



**LA VULNERABILIDAD A LA VIOLENCIA DE
LAS MUJERES CON PROBLEMAS DE
SALUD MENTAL**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Alumna:

Adela López Canelada

Tutora:

Eva Rubio Guzmán

Grado en Trabajo Social

Curso 2018/2019

10 de Junio de 2019

ÍNDICE

1. RESUMEN/ABSTRACT.....	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	4-5
3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA.....	6
4. ¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD MENTAL?	7
4.1. Tipos de enfermedad mental.....	8
5. LAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL EN ESPAÑA.....	9- 10
6. VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL	
6.1. ¿Qué es la violencia de género?	11- 12
6.2. Origen y factores de riesgo de la violencia de pareja..	12- 13
6.2.1. Factores que disminuyen el riesgo de sufrir violencia y circunstancias que incrementan el riesgo.....	14
6.3. Consecuencias de los malos tratos en la salud de las mujeres.....	15- 16
6.4. ¿Por qué las mujeres con trastorno mental grave tienen un mayor riesgo de sufrir violencia?	17
6.5. Cifras sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental.....	18
6.6. Guía de recursos para mujeres con enfermedad mental víctimas de violencia de género.....	19-20
7. INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	21-24
8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON MUJERES MALTRATADAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL.....	25- 30
9. CONCLUSIONES.....	31- 32
10. BIBLIOGRAFÍA.....	33-34

1. RESUMEN/ABSTRACT

A lo largo de la historia la enfermedad mental ha sufrido cambios, desde sus primeras concepciones hasta el concepto que tenemos hoy en nuestra sociedad actual.

Entre la enfermedad mental y la violencia de género existe una relación muy estrecha, considerando a las mujeres con un diagnóstico psiquiátrico como el colectivo más vulnerable en temas de violencia de género.

El trabajador social en la intervención con mujeres víctimas de violencia de género y con un diagnóstico psiquiátrico, se encarga de la rehabilitación social de estas mujeres mejorando su calidad de vida.

Palabras claves: *salud mental, enfermedad mental, recursos, perspectiva de género, trastorno mental grave, violencia de género, intervención desde el trabajo social en salud mental.*

ABSTRACT

Throughout history mental illness has undergone changes, from its first conceptions to the concept we have today in our current society.

There is a very close relationship between mental illness and gender violence, considering women with a psychiatric diagnosis as the most vulnerable group on issues of gender violence.

The social worker in the intervention with women victims of gender violence and with a psychiatric diagnosis is responsible for the social rehabilitation of these women by improving their quality of life.

Key words: *mental health, mental illness, resources, gender perspective, serious mental disorder, gender violence, intervention from social work in mental health.*

2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad situar al Trabajo Social en el campo de actuación de la Salud Mental, concretamente en la intervención con mujeres víctimas de violencia de género que sufren una enfermedad mental.

La motivación que me ha llevado a cabo a elegir este tema para mi Trabajo de Fin de Grado (TFG), reside en el mismo motivo por el que elegí hacer mis últimas prácticas en el Centro de Salud Mental distrito Retiro.

A lo largo de mis prácticas he podido observar como es la intervención que se realiza con aquellas mujeres que están diagnosticadas de alguna enfermedad mental y son víctimas de violencia de género, o en su defecto lo han sido. Al igual que he podido observar como estas mujeres constituyen un colectivo especialmente vulnerable, así como es un hecho reconocido que es más frecuente la violencia ejercida contra ellas por parte de sus parejas o exparejas que hacia aquellas mujeres que no presentan ninguna enfermedad mental.

El hecho de que tengan problemas de salud mental las hace más vulnerables, puesto que juegan con una doble discriminación, el hecho de ser mujer, y es por ello por lo que el hombre ejerce violencia sobre ella, y que tengan problemas en relación con su salud mental lo cual implica una importante estigmatización y rechazo por parte del conjunto de la sociedad.

La razón por la que consideré llevar a cabo esta investigación se debe a el especial interés que despierta en mí este colectivo y sobre todo por el tipo de intervención que se realiza, en base a lo que he observado en mis prácticas.

Asimismo, otra de las grandes razones que me motivó a llevar a cabo esta investigación, es la problemática existente en lo que respecta a la detección de las posibles situaciones de violencia de género en las que se encuentran estas mujeres, ya que en la detección en muchos casos es complicada, ya sea por sus discursos o por la falta de conciencia sobre las situaciones que están viviendo, esto en varias ocasiones es resultado de la distorsión que hacen la realidad como consecuencia de la enfermedad o del maltrato que sufren, así como la existencia de una mala detección por parte de los profesionales.

Otra de mis grandes motivaciones para decidirme hacer mi Trabajo de Fin de Grado sobre este tema es por lo necesario que a mi parecer es la visibilización de la problemática a la que se enfrentan estas mujeres, si ya de por sí aquellas personas, independientemente de sean hombres o mujeres se encuentran desprotegidos, juzgados e incluso discriminados por presentar problemas de salud mental, imaginemos en que situación se encuentran estas mujeres. Tal y como he mencionado anteriormente se encuentran viviendo con una doble discriminación y rozando en multitud de ocasiones la exclusión social.

3. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo principal del trabajo es conocer las características y diferentes perfiles de las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género y que presentan un problema de salud mental.

Los objetivos específicos perseguidos en este trabajo son;

- Analizar el riesgo que tienen las mujeres con problemas de salud mental a ser víctimas de violencia de género.
- Explorar la intervención profesional en este ámbito de la salud, describiendo las funciones del Trabajo Social para la mejora de la calidad de vida de este colectivo.

La metodología utilizada para la realización del presente trabajo es fundamentalmente de naturaleza bibliográfica, esto es, el análisis de fuentes secundarias. Para ello se han realizados diferentes búsquedas de documentación en bases documentales como Dialnet, Scielo y Google Scholarship a partir de los siguientes términos o palabras clave como motores de la búsqueda: *salud mental, perspectiva de género, trastorno mental grave, violencia de género, intervención desde el trabajo social en salud mental, salud mental*.

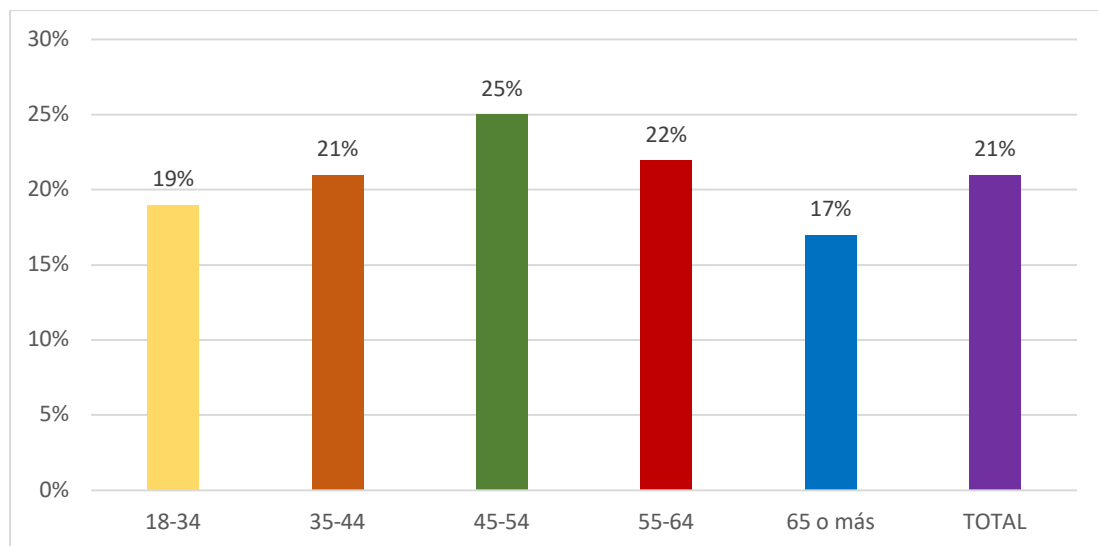
Asimismo, se ha realizar una búsqueda de datos estadísticos en diferentes organismos de la Administración Pública y en entidades privadas con el objetivo de comprender el perfil de este colectivo y la prevalencia de estas problemáticas

Por último, la observación directa de las intervenciones en mi centro de prácticas ha venido a complementar la recogida de información para poder desarrollar este tema en el presente trabajo.

4. ¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD MENTAL?

En 1987 el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) define aquellas personas que padecen de un trastorno mental grave como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”*.

Gráfico 1. Porcentaje de población diagnosticada con enfermedades mentales en España en el año 2018, por grupos de edad.



Elaboración propia. Fuente: Statista.

Este gráfico muestra el porcentaje de la población española diagnosticada con enfermedad mental en el año 2018 por grupos de edad. El porcentaje total de población diagnosticada aumentó en un 21% respecto a los años anteriores, la prevalencia fue mayor en aquellas personas que comprendían las edades entre los 45 y 54 años.

4.1. TIPOS DE ENFERMEDAD MENTAL

Hoy por hoy, los trastornos psiquiátricos siguen agrupándose de un modo general y práctico en cuatro grandes síndromes, independientemente de los modernos métodos de clasificación. Gómez y Zapata (2000:106-107) explican cómo son:

- **Trastorno psicótico;** su peculiaridad se debe por la pérdida del juicio, de la realidad con delirios y alucinaciones, siendo su cuadro típico la esquizofrenia y los trastornos delirantes, no obstante, los síntomas psicóticos también pueden estar presentes en algunos trastornos del ánimo, como el trastorno bipolar, y en los trastornos cognitivos, como el delirium.
- **Trastorno neurótico;** conforman un grupo de enfermedades que se caracterizan por los conflictos intrapsíquicos que producen ansiedad, pero no anulan el juicio de la realidad. Su cuadro típico lo constituye el trastorno de ansiedad o angustia, no obstante, los síntomas neuróticos aparecen también en los trastornos somatomorfos y en los denominados trastornos del ánimo.
- **Trastornos psicopáticos;** constituyen los trastornos de la personalidad o caracterial, marcado por la inmadurez temperamental y la intolerancia a la frustración. Lo característico en dicho trastorno es que no se altera el juicio de la realidad ni se producen alteraciones emocionales (angustia, sufrimiento subjetivo, entre otras), pero genera una incapacitación para el aprendizaje y la adaptación al entorno y dan lugar al conflicto en las relaciones interpersonales y en general problemas en las relaciones sociales. Siendo su cuadro más típico el trastorno de la personalidad asocial.
- **Trastorno mental orgánico;** se ha producido una deshabitación de este término, debido a la dificultad teórica de separar lo orgánico de lo no orgánico, ya que todos los síntomas psiquiátricos están medidos por el cerebro.

El término orgánico sigue siendo productivo para referirse aquellos trastornos mentales relacionados con un agente específico (enfermedad médica o sustancia tóxica) que propicia un daño estructural en el SNC (Sistema Nervioso Central).

5. LAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL EN ESPAÑA

A lo largo de la historia la enfermedad mental ha sufrido cambios, desde sus primeras concepciones hasta el concepto que tenemos hoy en nuestra sociedad actual se han producido importantes modificaciones, especialmente en la visión sobre las mujeres con problemas de salud mental.

Las mujeres, históricamente, han sido calificadas de “inferiores mentales” con respecto a los hombres, “locas” o “enajenadas mentales”, siendo esto consecuencia de la mirada patriarcal que se ha mantenido sobre las mujeres en el ámbito de la medicina.

La medicina y en concreto la psiquiatría, a lo largo de la historia constituyen una importante fuente de ideología sexista. Las prácticas médicas servían de apoyo para justificar la subordinación femenina (Ortega, 2008).

Haciendo mención de la enfermedad mental y a las mujeres, a lo largo de la historia ha habido un mayor estigma cuando eran ellas las que la sufrían, siendo catalogadas de “histéricas, delirantes o depresivas” (Cuñat, 2008).

Además, los médicos del siglo XIX discurrían que la tensión existente en la vida moderna hacía a las mujeres más susceptibles de padecer desórdenes nerviosos.

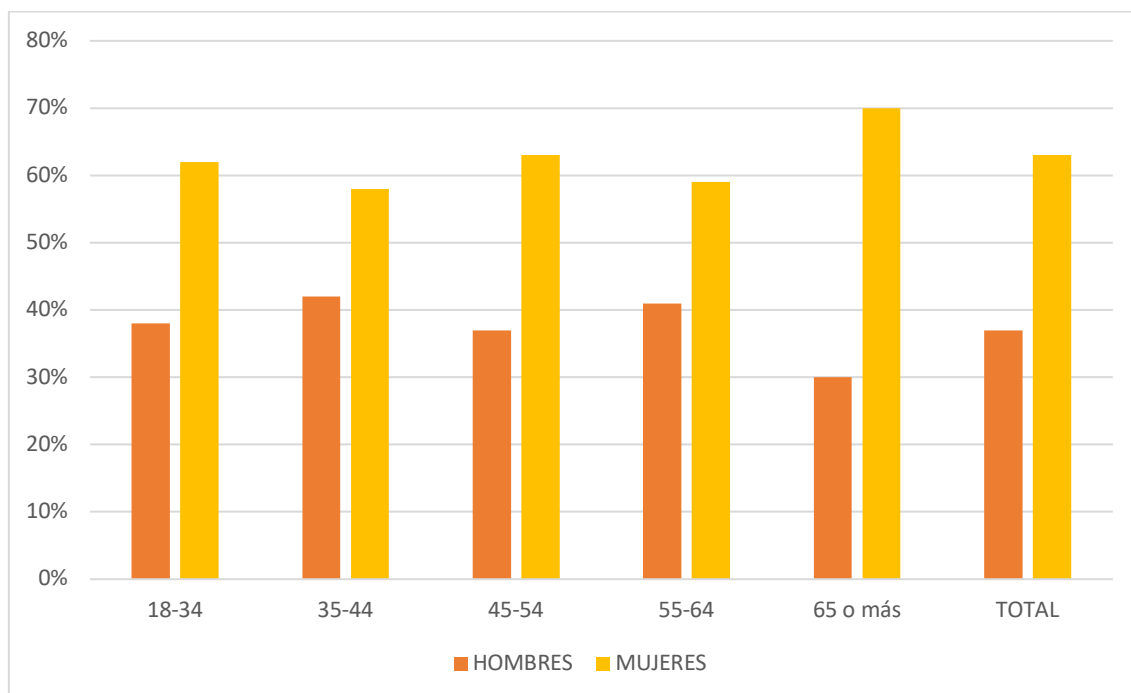
En relación con la construcción de las enfermedades de mujeres en España, era constante la presencia de valores y condicionantes de carácter no científico en el discurso médico sobre las enfermedades mentales características de las mujeres (Ruiz y Jiménez, 1994).

Se manifiestan diversas alusiones a los trastornos mentales propios de la mujer, llegándose a instaurar, como en otros contextos geográficos y socioculturales, presentando una íntima relación entre “política de género” y medicina mental. Se hace hincapié en que las mujeres son más susceptibles que los hombres para enfermar de enajenación mental, discutiendo la relación entre sistema nervioso y aparato genital y marcando el acento en la fisiología femenina como si fuera la causa intrínseca de determinados desórdenes mentales (Ortega, 2008).

La relación existente entre enfermedad mental y género se probaba en que las conductas anormales producidas por un hombre no daban sospecha a que pudiera padecer una enfermedad mental, pero en el caso de la mujer pasaba lo contrario, estas conductas realizadas por una mujer eran patologizadas (Ruiz, 2003; Jiménez, 2003).

La prevalencia de trastornos mentales o enfermedad mental en las mujeres puede tener sus causas en que se les supone una mayor sensibilidad al malestar, pudiendo expresar de esta manera abiertamente sus síntomas y quejas. Las mujeres suelen definirse en su mayoría como enfermas y son canalizadoras de la demanda de atención por parte de otras personas, como por ejemplo hijos, parejas, entre otros (Ortega, 2008).

Gráfica 2. Porcentaje de población diagnosticada con enfermedades mentales en España en 2018, por género y grupos de edad.



Fuente: Statista. Elaboración propia.

Esta gráfica muestra el porcentaje de población diagnosticada de enfermedad mental, en España, por grupo de edad y género en el 2018. El total de población de hombres diagnosticados de enfermedad mental constituyen el 37% de la población con problemas de salud mental, y el 63% las mujeres, siendo especialmente relevante en aquellas mujeres a partir de los 65 años. En comparación con los hombres, son las mujeres las que presentan una prevalencia mayor al diagnóstico de enfermedades mentales.

6. VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL

6.1. ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO?

El Artículo 1 de la *resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de Diciembre de 1993*, de las Naciones Unidas en la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”, define la violencia contra la mujer como *“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*.

Generalmente, cuando reflexionamos sobre la violencia contra las mujeres referimos esencialmente a la violencia física, como son palizas, agresiones físicas o incluso la muerte. No obstante, la violencia de género también incluye el maltrato psicológico, de tipo sexual, de aislamiento y control social, que por lo general tienden a pasar más desapercibidos. (WHO, 2002)

El artículo 3.3 de la ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género de Andalucía, hace referencia a la siguiente tipología: violencia física, psicológica, sexual y económica.

- ***“Violencia física***, que incluye cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza del hombre contra el cuerpo de la mujer, así como los ejercidos en su entorno familiar o personal como forma de agresión a esta con resultado o riesgo de producir lesión física o daño.
- ***Violencia psicológica***, que incluye conductas verbales o no verbales, que produzcan en la mujer desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, control, insultos, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, así como las ejercidas en su entorno familiar, laboral o personal como forma de agresión a la mujer.

- ***Violencia sexual**, que incluye cualquier acto de naturaleza sexual no consentido por la mujer, abarcando la imposición del mismo mediante fuerza, intimidación o sumisión química, así como el abuso sexual, con independencia de la relación que el agresor guarde con la víctima.*
- ***Violencia económica**, que incluye la privación intencionada y no justificada legalmente de recursos, incluidos los patrimoniales, para el bienestar físico o psicológico de la víctima, de sus hijos o hijas o de las personas de ella dependientes, o la discriminación en la disposición de los recursos que le correspondan legalmente o el imposibilitar el acceso de la mujer al mercado laboral con el fin de generar dependencia económica”.*

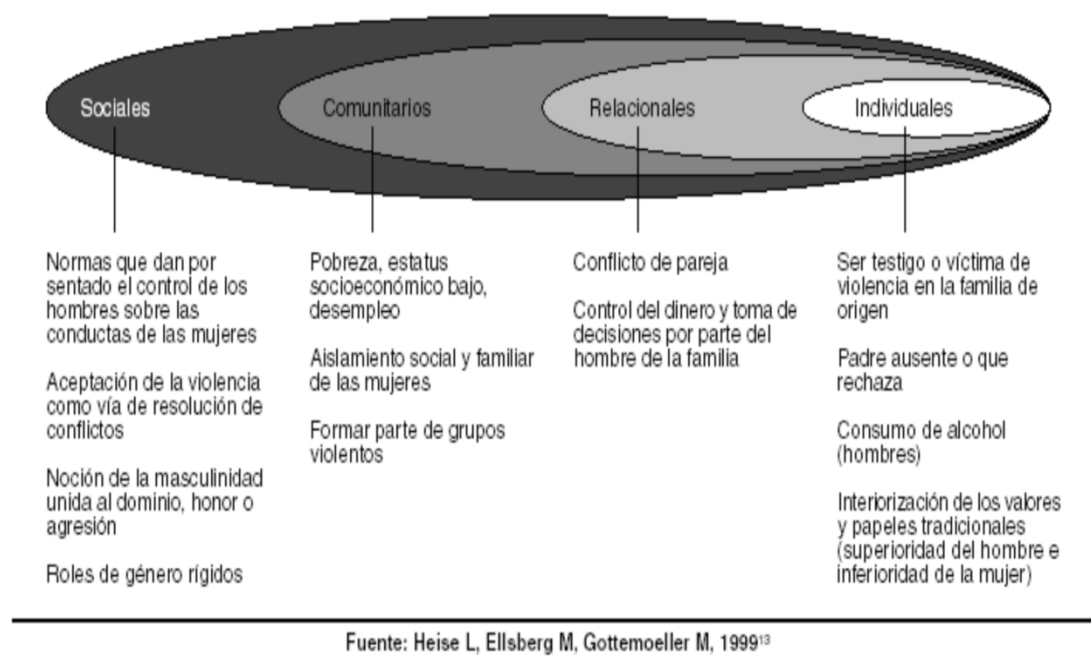
6.2. ORIGEN Y FACTORES DE RIESGO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA

La violencia ejercida contra las mujeres tiene raíces origen social y cultural, además se basa en la creencia en tiempos remotos de que la mujer es propiedad del hombre. (WHO, 2002).

Esta violencia según Blanco et al. (2004) *“Está vinculada al desequilibrio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los ámbitos social, económico, religioso y político, pese a los indudables avances en las legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad de derechos”.*

Progresivamente en el tiempo, según estas autoras, se va perfilando un marco “ecológico” que contempla diversos factores de riesgo que dan origen a la violencia ejercida contra las mujeres. *“Sobre la base de una organización social basada en la desigualdad y el dominio de los hombres sobre las mujeres, que acepta la violencia como forma de resolver los conflictos, existiría una serie de factores que interactúan y que pueden favorecer la violencia o proteger frente a ella”*

Gráfica 3. Factores asociados con la violencia de pareja en el Modelo Ecológico



Los factores sociales asociados con la violencia de pareja en el modelo ecológico están relacionados con; aquellas normas que dan por hecho que los hombres tengan el control sobre las conductas de las mujeres, la aceptación de la violencia como medio de resolución de conflictos, conocimiento de la masculinidad unida al dominio y la existencia de roles de género rígidos.

Los factores comunitarios están relacionados con; la pobreza, estatus, aislamiento social y familiar, y ser miembro de grupos violentos.

Los factores relaciones tiene que ver con el conflicto existente en la pareja y el control económico, así como la toma de decisiones por parte del hombre respecto de la familia.

Los factores individuales están relacionados con; ser víctima de violencia por parte de tu familia de origen o ser testigo de ello, rechazo o ausencia paterna, el consumo de alcohol en hombres y la interiorización de valores y roles tradicionales (superioridad del hombre frente a la mujer).

6.2.1. Factores que disminuyen el riesgo de sufrir violencia y circunstancias que aumentan el riesgo.

La Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Fedeaefes, 2017) en su guía de “investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental” manifiesta que es evidente que la enfermedad mental aumenta el riesgo de violencia, como también es cierto que no todas las mujeres con una enfermedad mental sufren de violencia.

Se han identificado distintos factores que reducen el riesgo de sufrir violencia, los cuales son:

- Disponer de una red de apoyo social y familiar.
- Participación social.
- No encontrarse en situación de pobreza.
- La incorporación de la perspectiva de género por parte de los servicios públicos en sus intervenciones, trabajando el empoderamiento de la mujer.

También existe la evidencia de que hay algunas circunstancias biográficas, así como algunos momentos vitales en la vida de las mujeres que aumentan el riesgo de sufrir violencia cuando se tiene una enfermedad mental. Las circunstancias más relevantes que originan el incremento del riesgo y se tienen que tener en cuenta en la intervención son las siguientes:

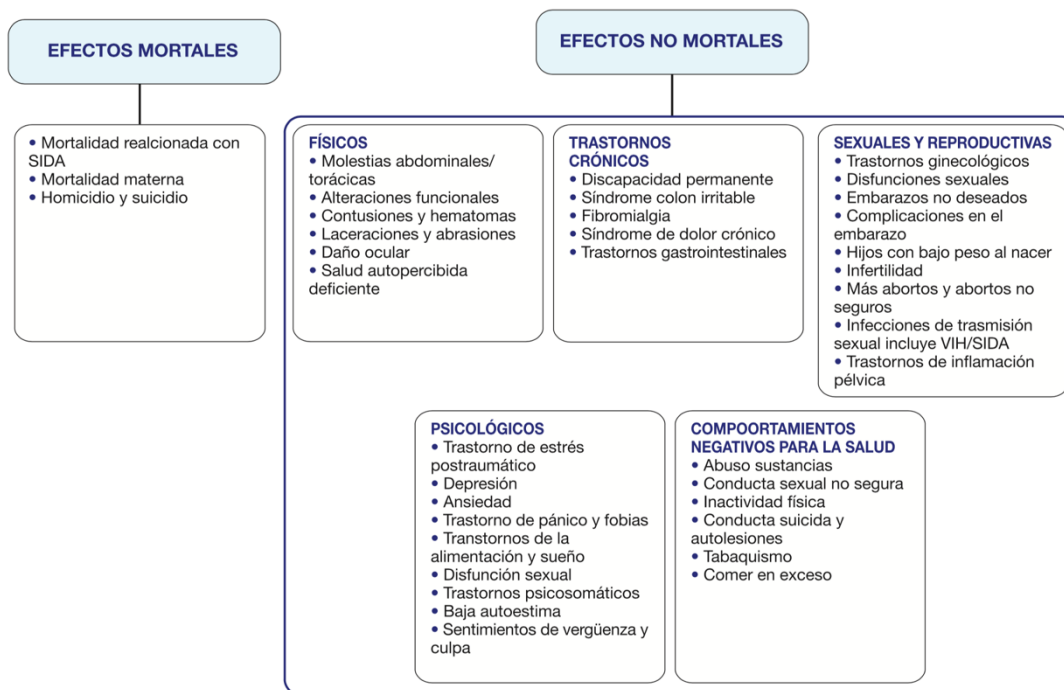
- Haber sufrido violencia en la infancia en el ámbito familiar.
- Haber sido testigo de violencia machista en el ámbito familiar.
- Encontrarte en un momento de descompensación de la enfermedad.
- Embarazo.

6.3. CONSECUENCIAS DE LOS MALOS TRATOS EN LA SALUD DE LAS MUJERES

Numerosos estudios realizados durante los años ochenta y noventa, demuestran que el hecho de que una mujer este sometida a una relación de violencia conlleva a que tenga graves consecuencias en su salud, tanto a corto como largo plazo.

La mujer que sufre violencia presenta importantes síntomas físicos y psicosomáticos (como es la baja autoestima, ansiedad y depresión, fundamentalmente), además de lesiones o daños físicos. Los síntomas físicos que presentan estas mujeres, en muchas ocasiones son crónicos e inespecíficos como pueden ser las cefaleas, dolores de espalda, entre otros, que aparecen entremezclados con los síntomas psíquicos.

Gráfico 4. Consecuencias en la salud de la mujer maltratada.



Fuente: Apartado de OMS (2002) Word reporto on violence and health y Heise, Ellsberg y Gottemoelle (1999)

Las consecuencias en la salud de la mujer maltratada es lo que denominamos efectos mortales y efectos no mortales.

Entre los efectos mortales se encuentran la mortalidad materna, homicidio y suicidio y la mortalidad relacionada con el SIDA.

Entre los efectos no mortales se encuentran:

- Físicos, los cuales están constituidos por molestias abdominales, alteraciones funcionales, contusiones y hematomas, daño ocular, salud autopercebida deficiente, entre otros.
- Trastornos crónicos, los cuales están relacionados con la discapacidad permanente, la fibromialgia, síndrome de dolor crónico, trastornos gastrointestinales, etc.
- Sexuales y reproductivos, los cuales hacen referencia a los trastornos ginecológicos, disfunciones sexuales, embarazos no deseados, complicaciones durante el embarazo, trastornos de inflamación pélvica, etc.
- Psicológicos, están relacionados con el trastorno estrés postraumático, depresión, ansiedad, trastorno del pánico, fobias, baja autoestima, sentimientos de vergüenza y culpa, trastorno de la alimentación y el sueño, disfunción sexual y trastornos psicosomáticos.
- Comportamientos negativos para la salud, estos están constituidos por abusos de sustancias, conductas sexuales no seguras, la existencia de inactividad física, conductas suicidas y autolesiones, tabaquismo y comer en exceso.

6.4. ¿POR QUÉ LAS MUJERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE TIENEN UN MAYOR RIESGO DE SUFRIR VIOLENCIA?

La Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Fedefes, 2017) asimismo explica que aquellas mujeres que padecen un trastorno mental grave se considera que tienen adheridos factores personales y estructurales que acentúan el riesgo de victimización. Muchos de estos factores son de origen social, los más relevantes son:

- La carencia de autonomía, lo que trae consigo una dependencia hacia los demás.
- La falta de empleo y recursos económicos.
- El aislamiento social.
- El estigma social en relación con la enfermedad mental.
- La carencia de recursos propios.
- Un incremento en las probabilidades de situarse en relaciones desiguales debido a las dificultades que presentan para encontrar pareja (vinculación con el estigma).
- Baja autoestima.
- Sentimiento de baja capacidad para enfrentarse a la vida.
- Tendencia a justificar las relaciones abusivas hacia su persona dado a sus sentimientos de poca valía.
- Legitimización de su discurso.
- Falta de recursos públicos que se adecuen a las necesidades de estas mujeres.

Existen otras circunstancias de carácter biográfico que intensifican el riesgo de sufrir violencia cuando se es diagnosticado de un trastorno mental grave, como es el haber sufrido violencia en el ámbito familiar durante la infancia o haber sido testigo de violencia en el ámbito familiar hacia la mujer, encontrarse en un momento de descompensación de la enfermedad y el embarazo.

6.5. CIFRAS SOBRE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL

Es tan arraigado en la sociedad en la que vivimos el mito de que las personas diagnosticadas con una enfermedad mental son violentas, que hace que sea más complicado visualizar la violencia que sufren estas personas. No obstante, estudios de carácter cuantitativo realizados en el ámbito estatal presentan cifras escalofrantes (Fedefes, 2017):

- 3 de cada 4 mujeres con enfermedad mental grave han sufrido violencia en el ámbito familiar o/y en la pareja, al menos alguna vez en su vida.
- Cerca del 80% de las mujeres con enfermedad mental grave han sufrido violencia en algún momento de su vida por parte de sus parejas.
- El 52% corresponde a mujeres con enfermedad mental grave que conviven con familiares que han sido victimizadas en el último año.
- El riesgo de sufrir violencia en la pareja es entre 2 y 4 cuatro veces mayor respecto a aquellas mujeres que no tienen una enfermedad mental grave.
- El tipo de violencia más frecuente en la pareja, para toda la población femenina, es la violencia psicológica. A pesar de ello, la violencia física y sexual son también elevadas; siendo más de la mitad de las mujeres con enfermedad mental que han sufrido esta violencia por parte de sus parejas y algo más del 40% de las mujeres ha sufrido violencia sexual.
- Más del 40% de estas mujeres está sufriendo actualmente violencia en la pareja.
- En la mitad de los casos, los profesionales de referencia en la Red de Salud Mental de la mujer desconocían la existencia de maltrato ocurrido en este último año.

6.6. RECURSOS PARA MUJERES CON ENFERMEDAD MENTAL VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

En la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid no existen recursos específicos para aquellas mujeres víctimas de la violencia de género en esta comunidad.

Además, existe un difícil acceso para las mujeres con problemas de salud mental, ya que en muchos de los recursos son excluidas por el mero hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico, pero siendo lógico que aún así pudieran beneficiarse de ellos.

La Guía de Atención a mujeres maltratadas con Trastorno Mental Grave (2010) de la Comunidad de Madrid, expone los tres tipos de recursos que hay: los Centros de Emergencia, los Centros de Acogida y los Pisos tutelados.

Los **Centros de Emergencia** se encargan de la acogida de las mujeres y sus respectivos hijos víctimas del maltrato con una necesidad de protección urgente y por un tiempo limitado. Están en coordinación con los Servicios Sociales de referencia. Se accede mediante los Servicios Sociales, la Policía Local, Puntos Municipales del Observatorio Regional de violencia de género, entre otros.

Los **Centros de Acogida** se emplean como alojamiento temporal durante el proceso en el que se lleva a cabo un plan de atención integral, encaminado a facilitar la normalización de aquellas mujeres que son víctimas de violencia de género. Se accede a través de la Dirección General de la Mujer. con derivación de los Centros de Emergencia y los Servicios Sociales Municipales.

Los **Pisos tutelados** se emplean como salida de los centros de acogida, con el objetivo de que las mujeres se doten de autonomía personal y familiar, sin la necesidad de la protección que se presta en los centros de acogida. Se accede a través de los centros de acogida y la valoración de la Dirección General de la Mujer.

Existen otros servicios que están enfocados a todas aquellas mujeres víctimas de violencia de género, siendo independiente el factor de su estado de salud mental. La Guía de Atención a mujeres maltratadas con Trastorno Mental Grave (2010) de la Comunidad de Madrid, también expone estos servicios, los cuales son:

- Teléfono 012 Mujer. Teléfono de información de la Comunidad de Madrid.
- Teléfono 016 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Es un servicio gratuito y de carácter confidencial en el que se da información sobre recursos sociales, ayudas económicas, acceso a alojamiento, legislación en materia de extranjería, información y orientación labora y sobre cuestiones legales de carácter penal y civil.
- Servicio de Orientación Jurídica; se ofrece atención jurídica individual a cada una de las mujeres que lo solicite, por letrados del turno de oficio expertos en dicha materia.
- Programa ATIENDE: Unidad especializada del Hospital General Universitario Gregorio Marañón; trabaja en la intervención del daño emocional a mujeres y niños/as víctimas de violencia de género. Se accede a través de la Dirección General de la Mujer, ya que no es posible la derivación a través de los recursos de mujeres.
- Centro de Atención Psicosocial Programa Mira. Ofrece atención psicosocial especializada a mujeres y sus hijos/as y aquellas personas dependientes, víctimas de violencia de género.
- Centro de Atención Integral a las víctimas de Agresiones Sexuales (CIMASCAM). Ofrece tratamiento psicológico, de orientación, apoyo, asistencia y defensa jurídica a víctimas que sufren agresiones y abusos sexuales.

7. INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Si observamos el desarrollo del trabajo social psiquiátrico, éste se ha considerado como una especialización profesional, y su origen lo situamos en la fase histórica de tecnificación del trabajo social (Fernández, 1997).

Actualmente, la atención sanitaria en salud mental se realiza a través de una red de centros especializados repartidos en determinados territorios (hospitales de día, Centros de Salud Mental, unidades de rehabilitación, entre otros). Estos servicios han tenido una implantación distinta en función de la multitud de planes de salud mental que se han ido desarrollando en las diferentes comunidades autónomas.

En lo que se refiere al nivel normativo, en el año 2006 se determina la cartera de servicios comunes al Sistema Nacional de Salud, por medio del Real Decreto 1030/2006, del 15 de septiembre, en el cual se especifican de manera más amplia las prestaciones, determinando dicha cartera dentro de la Atención Especializada. La cartera de servicios se define de la siguiente manera:

- *“Diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, de la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización”* (Garcés, 2010.p. 336).
- *“La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, donde se incluye”* (Garcés, 2010.p. 336):
 - Actuaciones de prevención y promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos tanto sanitarios como no.
 - *“Diagnostico y tratamiento de trastornos mentales y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo en tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación”* (Garcés, 2010.p. 336).
 - Diagnostico y tratamiento de aquellas conductas adictivas, alcoholismo y ludopatías inclusive.
 - Diagnostico y tratamiento de aquellos trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, así como la atención de los niños con psicosis,

autismo y trastornos de la conducta en términos generales y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones de índole psicoterapéuticas en los hospitales de día, las hospitalizaciones cuando sean necesarias y la asistencia de las conductas saludables.

- Atención a los trastornos que son derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- Informar y asesorar a las personas vinculadas con el usuario, en especial al cuidador/a principal.

En salud mental el trabajador social interviene en conjunto con otros profesionales tratando de integrar las diferentes disciplinas (Barg, 2006). Se ocupará de atender a toda la *“población adscrita al dispositivo de atención de salud mental dentro de las demarcaciones geográficas y poblaciones establecidas, especialmente en aquella que presente riesgo social o problemática social instaurada”* (Garcés, 2010.p. 338). El trabajo social en dicho ámbito es fundamentalmente un trabajo social clínico, en el que se trabaja con una población determinada.

En los Servicios de Salud Mental el trabajo social se ejecuta desde múltiples concepciones del proceso terapéutico, por tanto, su metodología *“combina aspectos psicoterapéuticos personales junto con la conexión de otras intervenciones sociales”* (Garcés, 2010.p. 338), teniendo en consideración que es el colectivo con el que trabaja y su psicopatología la que define la forma específica de la intervención que va a realizar el profesional, en este caso el trabajador social en el ámbito de salud mental.

El trabajo social en este campo está relacionado con la *“valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica”* (Garcés, 2010. p. 338-339).

El trabajo social clínico produce el cambio a través de tres fundamentos principales:

- A través de la relación interpersonal
- Mediante cambios en la situación social
- A través de cambios en las relaciones con personas relevantes en el espacio vital de los individuos.

Los trabajadores sociales forman parte de un equipo interdisciplinar, en el que los distintos profesionales tienen un objetivo común, se encuentran igualados en el momento de hacer aportaciones, aunque se diferencian por el tipo de información e intervención que hace cada uno de ellos, y capacitados para planificar sus actuaciones en función de las características y prioridades de la problemática existente.

En primer lugar, para conocer la especialidad de los profesionales de trabajo social dentro de su equipo es importante diferenciar lo que son sus funciones con el rol profesional que desempeña. En lo que se refiere a las funciones, los trabajadores sociales las han ido desarrollando en los distintos servicios de salud mental, con la intención de definir nuestro propio espacio profesional, ya que en nuestro caso no era lo normal que las instituciones definieran las funciones que teníamos que desempeñar.

En cuanto a los roles, se refieren a las *“expectativas latentes en cuanto a las funciones, tareas o comportamientos y actitudes que existen en un grupo de trabajo al respecto de cada uno de sus miembros”* (Garcés, 2010.p. 340).

Las actividades desempeñadas por los trabajadores sociales varían dependiendo del centro en el que prestan sus servicios, la finalidad y los objetivos de su equipo. En este sentido, las funciones básicas que un realiza un trabajador social en salud mental son:

- **Función de atención directa:** es la atención que se ofrece y posibilita a los usuarios, familias y grupos que muestran o están en riesgo de presentar problemas de carácter social, en correspondencia con un problema de salud mental. El objetivo está dirigido a trabajar con los propios recursos del usuario y la familia. Esto se lleva a cabo a través de un proceso que abarca (Garcés, 2010.p.341):

- *“Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y /o familiares.*
 - *Valoración socio-familiar.*
 - *Diagnostico social.*
 - *Planificación de la intervención*
 - *Discusión del caso con el equipo profesional, para estructurar un plan de trabajo en función de las necesidades detectadas.”*
- **Función preventiva, de promoción e inserción social:** su objetivo es alcanzar la adaptación personal al medio social y familiar del enfermo mental, a través de la aceptación e integración de él mismo mediante los recursos normalizados y específicos para este colectivo, así como fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones para familiares etc.
 - **Función de coordinación:** consiste en la incorporación del factor social a los problemas de salud mental en colaboración con el programa de continuidad de cuidados, aportando aquellos recursos necesarios para integración y reinserción social del usuario. En la intervención se incluye el tratamiento de los problemas psico-sociales.

El trabajador social es considerado como el especialista en lo social y en lo relacionado en las organizaciones y servicios sociales (Pellegero, 1992). Los trabajadores sociales, por su parte, deben conocer a la perfección los servicios sociales del entorno e informar a los usuarios y a sus familiares, así como a los miembros del equipo, para la incorporación a los planes de actuación individualizados.

En cuanto a la metodología de intervención, es de vital importancia una adecuada formación, que englobe el conocimiento y empleo del mayor número de modelos de intervención posible, que posibilite la comprensión de la situación psicosocial del usuario en todas sus dimensiones y el progreso profesional dentro del equipo interdisciplinar en el que existen diferentes enfoques teóricos.

En el quehacer profesional deben estar integrados los modelos teóricos adecuados en los procesos de intervención, según la psicopatología del individuo y el problema que es objeto de intervención (Garcés, 2010).

8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CON MUJERES MALTRATADAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

A. Justificación teórica de la propuesta en relación con la situación actual

La propuesta planteada en mi Trabajo de Fin de Grado es en base a mi experiencia y observación durante mis practicas en el último año en el Centro de Salud Mental del distrito de Retiro.

Los Centros de Salud Mental se dedican a la atención ambulatoria y comunitaria especializada en este ámbito y dirigido a aquellas personas que presentan o se sospecha que puedan presentar un problema de salud mental, y que debido a su gravedad y su dificultad no pueden ser atendidos exclusivamente a través de los servicios de Atención Primaria.

La intervención está enfocada en la mejora de la atención de aquellas mujeres que son usuarias del centro, principalmente por su diagnostico psiquiátrico, así como a una correcta detección de la violencia de género, sin perder de vista en el momento de la violencia en el que se encuentran y conocer los recursos más adecuados, centrándome en la intervención realiza por la Unidad de Trabajo Social.

La salud mental constituye una parte integral de la salud de las personas en relación con las condiciones de vida de cada individuo, con sus posibilidades de desarrollo emocional, intelectual y laboral, entre otros, y con sus capacidades de adaptación al entorno social y cultural.

Los equipos de salud mental trabajan con este colectivo con el objetivo de mejorar su calidad de vida sin perder de vista el diagnóstico, trabajando en su rehabilitación y reinserción social.

La violencia de género tiene consecuencias en lo que se refiere a la salud mental de las personas. Las mujeres victimas de la violencia género tienen asociados una serie de trastornos, los cuales son:

- Trastorno de estrés postraumático.
- Alteraciones en su identidad, provocando cambios emocionales e incluso de conducta, que podrían llegar a confundirse con trastornos de la personalidad.

- Trastornos adaptativos con síntomas depresivos o ansiosos.

La necesidad de esta intervención es para realizar la correcta detección e intervención, garantizando l

B. Objetivos

El **objetivo general** perseguido en la propuesta es instaurar una pauta de actuación para los profesionales de trabajo social, en los Centros de Salud Mental, que permita una actuación integral a la salud de aquellas mujeres víctimas de violencia de género.

Los **objetivos específicos** son:

- Mejorar la cualificación de los trabajadores sociales, adecuando su actuación profesional en función del momento del proceso de violencia en el que se encuentra la mujer.
- Optimizar la detección y atención de las situaciones de violencia.
- Sensibilizar a las mujeres con problemas de salud mental de entre 18 años en adelante de los riesgos que conlleva la violencia.
- Establecer una buena coordinación de los Servicios de Salud mental con los Servicios para las Mujeres Víctimas de Violencia de Género.
- Mejorar la coordinación y comunicación de los profesionales del Centro de Salud Mental.
- Optimizar la información que tienen las mujeres víctimas de violencia de género usuarias del Centro de Salud Mental, de los recursos que disponen.

C. Población diana

La intervención que se propone realizar va dirigida a aquellas mujeres usuarias del Centro de Salud Mental (CSM) diagnosticadas de una enfermedad mental y que a su vez son víctimas de violencia de género.

D. Profesionales implicados

Los Centros de Salud Mental están conformados por los siguientes profesionales: Psiquiatras, Psicólogos clínicos, Enfermeras/os y Trabajadores Sociales.

Estos profesionales prestan una atención orientada hacia el ciudadano y una atención integral en lo que se refiere a la salud.

La atención sanitaria que prestan se caracteriza porque se basa en: promoción de la salud, la atención del individuo, así como de su familia y la gestión mediante procesos asistenciales integrados.

Los profesionales de los Centros de Salud Mental deben comprometerse con el trabajo en equipo, las relaciones interprofesionales, mantener una actitud caracterizada por el progreso y desarrollo profesional, que realicen acciones formativas continuadas y hagan un uso eficiente de los recursos existentes. Para la realización de una buena intervención es imprescindible un equipo multidisciplinar y especializado que tenga en cuenta la perspectiva de género

En dicha propuesta nos centramos en las funciones que va a realizar el trabajador social con las víctimas de violencia de género. El profesional tendrá como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los usuarios del centro sin perder de vista la situación en la que se encuentran, no obstante, sus funciones son orientativas y de asesoramiento.

E. Actuaciones

Para llevar a cabo cada uno de los objetivos se proponen una serie de actuaciones, que a continuación se explican.

Objetivo específico 1: Mejorar la cualificación de los trabajadores sociales, adecuando su actuación profesional en función del momento del proceso de violencia en el que se encuentra la mujer.

- **Actuación:** considero que es de vital importancia un equipo bien cualificado en este tema ya que es importante saber identificar la violencia de género y en que punto se encuentran, ya que la mujer podría correr un riesgo muy elevado y no estar percibiéndolo. Por ello la propuesta es la continuada formación de

los profesionales, en particular de los trabajadores sociales, en la perspectiva de género y lo que conlleva.

Además, teniendo en cuenta que los trabajadores sociales realizan funciones orientativas y de asesoramiento, también deberán tener un perfecto conocimiento y orientación en cuanto a los recursos existentes y disponibles que mejor se ajusten a la situación que está viviendo cada una de las mujeres víctimas de violencia de género con un diagnóstico psiquiátrico.

Objetivo específico 2; Optimizar la detección y atención de las situaciones de violencia.

- **Actuación:** para poder realizar la mejor detección posible, en las entrevistas de evaluación iniciales se incluirá de forma sistemática una primera exploración general en relación con las posibles situaciones de maltrato. Se realizarán una sucesión de preguntas desde las más generales e indirectas (¿Cómo estas las cosas en casa?) a las más específicas y directas (¿Cómo la trata su pareja?).

Objetivo específico 3; Sensibilizar a las mujeres de entre 18 años en adelante de los riesgos que conlleva la violencia.

- **Actuación:** en primer lugar, crear un clima de confianza para que ella pueda expresarse abiertamente, facilitándole la expresión de sentimientos, respetar su ritmo y sus decisiones, mostrar una actitud empática, etc. Con todo esto podremos abordar el tema directamente y crear una sensibilización sobre la violencia, así como advertirlas del riesgo que conlleva.

Asimismo, hacer visitas más continuadas si ellas lo precisaran.

Objetivo específico 4; Establecer una buena coordinación de los Servicios de Salud mental con los Servicios para las Mujeres Víctimas de Violencia de Género.

- **Actuación:** implantar un número de plazas para aquellas mujeres que son víctimas de violencia de género con enfermedad mental, ya que en muchos recursos para mujeres no son aceptadas por el diagnóstico psiquiátrico.

Objetivo específico 5; Mejorar la coordinación y comunicación de los profesionales del Centro de Salud Mental.

- **Actuación:** se realizarán con más frecuencia, las reuniones de equipo para conseguir una mejor intervención, y que tanto el psiquiatra y el trabajador social estén informados de las mejorías o no de las usuarias.

Objetivo específico 6; Optimizar la información que tienen las mujeres víctimas de violencia de género usuarias del Centro de Salud Mental, de los recursos que disponen.

- **Actuación:** dar una respuesta sanitaria y social a través de los recursos que se encuentran a nuestra disposición. En la intervención con estas mujeres se realizará una valoración de su situación de riesgo y se podrá plantear con ellas un plan de huida para el momento que lo necesitarán, pero para ello se le informara de los recursos que se encuentran a su disposición. Dependiendo de la situación en la que se encuentre se le ofrecerán uno para fortalecer y potenciar su autonomía personal u otros para salir de la situación de maltrato.

F. Recursos

Existen numerosos recursos para la atención de la salud mental, como pueden ser los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), los Centros de Rehabilitación Laboral, los Hospitales de Día, los recursos para discapacidad intelectual adulta, etc.

Pero no existen recursos específicos como tal en la Comunidad de Madrid, para las mujeres víctimas de violencia de género con un diagnóstico psiquiátrico, tienen inconvenientes en muchas ocasiones a la hora de acceder a los recursos para mujeres maltratadas por su diagnóstico psiquiátrico.

Es por ello por lo que preciso en mi propuesta que exista una buena intervención con otros recursos y con Servicios Sociales, con el objetivo de que haya un porcentaje de plazas para este colectivo y no sean rechazadas a la hora de solicitarlo. En muchas ocasiones esto son prejuicios y conciben que por tener un diagnóstico social puede ser que tengan lo que definimos como brote, cuando en su mayoría son mujeres con un diagnóstico y salud mental estable.

Es de vital importancia la existencia de recursos que puedan prestar una atención integral donde este perfil de mujeres pueda mejorar su calidad de vida, así como recuperarse.

9. CONCLUSIONES

La salud mental juega un papel muy importante en las mujeres que son víctimas de violencia de género, estas mujeres se enfrentan a una doble discriminación, pero ya no por parte de la sociedad sino por parte de sus parejas. Las mujeres que tienen un diagnóstico psiquiátrico sufren un riesgo mayor de ser víctimas de violencia de género, además de que se las considera mucho más vulnerables a todos los niveles que una mujer que no tiene ningún tipo de diagnóstico psiquiátrico.

Como trabajadores sociales en el ámbito de la salud mental considero que existe una formación escasa y baja en lo que se respecta a la perspectiva de género, ya que en muchas ocasiones no realizamos una sensibilización a estas mujeres, lo cual es importante que comprendan el riesgo a que se enfrentan o en un futuro pueden enfrentarse. Además, en términos generales, su función consiste en mejorar la calidad de vida de cada uno de los usuarios sin perder de vista sus características y la situación en la que se encuentran, aunque sus funciones generales son orientativas y de asesoramiento.

También es importante que exista una formación continuada en el tiempo por parte de los profesionales, para poder adaptarnos a las nuevas necesidades que están surgiendo, en este caso las enfermedades mentales evolucionan, así como sus necesidades y ocurre lo mismo con la violencia.

Es cierto que en numerosas ocasiones la coordinación que se realiza entre los miembros del equipo de los Centros de Salud Mental existe una importante falta de comunicación, lo cual puede dificultar la correcta intervención y la garantía de un buen resultado. Estos centros se dedican a la atención ambulatoria y comunitaria especializada en este ámbito y dirigido a aquellas personas que presentan o se sospecha que puedan presentar un problema de salud mental, y que debido a su gravedad y su dificultad no pueden ser atendidos exclusivamente a través de los servicios de Atención Primaria.

En lo que respecta a la intervención realizada “Como trabajadores sociales en el ámbito de la salud mental considero que en términos generales consiste en mejorar la calidad de vida de cada uno de los usuarios sin perder de vista sus características y la situación en la que se encuentran, aunque sus funciones generales son orientativas y de asesoramiento.

Creo que es importante enfatizar que hablar de mujeres diagnosticadas con un trastorno psiquiátrico y que además sean víctimas de violencia de género, no es un tema del que se hable y mucho menos tenga visibilización alguna, no existe una preocupación social acerca de este tema y además no existen recursos adaptados para ellas.

Por último, algo que me ha llamado mucho la atención es la “poca” información o el poco interés que suscita este tema a nivel académico, y más que en el siglo XXI siendo este el colectivo las víctimas más vulnerables para la sociedad en temas de violencia de género. Es cierto que existen varios protocolos de actuación en relación con mujer maltratada con un diagnóstico psiquiátrico.

Pero lo más importante es la necesidad de la existencia de más investigación para detectar las necesidades específicas de este colectivo y la creación de programas de intervención socio-sanitarios que permitan a estas mujeres entrar en procesos de recuperación adaptados a sus características.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Barg, L. (2006). Lo interdisciplinario en salud mental. *Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L., & Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 182-188. Recuperado el 28 de abril del 2019 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029#t1.
- Cuñat, M: El enigma de Doña Juana Sagrera. (2008). Premio de Ensayo “Carmen de Burgos”. Almería, Diputación de Almería, Instituto de Estudios Almerienses.
- Fernández, X. (1997). La supervisión del trabajo social en salud mental. *RTS* 145: 48-58.
- Garriga, A. García, J. (2010). Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. Guía práctica Clínica. Recuperado el 12 de marzo del 2019 de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf.
- Garcés, E. M^a. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352.
- Lavín, C. G.García, R. Z. (2000). *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Eunate.
- Ley Orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contre la Violencia de género. (BOE núm.313, de 29 diciembre 2004). (Consultado el 05/03/2019).
- Ley Orgánica 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la violencia de género. (BOE núm. 38, de 13 de febrero de 2008). (Consultado el 05/03/2019).
- National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.

- Ortega, C. (2012). Las mujeres y la enfermedad mental. Una perspectiva de género a través de la historia contemporánea. *Cuadernos Kóre*, 1(4), 208-223.
- Pellegrero, N.; Brise, E., y Tizon García, J. (1992). “El trabajo social en un dispositivo de salud mental en Atención Primaria”. *Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Ruiz Somavilla, M. J., Jiménez Lucena. (2003). I.: “Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica”. *Frenia*, volumen III, pp. 7-29.
- Ruiz Somavilla, M. J., Jiménez Lucena. (1994) I.: “La construcción de la patología femenina en la España Contemporánea”. En RAMOS PALOMO, D. (coord.), *Femenino Plural. Palabra y memoria de mujeres*. Málaga, Universidad de Málaga, pp. 235-250. Recuperado en fecha: 05/05/2019.
- Statista. (2018). Prevalencia de las enfermedades mentales en España 2018, por géneros y edad. España. Recuperado el 28 de abril del 2019 de: <https://es.statista.com/estadisticas/577908/prevalencia-de-las-enfermedades-mentales-en-espana-por-generos-y-edad/>.
- Statista. (2018). Prevalencia de las enfermedades mentales en España 2018, por grupos de edad. España. Recuperado el 28 de abril del 2019 de: <https://es.statista.com/estadisticas/577757/prevalencia-de-las-enfermedades-mentales-en-espana-por-grupos-de-edad/>.
- Violence by intimate partners. En: *World Report on violence and health*. Geneva: WHO, 2002; p. 89-12.
- Fedefes. (2017). Guía investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. *Fedefes*: Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. Recuperado el 4 de marzo del 2019 de: <http://www.fedefes.org/blog/categoria/documentacion/> .