanzando en esta dirección, incorporando al profesorado en acciones coeducativas, y nos indica que el sistema educativo puede jugar un papel más activo en la prevención de las relaciones abusivas.

En el terreno de la prevención secundaria, uno de los proyectos con más aceptación (200 participantes en el año 2002) y valoración positiva de las participantes (9,3 de puntuación media, en una escala de 0 a 10), son los talleres monográficos de habilidades sociales, de temáticas muy diversas (p. e. *Asertividad y autoestima, inteligencia emocional, pensamiento positivo, el arte de saber escuchar, anda mira por tu salud, adaptarse a los cambios, amor y desamor en tiempos de cambio, tú tienes la palabra*, entre otros). Estos talleres se realizan en

cinco sesiones de dos horas, con frecuencia semanal, tienen un carácter formativo y se dirigen a mujeres adultas. La finalidad de estos espacios es la reflexión y el cuestionamiento de los estereotipos sexistas.

CONSIDERACIONES FINALES

A tenor de lo expuesto hasta ahora una primera conclusión es la necesidad de profundizar en la conceptualización de la violencia de género como un problema de salud pública, definiéndolo no como un problema entre un hombre o una mujer determinados, sino como un producto de la actual relación entre géneros.

La atención a las víctimas pone de manifiesto la complejidad y diversidad de las situaciones, ante las que no parecen adecuados tratamientos estándar, sino personalizados, plurales e interdisciplinarios, diversificando los modelos de intervención. Así mismo, parece imprescindible establecer circuitos de coordinación entre los diferentes sistemas (legal, sanitario, social, policial, judicial) implicados en la atención a las víctimas. Nos parece necesario resaltar la demanda de las afectadas respecto a la necesidad de prestar atención psicosocial a los agresores, además de las medidas legales y penales pertinentes.

Una de las finalidades prioritarias en la intervención es la de evitar la repetición del esquema relacional de dominación-subordinación y la adquisición de valores y actitudes que fomenten el respeto, favoreciendo nuevos modelos de relación en donde se promueva la resolución no violenta de los conflictos. Dicha finalidad se contempla tanto en el nivel asistencial como en el de prevención, siendo éste último el que puede posibilitar cambios. En este sentido, consideramos necesaria la ampliación de servicios de atención a parejas y familias en los inicios del conflicto.

Los programas de prevención primaria, dirigidos a los agentes educadores (familia y escuela), y de sensibilización, dirigidos al conjunto de la población, son dos de los ejes principales para la disminución de la violencia de género.

Referencias Bibliográficas

- ALBERDI, I. Y MATAS, N. (2002). *La violència domèstica. Informe sobre els maltractaments a dones a Espanya*. Fundació "La Caixa". Barcelona.
- ALONSO, J.M., FORNES, P., VAL A., WIBORG, G. (1999). *Violencia familiar y alcohol. Conceptos y recomendaciones para profesionales que atienden a víctimas y agresores*. Fundació Salut i Comunitat. Barcelona. Institute for Therapy and Health Research. Kiel.
- BARBERÁ, E. (1998). Estereotipos de género: construcción de las imágenes de las mujeres y los varones. En J. Fernández (coord.). *Género y sociedad*. Ed. Pirámide. Madrid.
- BAYO-BORRÁS, R. *et al.* (2002). Mujer y Calidad de vida. Evaluación de la efectividad de grupos psicoterapéuticos en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Nº 8, año XXII. Julio/Septiembre 2002. Pág. 37-62.

- BONILLA, A. (1998). Los roles de género. En J. Fernández (coord.). *Género y sociedad*. Ed. Pirámide. Madrid.
- CALLE, S. Y PÉREZ-PORTABELLA, M. (1999). Una perspectiva psicosocial y de género en el trabajo grupal con mujeres en *Mujer y salud mental. Reflexiones y experiencias (compilación)*. Centre d'Higiene Mental de Cornellà y COPC. Barcelona.
- CAMPS, A.; CALLE, S.; FEIXAS G. (2000). La construcción del maltrato en la violencia familiar cronicada. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales. Redes, 6*.
- Corsi, J. (compilador, 2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Ed. Paidós. Barcelona.
- ECHEBURÚA, E., CORRAL, P. DE (1998). *Manual de violencia familiar*. Ed. Siglo Veintiuno. Madrid.
- FEIXAS, G., CORNEJO, J.M. (1992). *Manual de la Técnica de la Rejilla*. TEA Ed. Barcelona.
- FERNÁNDEZ, J. (coord.) (1998). *Género y sociedad*. Ed. Pirámide. Madrid.
- MATUD AZNAR, M.P., RODRÍGUEZ WANGÜEMERT, C., MARRERO QUEVEDO, R.J., CARBALLEIRA ABELLA, M. (2002). *Psicología del género: implicaciones en la vida cotidiana*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- PÉREZ-PORTABELLA, M. (2002). Les demandes d'atenció psicosocial de les dones de l'Hospitalet des d'una perspectiva de gènere (1977-1997) en *Les dones i la història al Baix Llobregat II*. Publicacions de l'Abadia de Montserrat, Col·lecció Llorenç Sans nº 13.
- PÉREZ-PORTABELLA, M. (2002). L'atenció psicològica en situacions de violència familiar. Reflexions des de l'experiència en *Grups, Xarxa i Comunitat. La Praxi del Psicòleg de la Intervenció Social*. Ed. COPC. Barcelona.
- PROGRAMA MUNICIPAL PER A LA DONA (2002). *Memòria 2002*. Ayuntamiento de L'Hospitalet de Llobregat.
- PROGRAMA MUNICIPAL PER A LA DONA (2003). *Informe sobre Violència Domèstica*. Ayuntamiento de L'Hospitalet de Llobregat.
- Sau, Victoria (1990). *Diccionario Ideológico Feminista*. Ed. Icaria. Barcelona.
- SEGARRA, R. (2002). Estereotips de gènere i repercussions per a la salut en *Quaderns de Salut Mental nº 2*. FCCSM Fundació Congrés Català de Salut Mental.
- SEGARRA, R. (1998). La violencia doméstica un crimen social contra las mujeres en *Materials del Baix Llobregat, nº 4*. Centre d'Estudis Comarcals del Baix Llobregat.
- SLUZKI, CE (1999). *Teoría y práctica de la Terapia Sistémica*. Ediciones Creeser. Mexico.
- VILLEGAS, M. (1997). Grupos en la Clínica en. González, P. (coordinadora). *Psicología de los grupos*. Editorial Síntesis. Madrid.