

ATENCION PSICOLOGICA A LA MUJER

Etel GORDO RUERA

Psicóloga

1. INTRODUCCION

El presente trabajo recoge una experiencia de intervención psicológica comunitaria, realizada en un Centro Municipal —el “Casal de la Dona”— perteneciente a un municipio de la comarca del Barcelonés, que tiene una población, de 34.729 habitantes, de los cuales 17.465 son mujeres y 17.264 son varones.

El proyecto de creación del Servicio de Atención Psicológica se inicia, en el Casal de la Dona, en Marzo de 1.989, y sigue en funcionamiento en la actualidad como un servicio municipal y gratuito, dirigido exclusivamente a las mujeres de la población.

La experiencia que recoge este trabajo abarca la labor realizada desde el inicio (el 8 de Marzo de 1.989) hasta el 15 de Diciembre del mismo año.

Estructura del Servicio

El Casal de la Dona depende orgánicamente del Area de Servicios Sociales, la cual, a su vez, está incluida en la Regiduría de Servicios a la Persona del Ayuntamiento de la mencionada población próxima a Barcelona.

En dicho Casal funcionan dos servicios de información y atención a la mujer: el de asesoría jurídica y el de atención psicológica, con una dedicación de 3 horas semanales cada uno.

El Casal de la Dona está constituido por dos profesionales —una abogada y una psicóloga— al frente de los servicios de asesoría jurídica y de atención psicológica, respectivamente, y por una coordinadora, que realiza las entrevistas de acogida a las usuarias que acuden al centro, efectúa las derivaciones que considera necesarias, tanto a los servicios propios del Casal como a otros del municipio, y mantiene coordinación con otros equipos y servicios, tanto de la Regiduría de Servicios a la Persona (Cultura, Deporte, Servicios Sociales, etc.) como con otros ajenos a la misma, existentes en la población.

Hipótesis de trabajo

Existe un elevado número de mujeres que efectúan reiteradas demandas realizadas a diversos servicios socio-sanitarios, en forma de “queja inespecífica” y con una escasa motivación para el cambio. Presentan un elevado nivel de insatisfacción vital y/o malestar psíquico con una configuración de la vivencia como un problema cuya solución no depende de ellas mismas, como un conflicto cuyo *locus de control* es externo.

Pero hay que observar que lo específico de estas situaciones psicológicas no es tanto la falta de motivación por intentar descubrir alternativas, como el hecho de no conseguir descubrir las causas sociales de la situación vital dolorosa y decepcionante en que se ven obligadas a vivir.

Si la mujer no consigue conocer las causas de su condición de vida en los factores sociales y en la educación recibida, se verá abocada a buscar las causas del mal en su interior, como algo endógeno que no es susceptible de ser modificado, (Jervis G. 1.977).

La finalidad del Servicio

El Casal tiene como finalidad atender, informar y orientar a las mujeres de la población ante problemas de tipo jurídico y/o psicológico, además de los que le son propios por su concepción de Casal de la Dona (promover actividades que favorezcan la participación e integración de las mujeres en la vida económica, social, y cultural de la población)

Desde el Servicio de Atención Psicológica se pretende, mediante intervención psicológica —individual, en grupo y comunitaria— redefinir la conflictividad intrapsíquica individual de forma que facilite la comprensión de la relación causa-efecto que existe entre los elementos de la situación real (individual, familiar y social) que la mujer padece, y los trastornos psicológicos que presenta.

2. METODO DE TRABAJO

Prestación del Servicio

El Servicio de Atención Psicológica es específico (o secundario) al cual las usuarias no acuden nunca de forma directa, sino que son siempre derivadas por otros servicios de base (Trabajador/a Social de Atención Primaria, Coordinadora del Casal, Personal Sanitario de Área Básica de Salud, Comisarías de Policía, etc.).

El primer contacto establecido con la usuaria es mediante entrevista individual de acogida y de recogida de información a través de protocolo o historia psico-social. En esta primera entrevista, se inicia el análisis de la demanda y se hace una valoración de los recursos personales, lo que permite una evaluación global del caso y el establecimiento de los objetivos terapéuticos así como del plan de trabajo, conjuntamente con la usuaria.

Cuando la especificidad del problema lo requiere se efectúa derivación y/o coordinación con el servicio correspondiente.

Una vez evaluada la situación, si se detecta algún tipo de problemática psicológica (sufrimiento psíquico o conflictividad relacional) se define una estrategia de trabajo (adecuada a las posibilidades de cada usuaria en función de su disponibilidad horaria, de acuerdo a sus recursos personales y a sus objetivos de cambio) y se propone el tipo de intervención: orientación psicológica individual o apoyo psicoterapéutico en grupo.

Intervención individual

Es una intervención de orientación psicológica, cuyo objetivo es ofrecer información que permita afrontar de una manera más eficaz la situación motivo de conflicto y favorecer el conocimiento de los recursos sociales al alcance de la usuaria.

Esta forma de intervención se desarrolla durante tres o cuatro sesiones. Y sólo es adecuada ante problemáticas muy concretas.

Si el problema planteado es de mayor profundidad o implica elaboración de la problemática previa a la realización de cambios, se propone participación en el grupo, ya que el tiempo de dedicación al servicio (una tarde a la semana, tres horas) no permite desarrollar apoyo psicoterapéutico de forma individual .

Intervención grupal

El objetivo de la intervención grupal, de apoyo psicoterapéutico, es ofrecer un espacio de análisis y reflexión que permita un intercambio de relación y de conocimiento de recursos sociales, la toma de conciencia de las dificultades individuales y la elaboración, así como la resolución de problemas psicológicos y de conflictos con el entorno.

El grupo de apoyo está dirigido a mujeres que presentan características propias del síndrome depresivo —desánimo, tristeza y/o ganas de llorar frecuentes, ansiedad, aislamiento social, dependencia afectiva del cónyuge, baja autoestima, etc.— y manifiestan el deseo y la iniciativa, de efectuar cambios de actitud personal o en algún elemento de su entorno.

Las características son las de un grupo abierto, de 90 minutos de duración, con encuentros semanales, que ha presentado una asistencia fluctuante por los abandonos y las incorporaciones de nuevas usuarias.

Intervención comunitaria

En el servicio se han realizado una serie de charlas informativas, de temas psicológicos de interés para las mujeres —La Depresión, La Ansiedad, La Psicología de la Mujer, La Educación de los hijos— para dar a conocer el servicio al municipio y divulgar sus objetivos.

Desarrollo de la Intervención

El desarrollo de la intervención está condicionado por los objetivos generales del Casal de la Dona —trazados desde el Area de Servicios Sociales del Ayuntamiento al que pertenece el servicio— que prioriza la formación de un grupo de apoyo, por una razón de rentabilidad del servicio, ya que en grupo se puede atender a un mayor número de usuarias en el mismo período de tiempo. Otro elemento que condiciona el desarrollo de la intervención es, como ya se ha dicho, el escaso tiempo dedicado al servicio.

3. DESCRIPCION DE LA POBLACION ATENDIDA: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

El vaciado de los datos recogidos en la documentación utilizada permite manejar una serie de datos o características demográficas que se exponen a continuación.

Número de Usuaris

Han acudido al Servicio de Atención Psicológica, durante los períodos mencionados del año 1.989, un total de 35 mujeres.

Sexo

El sexo no constituye una variable, en el presente trabajo, ya que el servicio está dirigido exclusivamente a mujeres.

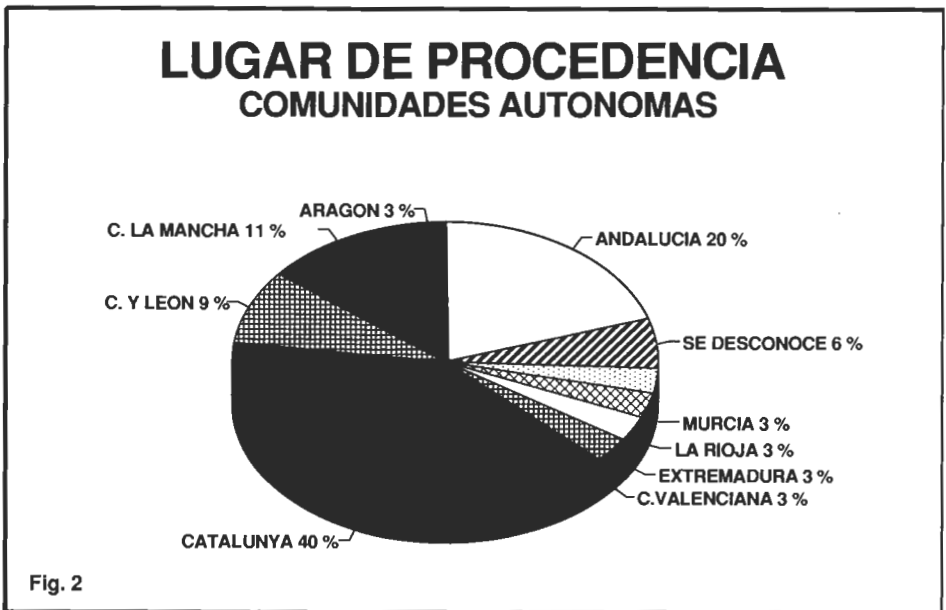
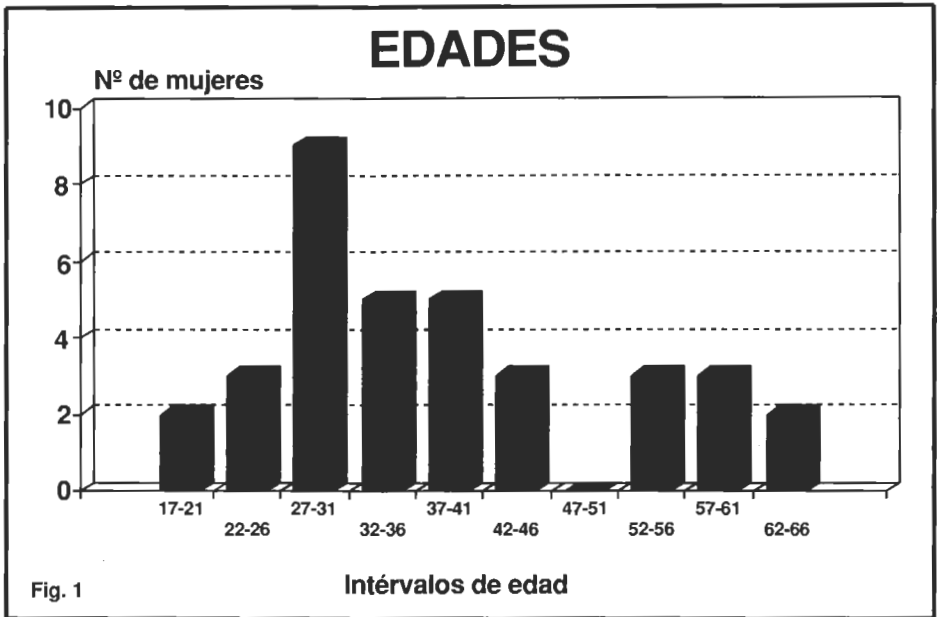
Edad

Por la distribución de las frecuencias se puede apreciar en la FIG. 1 un desplazamiento de la curva hacia los intervalos de menor edad. Ello indica que la mayoría de la población que acude al servicio es “joven”, con edades comprendidas entre los 27 y los 41 años. El intervenir con mujeres cuya franja de edad oscila entre los 20 y los 50 años se adecúa bastante a los objetivos de las intervenciones psicoterapéuticas, ya que éstas precisan de una estructura de personalidad definida (más de 20) pero no rígida (menos de 55). De esta manera se consideran edades adecuadas para la intervención psicológica aquellas que, de una parte permiten a la persona responsabilizarse de su proceso de cambio psicológico, y de otra cuentan con un “tiempo por venir” suficientemente largo como para efectuar los cambios deseados.

Procedencia

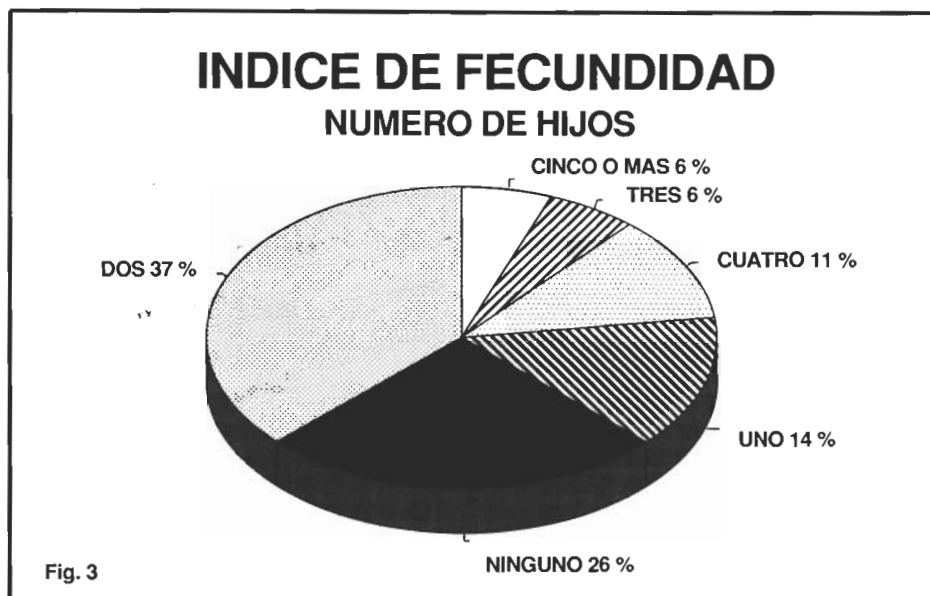
En lo que al lugar de nacimiento (o procedencia) se refiere, FIG.2, se aprecia, como era de esperar, que la mayoría de la población atendida es originaria de Cataluña (40%), seguida de Andalucía (20%). Estos datos no añaden nada nuevo

a lo ya sabido respecto a los movimientos migratorios que afectaron, por los años 60-70, a los municipios de la periferia de grandes poblaciones como Barcelona.



Indice de fecundidad

Tal vez porque la población atendida, como ya se ha visto es joven, las usuarias atendidas tienen un promedio de 1,8 hijos cada una. Con los datos reflejados en la FIG.3, se puede ver que el 77% de las mujeres tienen uno, dos ó ningún hijo, si se suman los porcentajes correspondientes a “ningún hijo” (26%), “1 hijo” (14%) y “dos hijos” (37%).

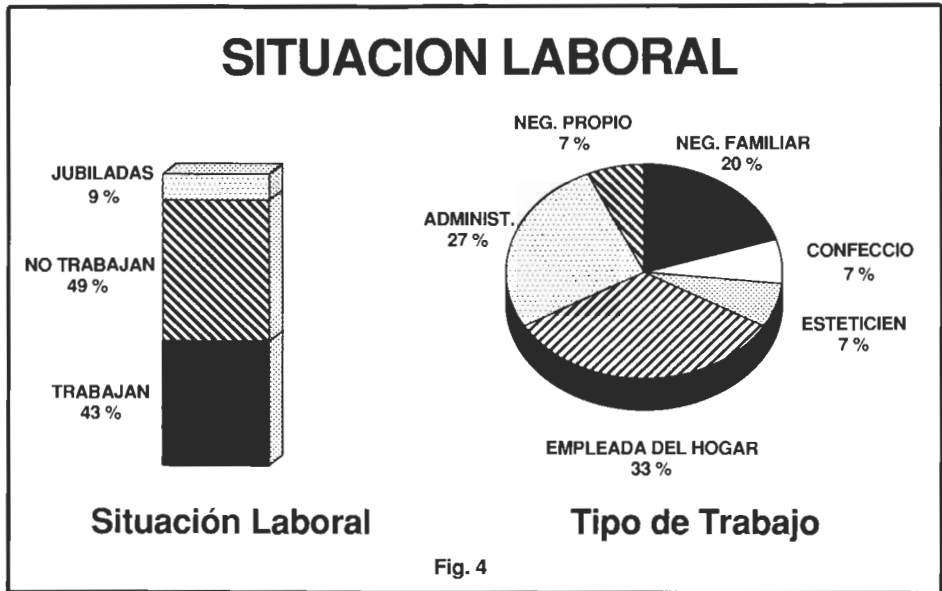


Situación Laboral

Casi el 50% de las mujeres atendidas carecen de trabajo remunerado, como se puede apreciar en la FIG.4. De aquellas que trabajan, el 47% lo hacen en trabajos pertenecientes a la economía sumergida —confección (7%) y esteticien en casa (7%) o empleadas del hogar a horas (33%)— y el 20% lo hacen en negocio familiar, lo que implica escasa autonomía, por ser un negocio que en la mayoría de los casos pertenece al marido. Así pues únicamente el 34% de la población atendida tiene un trabajo propio que le proporciona autonomía económica y reconocimiento social (un 27% trabajan de administrativas y un 7% tienen su propio negocio).

4. ANALISIS DE LA DEMANDA

Para un mejor análisis de la demanda se ha comparado la problemática presentada por la usuaria con la problemática detectada en el servicio.



Problemática presentada

Las categorías utilizadas para clasificar los problemas presentados se han planteado en términos semejantes a la forma tal como la han manifestado las mujeres que acuden al servicio. Es por ello que no están formulada en términos de problemáticas psicológicas, es decir, el hecho de iniciar o desear una separación, al igual que la existencia de violencia en el ámbito familiar no significan en sí mismos trastornos psicológicos.

Así se ha clasificado la problemática presentada en cuatro categorías:

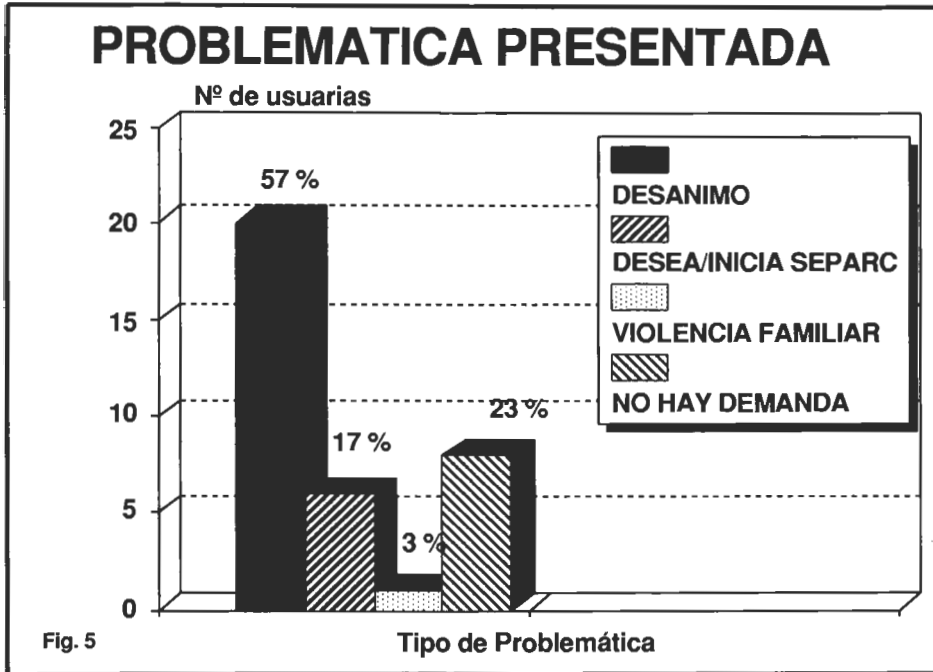
- * Desánimo: en la que se incluye un conjunto de sensaciones de apatía y tristeza, una visión negativa de sí misma a menudo acompañada de culpa y autorreproches, una pérdida general de energía, trastornos en la alimentación, en el sueño y dificultades en concentrarse (Mendez, Elvira, 1.990).

- * Desea o Inicia Separación (matrimonial): cuando la usuaria se halla en la situación previa a la toma de decisión o acaba de iniciar el proceso de separación de su pareja.

- * Violencia Familiar: para aquellas situaciones en las que existen malos tratos físicos y psíquicos infligidos por el cónyuge o por el padre.

- * No hay demanda: para aquellos casos en los que la usuaria no plantea espontáneamente ninguna problemática, y acude al servicio orientada o presionada por algún familiar o profesional socio-sanitario (derivaciones forzadas).

En la FIG. 5., se puede ver que el 57% de la problemática presentada se refiere a quejas relativas a "Desánimo", es decir, cansancio, falta de motivación

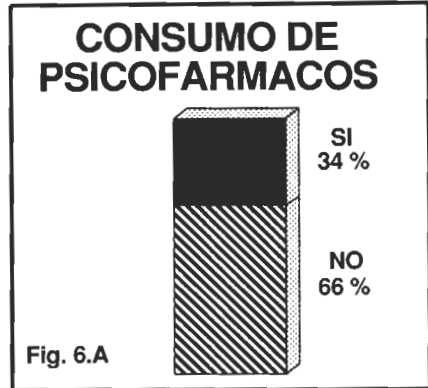


para realizar el trabajo y las tareas de la casa, tristeza, ansiedad, aislamiento social, etc. Casi una cuarta parte (23%) de las usuarias no manifiesta una problemática concreta, “No hay demanda”, y aducen como argumento justificatorio de la solicitud de visita, el que alguien les ha indicado que deberían ir a hablar con la psicóloga, porque eso les haría bien. El 17% de las mujeres han acudido al servicio solicitando orientación o apoyo psicológico porque desean separarse o se hallan en el inicio de un proceso de separación. Únicamente el 3% han manifestado como problema la “violencia familiar” que el marido o el padre ejerce sobre ellas. Generalmente los malos tratos infligidos a las mujeres (esposas, hijas, etc.) no son objeto de denuncia social ni expresados manifiestamente, por parte de las mismas, porque la violencia familiar es una práctica tan habitual y desde hace tantos siglos que su representación cultural ha sido tácitamente aceptada por la sociedad, por hombres y mujeres, como una forma de vida normal. (Sau, V., 1985).

Indicadores de malestar psíquico

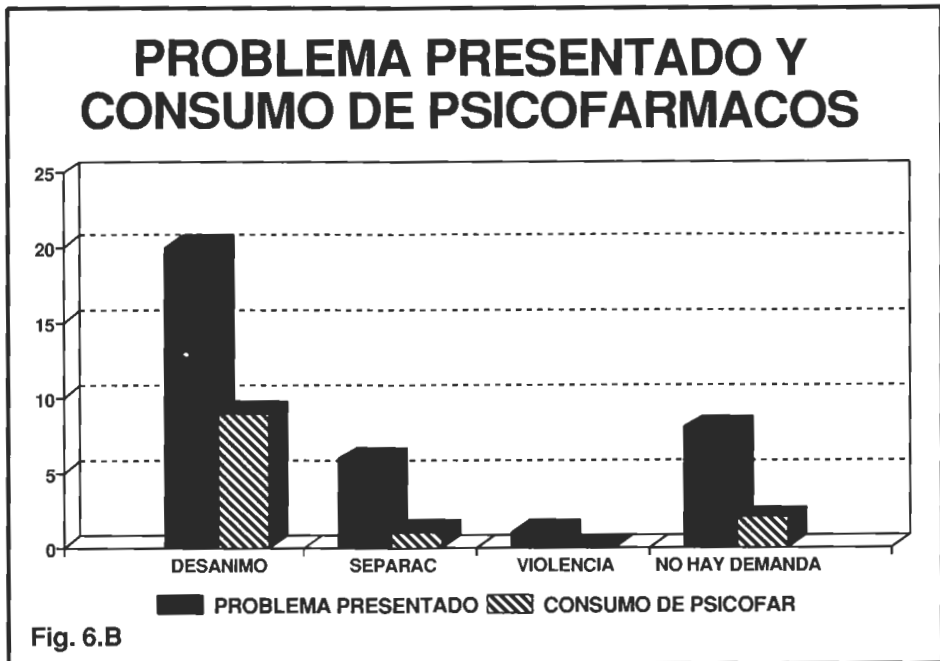
Durante la primera entrevista concertada con la usuaria se le efectúa la pregunta de si toma psicofármacos (ocasionalmente o de forma habitual), con la intención de valorar el grado de insatisfacción vital sentida por la propia usuaria, ya que la ingesta de psicofármacos —tanto de forma sistemática como de forma esporádica— es un indicador de malestar psíquico.

Como se puede observar en la FIG.6.A. el 34% de las mujeres atendidas utilizan psicofármacos. Es de destacar que difícilmente se obtiene una respuesta auténtica en las primeras entrevistas. Generalmente, la respuesta es negativa, por la convicción de que no siguen en realidad un tratamiento, sino que sólo toman “algo para los nervios” cuando se sienten mal (“nerviosas”, “histéricas”, “depresivas”, etc). A pesar de que expresan un alto nivel de malestar psíquico no configuran la experiencia de insatisfacción como un problema a solucionar.



En la FIG.6.B. aparece reflejada la relación entre el “Problema presentado” y el “Consumo de Psicofármacos”. Se observa en el gráfico que de las mujeres que presentan problemas de “Desánimo”, el 45% toma psicofármacos, de aquellas que “Inicia o desea separación” consumen medicación psicotrópica el 17% y el 25% de aquellos casos en los que “No hay demanda”.

En los casos en que se ha manifestado como problema la “Violencia



Familiar” no hay constancia de consumo de psicofármacos.

A la vista de los resultados reflejados en la gráfica mencionada parece que no existe relación significativa entre el tipo de problema presentado con el consumo de psicofármacos.

Problemática detectada

Para poder observar la problemática presentada bajo una perspectiva psicológica, debe ser transformada la tipología inicial (“Desánimo”, “Inicia/Desea separación”, “Violencia familiar” y “No hay demanda”) en términos psicológicos y por ello hay que redefinir las categorías de su clasificación.

Así se mantiene la categoría “Desánimo” que engloba aquellos síntomas depresivos ya mencionados. El término “Violencia Familiar” se sustituye por el de “Indefensión” pues se considera que, en estos casos la agresión no es un medio para conseguir algo (no se intenta resolver una discrepancia entre la pareja, o conseguir un bien material) sino que constituye un fin en sí misma, se maltrata a la mujer por ser mujer, (Sau, V., 1985), motivo por el que ésta permanece en actitud de indefensión (no es posible defenderse contra el hecho, biológicamente definido, de ser mujer).

Se incluye en este apartado la categoría “No aparece problema” para aquellos casos en los que, después de las primeras entrevistas, no se detecta conciencia de problemática psicológica (como son aquellas quejas plenamente somáticas, o las derivaciones forzadas, por familiares, vecinas o profesionales socio-sanitarios, a las que ya se ha hecho referencia).

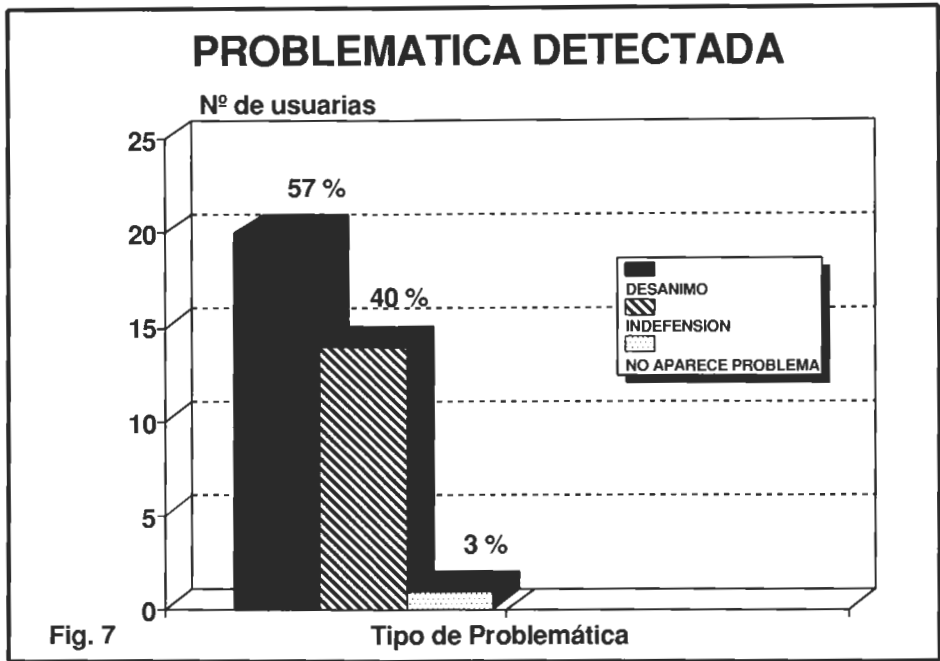
La categoría relativa a “Iniciar o desear una separación matrimonial” no está planteada en términos de padecimiento psíquico, pero en algunas ocasiones existen, subyacentemente a la toma de la decisión y al inicio del proceso, elementos que sí constituyen sufrimiento psíquico: malos tratos físicos y/o psíquicos, miedo a la soledad, dependencia afectiva, sentimientos de fracaso, duelo afectivo, miedo a perder la guarda y custodia de los hijos, etc.

De esta manera aquellos casos que han aparecido en la FIG.5. como “Desea/ Inicia Separación”, que representan el 17%, y el 23% de “No hay demanda” se han transformado, al analizar la demanda efectuada y redefinir el problema presentado, en “Desánimo” y en “Indefensión”. Se puede ver en la FIG. 7.

Existen diversos casos, un 9 %, incluidos inicialmente en la categoría de “Desánimo” que se han redefinido a la de “Indefensión” ante las agresiones sufridas por el marido o el padre.

Problemática específica de la mujer

Se puede ver, en la misma gráfica FIG. 7., que los problemas detectados que afectan a un mayor número de mujeres son los trastornos del estado de ánimo que significan el 57% de la población atendida y los malos tratos (psíquicos y/o



físicos), que representan un 40%.

La construcción de la identidad femenina en la sociedad occidental junto con las representaciones culturales al uso dejan a las mujeres un espacio constreñido para situarse como sujetos de pleno derecho. La configuración de la autoimagen condiciona profundamente el sentido de la propia valía y el tipo de relaciones que se espera establecer con los otros/as. De tal forma si a la baja asertividad se añaden la dificultad en autorregular las emociones, un alto nivel de dependencia emocional y/o económica (el control de la propia vida está puesto en los otros) se presentan las mejores condiciones para que se instaure un estado de infelicidad e incapacidad susceptible de denominarse “transtorno del estado de ánimo”. (Mendez, E., 1990).

Las mujeres se ven obligadas a asumir prácticamente en exclusiva la responsabilidad de la crianza, el cuidado y la educación de los hijos ya que el padre, en la mayoría de los casos, está ausente (dedicado al trabajo, a sus aficiones, etc.) por lo que se ven obligadas a pasar muchas horas en casa dedicadas a las tareas repetitivas y monótonas del ama de casa, lo que favorece su aislamiento social.

Para las mujeres que trabajan el sentimiento de soledad y aislamiento no varía mucho, ya que se encuentran que han de compaginar la actividad laboral con las tareas de la casa, en la mayoría de los casos sin la colaboración de sus compañeros.

Estas dos situaciones, unidas a que, la mayoría han abandonado gran parte de

sus relaciones sociales y amistades al casarse, dedicándose, casi exclusivamente, a la familia y a las amistades del marido, preparan las condiciones adecuadas para instaurar problemáticas psicológicas como las que se han mencionado (síndrome depresivo y malos tratos).

5. SEGUIMIENTO Y ABANDONO

Períodos de trabajo

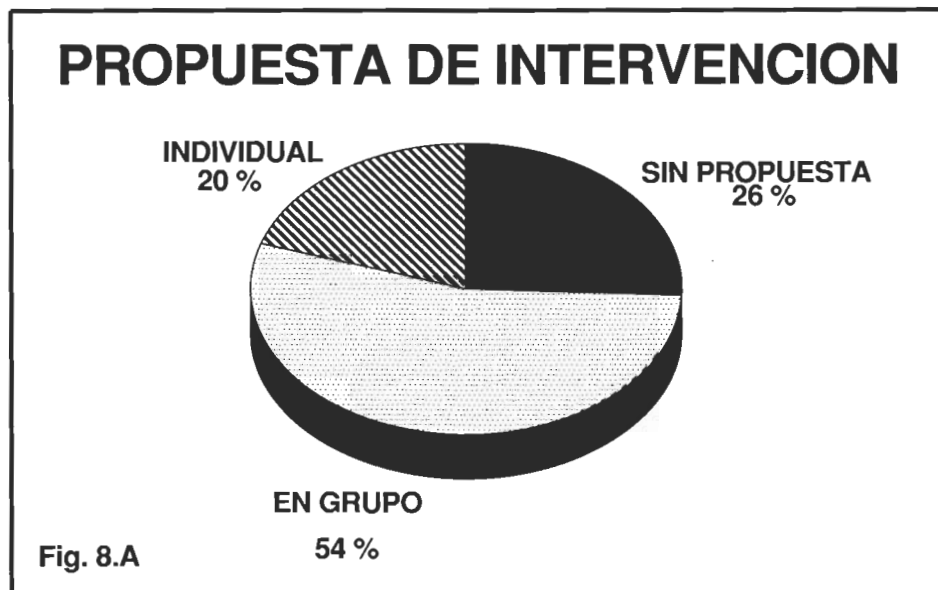
Desde el inicio del servicio, en Marzo de 1.990, se realizan entrevistas individuales de acogida y orientación hasta el final del mismo año, con la interrupción de dos meses durante el verano (del 15 de Julio al 15 de Setiembre).

En el mes de Mayo se inicia el grupo de apoyo terapéutico y se desarrolla durante los mismos períodos señalados.

Propuestas y aplicación de las intervenciones

En la FIG. 8.A., donde se reflejan las diversas propuestas de intervención efectuadas, se observa que al 26% de la totalidad de mujeres atendidas no se les ofreció ninguna propuesta de intervención (orientación psicológica individual, apoyo psicoterapéutico en grupo). Esto es debido a varias razones, entre las que cabe destacar:

- el problema que presentaban no era de índole psicológica,
- no existía un deseo de cambio (la usuaria permanece a la espera de que



sean los demás o su entorno lo que cambie),

- existía una expectativa mágica de transformación de la realidad (espera que le toque la lotería para solucionar problemas económicos),

- no se muestran capaces de responsabilizarse de su propio proceso de cambio (mujeres con más de 60 años),

- solamente desean ser validadas en la actitud o decisión previamente adoptadas.

Individual

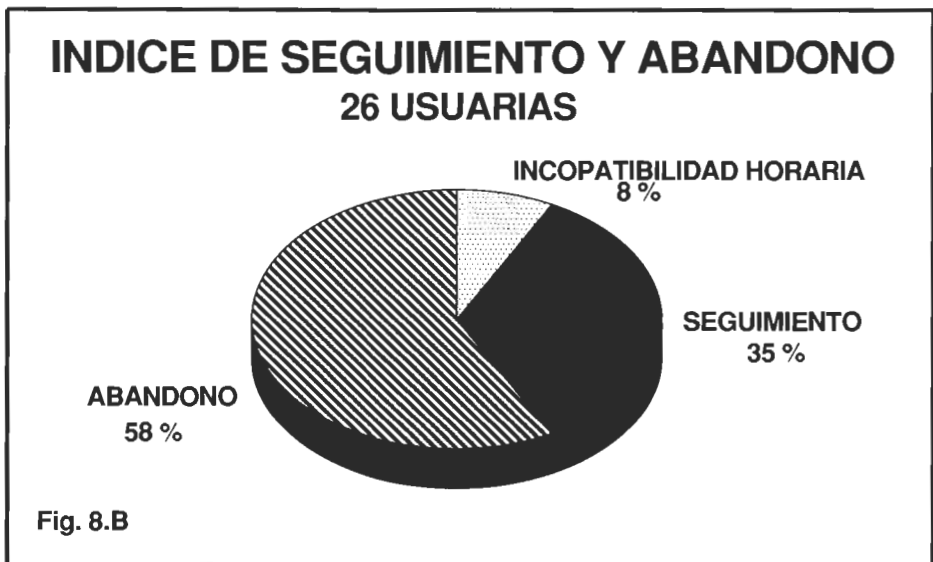
Se propone orientación psicológica individual al 20% de las usuarias que presentaban problemática de “indefensión ante violencia familiar” y “desánimo”, ver FIG. 8.A.

Grupal

Se ha orientado hacia la participación en el “Grupo de Apoyo para Mujeres con Síndrome Depresivo” al 54%, de las cuales sólo se integran en el mismo el 26%.

De las usuarias a las que se les ofreció orientación, el 58% no mantienen el seguimiento (FIG. 8.B.).

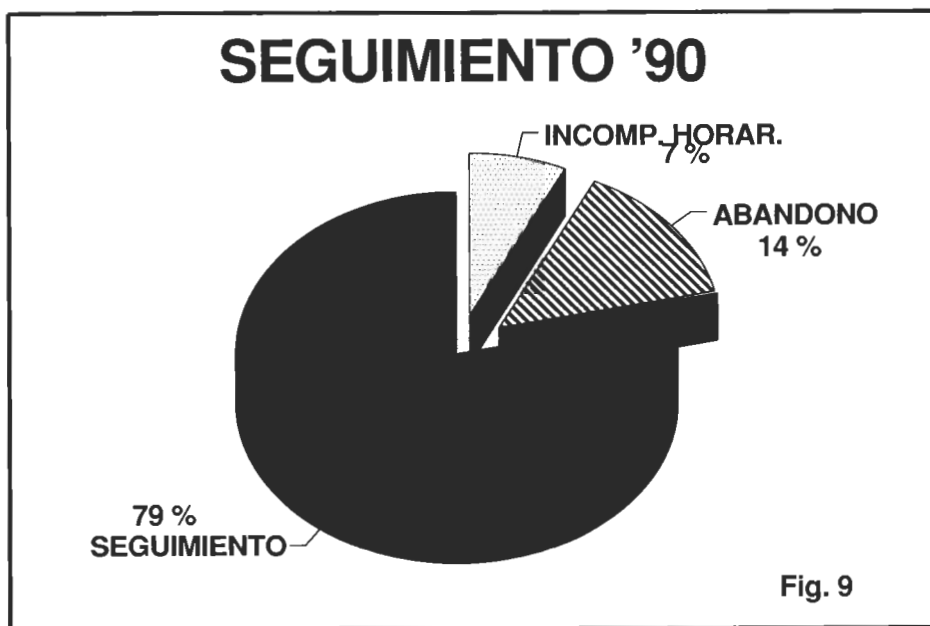
Tal índice de abandono se ve influenciado y aumentado por varias cuestiones: en primer lugar la posible inadecuación de la orientación ofrecida en el servicio al problema planteado; el segundo, la presencia, entre las usuarias, de una característica común de “demanda continuada e inespecífica” entre los servicios



socio-sanitarios sin presentar una demanda explícita, sino una queja continuada de su realidad social sin iniciativa para el cambio; y por último la falta de información en la derivación al servicio que produce en la usuaria unas expectativas poco adecuadas a la realidad ofrecida por el mismo.

Hay que tener en cuenta que cuando se interviene desde un servicio público aparecen siempre estos elementos que elevan el índice de abandono. La propia institución crea una estructura que apremia a sus técnicos a cumplir objetivos de rendimiento y efectividad, la mayoría de las veces alejados de la realidad de la demanda sentida por la población. También ocurre que la coordinación entre servicios no es tan fluida y sistemática como sería de desear para asegurar derivaciones correctas y acaba por producir confusión y falsas expectativas en las usuarias, sobre todo en aquellos casos en los que éstas buscan soluciones mágicas a sus problemas.

Por otra parte, al variar el método de trabajo, y establecer una serie de entrevistas individuales de orientación y exploración, previas al inicio del plan de trabajo propuesto, se ha conseguido disminuir considerablemente el número de abandonos. Véase la FIG. 9.



6. EVALUACION DE LOS EFECTOS DE LA INTERVENCION

La mayoría de las usuarias atendidas mejoraron su situación psicológica personal, de forma que algunas abandonaron el grupo o el seguimiento individual para participar en actividades favorecedoras de autonomía —trabajar, estudiar en la escuela de adultos, etc.— y otras suprimieron o disminuyeron las dosis de psicofármacos que mantenían debido a estados depresivos y/o ansiosos.

La labor desarrollada en el servicio ha demostrado la importancia que tiene la intervención psicológica en tres ámbitos: individual, en grupo y comunitaria.

El primero —la modalidad de intervención individual— permite un espacio de expresión y escucha, al que las mujeres no están acostumbradas, debido al proceso socializador que las conduce al papel de sujeto-que-escucha-atien-de-y-cuida, pero, casi nunca, pide ser escuchada, si no es con la excusa de la enfermedad física y/o psíquica. Eichenbaum y Orbach (1.987) afirman que el sistema cultural modela a las mujeres para que eviten cualquier exhibición de sus necesidades emocionales reales. “Las chicas aprenden muy pronto y en su sentido más auténtico que sólo podrán apoyarse en ellas mismas y que no hay nadie que las pueda asistir emocionalmente” (Eichenbaum y Orbach, ob.cit.).

El segundo —el encuentro de mujeres en grupos de apoyo psicoterapéutico— proporciona unas condiciones que facilitan la contrastación de las vivencias problemáticas, tanto familiares como individuales, y disminuye las reflexiones autodestructivas y culpabilizadoras al ofrecer una dimensión social del conflicto frente a la vivencia individual y aislada del problema sentido en la soledad del hogar.

Cabe destacar, en tercer lugar, la importancia de la intervención comunitaria, ya que incluye la dimensión educativa-divulgativa de temas de interés común al colectivo de usuarias que presentan un alto grado de insatisfacción vital y que manifiestan continuas quejas de la realidad que viven, pero sin mostrar ninguna iniciativa para el cambio. A este grupo de usuarias se le debe ofrecer un espacio más educativo que terapéutico, ya que no reúnen las condiciones necesarias para la intervención psicoterapéutica, es decir, tienen una baja motivación para asumir la responsabilidad de efectuar cambios psicológicos, al mismo tiempo que presentan un alto nivel de sufrimiento o insatisfacción vital.

7. A MODO DE CONCLUSIONES

Los proyectos de trabajo que se plantean en el marco de las instituciones públicas deben abordar los tres ámbitos de intervención mencionados: individual, grupal y comunitario.

De tal manera, con la intervención psicológica individual o en grupo (de orientación o psicoterapéutica) se posibilita la toma de responsabilidad en el

proceso de cambio psicológico, lo que disminuye el riesgo de aparición de problemas más graves a medio o largo plazo. Y con la intervención comunitaria –de orientación psicológica didáctica– se favorece la toma de conciencia de la situación socio-familiar que la mujer vive y se posibilitan cambios que permiten abandonar la queja como único medio de comunicación y establecer demandas concretas como forma de expresión más válida.

Este modelo de intervención propuesto tiene como objetivo general ofrecer un espacio de reflexión y diálogo que facilite el reconocimiento y la elaboración de la problemática personal, así como, la realización de los cambios psicológicos necesarios para el establecimiento de objetivos realistas que favorezcan una vida más satisfactoria y solidaria. Lógicamente todo objetivo general debe concretarse en una serie de indicadores susceptibles de evaluación (aumento de la autoestima, ampliación del abanico de intereses para relativizar la importancia de las tareas del hogar, aumento de la autonomía y la independencia, mejora de la comunicación intra e interindividual, sustitución de las quejas continuadas por demandas explícitas, creación de redes de apoyo entre mujeres, etc.).

Por último, resaltar la importancia que tiene, para el buen desarrollo de un proyecto de intervención comunitaria como el expuesto, la coordinación con otros profesionales y servicios del área psico-social del Municipio, porque posibilita un seguimiento de casos más eficaz, disminuye la asistencia simultánea a diversos servicios y permite evaluaciones multidisciplinarias de los proyectos desarrollados.

Referencias Bibliográficas

- EICHENBAUM, E.L. y ORBACH, S., *Qué quieren las mujeres*, Madrid, Editorial Revolución S.A.L., 1.987.
JERVIS, G., *Manual crítico de psiquiatría*, Barcelona, Editorial Anagrama, 1.977.
MENDEZ, E., Mujer y relaciones interpersonales. Informe de Situación, ponencia presentada en el Simposium Internacional "Mujer y Calidad de Vida" realizado en Barcelona en 1.990.
SAEZ BUENAVENTURA, C., *Mujer, locura y feminismo*, Madrid, Dédalo Ediciones S.A., 1.979.
SAEZ BUENAVENTURA, C., *Sobre mujer y salud mental*, Barcelona, LaSal Edicions de les dones, 1.988.
SAU, V., Investigación de los malos tratos a mujeres sobre una muestra recogida en un centro de Información y Urgencia para la Mujer, del Ayuntamiento de Barcelona, manuscrito no publicado, 1.985.

