

Relatoría Mesa Salud
23 de noviembre de 2017

Ponentes Mesa Educación:

-) **Dña. Carmen Agüera**, Licenciada en Medicina y Cirugía, Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. Docente de Red Formma (Red para formación profesionales Sanitarios en Atención a mujeres víctimas de malos tratos), Coordinadora Provincial de Red Formma en Málaga, Diploma en Salud Pública y Género, Autora del Protocolo Sanitario Andaluz para la Atención Urgente a mujeres con Malos tratos 2012. y del Protocolo de Hospital Costa del Sol, para la atención a las mujeres víctimas de Agresiones Sexuales y Sumisión Química. Actualmente, Medica de Medicina familiar y comunitaria, Adjunta a la Unidad de Urgencias de Hospital Costa del Sol. Presidenta de Comisión de Violencia de Género del Hospital Costa del Sol. Ha recibido el Premio "MENINA 2017" por la Delegación de Gobierno de Andalucía.
-) **Dña. Lola Fernández**, Psicóloga especialista en Sexología y Género. Intervención grupal Víctimas de Violencia de género y Violencia Sexual. Especialista en Educación Sexual y Género. Especialista en Educación Sexual y Género. Amplia experiencia en docencia y organización de jornadas, masters, talleres y formación para profesionales y colectivos (familias, mujeres, jóvenes y personas con discapacidad). Coach Personal Certificado por COACHCREATIVO CPCC. Con herramientas de PNL, método de enseñanza-aprendizaje: Modelado Conductual Desarrollativo DBM y según código y competencias de ICF. Especialidades: Diseño y docencia de programas educativos para colectivos, entidades públicas y privadas, profesionales y jornadas (sexualidad, educación sexual, género, prevención de la violencia de género, valores, autoestima, comunicación...)
-) **Dña. M^a Carmen Gámez**, Diplomada en T Social. Psicoterapeuta en Técnicas Gestálticas y Bioenergéticas por la Asociación de Psicoterapia y Crecimiento personal Málaga. Impartió docencia como Profesora Asociada en la Escuela Universitaria de T Social desde el año 2001 al 2006, continuando actualmente en la formación postgrado de los alumnos de esta Facultad. Desde el año 2006 desarrolla su trabajo en el Centro de Salud "Victoria" perteneciente al Distrito Sanitario Málaga- Guadalhorce. Coordinando el trabajo comunitario del centro de salud en el barrio Cruz Verde-Lagunillas, Dispone de amplia experiencia en actividades de promoción, prevención de la salud y es Promotora y Formadora de formadores junto a otras dos compañeras de T Social de los Talleres Gruse-M.
-) **Dña. Ana Jesús Andrade Ruiz**, Mujer, Feminista y Ciudadana del Mundo. Psicóloga-Criminóloga, Delegación de la Mujer del Ayuntamiento de Estepona. Licenciada en Psicología en 1989 por la Universidad Autónoma de Barcelona. Colegiada en el Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental desde 1989. Psicóloga adscrita al Centro de Información Municipal de la Mujer del Ayuntamiento de Estepona desde 2001. Terapeuta de conducta por la Asociación Española de Psicología Conductual desde el año 2001. Coparticipa en la elaboración del "I y II plan del municipio de Estepona contra la violencia de género" publicado en el año 2001 y 2013 respectivamente. Experta Universitaria en Criminología por la Universidad de Cádiz desde el año 2005. Experta Universitaria en Mediación y Orientación Familiar por la UNED desde el año 2006. Integrante de la Comisión Psicológica Especializada en Igualdad y Género de Instituciones Públicas de Málaga desde su creación en el 2004. Becada por la Escuela de Seguridad Pública de Andalucía en el trabajo de investigación "Violencia de género. Valoración multidisciplinar de la situación objetiva de riesgo" en el año 2008.

-) Modera: **Dña. Yolanda González Pérez**, Jefa del Servicio de Salud Pública de la Junta de Andalucía en sustitución de Ana Isabel.
-) Relatoría: Dña. **Caterina de Tena Pérez**. Consultora Internacional. Periodista. Experta en Género, Cooperación y Comunicación. Premio Farola 2017.

Inauguración:

Pepi Sierra Porras, Presidenta de la Federación Ágora, señalaba en la inauguración de esta tercera jornada que esta mesa es clave porque son consciente de la importancia de la salud para las mujeres y de su relación con la Violencia de Género (VG). Aseguraba que es importante hablar de cómo nos afecta la violencia a las mujeres y cómo mejorar nuestra calidad de vida.

Por su parte, Yolanda González Pérez, Jefa del Servicio de Salud Pública de la Junta de Andalucía, en primer lugar disculpa a Ana Isabe González, Delegada Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Málaga, que por problemas de agenda no ha podido asistir. Felicita a la Federación Ágora por su trayectoria de 25 años y por la iniciativa de este feminario señalando que se han escogido 4 ejes fundamentales. Nos traslada que desde la Delegación se llevan a cabo diferentes acciones para mejorar la atención sanitaria en las mujeres víctimas de VG.

Resumen de las ponencias:

Carmen Agüera con su ponencia “Detectar Maltrato en la Consulta. Como Actuar para Ayudar” nos ha hablado del papel de las y los médicos en la detección de la VG. Señala que es un problema que se alarga en el tiempo. El personal médico observa que acuden mujeres a los servicios de salud con mucha frecuencia y eso quiere decir algo.

Ha dividido su intervención de acuerdo al lema de estos feminarios: veo, actúo, cambio. En este sentido comienza con VEO señalando que hay mujeres que relatan malos tratos y quieren ayuda pero otras no quieren ayuda, solo quieren hablar. Otras, a las que llaman hiper frecuentadoras, acuden por múltiples motivos de salud, múltiples visitas a consultas, sin causa clara buscando las causas de por qué se encuentran mal. Porque efectivamente estas mujeres presentan síntomas que desvelan que algo está pasando.

Señalaba “Veo” profesionales médicos que:

- 1) quieren saber como preguntar y quieren saber como ayudar. Nadie nos ha formado sobre esto.
- 2) tienen miedo a preguntar y no saben contener las emociones de la mujer.
- 3) cuestionan el maltrato a la mujer y señalan que no es problema de salud si no de otras áreas como la psicología, trabajadoras/es sociales, etc.

Añade “Veo” Violencia Sexual señalando que esta violencia es la legitimización del acceso del hombre al cuerpo de la mujer. Y que en estos casos, la víctima es la juzgada porque:

- Históricamente han estado invisibilizadas y banalizadas.
- Existe la creencia dirigida culpabilizar a las mujeres y por eso escuchamos: «cuando la mujer dice no, realmente quiere decir sí», «las mujeres, tras ser víctimas de violaciones, acaban disfrutando» o «no lo debió pasar tan mal, porque no gritaba».
- Es un arma usada en tiempo de guerra y de paz para dominar, humillar y controlar a las mujeres invadiendo su cuerpo, su mente y su sexualidad.
- La agresión sexual es un delito grave que atenta contra la libertad, la dignidad y la integridad física y psicológica de la mujer.

En relación a las agresiones sexuales, advierte “Veo” cosas nuevas como la sumisión química que no es otra cosa que el uso de sustancias para inhibir la voluntad de la mujer para abusar de ella sin que deje lesiones. De esta forma no entra en el tipo penal.

Nos mostraba una tabla con datos de la prevalencia del maltrato contra las mujeres en los centros de salud de Andalucía, desde el año 2004 a 2012. Y señalaba que hay estudios que señalan que entre el 31 y 48% de las mujeres que acuden a la consulta, sin que vengan por ese motivo, son víctimas de VG. La cifra es de entre 17% a 25% en el último año.

También ofrecía datos mundiales como que 1 de cada 4 mujeres en el mundo sufre algún tipo de violencia de género, según el Fondo de las Naciones Unidas para la mujer, ahora ONU Mujeres. Entre el 10 y el 50% de las mujeres vive en una relación de maltrato por su pareja/expareja. En España solo se denuncian el 5-10 %de los casos de maltrato asegurando que sí hay denuncias pero sabemos que solo se denuncia ese pequeño porcentaje (5 o 10%), el resto de los casos permanecen invisibles.

Posteriormente comentaba las consecuencias de la VG sobre la salud de las mujeres: múltiples síntomas inespecíficos que no tienen causa orgánica pero sobre los que hay que preguntarse por qué están ahí y es porque el cuerpo habla y dice que algo está pasando. Las consecuencias son:

-) Psicológicas
-) Físicas
-) Sexuales
-) Reproductivas
-) Sociales: las mujeres víctimas de VG están aisladas. Piensan que tienen la culpa.

Es por esta razón que las y los profesionales de la medicina deben tener el maltrato en la cabeza para encontrar la causa de estos síntomas aunque no los vean. Señalaba que se sabe que el estrés y los abusos crónicos alteran la inmunidad. Así las mujeres son más vulnerable para tener cualquier enfermedad por eso hay que saber que el maltrato enferma y requiere mayor uso de servicios sanitarios. Es lo que llaman la DEMANDA Oculta.

Para eso, añadía, usan PROTOCOLOSde actuación, para saber cómo manejarse en nuestro día a día ante esta problemática. Son protocolos distintos a los otros que les ayuda a extrapolar lo que saben en esta materia al resto de sus compañeros porque es un problema de salud pública, estamos ante un nuevo panorama y muchas/os no saben cómo actuar y se debehomogeneizar las actuaciones.

Argumentaba que cualquier actuación sanitaria es un momento oportuno para realizar una anamnesis y exploración de signos, actitudes y comportamientos que puedan orientar a la identificación de un caso de maltrato. “Solo se ve lo que se busca, solo se busca lo que se tiene en mente” añadía.

A continuación nos muestra los protocolos que tenemos en Andalucía con guías rápidas. También una aplicación de móvil que adapta el protocolo al móvil y señala que es una aplicación fácil de descargar.

Entra a explicarnos que elProtocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la VG tiene como objetivo principal el establecer pautas de actuación normalizada y homogénea para la detección precoz, la valoración de la situación de maltrato y del riesgo y para desarrollar un Plan de

Actuación. Añade que estos protocolos se refieren a cualquier forma de violencia y malos tratos ejercida contra las mujeres mayores de 14 años, independientemente de quién sea el hombre agresor, aunque las actuaciones a las que se refiere están más centradas en el maltrato ejercido por la pareja o expareja, por ser la forma de violencia más frecuente en nuestro país. En los protocolos se incluyen a mujeres vulnerables: Mujeres Rurales, Mujeres Mayores, Mujeres con Discapacidad, Mujeres Inmigrantes. También a mujeres en situaciones especiales: Mutilación Genital Femenina, Mujeres Víctimas de Trata con fines de Explotación Sexual (VTSH), Mujeres que viven en situación de Prostitución.

En cuanto a las y los menores: señala que también son víctimas de VG y cuando los tratan médicamente pueden servirles para detectar situaciones de VG. Por eso comenta, en consulta de pediatría hay que estar alerta a los indicadores de los menores que puedan hacer sospechar VG. Igualmente, en Consulta de atención primaria también hay que estar alerta a indicadores de adolescentes que puedan hacer sospechar VG. Hay que estar alertas cuando no dar información al posible agresor.

Y con todo esto ¿cómo "ACTUO"? Carmen señala que primero explicando síntomas, indicadores y cómo, se pregunta, pues a través de Sesiones y Cursos de Formación Básica para detectar precozmente. En esos cursos se explican los indicadores, etc. también cómo controlar las emocionales y atravesarlas, cómo saber tirar del síntoma hasta llegar a la situación de maltrato y también para modificar actitudes y comportamientos.

Señala que encuentran dificultades. Dice que no es fácil este trabajo, que encuentran resistencia entre los propios compañeros por lo que es necesario seguir machacando. El problema que también señalan los profesionales es que en las consultas no hay tiempo ni intimidad para detectar estos casos. Carmen señala que hay que buscar el espacio y el momento para tener esa intimidad y empatizar para que la mujer encuentre el espacio seguro para que les cuente. Hay que buscar aliados, por ejemplo la trabajadora social, el pediatra.

También comenta que a veces el o la profesional no interviene por miedo a intervenir, pero ella asegura que hay que preguntar siempre a la mujer que acude a consulta. Si vienen con frecuencia es porque pasa algo, concluye.

Carmen también señalaba qué no se debe hacer por parte de las doctoras y doctores: Tener prejuicios, mitos o hacer juicios; Culpabilizar a la mujer o justificar al maltratador; Recomendar entrevista con el maltratador o terapia de pareja; Imponer, aconsejar o decirle lo que tiene que hacer; Afirmaciones o preguntas sarcásticas; Subestimar el riesgo que corre la mujer; Prescribir ansiolíticos (salvo indicación clara, con control y retirada).

En cambio lo que sí se debe hacer: Creer a la mujer, no dudar de lo que dice; Desculpabilizarla; Comprenderla, respetarla y acompañarla; Escuchar; Ofrecer confidencialidad y apoyo; Ofrecer recursos según sus necesidades; Validar lo que hace y ayudarla a tomar decisiones.

Cómo lo hacemos, pregunta: abordando de una forma global, preguntando por sus hijos, cómo se sienten, por todo hasta que ella diga algo que nos permita enganchar el asunto y llegar al problema. Le preguntamos y se valora la fase en la que se encuentra las mujeres porque a veces no son conscientes, señala, o lo son pero no hacen nada para salir o ya han dado pasos. También encuentra mujeres que ya logran salir o que recaen en la situación de maltrato. Hay que saber recibirlas, señala, no mostrar frustración. Valoraremos los riesgos en los que pueden estar concluye.

Carmen señala que en urgencias también ven a estas mujeres y las tratan como un caso urgente y se las incluye en un circuito especial para que tengan intimidad. También comenta que hay casos en que las mujeres no quieren denunciar, lo harán cuando se encuentren fuertes y eso se debe respetar añade. Hay que trabajar con ellas cuando veamos que está en una situación grave y de riesgo, entonces comunicamos al juzgado o a la policía.

Nos comenta que en las agresiones sexuales, tenemos un protocolo específico. Con todo ello, asegura, lo que logramos que la mujer rompa con la situación de maltrato, que rompa y tenga valentía y que logre enfrentarse a todo lo que se le viene encima con el proceso de denuncia. Nosotros también tenemos satisfacción personal cuando las vemos salir. Es una satisfacción personal muy grande concluye.

Micrófono Abierto:

-) Se pregunta si tras una agresión sexual lo mejor es ir a urgencia. Carmen señala que el consejo es que efectivamente se vaya a un centro sanitario para obtener pruebas. Y porque las mujeres necesiten un tratamiento clínico. Que no se lave ni se cambie de ropa. El Centro se pondrá en contacto con la policía. Si el centro sanitario no tiene ginecólogo y/o forense la llevarán a un centro que tenga.
-) ¿Y si la mujer no quiere denunciar en casos de VG? Carmen señala que el personal médico está obligados a informar de un delito público. Si ellas no quieren, puede ser conveniente fortalecer a esa mujer hasta que tenga la fortaleza para afrontar todo. Pero si vemos riesgo tenemos que hacerlo, porque es la única forma de facilitarle una protección para su vida señala.
-) Se pregunta si se puede hacer un informe de secuelas de la VG aunque haya pasado tiempo y ya no se vive en situación de VG? Carmen señala que en ese caso como ya no se vive bajo la amenaza no se inicia el proceso. Si hay secuela, el médico puede hacer un informe señalando que esas secuelas son de VG. El abogado puede solicitar a través del juzgado el informe de valoración psicológica.
-) Si una mujer víctima de VG y se activa el protocolo pero sigue conviviendo con el agresor. Se pregunta si desde el centro sanitario se puede impedir convivencia. Carmen señala que no, es el Juzgado el que lo puede impedir. Si la mujer retira la denuncia, no se puede hacer nada.
-) Pepi, Pta de la Federación Ágora, cierra las intervenciones señalando que la o el médico son un enlace muy bueno para que las mujeres se desahoguen, es una labor que normalmente hacen las asociaciones de mujeres y agradece el trabajo de Carmen.

Lola Fernández, Señala que ha reestructurado su ponencia “Psicoterapia, Reflexión, Transformación” porque Carmen ya ha dejado constancia de muchas de las cosas que iba a comentar. Nos comenta que trabaja con mujeres víctimas de VG, su labor es terapéutica y que le gusta trabajar con diferentes colectivos para ver qué se “cuece” ante esta problemática y no le gusta mucho lo que ve, afirmaba.

Lo primero que plantea es qué se encuentran en los grupos de trabajo que llevan. Y contesta que depende de la violencia que sufran las mujeres que acuden. “En las de malos tratos nos encontramos con situaciones y edades diversas (28 a 70 años)” señala. “Vemos la vivencias de estas mujeres que han vivido años bajo la VG. Cuando se encuentran en estas situaciones se ven bloqueadas”. Comenta que según la fase en la que se encuentran, se identifican como víctimas o no. Lo que busca transmitir es que cuando las mujeres pasan por sus protocolos las mujeres salimos reforzadas. Pero, asegura, es fundamental que las actuaciones tengan enfoque de género que permitan detectar las dinámicas en las que vivimos mujeres y hombres. Del esquema del hombre dominador que instaura la situación de VG.

Señala que hay que entender qué es la VG y que las mujeres rompen las relaciones pero para eso, la mujer necesita pasar por el protocolo que utilizan en su trabajo (8 meses aproximadamente). Asegura que las mujeres no entienden cómo han podido aguantar esa situación y desde ahí, las y los terapeutas trabajan para devolverle las perspectivas de las cosas, porque ellas están tan metida en esas relaciones que a veces no se dan cuenta, comenta. Las mujeres luchan por mantener la familia y niegan la situación hasta que tienen la conciencia de que ya no pueden con eso. Añade que las mujeres se descalifican mucho y en las terapias lo que como profesionales les transmiten es que ellas lo que han querido es luchar para buscar que las cosas funcionen.

Nos ha comentado también que en las dinámicas perversas que se generan en la VG (control) la mujer no puede tomar ninguna decisión. Hay tensión, miedo, control, donde la mujer busca controlar la situación y en esa situación la mujer intenta sobrevivir y es complicado que la mujer diga "hasta aquí". Por eso las mujeres salen y entran en esas relaciones. Hay que trabajar su empoderamiento para que logren salir de ese círculo. La presión al principio es muy dura, no todas tienen los entornos adecuados. Ellas son las que salen de las casas, y si son mayores, tienen más dificultades.

Pero Lola quiere dejar el mensaje de que se sale de la VG, las mujeres recuperan el control. El problema es que hay un recorte brutal en la atención a las víctimas de VG señala. Y se pregunta ¿qué valor se da a esta labor? Argumenta que ha llegado a trabajar en un almacén para atender a las mujeres. El contexto es fundamental, tener un espacio adecuado que garantice la intimidad que se necesita. El problema de la VG no está entre los primeros en la sociedad. La muerte y las enfermedades por VG son muchas y no se les da la importancia que requiere denunciaba.

Otro tema importante es que hay mujeres que no se recuperan, que no salen de la VG. Efectivamente, comenta, se necesita la parte de empoderamiento personal pero es necesaria la independencia económica porque muchas mujeres se preguntan, ¿dónde voy ahora? Ese miedo a la incertidumbre hace que opten por seguir aguantando su situación de maltrato. Hay mujeres que no tienen formación, no tienen experiencia laboral y se preguntan entonces ¿qué hacen para sacar a sus hijos adelante? Por eso, señalaba, trabajamos con empresas para que ayuden con fondos, pero algunos empresarios señalan que las víctimas de VG son un colectivo poco productivo porque están deprimidas. Pero es al contrario, estas mujeres son muy valientes por aguantar lo que han pasado, por lograr salir.

Finaliza señalando que foros como estos son cruciales porque una recuperación total de estas mujeres no es posible si no hay un discurso social más reparador y empoderante. Eso es lo que nos toca seguir trabajando conlucía.

M^a Carmen Gámez, en su ponencia "Una Estrategia de Promoción de Salud con Perspectiva de Género" nos habla de los Grupos Socioeducativos de Atención Primaria de Salud (Gruse).

En primer lugar nos informó de qué son los GRUSES, señalando que son una estrategia liderada por la Secretaría General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Salud y que está incluida en el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Estos grupos están formados por 8 – 15 personas que se reúnen en torno a 8 sesiones, con una frecuencia semanal.

Comenta que lo que se pretende es que las mujeres potencien sus habilidades, refuercen sus activos personales para que controlen su salud, mejoren su calidad de vida.

Señala que están en los Centros de Salud y que la vía de acceso a estos grupos es o bien por iniciativa propia o derivadas por asociaciones, profesionales, servicios sociales, salud mental, etc. Las y los trabajadores sociales hacen una entrevista y conforman los grupos.

Su origen es una estrategia que se planteó en Málaga con el Hospital Regional de Málaga. Los Grupos promueven en las mujeres habilidades. Señala que no son terapias, si no que es un trabajo preventivo. “Es un espacio de mujeres para nosotras, con enfoque de género y aprendiendo los **ACTIVOS** personales y comunitarios para abrir redes” aseguraba.

Mari Carmen comentaba que trabajan con estas mujeres los activos que poseen para empoderarlas. Es difícil que ellas vean para qué valen, no se valoran, es que nunca se lo han planteado, decía. ¿Qué les hace fuerte, qué es lo que quieren, están satisfechas? Las respuestas a esas preguntas permite fortalecer al grupo de mujeres. En cada sesión recuerdan cuáles son sus activos personales y que además de que nosotras podemos acompañarles, ellas son las que deben trabajarlos.

Nos ha comentado cómo son las sesiones: inicial, luego se hablan de ansiedad, sentimientos, comunicación, resolución de problemas, etc. A veces se meten otros temas como el duelo, según el caso. Son sesiones teórico prácticas muy participativas, reflexivas. Se trabaja la resolución de problemas, la autoestima, etc. Comentaba que cuando se trabajan las emociones, al principio cuesta detectarlas y no saben hablar de ellas. La estrategia con la que trabajan es innovadora porque aborda una atención diferenciadora de la salud. Fomenta la autonomía y la participación activa en su proceso de salud. Se perciben la evolución de las mujeres en cada sesión, añadía.

Advierte también que el uso de antidepresivos ha aumentado. Los síntomas del malestar muchas veces se atienden desde los psicofármacos pero los síntomas (irritabilidad, jaqueca, etc.) revelan una causa. Pero, señalaba, esos malestares tienen su origen desde lo emocional cuando se descarta lo biológico, por eso hay que dar una respuesta diferente al de los psicofármacos.

Después ha pasado a contarnos cómo ha sido la evolución este trabajo, señalando que surge en Málaga con Salud Mental, y que fue la Escuela Andaluza de Salud Pública que le dio cuerpo a la metodología que tenían. Comentaba que ya es una metodología, una estrategia usada en toda Andalucía, con una plataforma web donde se publican y comparten recursos y material. Ahora se está trabajando con grupos de hombres, estamos comenzando, aseguraba.

Finalmente, señalaba que los principales resultados de esta estrategia es que se ha producido una reducción importante del uso de antidepresivos, de la frecuentación y las mujeres señalan que desde su participación en estos grupos han tomado el control de su salud (mejoran sueño, mejor gestión de las emociones, menos aislamiento,...).

Señala que se ha evaluado el trabajo realizado en Andalucía y que los resultados se podrán ver en breve pero que lo más importante es lo gratificante de este trabajo. Señalaba que esta estrategia supone un empoderamiento de las mujeres y las profesionales. “Ellas mejoran su visión de ellas, se sienten protagonistas de su vida y aprenden cómo afrontar la vida con menor coste emocional” concluía antes de mostrarnos un vídeo que muestra la experiencia y los resultados que obtienen.

Ana Jesús Andrade, en su ponencia “Intervención Psicológica a las Mujeres Víctimas de la Violencia Machista desde el Enfoque de la Desigualdad entre Géneros” ha buscado resumir lo que se había comentado en esta jornada del feminario.

Nos contaba que es portavoz de una Comisión de Trabajo creada en 2001 en Málaga con psicólogas/os que trabajaban en temas de VG cuando todavía no había legislación. Estas/os profesionales, al sentirse perdidos en la atención a mujeres víctimas de VG crearon esta comisión a las que se fueron sumando más profesionales. Comenta que hoy son 19 profesionales de centros municipales de la mujer y de varias instituciones públicas. Es una comisión en la que se reúnen mensualmente para compartir casos prácticos, formación y es ese espacio, señalaba, es donde encuentran la seguridad necesaria para formarse y desahogarse entre ellas/os.

Nos explica la imagen que abre su ponencia. Una multi-mujer realizando todas las tareas que cree que debe desempeñar junto a su pareja que está tranquilamente disfrutando su momento. Señalaba que no se puede entender el proceso de la VG si no se entiende la socialización que vivimos mujeres y hombres. Explica que el género es una construcción social que asigna de manera diferencial a hombres y mujeres una serie de roles y determina:

-) Cómo deben ser las relaciones entre ellos.
-) Cómo comportarnos para cumplir con las expectativas impuestas durante el proceso de socialización.

Y, sobre todo a través del aprendizaje de numerosos estereotipos y prejuicios impuestos a uno y otro género, se van desarrollando una serie de creencias, valores y actitudes diferenciadas llamados “mandatos de género” cuya finalidad es aprender a ser una buena mujer o un buen hombre.

Las consecuencias de la construcción de la identidad de género de las mujeres en el patriarcado según señala son:

-) Falta de desarrollo individual, por lo tanto imposibilidad de construcción de la autonomía personal.
-) Una educación de los afectos basada en la estructura de la culpa (como mecanismo de control) y en la ética de los cuidados a las otras personas.

Esa presión de los distintos modelos de mujer en las mujeres actuales hacen que en la interiorización del sistema de dominación masculina y sumisión femenina, nos lleve a su reproducción en las relaciones de pareja.

Es lo que Marcela Lagarde llama “SER PARA LOS OTROS”. Así es como hemos sido socializadas señalaba. Para la mayoría de mujeres la causa del malestar que las afecta es la gran contradicción entre la parte tradicional que anula su autonomía personal y la parte moderna que propone un desarrollo desde su “mismidad”. Las dificultades para resolver el conflicto que genera esta contradicción de las mujeres de hoy en día hace que la salud física y mental de las mujeres se ve afectada por condicionantes como:

-) La doble jornada.
-) Mayor índice de desempleo e inferior salario.
-) Desigual distribución del trabajo doméstico.
-) Rol de cuidadoras.
-) Descuidan su bienestar, .etc.

Por tanto, estas mujeres, acuden a los Servicios de Salud y les recetan psicofármacos que les impiden centrarse en la causa de su malestar.

Ante este panorama nos habla del servicio de psicoterapia y se preguntaba ¿Qué queremos conseguir? Señalaba:

-) Claridad mental y fuerza física- emocional para poner orden en sus vida.Un cambio de mentalidad: tenemos que intentar despertar de la conciencia desde la desigualdad de géneros a nivel socio-histórica.
-) Las mujeres deben darse cuenta de que los mandatos machistas se han ido incorporando en la construcción de su personalidad entretreídos entre sus rasgos formando su identidad (la propia historia personal de adaptación a la violencia).
-) Tomar conciencia de cómo se está manifestando la mentalidad machista en su manera de relacionarse en:
 - o El amor (hacerles conscientes de cómo caemos en las trampas del mito del amor romántico).
 - o Las relaciones de pareja (basadas en ser sumisa-complaciente).
 - o La vida en general (Ley del Agrado).
 - o Su Esencia (Ser para los otros).
-) Que las mujeres desarrollen la autonomía personal para consolidar el cambio en su:
 - o autoconcepto (la imagen mental de lo que soy y para lo que sirvo).
 - o autoestima (la forma en que me juzgo y me valoro de cómo debería y desearía SER).
-) Y que esos cambios se enfoquen desde los tres niveles de funcionamiento:
 - o Cognitivo/mental: Deconstruir las ideas y creencias que las hacen sentir inferior para lograr el empoderamiento personal y relacional.
 - o Fisiológico y emocional: Qué las mujeres entiendan que esas creencias generan emociones (miedo, ansiedad, ira, indefensión, culpa, etc.), que les condicionan el comportamiento de la sumisión.
 - o Conductual: vamos a intentar modificar los patrones de conducta sumisa-complaciente y que desarrollen conductas asertivas y de defensa de los derechos personales.

Se preguntaba también ¿para qué trabajamos con estas mujeres? Para que salga de la relación de maltrato en la que está inmersa y para que nunca más vuelvan a sentirse atraídas por relaciones desiguales.

Ana pasaba entonces a comentarnos cómo trabajan con estas mujeres. Señala que no tienen un Protocolo rígido, emplean estrategias pedagógicas de reeducación, no clínicas, valoran que todas las mujeres tienen en común (el Ciclo de la Violencia: ciclo Leonor Walker; las rupturas evolutivas: el perdón, vuelven las agresiones, el perdón, etc.; el machismo en las relaciones.), plantean ejercicios Psicoterapéuticos, trabajan con materiales endiferentes soportes (lecturas, videos, etc.) y con talleres monográficos y talleres grupales (fundamentales para trabajar con estas mujeres señalaba), así como con sesiones individuales para que digieran y procesen lo aprendido.

Nos recuerda que “NO HACER” es permitir que la violencia continúe y que la salud de las mujeres empeore. “ACTUAR” contribuye a que la mujer pueda salir de la relación de maltrato. Por eso, concluía, ella cada día da gracias a las mujeres que llegaron a su vida pidiendo ayuda y resultaron ser sus maestras.

Micrófono abierto:

-) Se comenta que en Ágora se realizaban talleres de Salud que solicitaba pero que no han podido renovar. Talleres de autocuidado para mujeres mayores. Y por ello se pregunta a Mari Carmen dónde se dan esos talleres (Gruse)? Si se puede derivar a las mujeres que les llegan? Mari Carmen Gámez señala que sí. Que pueden venir por iniciativa propia o derivadas. Solo deben preguntar por la trabajadora social.

-) Se señala que el principal maltrato es el psicológico, y esa persona no tiene autoestima. El GRUSE apoya la atención psicológica, pero se pregunta si también la independencia económica ya que es una necesidad clave. Igualmente se señala que en el Gruse se ofrece la ayuda psicológica pero se pregunta por el grado de confidencialidad de estos grupos y sus informes para que no conste en su expediente de cara a buscar trabajo en el futuro. M^o Carmen señala que hay muchos recursos disponibles donde se capacita profesionalmente a las mujeres y con empresas para que puedan luego ir a bolsas de trabajo. Hay muchas asociaciones que se dedican a formación y empleo. Arrabal es una de las organizaciones que trabajan en ello, señalaba. Desde Arrabal se completaba la información señalando que efectivamente se trabaja el empoderamiento de las mujeres con varios programas y se hace sensibilización a empresas para que apuesten por la contratación de este colectivo, entre otras.
-) Se pregunta por quién sostiene la comisión de psicólogos/as para que dure tantos años. Ana responde que son las propias psicólogas/os quienes sostienen ellas mismas la comisión. Su enfoque, comentaba no es patológico si no desde la desigualdad de género y el enfoque de abordaje es diferente.
-) Se pregunta si sería bueno incorporar en esas comisiones de psicólogos a profesionales de salud. Ana señala que sería fundamental que en todos los centros de salud tuvieran la figura del psicólogo/a desde ese enfoque. Julia (Diputación Málaga) cuenta el origen de la creación de la comisión y señala que es ahora cuando se está comenzando a trabajar desde salud todo el enfoque. Antes era un desierto comentaba que estamos hablando de los años 80. Cuando comenzaron a trabajar no había ni referencia, ni recursos. Vieron la necesidad, quienes trabajaban en organismos de igualdad, de iniciar esta comisión. Ya se ha ido incorporando desde el sistema de salud. Por eso no están incorporadas profesionales de salud. No es una mesa de coordinación si no un espacio de apoyo, de trabajo común aclaraba. Se ha mantenido la comisión porque es muy necesaria concluía Julia.
-) Yolanda González, por su parte, comentaba que la mayoría de las mujeres que viven VG no se deben atender en Salud Mental por lo que no debe atenderse a estas mujeres como pacientes de una patología. Los activos de salud se trabajaba en atención primaria no en salud mental, ahora sí se trabaja con ese enfoque. Y hasta hace unos años los recursos de Salud mental era muy deficitario. Señalaba que es un tema sobre la mesa en el Plan de Atención Integral de Salud Mental, el chip está cambiando y se plantean retos diferentes a los asistenciales aseguraba. Las mujeres víctimas de VG pasan por los equipos de Salud Mental pero el apoyo y acompañamiento no se hace desde salud mental, otro debate es si debería hacerlo. Yo creo que no concluía. Esa comisión de psicólogos/as es técnica y comenta que no la conocía pero que tomaba nota de su existencia y de su trabajo.
-) Pepi, Pta. De la Federación Ágora, señalaba que a la asociación llegan mujeres derivadas por sus médicos/as. Y a las asociaciones no se les formación para atenderlas, lo hacen desde el voluntariado. Suplen y han suplido, comentaba, las carencias del sistema de salud y ya es hora de que se las forme y se las apoye. Comenta que el tejido asociativo está abandonado y el sistema de salud no las utiliza (a las asociaciones). Pregunta a cada una de las ponentes de la mesa qué consideraría necesario cambiar para mejorar. Asegura que Andalucía es pionera en estos temas y los servicios que se prestan no se dan en muchas partes, pero les pregunta qué sería prioritario:
- o Lola señala que la violencia sexual todavía no se aborda adecuadamente, es la más invisible y la que menos medios tiene para atender. En Málaga solo tienen una abogada y una psicóloga para toda la provincia.
 - o M^a Carmen, está contenta con la Estrategia que tienen. Pero sí le ha llamado la atención en la intervención de Carmen Agüera, la cantidad de síntomas que hay.

Señala que deben formarles más en los centros de salud para ser capaces de detectarlos. Hay que extender la estrategia.

- Anacomenta que aumentaría los presupuestos, pero de verdad, no para la foto ni las campañas aseguraba. “Llevamos años trabajando a pie de calle pero con el enfoque de la mujer ya maltratada. Hace falta mucho dinero para trabajar la desigualdad, en prevención, con niños/as en edad temprana, y formar a especialistas porque si no dependemos de profesionales según su motivación”. Concluye señalando que no hay interés real en dotar y cambiar las cosas.
 - Se señala desde el Ayuntamiento de Málaga, que tampoco los servicios públicos pueden cubrir todo lo que se necesita. Todo está en la implicación personal de las y los profesionales pero no debe depender de la voluntariedad de las mujeres profesionales. Las profesionales deben tener sueldos dignos, deben cubrirse bien los servicios comenta. Además hay que trabajar con los hombres, solas no podemos. Necesitamos recursos económicos concluía.
 - También desde el área del Ayuntamiento de Málaga se señala que hay Agentes de Igualdad en todos los distritos, a los que se puede acudir directamente y también en los centros de salud derivan a las mujeres a este servicio.
 - Desde la Asociación Arrabal se señala la importancia del trabajo en red ante la falta de recursos y que exista un protocolo para que las derivaciones se realicen desde el conocimiento de los servicios. Estas mujeres, comentaba, deben tener atención especializada. En relación al comentario de Arrabal, Yolanda señala que sí que es verdad que a veces hay que bajar a lo micro y establecer líneas de coordinaciones más ajustadas. Hacer las cosas mejor. Eso lo podemos ver y trabajar. M^a Carmen señala que efectivamente se trabaja de forma coordinada con las asociaciones.
 - Yolanda señalaba además que trabajan con asociaciones de salud y que son fundamentales, que no son sustitutas de los servicios de salud, pero sí consideraban que son fundamentales en orientar a las administraciones en identificar necesidades de la población. Su línea no es la financiación de proyectos de asociaciones comentaba. Por otra parte aseguraba que sí hay un cambio en los servicios sanitarios, que las asociaciones siempre han estado ahí, pero que el sistema les de su lugar en las comisiones y tengan un foro donde estar para pedir cuentas, de forma estructurada, no ha existido. Los recursos son escasos en todo, es verdad asegura, pero sí percibe en Salud que hay cosas que han cambiado, como es el reconocimiento expreso y real a las asociaciones.
-) Se pregunta por qué hay casos en los que las mujeres maltratadas deben dejar sus casas. Ana señala que hoy en día, con la nueva ley de violencia, cuando una mujer denuncia ya no debe dejar su casa a no ser que él huya, entonces a ella se le protege, pero a él se le ingresa en un calabozo y auto de alejamiento. Hay que ver casos concretos si esto no ocurre así.

Pepi, Pta de la Federación Ágora, concluye la jornada agradeciendo a las ponentes y participantes y destacaba el optimismo que da oír a estas profesionales y el trabajo que realizan.