



A VIOLENCIA EXERCIDA CARA AS MULLERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE E A ACTUACIÓN DENCE O TRABALLO SOCIAL

Ponte Suárez, Ana

Traballadora Social en ASPANAES

ana14ponte@gmail.com

RESUMO

A violencia contra as mulleres é un problema moi grave para a poboación en xeral pero ao poñer o foco de atención nas mulleres con trastorno mental grave, as cifras de mulleres que a sofren aumentan debido a unha dobre vulnerabilidade: ser muller e sufrir unha enfermidade mental grave. Ademais da devandita vulnerabilidade, as mulleres con trastorno mental grave sofren tamén unha múltiple discriminación. Esta prodúcese por catro motivos distintos: o mero feito de ser muller, o rol social e cultural que isto comporta, a discapacidade que sofren e o estigma vinculado á saúde mental. Por iso, realizouse unha revisión bibliográfica narrativa de investigacións existentes sobre a violencia que sofren as mulleres con trastorno mental, seleccionando de maneira crítica a información dende a visión feminista e dende o enfoque interseccional. A realidade deste colectivo non se pode plasmar como unha suma de desigualdades, se non que debe abordarse dende a perspectiva interseccional. Para lograr unha atención integral e de calidade debe existir unha coordinación entre os servizos que atenden as mulleres vítimas de violencia e os recursos de saúde mental, incorporando a perspectiva de xénero á profesión do traballo social.

PALABRAS CLAVE

Trastorno mental grave, muller, saúde mental, violencia, traballo social



RESUMEN

La violencia contra las mujeres es un problema muy grave para la población en general, pero si se pone el foco de atención en las mujeres con trastorno mental grave, la cifra de mujeres que la sufren aumenta debido a una doble vulnerabilidad: ser mujer y sufrir una enfermedad mental grave. Además de dicha vulnerabilidad, las mujeres con trastorno mental grave sufren también una múltiple discriminación. Esta se produce por cuatro motivos distintos: el mero hecho de ser mujer, el rol social y cultural que este conlleva, la discapacidad que sufren y el estigma vinculado a la salud mental. Por ello, se realizó una revisión bibliográfica narrativa de investigaciones existentes acerca de la violencia que sufren las mujeres con trastorno mental, seleccionando de manera crítica la información desde la visión feminista y desde el enfoque interseccional. La realidad de este colectivo no se puede plasmar como una suma de desigualdades, sino que debe abordarse desde la perspectiva interseccional. Para lograr una atención integral y de calidad debe existir coordinación entre los servicios que atienden a mujeres víctimas de violencia y los recursos de salud mental, incorporando la perspectiva de género a la profesión de Trabajo Social.

PALABRAS CLAVE

Trastorno mental grave, mujer, salud mental, violencia, Trabajo Social

ABSTRACT

Violence against women is a very serious problem for the general population, but if we focus on women with severe mental disorder the number of women suffering from it increase due to a double vulnerability: being a woman and suffering from a severe mental illness. Furthermore, women with serious mental disorders suffer from multiple discrimination: those linked to the fact of being a woman, the social and cultural role it entails, the disability they suffer and the stigma of mental health. For this reason, a narrative bibliographic review of existing research on the violence suffered by women with mental disorders was carried out, critically selecting information from the feminist perspective and from the intersectional approach. The reality of this group cannot be condensed as a sum of inequalities, but it must be approached from an intersectional perspective. In order to achieve comprehensive and quality care, there must be coordination between services for women victims of violence and mental health resources, incorporating the gender perspective into the social work profession. A narrative bibliographic review was carried out by critically selecting the information from a critical feminist vision and under the intersectional perspective.

KEY WORDS

Severe mental disorder, woman, mental health, violence, Social Work



INTRODUCCIÓN

A violencia exercida contra a muller estivo presente en todas as culturas do mundo ao longo da historia, baseándose nun sistema patriarcal e capitalista. É preciso sinalar que a precariedade e a situación de vulnerabilidade que sofren gran cantidade de mulleres non é só polo seu xénero, senón tamén pola súa clase social (Magallón, 2005).

González (2011) establece que a violencia cara ás mulleres é polo mero feito de selo, e que as coloca nunha posición de marxinación respecto do home en todos os aspectos da vida: laboral, doméstico, político, educativo, sanitario etc. Na sociedade actual, a violencia contra as mulleres non é un fenómeno illado senón que ten un carácter estrutural. Como sostén tamén Alicia García, consultora en igualdade de xénero, na investigación sobre violencia contra as mulleres con enfermidade mental realizada pola Federación de Euskadi de asociacións de familiares e persoas con enfermidade mental, FEDEAFES, no 2017. Nesta investigación explican que 7 de cada 10 mulleres no mundo sufrirán violencia física ou sexual nalgún momento da súa vida. Tanto é así que a Organización Mundial da Saúde (OMS) o considerou, no ano 2005, como un problema mundial de saúde pública (García, 2017). Este é xa en si un problema grave para a poboación en xeral, pero non fai máis que empeorar se o foco se sitúa nas mulleres con trastorno mental grave. Neste colectivo as cifras aumentan debido a unha dobre vulnerabilidade: ser muller e padecer unha enfermidade mental. Isto implica unha dobre marxinación (González, 2011).

O concepto de interseccionalidade aparece en 1989 da man da avogada afroestadounidense Kimberlé Crenshaw, a cal quería visibilizar as múltiples dimensións de opresión sufridas polas traballadoras negras dunha empresa estadounidense (Vigoya, 2016). A teoría interseccional aparece así na opinión pública na segunda metade do século XX, no marco da denominada terceira onda do feminismo, caracterízase por denunciar a idea dun suxeito feminino único, muller branca, heterosexual e burguesa, e a discriminación e invisibilización que isto comportaba cara ás mulleres de distintas clases sociais ou etnias (Arce e Larraín-Salas, 2019).

Na *Guía de saúde mental con perspectiva de xénero* elaborada por María Álamo (2020) establécese que as mulleres con problemas de saúde mental sofren unha múltiple discriminación. As vinculadas ao feito de ser muller, polo rol social e cultural que comporta, a discapacidade que sofren, e doutra banda, o estigma da saúde mental fronte á maior aprobación social doutras discapacidades físicas e/ou intelectuais.

A realidade das mulleres con trastorno mental grave non se pode plasmar como unha suma de desigualdades, senón que debe abordarse dende a perspectiva interseccional (Álamo, 2020).

Como aparece na Investigación sobre violencia contra as mulleres con enfermidade mental elaborada por Alicia García en 2017, grazas á loita do movemento feminista e á promulgación da Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero, máis coñecida como Lei contra a violencia de xénero, conseguiuase unha crecente visibilización do problema pero séguese botando en falta unha visión interseccional, onde se repare tamén nas diferentes necesidades que existen e na diversidade de mulleres que padecen este problema, como é o caso das mulleres con trastorno mental grave.



Os estudos cuantitativos extraídos do informe da investigación Violencia familiar e de parella cara ás mulleres con trastorno mental grave, TMG, (Augado et al., 2013, pp. 24-25), realizado no ámbito estatal dan cifras arrepiantes:

- 3 de cada 4 mulleres con enfermidade mental grave (EMG) sufriron violencia no ámbito familiar ou/e na parella algunha vez na súa vida.
- Ao redor do 80 % das mulleres con EMG que estiveron emparelladas nalgún momento da súa vida sufriron violencia procedente da parella.

A pesar da gravidade destas cifras, a problemática da violencia contra as mulleres con enfermidade mental non está suficientemente presente nin nas institucións públicas que traballan con mulleres que están a sufrir violencia, nin nos servizos públicos de saúde, en concreto de saúde mental. Isto reflíctese na investigación elaborada por González (2011), a cal mantén que os e as profesionais da rede de saúde mental detectan a situación de malos tratos no 62,5 % dos casos, é dicir, máis dunha de cada tres situacións de violencia pasa desapercibida polos e polas profesionais. Por iso, a maioría dos casos de violencia permanecen ocultos para os servizos públicos que atenden situacións de violencia contra as mulleres, e mesmo para os mesmos equipos psiquiátricos e psicolóxicos (García, 2017).

Ademais, as mulleres con enfermidade mental ven cuestionada sistematicamente a súa situación de vítimas e chéganse a escoitar argumentos tales como que están a mentir debido á descompensación psicopatolóxica, ou facéndoas culpables desta violencia polo seu comportamento (García, 2017).

O presente artigo baséase nunha revisión da literatura científica do estudo das diferentes formas de violencia que viven as mulleres que padecen unha enfermidade mental grave, co obxectivo de xerar un coñecemento útil e necesario co que se visibilice a realidade que viven. Un dos propósitos deste é lograr unha aproximación interseccional, dende unha perspectiva de xénero, da violencia contra as mulleres que padecen enfermidade mental grave e coñecer a función dos e das profesionais do traballo social ante esta problemática.

Para iso, comezarase conceptualizando o sistema patriarcal presente na nosa sociedade e a violencia que comporta, pasando por explicar os conceptos da problemática que se vai estudar como son a saúde mental feminina, o trastorno mental grave e a situación na que viven as mulleres que o padecen e á súa vez sofren distintos tipos de violencia, e finalmente, os factores de risco e de protección que as rodea. Poñendo o foco de atención tamén nos recursos existentes para tratar esta problemática e os métodos para previr e detectar precozmente a violencia cara a este colectivo de mulleres.

1. MATERIAL E MÉTODOS

O obxectivo principal do presente artigo é o de revisar as investigacións existentes acerca da violencia sufrida polas mulleres con trastorno mental grave dende un enfoque de xénero



e interseccional. De tal forma que se identifiquen as conexións existentes entre a violencia e a enfermidade mental e se describan as funcións dos e das profesionais do traballo social, coñecendo os recursos dos que contan para prever e detectar as situacións de violencia.

Debido a que a investigación ten un carácter teórico-crítico a metodoloxía utilizada é a revisión de información en diferentes portais e buscadores de información (dialnet, redalyc, scielo e google académico) mediante unha análise minuciosa e crítica do publicado sobre o tema. Seleccionáronse palabras clave para delimitar o rastrexo tanto en castelán, en galego coma en inglés (trastorno mental grave, saúde mental, violencia, xénero e traballo social).

Para fundamentar a presente investigación consultáronse páxinas webs especializadas na abordaxe da saúde mental, como a Confederación de Saúde Mental de España, e outras páxinas webs especializadas en protocolos de actuación, como é a páxina do Ministerio de Servicios Sociais e Igualdade.

Para finalizar cómpre destacar que a devandita investigación se elaborou dende a visión crítica feminista e baixo o coñecemento situado. A profesora estadounidense Donna Haraway introduce o concepto do coñecemento situado na súa obra *Ciencia, ciborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza* (1991), a autora propón explicar o lugar dende o que se parte ao realizar un discurso para evitar dar a impresión de que se fai dende unha posición neutral: sen privilexio nin poder, xa que isto inflúe na perspectiva do discurso. Por iso, é necesario destacar que a presente investigación está realizada por unha muller cis, branca, europea e feminista.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DA VIOLENCIA

Fonseca e Melina (2019) entenden o concepto de xénero como un conxunto de ideas, representacións e prácticas sociais, as cales crean unha diferenza entre mulleres e homes, construíndo o que socialmente é propio dos homes, e o que é considerado propio das mulleres, é dicir, o feminino. Estas autoras sosteñen que cando se fala das construcións sociais creadas a partir da diferenza de xénero tamén se está a falar de relacións de poder, onde, neste caso, impera o dominio masculino.

Como escribiu a feminista Simone de Beauvoir na súa obra máis coñecida *O Segundo Sexo* (1949), o patriarcado converte as mulleres en obxectos. É dicir, as mulleres defínense segundo as necesidades dos varóns, converténdose estes en suxeitos e dominadores e as mulleres en obxectos e dominadas. Persis (2009) establece que desta maneira se definiu o mundo, baixo unha mirada androcéntrica e unha perspectiva misóxina, o que xera unha sociedade desigual e inxusta.

En contraposición co patriarcado encóntranse os movementos feministas. A ideoloxía feminista pretende facer unha análise da realidade e desta forma poder denunciar a situación que viven moitas mulleres, considerando que o persoal é político, lema no pensamento das correntes feministas (Persis, 2009). O sistema patriarcal está vixente na maioría das sociedades actuais



e encóntrase directamente relacionado coa orixe da violencia exercida contra as mulleres, non sería posible entender o mantemento durante séculos da devandita violencia se a cultura dominante da sociedade estivera en contra.

3. A SAÚDE MENTAL FEMININA

Ruiz e Jiménez (2003) analizan a forma na que a loucura se caracterizou con atributos femininos dando lugar ao que se coñece como feminización da loucura. As autoras citan o concepto de dobre estándar á hora de diagnosticar a enfermidade, xa que se empregan distintos parámetros en mulleres que en homes. Por exemplo, as autoras mencionan calidades que se relacionaban con mulleres tolas, como son a autonomía ou a independencia.

De igual maneira, é necesario mencionar o concepto de histeria, enfermidade diagnosticada na medicina occidental a metade do século XIX (Peláez, 2007). Como afirman as autoras Laveda, Martínez e Antón (2014) o concepto provén etimoloxicamente da palabra grega *Hysteron* que quere dicir útero. Desta forma, maniféstase a feminización da enfermidade. Dende o nacemento da patoloxía catalogouse como unha enfermidade do xénero feminino. Xa dende os tempos de Hipócrates, no século V a.C., ter útero significaba un factor de risco que aumentaba as posibilidades de sufrir a devandita a patoloxía (Laveda et al., 2014).

A histeria ten un longo percorrido con diferentes clasificacións e interpretacións pero todos os supostos partían dunha mesma idea: as condutas inusuais nas mulleres víanse acordes coa patoloxía da histeria. Con condutas inusuais Peláez (2007) refírese a saír das normas establecidas para o sexo feminino, o cal se espera que sexa submisivo e obediente. As autoras Laveda, Martínez e Antón (2014) destacan como exemplo o feito de realizar unha pregunta incómoda nun instante pouco apropiado podería ser considerado como un sinal da patoloxía. É a finais do século XIX e a principios do século XX cando Freud introduce o termo de histeria de conversión. É dicir, Freud comezou a estudar o subconsciente e os feitos traumáticos que producían unha actitude rebelde nas mulleres. En definitiva, cada época da historia enfróntase dalgunha maneira ás aberracións levadas a cabo por mulleres que se revelaban contra o sistema existente na procura de autonomía e independencia (Peláez, 2007).

A sociedade actual baséase nun modelo social e de dereitos no que os problemas de saúde mental non teñen unha orixe meramente biolóxica, senón que certos contextos sociais poden actuar como agravantes dos diferentes problemas de saúde mental (Álamo, 2020). Ducci (2005), na súa investigación “A saúde mental das mulleres” diferencia o modo no que se diagnostican os problemas mentais segundo o xénero, debido á influencia das expectativas culturais e estereotipos do que se considera un comportamento normal. Como exemplo deste fenómeno, a autora explica que certos comportamentos nos homes non son considerados como patolóxicos, mentres que eses mesmos nas mulleres son xulgados como desviacións. Como é o caso do consumo de alcol ou drogas, sempre e cando sexa sen chegar a casos de adicción avanzados. É por iso, que moitas investigadoras feministas defenden a idea de que o feito de ser muller aumenta as posibilidades de ser diagnosticada cunha desorde mental, o cal se ve reflectido nas estatísticas (Ducci, 2005).

4. MULLERES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE E VIOLENCIA

A Organización Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o estado de benestar físico, mental e social, non só como a ausencia de enfermidades ou trastornos. O concepto de trastorno mental grave (TMG) está rodeado dunha controversia histórica á hora de definir o termo e acordar criterios. O desenvolvemento do concepto de TMG serve para lograr unha mellor organización e xestión dos recursos de saúde mental, sempre en beneficio das persoas que o padecen (Larrea, 2015). A modo resumo, é posible concretar a definición de trastorno mental grave como aquel de duración prolongada que comporta un grao variable de discapacidade e de disfunción social.

Verónica de Miguel Luken elaborou no 2015 un macroestudo de violencia contra a muller co obxectivo de coñecer o número de mulleres residentes no noso país que sofre ou sufriu algún tipo de violencia polo simple feito de ser muller. Na citada investigación recóllese que o 23,3 % das mulleres que teñen recoñecido un grao de discapacidade igual ou superior ao 33 % sufriron algún tipo de violencia algunha vez na súa vida, esta cifra diminúe ao 15,1 % se falamos de mulleres sen discapacidade.

No ámbito estatal destacan tres investigacións sobre a violencia cara ás mulleres con trastorno mental grave. A revisión realizada por Juan Carlos González Cases na súa tese de doutoramento, “Violencia na parella cara a mulleres con trastorno mental grave” en 2011, a investigación “Violencia familiar e de parella cara ás mulleres con trastorno mental grave” realizada por Augado e cinco psiquiatras máis en 2013 e, por último, a investigación sobre “Violencia contra as mulleres con enfermidade mental” realizada por Alicia García baixo a dirección da Federación de Euskadi de asociacións de familiares e persoas con enfermidade mental, FEDEAFES, en 2017.

Existe un risco superior a sufrir esta violencia física nas mulleres con trastorno mental grave. Unha de cada dúas mulleres con TMG sufriu algún tipo de violencia física cuxo agresor era a súa parella (González, 2011) mentres que esta porcentaxe descende ao 10,3 % cando se fala de mulleres sen trastorno mental (de Miguel, 2015). A violencia física tamén está presente no ámbito doméstico. Alicia García (2017) destaca que os agresores dentro do ámbito doméstico adoitan ser o pai, a parella da nai ou outros familiares masculinos. Esta autora sostén que unha de cada dúas mulleres con trastorno mental grave está a sufrir violencia física na actualidade por parte dalgún dos membros da súa unidade de convivencia.

A violencia psicolóxica adoita ir acompañada doutros tipos de malos tratos e é a máis presente dentro da parella. Augado et al., (2013) recolle na súa investigación que o 68,4 % das mulleres sufriron violencia psicolóxica dentro da parella. Outra realidade na que existe a violencia psicolóxica é no ámbito doméstico, o cal lle afecta ao longo da súa vida ao 51,6 % das mulleres con enfermidade mental grave. Este tipo de violencia ten un efecto moi intenso nas mulleres en xeral, pero afecta especialmente a mulleres con trastorno mental xa que por medio de insultos e humillacións a autoestima destas mulleres vaise crebando.

A violencia económica é da que existen menos estudos. A violencia económica ten un carácter importante nas mulleres con trastorno mental, xa que reduce a súa autonomía e é unha forma de manipulación. González (2011) establece que o 33,3 % das mulleres con trastorno mental grave tiveron controlado o acceso ao seu diñeiro por parte da súa parella.



Os profesionais que participaron na investigación realizada no 2017 sosteñen que existe unha relación entre o trastorno mental grave e a violencia sexual. Na devandita investigación destácase a importancia de poñer o foco na do abuso sexual na infancia. O abuso sexual na infancia é unha das experiencias hostís máis traumáticas, a cal supón unhas grandes consecuencias no desenvolvemento emocional do individuo (Ortiz-Guzmán, Ibarra-Alcantar, Alvarado-Cruz, Graciano-Morais e Jiménez-Genchi, 2018).

No estudo de ámbito nacional elaborada pola delegación do Goberno para a Violencia de Xénero en 2015 por Verónica de Miguel Luken, o 3,5 % das mulleres sufriu este tipo de violencia antes de cumprir os 15 anos. A investigación “Violencia na parella cara a mulleres con trastorno mental grave” reflicte que o 26 % das mulleres con enfermidade mental sufriu violencia na infancia. Con todo, a violencia sexual está presente tamén na idade adulta de forma maioritaria nas relacións de parella. É un feito reiterado tanto nas mulleres en xeral como nas mulleres con trastorno mental grave. Cabe destacar que os datos varían segundo a relación co agresor. Na investigación sinalada destácase o feito de que o 33,3 % das mulleres con trastorno mental grave sufriéron violencia sexual por parte da súa parella. A macroinvestigación de violencia contra a muller (de Miguel, 2015) reflicte que no 80 % das violacións o agresor era un coñecido da vítima e nun 25 % dos casos era un familiar directo.

5. FACTORES DE RISCO E PROTECTORES FRONTE Á VIOLENCIA

O modelo que se usa na actualidade para analizar os distintos factores é o biopsicosocial, no que se inclúen factores biolóxicos e psicosociais.

5.1 Factores protectores

Os factores de protección procuran evitar que se produzan situacións de violencia e aumentar a capacidade de afrontalas no caso de que se produzan (García, 2017). Góngora e Casullo (2009) enfocaron o seu estudo en factores de protección pouco atendidos como son a intelixencia emocional, os valores que ten unha persoa e a autoestima. As autoras consideran que a intelixencia emocional é moi importante á hora de enfrontarse a novas demandas do medio. É dicir, a maior intelixencia emocional maior capacidade de estratexias de afrontamento.

Doutra banda, as autoras definen os valores como aquelas metas desexables que marcan os principios na vida dunha persoa. Sosteñen a hipótese de que os valores cos que conta unha persoa orientan a súa vida, influenciando para lograr certo nivel de benestar. Góngora e Casullo (2009) definen a autoestima como a avaliación do autoconcepto, oscilando entre o positivo e o negativo, é dicir, a autoafirmación e a autodenigración. Unha alta autoestima ten numerosos beneficios para a persoa ao sentirse ben consigo mesma e coa súa vida. Ademais, un bo nivel de autoestima está asociado a unha boa resolución de problemas, autonomía e fenómenos interpersoais positivos. Na investigación sobre violencia contra as mulleres con enfermidade mental (García, 2017) a psiquiatra Cristina Polo recalca a importancia que ten esta calidade nas mulleres con trastorno mental grave xa que un nivel baixo de autoestima pode influír na



normalización de situacións de malos tratos. De acordo con Caplan (1993) unha persoa con alta autoestima busca axuda máis facilmente mentres que no caso contrario a persoa non considera que merece a axuda.

Outro punto importante nos factores de protección é o apoio social, entendido por Caplan (1993) como os vínculos sociais que xogan un papel importante para lograr o equilibrio na integridade física e psicolóxica das persoas. O apoio social que se atopa nas situacións cotiás, con familia e amigos, contribúen ao benestar e á saúde. O autor sostén que ante situacións de crises o apoio social protexe e amortece tanto de forma directa como indirecta. Na investigación de González (2011) analízase o feito de que a persoa que exerce a violencia tende a illar a vítima separándoa da súa rede de apoio para que, desta forma, o seu control sobre ela aumente. Na devandita investigación tamén se observa que o apoio social é máis habitual en mulleres que non sufriron violencia. É dicir, existe unha relación entre ser vítima de violencia e non ter apoio social.

5.2 Factores de risco

Os factores de risco supoñen unha repercusión na calidade de vida das mulleres, o que aumenta a vulnerabilidade cara á violencia, un exemplo é a carencia de autonomía e por conseguinte, a dependencia doutras persoas (García, 2017). Como reflicte o estudo da investigación “Violencia contra las mujeres con enfermedad mental” (García, 2017) as taxas de violencia aumentan nas mulleres que presentan un agravamento do estado psiquiátrico. De tal forma, o estudo reflicte que un 45,7 % das mulleres que sufriron un empeoramento do seu cadro clínico no último ano sufriron violencia, fronte ao 25,5 % que tiveron un cadro clínico estable. En síntese, o risco de sufrir violencia aumenta cando a sintomatoloxía do trastorno mental empeora.

O feito de sufrir violencia no ámbito familiar catalógase como un factor de risco para vivir esta problemática na vida adulta. Segundo González (2011) unha de cada tres mulleres con TMG sufríu violencia física na infancia. De igual forma, o autor sinala que ser testemuña da violencia exercida por parte do pai sobre a nai tamén supón un aumento da vulnerabilidade. Se nos centramos nas mulleres con TMG que sufriron violencia física na infancia teñen un risco dúas veces superior a ser vítimas de violencia segundo a tese realizada polo devandito autor. É dicir, existe un vínculo entre a violencia na infancia e a violencia na idade adulta.

A clase social tamén pode actuar como factor de risco xa que as diferenzas sociais determinan a vida das persoas influíndo nas oportunidades para aumentar a súa calidade de vida (Parra, Pena, Carrillo e Moreno, 2006). Paola Damonti (2019) destaca a importancia de non ignorar o risco de vitimización que supón para as mulleres de clase baixa, aínda que a violencia sexa un fenómeno estrutural que afecta a mulleres de todas as clases sociais, xa que ignoralo sería contraproducente para as mulleres con posicións máis precarias con opresións máis aló que as do xénero, como é o trastorno mental grave e a clase social. Na investigación da devandita autora reflíctese que nos barrios marxinais o risco que sofre unha muller de experimentar calquera tipo de violencia multiplícase por 5,6.

Dentro da análise dos factores de risco atópanse tamén os procesos migratorios. Na actualidade existe unha gran cantidade de persoas que migraron e viviron situacións de racismo,



discriminación, postergación socioeconómica e dó migratorio, dando lugar á discriminación e ao illamento social sendo este factor de risco á hora de desenvolver trastornos mentais graves e de sufrir violencia (Cabrera e Cruzado, 2014).

Por último, cabe destacar un dos factores que máis contribúen á vulnerabilidade deste colectivo: o estigma, a etiqueta negativa, causante de actitudes e actos discriminatorios de rexeitamento cara ás mulleres con trastorno mental grave. Mediante as actitudes sociais xérase un estereotipo que dá lugar a un prexuízo que, á súa vez, se traduce na discriminación deste colectivo (López, Laviana e López, 2009). Erwin Goffman (1963) define o estigma na súa obra. Segundo Goffman (1963) nace cando as características dunha persoa son distintas ás impostas nas normas culturais. Os autores Mascayano, Castro, Pobleto e Manchego (2015) reflexionan sobre a teoría da etiquetaxe, sosteñen que as persoas interiorizan concepcións das persoas con trastorno mental a través da linguaxe, esta visión provocará unha etiqueta que os clasifica e discrimina. No caso das persoas con enfermidade mental a etiqueta que as acompaña, na maioría dos casos, é a do seu perigo e violencia. Con todo, os resultados dos estudos epidemiolóxicos non atribúen condutas violentas, nin o risco de desenvolveselas nas persoas con trastorno mental grave (López et al., 2009).

A manifestación máis grave do estigma nas mulleres con trastorno mental grave é o denominado autoestigma (Mascayano et al., 2015). É dicir, a internalización da muller dos prexuízos sociais véndooos como a súa identidade (Asociación contra a Violencia Doméstica da Rexión de Murcia, 2019).

6. INTERVENCIÓN DENDE O TRABALLO SOCIAL

Unha das primeiras intervencións sociais nas orixes do traballo social foi dentro do campo da saúde mental (Méndez, Wraage e Costa, 2012). Así mesmo, Romero (2010) expón que o traballo social no ámbito da saúde mental é un concepto moi amplo no que se inclúe o biolóxico e o social e céntrase na prevención e tratamento dos trastornos mentais. O traballo social psiquiátrico é considerado como unha especialización profesional e a súa orixe sitúase nos Estados Unidos ao principio do século XX, no ano 1904, debido á incorporación dos e das traballadoras sociais aos hospitais psiquiátricos ao ser necesaria unha intervención social (Trullenque, 2010). Tendo en conta o documento Funciones del trabajador social en el campo de la Saúde Mental (Colexio Oficial de Traballadores Sociais de Cataluña, 2005) as funcións dun profesional do traballo social dentro dun equipo de saúde mental son impulsar, fortalecer e rescatar as fortalezas das persoas e as do seu medio familiar e social, de tal forma que a interacción da persoa coa familia e o medio sexa plena e de calidade.

Como recolle o documento citado, a actividade profesional que leva a cabo a persoa profesional do traballo social dentro do ámbito da saúde mental pódese dar a nivel grupal e comunitario, á parte de no ámbito individual e familiar. O traballo social de grupo dálle a oportunidade á persoa con problemas de saúde mental de mellorar o seu funcionamento social, mentres que a intervención na comunidade serve como conector da persoa e o seu contexto achegándoa a asociacións, entidades ou servizos próximos.



Martin (2013) destaca que o labor do/a traballador/a social non debería reducirse á admisión da demanda e xestión dos recursos, senón que a intervención debe nutrirse doutros aspectos como son o apoio e/ou o acompañamento de tal forma que o ou a profesional do traballo social sexa un soporte no que manifestar dúbidas ou sincerarse. Débese ter en conta que a intervención dos e das profesionais do traballo social está condicionada por un Estado capitalista que fomenta políticas neoliberais. Estas políticas tradúcense nun investimento en recursos sociais escaso xa que o foco de atención está posto en manter o equilibrio económico. O que dá lugar a examinar a cuestión social dunha forma fragmentada en lugar de estudar o factor social como o resultado da industrialización do sistema capitalista, o cal xera desigualdade e explotación cara á clase traballadora. É por iso que a autora Chacón-Gironza (2019) refire que o principal suxeito de intervención no traballo social é a clase menos favorecida.

Para Santana-Hernández (2010) un dos obxectivos principais do traballo social é eliminar os factores que crean desigualdades na sociedade, destacando a desigualdade máis constante na historia, a desigualdade que produce o patriarcado.

6.1 Atención ás mulleres con trastorno mental grave que sufriron violencia

Segundo o establecido no documento Funcións do traballador social no campo da saúde mental (Colexio Oficial de Traballadores Sociais de Cataluña, 2005) na profesión do traballo social lévase a cabo unha intervención directa coas persoas, as súas familias e o seu medio mediante catro fases: estudo, diagnóstico, tratamento e avaliación.

A intervención realizarase grazas á escoita activa e á observación que axudarán a identificar a situación e o contexto da persoa. A persoa profesional do traballo social dentro do ámbito da saúde mental debe poñer o foco nos factores psicosociais que inflúen na enfermidade mental (Ároca et al., 2001). A atención a mulleres con TMG que sofren ou sufriron nalgunha ocasión violencia susténtase polo principio da autodeterminación. É dicir, o traballo social avoga pola capacidade da muller en tomar decisións na súa vida (Romero, 2010). É importante rescatar as calidades da persoa de tal forma que aumente a autoestima destas mulleres, xa que adoita estar en niveis moi baixos. O autor Romero (2010, p. 296) destaca o lema “se eu creo en ti, ti crerás en ti”, como eixe das intervencións con este colectivo. Polo tanto, para lograr unha intervención de calidade é necesario potenciar as calidades de cada persoa. Entre os beneficios da autodeterminación atópase a diminución de comportamentos paternalistas entre profesionais do traballo social, xa que aumentan a dependencia deste colectivo de mulleres e convértense nun factor que incrementa a violencia (Redero e San Miguel del Hoyo, 2002).

De igual forma que a atención debe ter como eixe a autodeterminación, tamén é necesario abarcar o termo do apoderamento de maneira que as mulleres con enfermidade mental e que sofren violencia consigan máis notoriedade no ámbito público e sobre todo, nas rendas da súa vida (Romero, 2010). Noutras palabras, capacitar as mulleres con TMG é unha forma de defender os seus dereitos. Doutra banda, na Investigación sobre violencia contra as mulleres con enfermidade mental elaborada por Alicia García (2017) realizáronse entrevistas a profesionais do traballo social, os cales resaltaron a importancia de traballar na proximidade coas mulleres máis que nunha ferramenta específica para a detección de casos de violencia. É dicir, potenciando a



relación profesional-persoa usuaria. Con todo, na esfera dos servizos sociais destácase o feito de contar con ferramentas de detección, as cales axudan a que moitos casos de malos tratos saian á luz e posibilitan a derivación a recursos de atención á violencia.

Na intervención con mulleres que sofren violencia e teñen un trastorno mental grave, os e as profesionais do traballo social deben prestarlle atención á conduta das usuarias. É dicir, prestar atención ao abandono dun recurso ao que a muller acudía de maneira regular ou se ten lugar illamento social. Tamén é un aspecto relevante que a muller acuda sempre acompañada e que este acompañante non deixe espazo para que a muller poida expresarse libremente. Para unha adecuada atención é importante que existan espazos onde recibir á muller a soas e crear un clima de intimidade que axude a abordar a posible existencia de violencia (García, 2017).

Para García (2017) a mellora na formación dos e as profesionais é clave para a intervención con mulleres con TMG que sofren violencia, xa que a devandita cuestión necesita unha abordaxe individualizada con estratexias personificadas, evitando o tabú que existe en moitas ocasións ao falar da violencia. É por iso que, a visibilización do problema é un aspecto clave. As políticas públicas deben prover unha asistencia adecuada á muller vítima de violencia dende o servizo que a atenda sexa de atención primaria, rede de saúde mental, servizos sociais ou recursos especializados en violencia contra a muller. Para que isto ocorra, é necesario realizar a intervención dende unha perspectiva de xénero, formando os e as profesionais nesta problemática (García, 2017). A xuízo de Chacón-Gironza (2019) a perspectiva de xénero é unha contribución teórico-metodolóxica na intervención dende o traballo social.

Para Olarte (2018) intervir incorporando o enfoque de xénero supón entender o sistema sexo-xénero de tal forma que se elimine a convicción existente de que destinar certos recursos a mulleres que padecen algunha problemática xa é aplicar o enfoque de xénero. Polo contrario, levar a cabo este enfoque supón observar o xénero como un factor de estudo que inflúe na realidade creando problemas sociais e a súa posta en marcha non é automática se non que esixe observación e análise, é dicir, para a autora o enfoque de xénero supón unha nova forma, máis completa, de ver a realidade.

6.2 Prevención e detección

Redero e San Miguel del Hoyo (2002) establecen que a desigualdade e a inxustiza social son unha forma de violencia que á súa vez poden crear máis violencia. Ante este feito os autores destacan a importancia que recae no traballo social de non intervir só cando esta violencia xa se exerce contra as mulleres, senón que é necesario previr. A prevención fundaméntase en detectar a violencia antes de que ocorra e intervir sen crear máis violencia. Coa prevención preténdese axudar o violento para evitar que volva exercer violencia pero sobre todo, prestarlles unha axuda ás mulleres para recuperar uns niveis de calidade de vida aceptables (Redero e San Miguel del Hoyo, 2002).

Para Ramírez e Gómez (2007) a prevención dende o traballo social céntrase no desenvolvemento, promoción e defensa dos dereitos humanos consolidando as mulleres, neste caso, como suxeitos de dereito, e autónomas. Dende o traballo social, grazas á influencia do feminismo,



progresouse en identificar a responsabilidade social que ten o Estado e as institucións que exercen algún tipo de violencia e que reproducen a cultura patriarcal (Ramírez e Gómez, 2007). Para Redero e San Miguel del Hoyo (2002) poñer o foco de atención sobre os factores da contorna que poden influír na aparición da violencia é a clave para conseguir previla.

Ramírez e Gómez (2007) afirman que a atención ás mulleres que sofren violencia foi individualizada, centrando o traballo en mulleres que padecen situacións de violencia debido ao xénero agravadas pola condición de clase, sen darlle apenas importancia á prevención e á responsabilidade social e cultural. Para Elboj e Ruiz (2010) a prevención mediante o traballo coa comunidade é fundamental para lograr acabar coa violencia contra as mulleres, xa que desta forma se incide nos procesos de socialización que xera a devandita violencia. As autoras entenden o traballo social no ámbito comunitario como a participación conxunta dun grupo de profesionais e axentes da comunidade. Así mesmo, a intervención dende o traballo social de maneira coordinada coa comunidade pretende analizar os tipos de socialización existentes para poder fomentar modelos de socialización encamiñados cara á igualdade.

Na opinión de Ramírez e Gómez (2007), xa que a violencia se debe aos roles de xénero, é importante unha intervención coa poboación masculina. Tal como argumentan Elboj e Ruiz (2010) un ámbito crucial no que traballar a prevención son os centros educativos, xa que a educación é un pilar fundamental que hai que potenciar para acabar coa violencia machista. As autoras tamén lle dan especial importancia á formación dos e das profesionais do traballo social xa dende a súa formación inicial na universidade, orientándoa cara á detección precoz e a prevención. É necesario unha formación que capacite as persoas profesionais do traballo social a atender as mulleres vítimas da violencia pero tamén para previr e detectala de forma precoz, sendo capaces de coordinarse con outros profesionais para eliminar a violencia machista (Elboj e Ruiz, 2010).

Por outra banda, dentro da formación dos e das profesionais do traballo social considérase clave o coñecemento dos recursos existentes xa que o descoñecemento destes pode provocar medo nos profesionais para investigar se se están a producir situacións de violencia ao non saber onde é necesario derivar a muller vítima de violencia (García, 2017).

6.3 Recursos existentes

A Lei orgánica 1/2004, do 28 de decembro, de medidas de protección integral contra a violencia de xénero recolle unha serie de dereitos para as mulleres vítimas de violencia, entre os que se atopa o dereito ao acceso a determinados recursos e servizos. A devandita lei recolle tamén a creación de recursos de acollida e acceso á vivenda. Un dos propósitos nas intervencións con este colectivo é evitar que abandonen os seus domicilios pero en ocasións é necesario.

Dentro da comunidade autónoma de Galicia, atópanse os centros de emerxencia cuxo labor é garantir aloxamento de forma urxente e de curta estancia á muller en situación de violencia ata que se lle confire a outro recurso máis apropiado. A porcentaxe de mulleres con trastorno



mental grave que fai uso dos recursos de acollida é considerable. Con todo, é necesario poñer o foco de atención en mulleres con TMG que sofren outras problemáticas como é a toxicomanía, as cales non teñen dispositivos habilitados para o aloxamento (García, 2017).

Da mesma forma, cabe destacar o Centro de Recuperación Integral de Violencia de Xénero, dependente da Secretaría Xeral de Igualdade da Xunta de Galicia, onde se ofrece unha atención integral para este colectivo de mulleres. A primeira vivenda tutelada en Galicia abriuse no ano 2019 en Burela, consta de 5 prazas e consiste nun servizo de aloxamento, manutención e atención integral a mulleres vítimas de violencia de xénero que ademais sofren enfermidade mental. Nela procúrase que antes de acabar o período de estancia máxima na vivenda, que é dun ano, poidan establecer o seu proxecto de vida (Saúde Mental A Mariña, 2022).

No referente ao emprego, a comunidade autónoma de Galicia ten programas de orientación e/ou formación para o emprego de mulleres que sufriron violencia e programas de subvencións a empresas para a contratación de vítimas de violencia machista. Na investigación elaborada por Alicia García destácase a unanimidade existente por parte das persoas responsables e técnicas en violencia en que os recursos de acollida para mulleres vítimas de violencia poidan dar atención a mulleres con trastorno mental grave pero estas deben atoparse estabilizadas e o recurso debe funcionar de forma coordinada coa rede de saúde mental.

García (2017) apunta a diversas posibilidades para adecuar os recursos contra a violencia ás mulleres con trastorno mental grave. Unha delas é crear un recurso especializado cun equipo multidisciplinar formado na devandita problemática, como é a vivenda tutelada en Burela. Por outra banda, que as organizacións sanitarias integradas que se coordinan cos servizos sociais teñan unha área onde o traballador ou a traballadora social atendan e coordinen as situacións de violencia. Por último, a autora suxire proporcionarlles aos recursos de acollida e aos recursos residenciais persoal dotado de formación para intervir con mulleres con TMG que sofren violencia.

É necesario recalcar que a proposta de crear un recurso especializado trae un debate consigo. Para moitos profesionais é máis apropiado adaptar os recursos sociais e sanitarios ás necesidades de todas as mulleres, incluíndo aquí as necesidades que teñen as mulleres con TMG. Debido a que, a creación dun centro específico perpetuaría e fomentaría o estigma xa existente (García, 2017).

En conclusión, para que as mulleres con trastorno mental grave que sofren violencia teñan unha atención integral e de calidade debe existir coordinación entre os servizos que atenden a mulleres vítimas de violencia e os recursos de saúde mental. Da mesma maneira, é necesaria a creación de ferramentas que ofrezan unha intervención apropiada a este colectivo tendo presente as particularidades de cada usuaria, como son a idade, etnia, orientación sexual, clase social, é dicir, dende unha perspectiva interseccional (García, 2017).



7. CONCLUSIÓNS

A principal achega da presente investigación bibliográfica é poñer o foco de atención na violencia que sofren as mulleres con trastorno mental grave, identificando o vínculo que relaciona a violencia e o trastorno mental. O 74,1 % das mulleres con trastorno mental grave sufriron algún tipo de violencia tanto na parella como no ámbito familiar (Augado et al., 2013).

Dar a coñecer a función dos e das profesionais do traballo social e os recursos cos que contan para detectar e prever esta problemática é outro obxectivo da presente investigación. Os servizos sanitarios son recursos claves para identificación de situacións de malos tratos. De feito, a metade dos casos de violencia son detectados na rede de saúde mental (García, 2017). Canto máis grave é a situación de violencia maior é o número de casos detectados e, sendo a violencia psicolóxica e a física a máis detectada polos/as profesionais (González, 2011).

En futuras investigacións sería interesante estudar o peso que ten o trastorno mental grave na discriminación fronte a outro tipo de discapacidades. Da mesma forma que na presente investigación se tratan os recursos públicos cos que contan os e as profesionais do traballo social, tamén sería interesante coñecer as barreiras que se atopan no proceso de detección e prevención, saber de que maneira afecta a aplicación de políticas neoliberais e o recorte de recursos públicos.

Na elaboración desta investigación viuse a necesidade de mellorar os recursos de detección dos servizos de saúde mental e a necesidade de instauración dun protocolo que aborde a situación das mulleres con trastorno mental grave de forma periódica, para lograr detectar situacións de violencia cronicadas co tempo e tamén aquelas que se están a iniciar. Ademais da necesidade de recursos de detección tamén é conveniente investir no reforzamento de recursos específicos de intervención, como é a necesidade de aumentar as prazas da casa tutelada de Burela.

É importante que as persoas profesionais, tanto na rede de saúde mental como nos recursos contra a violencia cara á muller, reciban unha formación específica, no asesoramento na violencia, así como no manexo clínico dos trastornos mentais, para poder proporcionar unha intervención integral e de calidade, coordinada cos recursos sociais, sanitarios, xudiciais etc. As persoas profesionais do traballo social deben realizar unha abordaxe precoz ante indicios de malos tratos, fomentar o desenvolvemento de redes de apoio, axudar a mellorar as habilidades sociais da muller para que se vexa capacitada, con maior autonomía persoal e económica, para eliminar desta forma situacións de dependencia coa persoa que exerce a violencia.

A gravidade da realidade que viven as mulleres con enfermidade mental que sofren violencia está asociada á invisibilidade que padecen, como se reflicte no gran limitado número de estudos. É importante resaltar a escaseza de estudos que relacionan o trastorno mental e a violencia cara á muller, tanto a nivel estatal como internacional. Friedman (2007) realizou unha revisión sobre a bibliografía existente nas bases de datos máis importantes durante o intervalo de tempo entre 1996 e 2004 sobre a violencia de parella en enfermas mentais grave. Nesta revisión só atopou 17 artigos sobre o tema.



En conclusión, é posible afirmar que as mulleres con trastorno mental grave sofren máis violencia que as mulleres da poboación en xeral, sendo a violencia psicolóxica a máis frecuente. É necesario traballar coas mulleres en materia de prevención e detección desta problemática de maneira precoz e enfocarse no apoderamento destas para que non normalicen certas condutas que son realmente inadmisibles. Da mesma forma, o traballo e formación das persoas profesionais do traballo social é esencial para poder proporcionar unha intervención integral e de calidade que potencie a autonomía das mulleres con trastorno mental grave.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, F. G., Cases, J. C. G., López-Gironés, M. L., Zarco, D. O., Usaola, C. P., & Trincado, M. R. (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. *Norte de Salud Mental*, 11(45), 23-32.
- Arce, G. M., & Larraín-Salas, D. (2019). Interseccionalidad y los programas sociales pro-integridad: lecturas críticas sobre intervención social. *Tabula Rasa*, (30), 153-170.
- Asociación contra la Violencia Doméstica de la Región de Murcia (2019). Guía de actuación en el ámbito de la salud mental y drogodependencia en violencia de género. Recuperado de <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-salud-mental-drogodependencia-violenciagenero.pdf>
- De Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo* (1949). Buenos Aires: Siglo XX.
- Cabrera, S. A., & Cruzado, L. (2014). Migración como factor de riesgo para la esquizofrenia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(2), 116-122.
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Ediciones Paidós.
- Gironza, L. S. C. (2019). La perspectiva de género como apuesta política en la intervención social de Trabajo Social. *Prospectiva: Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (28), 1-23.
- Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Cataluña. (2005). Funciones del trabajador social en el campo de la salud mental. Recuperado de <https://manresa.tscat.cat/content/funciones-del-trabajador-socialen-el-campo-de-salud-mental>
- Confederación de Salud Mental en España. (2018) Guía formativa en Salud Mental. Recuperado de http://feafesgalicia.org/img/documentacion/guias/Guia_formativa_en_salud_mental.pdf
- Damonti, P. S. (2019). Exclusión social como factor de riesgo de violencia de género en la pareja. *Papers*, 2019, 104 (3), 485-523.
- Ducci, M. E. (2005). La salud mental de las mujeres. *Territoris*, 5, (5), 139.
- Elboj, C., & Eugenio, L. R. (2010). Trabajo social y prevención de la violencia de género. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 1(2), 220-233.
- Flores Fonseca, V. M. (2019). Mecanismos en la construcción del amor romántico. La ventana. *Revista de estudios de género*, 6(50), 282-305.
- Friedman, L. (2007). Incidencia y prevalencia de la violencia contra la mujer con trastorno mental grave. *Revista sobre la Salud de la Mujer*, 16(4), 471-480.
- García, A. (2017). Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental. Recuperado de: http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2017/12/Salud-Mental-mujer-violencia_2017_final.pdf



- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon and Schusser.
- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
- González, J. (2011). *Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave* (Tese de posgrao). Universidade de Alcalá.
- Haraway, D. J. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza* (Vol. 28). Universitat de València.
- Martínez Larrea, J. A. (2015, April). Opiniones de los profesionales sanitarios acerca de la definición de trastorno mental grave. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 38, No. 1, pp. 145-148). Gobierno de Navarra. Departamento de Saúde.
- Laveda, E. M. F., Martínez, Á. F., & Antón, I. B. (2014). Histeria: Historia de la sexualidad femenina. *Cultura de los Cuidados*, (39), 63-70.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE, 313, do 28 de diciembre de 2004.
- López, M., Laviana, M., & López, A. (2009). Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. *Violencia y Salud Mental. Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva*. AEN, 187-207.
- López, S. (2020). La casa burelesa acogió el primer año a ocho mujeres con enfermedad mental. *El progreso*. Recuperado de: <https://www.elprogreso.es/articulo/a-marina/casa-burelesa-acogio-primer-ano-funcionamiento-mujeres-enfermedad-mental/202005202350571439541.html>
- Magallón Portolés, C. (2005). Epistemología y violencia. Aproximación a una visión integral sobre la violencia hacia las mujeres. *Feminismo/s*, n. 6 (dic. 2005); pp. 33-47.
- Mascayano, F., Castro, W., Poblete, C., y Manchego, C. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53-58.
- Méndez, R. R., Wraage, D. A., & Costa, M. A. (2012). Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 407-435.
- Miguel, de, L.V. (2015). Macroencuesta de violencia contra la mujer. Recuperado de https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macro_encuesta2015.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Recuperado de <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
- Olarte, E. T. (2018). La aplicación del enfoque de género en trabajo social: debilidades y fortalezas. *Ehquidad*, (10), 141-154.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). International Classification of Diseases 11th Revision. Recuperado de <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Ortiz-Guzmán, J., Ibarra-Alcantar, C., Alvarado-Cruz, J., Graciano-Morales, H., y Jiménez-Genchi, A. (2018). Características clínicas de mujeres con depresión mayor que sufrieron abuso sexual en la infancia. *Gaceta Médica México*, 154(3), 295-301.
- Parra, J., Peña, R. M., Carrillo, P., & Moreno, G. (2006). Clase-categoría: una operacionalización del concepto marxista de clase social. *Revista de Ciencias Sociales*, 12(2), 319



- Peláez, D. R. (2007). La cárcel en nuestro propio cuerpo: Los trastornos alimentarios y la “histeria” como elementos de transgresión y vehículo para expresar la subjetividad femenina a lo largo de la historia y la literatura: siglos XVII, XVIII y XIX. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (6), 678-695.
- Persis, R., (marzo-abril, 2009). Patriarcado, ¿Organización ya superada? Origen de la violencia machista?. *Crítica*, 59(960), 18-20.
- Ramírez, H., y Gómez, C. (2007). La intervención del Trabajo Social en la prevención de la violencia contra las mujeres. *Teoría y pensamiento feminista*, 9, 89-103.
- Redero, H., y San Miguel del Hoyo, B. (2002). Comprender la violencia, prevenir la violencia: retos para el trabajo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 10, 119-137.
- Romero, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 289-300.
- Ruiz, M., y Jiménez, I. (2003). Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 3(1), 7-29.
- Santana-Hernández, J. (2010). La formación para el Trabajo Social en contextos de desigualdad de género y violencia contra las mujeres. *Portularia*, 10(2),91-99.
- Saúde Mental A Mariña (2022) Vivenda tutelada para mulleres vítimas de violencia de xénero con enfermidade mental. *Adaoemam*.
- Trullenque, G. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, 23, 333-352.
- Vicente, S. (2009). Derecho a una vida libre de violencia. *Crítica*, 960, 21-26.
- Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17.

