

Violencia intrafamiliar en personas con diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera

Angélica Almendros Simón

Trabajadora social en el Punto Municipal de Observatorio Regional de Violencia de Género Ayuntamiento de Getafe (Madrid)

Raquel V. Munilla Rebollo

Trabajadora social en el Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC) de San Fernando de Henares (Madrid)

Ana C. Bernabeu Domínguez

Investigadora Social en la Escuela Profesional de Relaciones Laborales de la Universidad Complutense de Madrid

Resumen

A través de este artículo se trata de visibilizar la dificultad a la que se enfrentan los profesionales de los servicios sociales especializados para abordar la atención de personas con enfermedad mental grave y duradera que, además son víctimas de situaciones de violencia. Se trata también de realizar una llamada de atención sobre cómo el Sistema no contempla una intervención integral de estas personas al ser excluidas de los recursos dispuestos.

Para ello se analizan los datos de atención de dos Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid: uno de Salud Mental y otro de Violencia de Género. Asimismo se indica el tipo de intervención llevada a cabo por los profesionales en estos casos.

Palabras claves

Enfermedad mental grave, violencia de género, intervención social, visibilización, redes de atención.

Abstract

Through this article is visible the difficulty that professionals specialized social services face to address the care of people with severe and enduring mental illness who are also victims of violence. It also tries to make a call of attention to how the system does not provide a comprehensive intervention of these people being excluded from the resources provided.

Two Social Services of The *Comunidad de Madrid* were analyzed: One of Mental Health and other of domestic violence. The type of intervention carried out by professionals in these cases is also indicated.

Keywords

SMI (Several Mental Illness), GBV (gender-based violence), social intervention, visibility, care networks.

1 Introducción

Si preguntáramos a cualquier persona sobre una lacra social, entre las apuntadas seguramente se encontraría la violencia de género.

En el año 2010, fueron asesinadas 73 mujeres a manos de sus parejas o ex parejas en España, lo que hace 1,4 mujeres a la semana; en el año 2012 fueron 52 mujeres, una a la semana.¹

Según la Organización Mundial de la Salud, una de cada tres mujeres del mundo, sufrirán violencia física y/o sexual por el hecho de ser mujeres.

Desde hace unos veinte años, la violencia de género se encuentra en la agenda política con el objetivo de erradicarla. Al introducirse en dicha agenda, se consiguió comenzar a dar visibilidad a una situación que ocurría de “puertas para adentro” y con ello hacer responsable a toda la sociedad de su denuncia.

España fue punta de lanza a nivel legislativo y de recursos para las víctimas de violencia de género; el mundo miraba lo que aquí se hacía, tanto en intervención como en prevención. Nació el concepto de violencia hacia las mujeres, como delito, violación de los derechos humanos y problema de salud pública.

A día de hoy, la situación económica, la línea ideológica del gobierno y los recortes presupuestarios, han llevado a un retroceso de estas políticas. A pesar de ello, dentro de la sociedad continúa percibiéndose la violencia de género como un delito, aunque a terceros les sigue costando denunciar los hechos cuando conocen su existencia. Como consecuencia de la crisis económica las mujeres víctimas de violencia se encuentran con muchas más dificultades que hace años para abandonar la relación de violencia, al carecer de los recursos económicos y sociales para ello. Ante esa incertidumbre, en este último año han descendido el número de denuncias por malos tratos. La denuncia implica un punto de no retorno al cual hay que acudir con la situación social, familiar y económica muy estable, algo que en muchos casos es difícil.

Si a la situación de violencia de género le unimos otra variable como es la enfermedad mental grave y duradera (hablamos de esquizofrenia y trastornos de personalidad), ¿qué podemos encontrar? La invisibilidad y el rechazo. Una realidad invisible porque las estadísticas nos las contemplan; tampoco hay una bibliografía o estudios sobre ello. Sólo hay que hacer una búsqueda bibliográfica para darse cuenta de que este tema, violencia de género y enfermedad mental en las víctimas, no es analizado por demasiados autores. Y ya se sabe que lo que no se cuenta no existe. El rechazo con el que se encuentran las víctimas de violencia de género con enfermedad mental grave y duradera, cuando hablan de lo que viven en casa, cuando denuncian, cuando acuden a un centro de la mujer, cuando necesitan acudir a una casa de acogida se repite.

La enfermedad mental lleva implícito un estigma de mentira que invalida cualquier discurso posterior. Se da por hecho que por tener un diagnóstico de enfermedad mental, no es verdad lo que relata la víctima o incluso es justificable la actitud del maltratador (como una fiscal llegó a verbalizar en un juicio). Se presupone la mentira y los problemas de conducta, y se antepone a los derechos de estas mujeres.

.....
¹ Fuente: Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Lo mismo ocurre si hablamos de la violencia intrafamiliar en hombres y mujeres con enfermedad mental. Muchos han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia o de exposición a la violencia de género ejercida de su padre a su madre e incluso también directamente a ellos. O son sus hijos quienes les insultan y dilapidan los ingresos económicos.

Cuando se comienza a trabajar con las personas con enfermedad mental grave y duradera, exploras su historia de vida y tras muchos años de intervención y de un vínculo profesional-usuario fuerte, te cuentan hechos traumáticos de su vida que han sido guardados en las cloacas de la memoria. Nadie les ha ayudado con ello y cuando piden ayuda para superarlo, los profesionales se encuentran en una situación complicada.

Los técnicos que intervienen en salud mental no presentan, en muchos casos, la formación adecuada para intervenir en violencia de género, por ello intentan derivar a los recursos destinados a ello. Los puntos de violencia de género y toda su red, no suelen atender de forma ambulatoria a estas víctimas al contar con el diagnóstico de enfermedad mental, vuelta al estigma, por el cual refieren no poder intervenir. Por no hablar de los recursos residenciales específicos de violencia de género, donde, expresamente, está prohibida la entrada a usuarias con este diagnóstico.

Ante esta situación que uno puede encontrarse casi diariamente, *¿qué se puede hacer?* Depende de la implicación de los profesionales y su formación complementaria. Pero nos encontramos que las mujeres víctimas de violencia de género con un diagnóstico de enfermedad mental, las cuales son discriminadas de forma triple (género, víctimas y con discapacidad), no tienen el mismo derecho de acceso a los recursos que el resto de las mujeres. Por lo cual podemos hablar de una cuarta discriminación para estas mujeres. Y aunque el problema se pretenda esconder, continúa ahí y en muchos casos imposibilitando el avance de la intervención psicosocial de estas mujeres.

El desarrollo de este trabajo se plantea desde la información y experiencia de dos ámbitos de actuación: **Equipo de Atención Social Comunitario (EASC)** Coslada-San Fernando y desde el **Punto Municipal de Observatorio Regional de Violencia de Género** del Ayuntamiento de Getafe.

El EASC se configura con un equipo multiprofesional, formado por una directora, una coordinadora/psicóloga, una psicóloga, una trabajadora social y dos educadoras. Sus funciones básicas son:

- a) evaluar, planificar e intervenir para que los usuarios puedan mantenerse en sus viviendas de manera autónoma, en las mejores condiciones posibles, así como en sus domicilios con el resto de su familia.
- b) ofrecer apoyo socio-comunitario que prevenga y/o evite situaciones de riesgo de marginación o de institucionalización.
- c) desarrollar estrategias de enganche y vinculación progresiva con los Servicios de Salud Mental, con recursos específicos de la Red Pública de Atención Social a las Personas con Discapacidad por Enfermedad Mental, de servicios sociales y otros recursos comunitarios (sanitarios, formativos, laborales, de ocio, jurídicos, etc.).
- d) ofrecer apoyo e información veraz a las familias que conviven con los usuarios.

Por su parte, el Punto Municipal del Observatorio Regional de Violencia de Género de este Organismo pertenece a la red de Puntos Municipales que son coordinados desde la

Comunidad de Madrid. Tienen competencias de actuación transferidas a los ayuntamientos y/o mancomunidades y son los encargados de impulsar actuaciones de prevención y sensibilización en torno a la problemática de violencia de género. También realizan una atención integral a mujeres que estén sufriendo o han sufrido violencia de género ya que están dotados de un equipo interdisciplinar compuesto por asesoras jurídicas, trabajadoras sociales y psicólogas.

2 Marco Teórico

2.1 Punto de partida

Las autoras de este artículo desarrollamos nuestra labor diaria en un recurso para personas con enfermedad mental y en otro de atención a víctimas de violencia de género. Por ello, tras analizar nuestra experiencia formativa y profesional, valoramos que la intervención en casos de violencia de género en mujeres con un diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera es un tema poco abordado.

La intersección de víctima de violencia machista y diagnóstico de enfermedad mental, suele conllevar una no intervención por parte de los profesionales que les atienden. Ya sea por no hallarse en el recurso adecuado, por falta de formación para ello, por estigma hacia la enfermedad mental o como evitación hacia una intervención no rutinaria. Por estos motivos, no se suelen abordar en intervención estos episodios de los usuarios lo cual conlleva una doble (o triple en el caso de las mujeres) discriminación.

Para poder desarrollar, de forma adecuada, las teorías tras las hipótesis planteadas de falta de atención integral a víctimas de violencia de género con diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera, se desarrolló una infructífera búsqueda de estadísticas.

Ante esta situación, se decidió desarrollar el estudio, en la población diana a la que se tiene acceso como es la del recurso para personas con enfermedad mental en el que trabajamos con el fin de visibilizar la prevalencia de la violencia de género en personas con un diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera. Para poder analizarlo, se parte de la atención realizada desde un recurso para personas con enfermedad mental grave y duradera de la Comunidad de Madrid, tanto hombres como mujeres.

Los objetivos de este trabajo son:

- Conocer la incidencia de casos de violencia de género en la población elegida.
- Conocer y analizar qué tipo de intervención se ha desarrollado desde el recurso del cual son usuarios.
- Conocer el acceso e intervención de la población diana a los recursos específico de violencia intrafamiliar o de género.
- Visibilizar la incidencia de violencia de género en mujeres con enfermedad mental grave y duradera.
- Hacer patente la complejidad de la intervención a estas personas y la dificultad para realizar una atención integral.

2.2 Fundamentación teórica

Una de las razones por las que apenas se ha considerado a la violencia como una cuestión de salud pública es la falta de una definición clara del problema. La violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación (OMS (2002) Informe Mundial sobre violencia y salud.).

Si la propia OMS relativiza el concepto de violencia (según apreciaciones) es obvia la necesidad de establecer unas referencias claras en los términos utilizados en este documento. Para ello se definen y caracterizan los conceptos tomándolos de las fuentes que, a nivel profesional, avalan estas nociones.

2.2.1 La definición de violencia.

De acuerdo con la OMS se entiende por **violencia** “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”²

Desde la misma, por tanto, son cuatro las notas características...

- El **uso deliberado de la fuerza o poder**: se trata de actos voluntarios (planeados o no) y no accidentales, en los que se usa la agresión física o psicológica (forzando la voluntad).
- En grado **de amenaza o efectivo**: comprende una acción como la expresión de intenciones, el “anuncio” de lo que se querría acometer.
- Contra **uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad**: incluye la autoagresión (suicidio, autolesiones) tanto como la agresión hacia personas o colectivos.
- Que **cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos**, trastornos del desarrollo o privaciones.

2.2.2 Violencia de género

De nuevo tomando como referencia la definición de un organismo internacional, la Asamblea General de Naciones Unidas en 2003, definió la **violencia de género** como: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tiene o puede tener como resultado daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública como en la privada”. Utilizamos la expresión violencia de género para referirnos a la violencia que padecen las mujeres por el hecho de serlo.

A nivel nacional contamos con la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género cuyo objeto queda definido en su Título Preliminar como se recoge a continuación:

“Art. 1. La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre

.....
² OMS/WHO Global Consultation on Violence and Health (1996). Violence: a public health priority. Ginebra, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”

Por su parte, el Gobierno autónomo en el año 2005 aprobó la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid, donde encontramos una consideración más amplia de la Violencia de Género

[...]Art.2. La Violencia de Género a que se refiere la presente Ley comprende toda agresión física o psíquica a una mujer, que sea susceptible de producir en ella menoscabo de su salud, de su integridad corporal, de su libertad sexual, o cualquier otra situación de angustia o miedo que coarte su libertad. Asimismo, se considera Violencia de Género la ejercida sobre los menores y las personas dependientes de una mujer cuando se agrede a los mismos con ánimo de causar perjuicio a aquélla.

Quedan también incluidas en el ámbito de aplicación de esta Ley, las conductas que tengan por objeto mantener a la mujer en la sumisión, ya sea forzando su voluntad y su consentimiento o impidiendo el ejercicio de su legítima libertad de decisión en cualquier ámbito de su vida personal.”

2.2.3 Tipos de violencia de género³

Todas las manifestaciones de violencia (física, verbal, sexual, etc) de parte del hombre maltratador están dirigidas a conseguir el control y sometimiento de su pareja. Cada situación es única y diferente a las demás aunque existen denominadores en común. Se pueden dar distintas formas de violencia ya sea de forma exclusiva aunque normalmente **se suelen simultanear varias formas de violencia y en distinto grado**. Incluso en distintas fases de la relación pueden predominar una o varias formas de maltrato cambiando y moldeándose a lo largo de la relación, o incluso, tras la ruptura.

2.2.4 Personas con enfermedad mental grave y duradera

Son aquellas personas que sufren trastornos psiquiátricos graves y crónicos como la esquizofrenia, trastorno bipolar y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad (cluster tipo A). Estos trastornos dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria como la higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos (Goldman,

.....
³ Existen muchos tipos de violencia de género, aunque en este trabajo, nos centraremos en los términos que se han utilizado al presentar los datos:
Violencia física: Cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia.
Violencia psicológica: Toda conducta, verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, insultos, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, ejercida por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia.
Maltrato económico: Privación intencionada, y no justificada legalmente, de recursos para el bienestar físico o psicológico de la mujer y de sus hijas e hijos o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito de la pareja.
Violencia Sexual: Cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por la mujer, abarcando la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, y el abuso sexual, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima.
Maltrato social: Se produce en la medida que el agresor limita los contactos sociales y familiares de su pareja, aislándola de su entorno y limitando así un apoyo social importantísimo en estos casos.
Negligencia: No satisfacer, por parte del cuidador, una necesidad básica, aun conociéndola y contando con los medios para hacerlo.
Violencia ambiental: Conductas consistentes en golpear o/y romper objetos y mobiliario de forma intencionada, al igual que tirar objetos de valor económico o sentimental que pertenecen a la mujer.

Gatozzi y Tanbe, 1981, p.22).

Para que una persona presente un trastorno mental severo, debe concurrir en las siguientes tres dimensiones (NIMH, 1987⁴):

- Diagnóstico: fundamentalmente trastornos psicóticos y especialmente esquizofrenia.
- Discapacidad: Déficit en alguna o varias de las siguientes grandes áreas de autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, funcionamiento cognitivo y/ funcionamiento laboral.
- Duración: debe ser persistente en el tiempo para descartar las personas que pueden presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, que tengan poca evolución y por tanto un diagnóstico todavía no muy claro.

2.3 Formulación del problema

Los problemas de salud mental para la sociedad en general son grandes desconocidos lo que hace que, en muchas ocasiones, se tengan prejuicios que desembocan en un trato discriminatorio. Comúnmente se suele relacionar enfermedad mental con personas altamente conflictivas e incluso peligrosas para la sociedad. Estas ideas preconcebidas hacen que desde la sociedad se tenga una visión estigmatizada de las personas que padecen una enfermedad o trastorno mental grave, y como consecuencia su rechazo social.

Como se recoge en la *Declaración de Madrid contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental* de enero de 2011, estas personas suelen tener mayores dificultades en su plena integración como ciudadanos que la población carente de esta problemática. Presentan mayor aislamiento social, déficit de autoestima, dificultades para el acceso a un empleo y la pérdida de oportunidades en distintas facetas de la vida cotidiana.

En esta panorámica de mayor vulnerabilidad si añadimos la dimensión de género, damos un salto cualitativo en la situación de desventaja social. En este sentido FEDEAFES (Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental) realiza un estudio⁵ sobre el diagnóstico de la situación frente a la igualdad de mujeres y hombres. En las conclusiones y recomendaciones de este estudio se reflexiona sobre la especial incidencia del factor género en las situaciones relacionadas con la salud mental.

Hacen referencia como datos destacables, cómo el papel de cuidador de personas con enfermedad mental suele caer en las mujeres debido al rol tradicional femenino de cuidadora, con la correspondiente sobrecarga y problemas de salud tanto físicos como emocionales que esto genera. También hace incidencia en la escasa participación ciudadana de las mujeres con enfermedad mental en ámbitos asociativos y comunitarios, tendiendo a su aislamiento social y a la falta de propuestas desde la perspectiva de su realidad.

En esta línea, teniendo en cuenta el factor de género, podemos señalar la especial dificultad que existe en mujeres con trastorno mental grave que están sufriendo violencia de género. En la práctica profesional, al igual que en distinta documentación, se pone de manifiesto un doble flujo de influencia entre estas dos problemáticas. Por un lado, se evi-

.....
4 National Institute of Mental Health (NIMH). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH; 1987.
5 Acceso al documento: http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2015/03/Fedeafes_folleto-empoderamiento-mujeres_recomendaciones-conclusiones.pdf

dencia que el sufrir una enfermedad mental incrementa sensiblemente el riesgo de sufrir violencia familiar. Esto puede ser por distintos factores, ya sea tanto por la complejidad en la convivencia en las cuáles se pueden generar diversos conflictos, la falta de habilidades personales en los familiares para el trato con personas con estas patologías, y la escasez de recursos de apoyo a estas familias con la consiguiente sobrecarga y desbordamiento. Se hace patente la especial vulnerabilidad que padecen estas personas, que las hace ser un objetivo más “fácil” para ejercitar un abuso hacía ellas ya sea psíquico, físico o sexual. Cuando estas personas son violentadas en su entorno más próximo no disponen ni de habilidades personales ni sociales, como pudieran tener otras personas sin esta enfermedad, para hacer frente a esta problemática y en último caso salir de ese entorno maltratante. Unido a esto se tienen que enfrentar con las barreras institucionales al ver dificultad en ocasiones para dar credibilidad a su relato y la falta de recursos disponibles. Cuando estas personas cuentan que están siendo violentadas de forma psíquica o física en su ámbito familiar, los profesionales de distintos ámbitos, ya sea en ayuntamientos, sedes judiciales, cuerpos policiales o sanitarios, pueden tender a pensar que la persona está exagerando o incluso “deformándolo” fruto de su enfermedad. Cuando se enfoca toda la atención en la patología mental en sí misma, viendo solo a la persona como una “enferma mental” se deja de lado otros aspectos de la vida de la persona y se puede caer en estas valoraciones a priori dejando de indagar o investigar, cómo se podría hacer si lo expusieran otras personas. Yendo un poco más lejos, incluso se puede culpabilizar a estas personas, y sin quererlo, justificar la actuación violenta del familiar, argumentando lo complicado de convivir con una persona con esta problemática.

Por otro lado se plantea otra correlación, y es cómo las vivencias maltratantes que sufren estas personas, que algunos casos pueden llegar a ser traumatizantes, afectan de forma severa pudiendo agravar su enfermedad. Son múltiples los estudios y bibliografía⁶ que hacen referencia al daño emocional⁷ que sufren las mujeres que han estado expuestas o han sufrido violencia de género durante un periodo prolongado de su vida. Esta afectación emocional puede verse altamente incrementada cuando la mujer sufre una enfermedad o trastorno mental grave.

Este tipo de casuísticas, dónde se entrelazan distintas problemáticas o factores de vulnerabilidad, son especialmente complejas tanto en la prevención como en su intervención social. La práctica en trabajo social suele ser fragmentada tendiendo a agrupar a la ciudadanía por problemáticas específicas y de ahí radica en muchas ocasiones la dificultad. Es cierto que es necesario la especialización en distintas problemáticas para poder realizar una intervención más eficaz, ya que los profesionales suelen estar formados en esas materias y se dispone de mayor conocimiento al respecto. Aun así creemos que se debería hacer una revisión tanto en las administraciones y como en el tejido asociativo para limitar, de alguna manera, el caer en categorías tan parceladas. Partimos de la realidad que el ser humano es un todo y en la gran mayoría de casos se pueden plantear distintas problemáticas simultáneas o aspectos que generan vulnerabilidad, que involucran a distintas áreas y son susceptibles de abordarse. Podemos tener características de población que encajen en distintos colectivos, por ejemplo se puede ser mujer, madre y adolescente al mismo tiempo,

.....
6 Echeburúa, E. et. Al. (2002) Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. Universidad del País Vasco <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/17-danopsi.pdf>

7 La OMS (1998) señala: “la tortura mental” y el hecho de “vivir con miedo y aterrorizados” como el peor aspecto de los malos tratos, adquiere aún un mayor sentido lógico a la hora de comprender el estado de desgaste emocional que alcanza la víctima. La gravedad de las secuelas psicológicas hace necesario abordar el papel que desempeña el manejo de las emociones para la prevención o posibles tratamientos para el maltrato psicológico en las relaciones de pareja.

al igual que podemos tener un problema de drogadicción y un ámbito familiar disfuncional.

Esta excesiva parcelación en los dispositivos de atención plantea, en ocasiones, la dificultad de perfilar cuál es el recurso más idóneo para realizar la intervención, y en ocasiones hace que la persona tenga que acudir a distintos recursos exponiendo su vida pudiéndose llegar a darse lo que frecuentemente se llama “maltrato institucional” si las intervenciones desde los distintos dispositivos no están lo suficientemente coordinadas.

3 Método

Para la búsqueda de información referente a la problemática de la violencia de género, su incidencia en personas con diagnóstico de enfermedad grave y duradera hemos seguido el siguiente procedimiento:

- Se ha recabado información cuantitativa acerca de la incidencia de la violencia de género e intrafamiliar en personas con enfermedad mental grave y duradera. La información se ha obtenido de las historias sociales y el seguimiento llevado a cabo. A su vez, para completar dichos instrumentos profesionales, la información se obtuvo a través del informe de derivación del centro de salud mental, coordinaciones con otros recursos y entrevista con el usuario. Los datos que se han extraído, se han dividido por sexos para conocer mejor su incidencia; a excepción de los datos de violencia de género que sólo pueden darse en mujeres.
- Se ha procedido a revisar las principales fuentes documentales (estudios e informes disponibles) así como protocolos de actuación difundidos entre los profesionales sociales.
- Como complemento a la información cuantitativa se ha recogido información de victimología y la intervención desarrollada desde un recurso específico de atención a mujeres víctimas de violencia de género. Aunque no son datos comparables al tratarse de distintos territorios se ha valorado e incorporado como Anexo a este trabajo, apoyando así la dificultad de los recursos establecidos para identificar esta doble problemática.

4 Resultados

La población diana son los usuarios del Equipo de Apoyo Social Comunitario (EASC), desde el año 2012 hasta el 2014, tanto hombres como mujeres siendo una población total de 40 personas atendidas. **Todas ellas** cuentan con un **diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera**, presentan historia abierta en el servicio de Salud Mental de la zona y han estado o se encuentran en intervención con el Equipo de Apoyo Social Comunitario.

Antes de desglosar los datos, señalar la dificultad para poder detectar todos los casos de violencia sufrida, debido a la falta de conciencia de ello por parte de las víctimas, miedo a posibles represalias, el paso del tiempo, etc. Por lo tanto, se estima que los resultados pudieran ser incluso más altos de los expuestos en este trabajo.

4.1 Víctimas de violencia

La distribución de la población total según sexo es de: 21 hombres y 19 mujeres. Las proporciones pueden verse en la tabla 1:

Tabla 1. Población total

	Población atendida con EM	Personas con EM y víctimas de violencia	Incidencia Violencia en personas con EM*
Mujer	19	12	63,2%
Hombre	21	6	28,6%
Total	40	18	45%

*EM= Enfermedad Mental

Fuente: Datos de atención EASC. Elaboración propia

Resulta alarmante observar la incidencia de las situaciones de violencia en personas con enfermedad mental grave y duradera (hombres y mujeres) que, como puede verse en la tabla superior, afecta a un 45% (casi a la mitad de la población atendida). Además, si desgregamos esta información por sexos podemos comprobar cómo son las mujeres las que en mayor medida sufren estas situaciones (2 de cada 3), proporción que en los hombres baja hasta situarse en uno de cada tres.

4.2 Tipo de violencia sufrida

Como se ha apuntado precedentemente, es habitual que las personas que sufren malos tratos sean víctimas de más de un tipo de violencia. En la población objeto de estudio se han detectado un total 30 episodios de violencia, cuya distribución según tipo de violencia sufrida y sexo, se desglosa en la tabla 2:

Tabla 2. Tipo de violencia sufrida según sexo

Tipo violencia	POBLACIÓN que ha sufrido violencia	Violencia Género	Violencia Familiar	Abusos sexuales	Exposición	Frecuencia absoluta
Mujer	12	10	4	8	1	23
Hombre	6		2	1	4	7
TOTAL	18	10	6	9	5	30

Las cifras que aparecen en la tabla superior muestran la presencia simultánea de distintos tipos de violencia sobre una misma persona (1,6 formas de violencia por persona). En el caso de las mujeres esta cifra aumenta hasta casi llegar a 2 por cada mujer. Se puede observar cómo las situaciones de violencia inciden especialmente en las mujeres con enfermedad mental grave.

Analizando los tipos de violencia que se han detectado en personas con enfermedad, según sexo podemos comprobar que del total que han padecido las mujeres los más frecuentes han sido los de violencia de género seguidos de los abusos sexuales⁸ con un 43,5% y un 34,8% respectivamente. En el caso de los hombres con enfermedad mental el tipo que más se repite es la exposición a la violencia. Al contabilizar un mayor número de situaciones de violencia las mujeres que los hombres es lógico que las cifras totales repitan la frecuencia detectada en ellas: por orden, las situaciones más frecuentes en la población con enfermedad mental grave son las de violencia de género, seguidas de abusos sexuales, violencia familiar y en último lugar, exposición a la violencia.

Tabla 3. Incidencia del tipo de violencia según sexo

Tipo violencia	Violencia Género	Violencia Familiar	Abusos sexuales	Exposición	Frecuencia relativa
Mujer	43,5%	17,4%	34,8%	4,3%	100,0%
Hombre		28,6%	14,3%	57,1%	100,0%
TOTAL	33,3%	20,0%	30,0%	16,7%	100,0%

En la tabla 4 se muestran las cifras en relación a las 30 situaciones de maltrato detectadas. La información se muestra desagregada por sexos donde claramente podemos ver cómo 7,7 de cada 10 situaciones de violencia la padecen las mujeres.

Tabla 4. Incidencia de las formas de violencia

Tipo violencia	Violencia Género	Violencia Familiar	Abusos sexuales	Exposición	Frecuencia relativa
Mujer	33,3%	13,3%	26,7%	3,3%	76,7%
Hombre		6,7%	3,3%	13,3%	23,3%
TOTAL	33,3%	20,0%	30,0%	16,7%	100,0%

Además en la tabla 4, se observa que tras la violencia de género, las mujeres que tienen una enfermedad mental grave sufren abusos sexuales y situaciones de violencia familiar dejando patente la variable género.

Apartado separado merece la categoría de **violencia de género**, que afecta al 83,3% de las mujeres que han sufrido situaciones de violencia y detectado por el Servicio.

.....
⁸ Nota aclaratoria: A la hora de clasificar la información de la que se disponía se ha diferenciado entre violencia sexual como una forma de violencia de género de abusos sexuales: la distinción reside en por parte de quién emana la violencia: si es pareja o expareja: se identifica como Violencia de Género; en caso de que sean familiares o conocidos o desconocidos que no pertenezcan al entorno familiar es valorado en este trabajo como Abuso sexual.

Tabla 5. Tipo de violencia de género sufrida

Tipo Violencia Género sufrida	n	%
FÍSICA	4	40,0%
PSICOLÓGICA	10	100,0%
ECONÓMICA	3	30,0%
SEXUAL	5	50,0%
NEGLIGENCIA	2	20,0%

De los casos de violencia de género, todas las mujeres sufrieron violencia psicológica, la mitad sufrieron violencia sexual por parte de su pareja, y el 40% presentó violencia física. El 30% de las mujeres no han podido gestionar su dinero o se ha ejercido un control de ello por parte de su pareja. Y en dos casos se detectó que la pareja no desarrolló los cuidados médicos adecuados a la víctima de forma consciente.

Como se ha señalado en este trabajo, los datos de víctimas con enfermedad mental señalan que **12 de un total de 19 mujeres con las que hemos intervenido, han sido víctimas de algún tipo de violencia**, y un **52,6% de violencia de género** concretamente (10 de las 19 mujeres atendidas). Y la cifra presumiblemente es más alta porque en muchos casos la mujer no verbaliza estas situaciones, ya sea por falta de conciencia de ser un delito o por falta de alternativas si lo denuncia. Estamos hablando de mujeres con unos ingresos económicos bajos o inexistentes, sin red de apoyo informal, aisladas y cuyo principal cuidador es su maltratador. La realidad es que se carecen de alternativas después de denunciar. La especialización de las redes de atención social ha conllevado que personas que podrían ser atendidas en varias redes no puedan acceder a ninguna. El ideal de intervención integral se pierde con la fragmentación y sectorización inflexible de los recursos existentes.

4.3 Intervención llevada a cabo desde el recurso

La intervención que se ha desarrollado desde el EASC en el caso de las mujeres, se ha centrado en la vigilancia de la situación al ser el único recurso que accedía al domicilio o presentaba un importante y sólido vínculo con la víctima.

Tabla 6. Tipo de intervención llevada a cabo desde el EASC

	MUJERES		HOMBRES	
	n	%	n	%
GESTIONES	2	11,8%	1	5,9%
CONTENCIÓN DEL USUARIO	1	5,9%	2	11,8%
DENUNCIA DE LOS PROFESIONALES	1	5,9%		
VIGILANCIA SITUACIÓN	3	17,6%		
INFORMAR A SS.SS.	1	5,9%		
INFORMAR AL AMTA	1	5,9%	1	5,9%
INTERVENCIÓN CON AGRESORES	1	5,9%		
EMPODERAMIENTO DE LA VÍCTIMA	2	11,8%		
DERIVACIÓN RECURSO MUJER	1	5,9%		
TOTAL	13	76,5%	4	23,5%

Se ha iniciado también una intervención de empoderamiento de la víctima en dos de los casos. Sólo en uno de los casos se realizó una derivación a los recursos especializados de mujer.

En el caso de los hombres, la intervención se centró en contener a la víctima ante posibles agresiones a su agresor u objetos o a sí mismo.

Señalar que de ambos sexos, se informó de la situación detectada a los recursos relevantes en cada caso como Servicios Sociales, la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto. En todos los casos se informó a Salud Mental.

5 Discusión

Con el análisis de los datos de atención del EASC, se pretende visibilizar la unión de las dos problemáticas que planteamos, es decir, mujeres con enfermedad grave y duradera y víctimas de violencia de género.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el primer informe global que realizan sobre la violencia contra la mujer, apunta a que cerca del 35% de todas las mujeres a nivel mundial, experimentarán hechos de violencia ya sea en la pareja o fuera de ella, en algún momento de sus vidas y que por término medio, el 30% de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia físico o sexual por parte de su pareja.

Con los datos que contamos en el presente trabajo la prevalencia de violencia hacia mujeres con enfermedad mental grave o trastorno mental de parte de sus parejas sería del 52,6% una cifra significativamente mayor que la media en mujeres sin este tipo de problemática.

Ante estos datos vemos la relevancia de poner encima de la mesa, no tanto la búsqueda de soluciones por la complejidad del tema, sino al menos la necesidad de analizar esta rea-

lidad y abrir un debate de discusión en las Administraciones.

Se plantea la cuestión de que si se visibilizaran las situaciones de maltrato en mujeres con enfermedad mental, aumentarían las denuncias y como consecuencia los recursos disponibles, por dos razones, por hacerse patente esta necesidad y porque las usuarias se sintiesen respaldadas en su decisión y en su posterior recuperación sociopersonal.

En los casos específicos que estamos planteando, es decir mujeres con enfermedad mental grave que sufren violencia en el ámbito familiar y más concretamente de parte de su pareja se presenta esta dificultad. En los dispositivos de salud mental se plantea un déficit en los mecanismos de prevención en situaciones de violencia familiar ya sea por falta de formación en estos aspectos o por la excesiva priorización que se da a la problemática de salud mental.

Una vez detectado y valorado la existencia de violencia doméstica, en los casos que venga de mano de su pareja, la intervención especializada la pueden ofrecer en los Puntos Municipales de Observatorio Regional de Violencia de Género de los ayuntamientos. Generalmente el personal profesional de estos dispositivos está altamente formado en aspectos de género y violencia machista, si bien se da un déficit en la formación e incluso de experiencia en intervención en cuadros de enfermedad mental grave, imprescindible para el abordaje de estas casuísticas. En estos casos se plantea el dilema que es necesario el abordaje de la problemática de violencia machista pero es necesario contar con conocimientos de salud mental para poder intervenir de una manera eficaz.

Estas dificultades detectadas se pusieron de manifiesto desde varias instituciones, sobre todo de atención a mujeres víctimas de violencia en la Comunidad de Madrid. Por ello, hace unos años se puso en marcha el *Programa Atiende* que es una unidad de atención e intervención del daño emocional que cuenta con trabajadora social, psicóloga y psiquiatra. En este servicio sanitario, ubicado en el Hospital Gregorio Marañón, intervienen con mujeres e hijos que tengan una afectación severa tras la vivencia de violencia, y dan cobertura a mujeres que padezcan trastornos o enfermedades mentales, aunando la intervención en la situación de maltrato con conocimientos y recursos de salud mental.

Otra necesidad que se hace patente en la práctica profesional es la carencia de recursos que respondan a la necesidad real para estas casuísticas.

En caso de valorar la necesidad que la mujer salga del domicilio familiar por la gravedad de la situación, los profesionales se encuentran con la dificultad de contar con un recurso de alojamiento. Si la mujer está en una situación de peligro por la situación de violencia que sufre con su pareja o marido, lo más conveniente y sensato sería pensar que debería ingresar en los recursos institucionales para este fin, como son centros de emergencia y de acogida de la Comunidad de Madrid. Allí la mujer estaría protegida ya que cuentan con medios de seguridad y su ubicación es confidencial.

En la práctica profesional nos encontramos como en los recursos residenciales de protección para mujeres que estén vivenciando violencia machista un factor de exclusión para su ingreso es que padezcan enfermedad mental grave. Se deja así fuera de la posibilidad de ingreso a cualquier mujer que padezca enfermedad mental grave sea cual fuere su situación de violencia. Con esta cláusula se parte de la premisa que toda persona que padece enfermedad mental o trastorno mental grave no es apta para tener una convivencia adecuada con otras personas. No se plantea la posibilidad de realizar una valoración del estado

mental de la persona con estas enfermedades antes del ingreso para valorar la posibilidad de este. Cada enfermedad y estadio unido a las características individuales de la persona hace que cada caso sea diferente. Sería idóneo que cuando la persona estuviera estable y con medicación pautada, sin brotes que pudieran alterar la convivencia con las otras mujeres y sus hijos, se permitiera su ingreso haciendo efectivo así la igualdad de condiciones con otra población no afectada por estas dolencias.

Esta realidad llama la atención ya que entra en contradicción con numerosas cartas y declaraciones institucionales en torno a personas con enfermedad mental grave, potenciando desde la propia administración tratos desiguales y discriminatorios. Las mujeres que sufren violencia machista con la necesidad de salir de su domicilio por valorarse riesgo y tienen enfermedad mental se las canalizaría a los dispositivos residenciales de salud mental como pueden ser mini-residencias, pisos supervisados, plazas en pensiones supervisadas, etc. Estos recursos le permitirían salir de su domicilio pero ni son de emergencia, con lo que su ingreso se puede prolongar varias semanas, además de no ofrecer las medidas de seguridad adecuadas para estos casos.

6 Conclusiones

El presente trabajo ha tratado de evidenciar la especial vulnerabilidad social de las personas con enfermedad grave y duradera.

Entre las principales conclusiones destacar que:

- se ha podido constatar que **el maltrato está asociado a la dimensión de género** (dos terceras partes de las víctimas de violencia son mujeres).
- La **forma de violencia más frecuente es la psicológica** y casi siempre combinada con otro tipo de maltrato.
- Entre los factores que contribuyen a la invisibilización de este colectivo se encuentra el estigma que han venido arrastrando al considerarlas personas violentas, impredecibles y que entrañan riesgos para los demás, cuestiones éstas que les apartan, por ejemplo, de la red de atención para mujeres víctimas de violencia machista.
- En la recogida de datos directamente de los usuarios llevada a cabo, se pudo constatar que muchas de las mujeres entrevistadas no presentaban una conciencia de ser o haber sido, víctimas de violencia de género. A lo largo de las entrevistas o del seguimiento realizado, refieren hechos constitutivos de delito como si no lo fueran. Se han encontrado en aspectos del control económico, violencia sexual e insultos. Así mismo también se han detectado casos de mujeres, que aun siendo conscientes de su condición de víctima, no lo afirmaban de tal forma, justificaban o negaban. A tenor de este aspecto, podemos apuntar que el número de mujeres víctimas de violencia de género que se ha detectado en la población diana (**52,6%**), podría llegar a ser más alto, al haber sido la violencia normalizada y naturalizada por muchas de ellas.

La fragmentación de las redes de atención social en colectivos muy concretos, puede conllevar que algunas personas con situaciones multiproblemáticas, queden fuera de la Red de atención por no ajustarse, de forma estricta, a los perfiles de los recursos. Así mismo, una red de atención demasiado especializada puede no ser rentable económicamente al no contar con un número de casos muy alto. Por lo que una posibilidad sería una inter-

vención y unos recursos, cuyos perfiles de acceso fueran más flexibles, para ajustarse a la diversidad de las situaciones de las personas. Ante esto habría que dotar a los profesionales de formación adaptada a dicha diversidad.

Nos encontramos con una realidad que a día de hoy continúa tapada. Los datos que se han apuntado ayudarán a hacerse una idea de la realidad que existe y que hay que intervenir sobre ella. Tres de cada cien personas tienen un diagnóstico de enfermedad mental grave y duradera en nuestro país; la proporción entre hombres y mujeres es prácticamente del cincuenta por ciento. Las mujeres con enfermedad mental y víctimas de violencia de género, ante todo, tienen derecho a recibir la atención que precisen. Son mujeres especialmente vulnerables que seguirán calladas si los profesionales no les ayudan a hablar.

La constatación de que muchas personas con enfermedad mental grave son víctimas de maltrato reclama una profundización en el tema, una futura investigación que contribuya a poner en marcha estrategias para conseguir dar respuesta a esta triple problemática social.

7 Referencias bibliográficas

- Castelló Blasco, J. (2006). Dependencia Emocional y Violencia Doméstica. Revista Futuros (Nº14, Vol IV) <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd56/emocional.pdf>
- Comunidad de Madrid (2011) *Declaración de Madrid contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental*. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DDECLARACION+ESTIGMA+11+de++Enero+2010.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271927282790&ssbinary=true>
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J. (2002). *Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos*. *Psicothema* (Vol.14 pp.139-146).
- Garriga Puerto, A. y Martín García-Sancho, J (coord.) (2010) *Guía en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Servicio Murciano de Salud http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf
- Goldman, H., Gatozzi, A. y Tanbe, C. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 22- 22.
- González Aguado, F. (2010) *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGU%C3%8DA+ATENCIÓN+MÚJERES+MALTRATADAS++CON+TMG.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352859272086&ssbinary=true>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=>

3351&cdestado=P

- Lopez Gironés, M. y Polo Usaola, C. (2014). *Intervención en mujeres víctimas de violencia de género. Experiencia de psicoterapia grupal en un Centro de Salud Mental*. Colegio Oficial de Psicólogos. Vol. 5, nº 1, 2014. pp 29-39. <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n1a3.pdf>
- Muñoz, M. et. Al. (2009) *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid. Editorial Complutense, S.A. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLIBRO+iNVESTIGACION++Estigma+y+enfermedad+mental.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271741077969&ssbinary=true>
- OMS/WHO Global Consultation on Violence and Health (1996). *Violence: a public health priority*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
- Patró Hernández, R.; Limiñana Gras, R. (2005) *Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas*. Anales de psicología, nº 21, nº 1, pp 11-17. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16721102>
- Royal College of Psychiatrists (2009). *La violencia doméstica y sus efectos en los niños*. <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/translations/spanish/violenciadom%C3%A9stica.aspx>
- VV.AA. (2008) *Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres*. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGuiaAEVIOLENCIAPAREJA_op.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352859264990&ssbinary=true
- VV.AA. (2012) *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Observatorio de Salud de las Mujeres. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf

Anexo

Atención a personas con enfermedad grave en 2014, en un recurso municipal de atención a mujeres.

TOTAL CASOS VIOLENCIA GENERO	CASOS CON ENFERMEDAD MENTAL O TRASTORNO GRAVE Y DURADERO	VIA DE ENTRADA AL PMORVG	CUENTA CON DENUNCIA	CUENTA CON ORDEN DE PROTECCIÓN	TIENE DIAGNOSTICO SALUD MENTAL	NECESIDAD DE RECURSO ALOJAMIENTO	SE GESTIONA INGRESO CENTRO EMERGENCIA VICTIMA VIOLENCIA
	1	Orden Protección desde DGM	SI	SI	SI	SI	SI
	1	Acude directamente	NO	NO	SI	NO	-
	1	Orden Protección desde DGM	SI	SI	NO	NO	NO
	1	Acude directamente	SI	NO	SI	NO	NO
	1	Acude directamente	SI	NO	NO	SI	SI
432	5		4	2	3	2	2

Analizando los datos de atención del servicio del Punto Municipal de Observatorio Regional de Violencia de Género de Getafe (en adelante, PMORV) en el año 2014 se plasma que la intersección de las dos problemáticas que planteamos, es decir mujeres víctimas de violencia de género con enfermedad mental o trastorno grave y permanente, no es muy numerosa en comparativa con la población general de este servicio. Aunque esta razón no debiera ser motivo para dejar de plasmar la necesidad que se abra un debate sobre la necesidad de abordar estas problemáticas como otras en las que ocurre de forma similar, por ejemplo mujeres en situación de violencia machista con una adicción, con una discapacidad física, psíquica o sensorial, etc. En el área social, como ocurre en otros campos como las investigaciones sanitarias, se prioriza, como en cierta manera es normal, el ofrecer cobertura a los casos mayoritarios por ser los más habituales en la práctica profesional. Aún así deberíamos tener presente que ante la complejidad de los seres humanos y la sociedad en la que nos desenvolvemos en ocasiones nos vamos a encontrar personas en la que se presentan diferentes problemáticas que hay que abordar. Sin la conciencia de esta realidad podemos estar generando desde la propia administración situaciones de discriminación que pueden potenciar los factores de vulnerabilidad.

En los datos que se presentan, en el PMORV se ha intervenido en mayor o menor grado con 5 mujeres con enfermedad mental o trastorno mental grave. Hay que puntualizar que se computan enfermedades mentales graves y duraderas sin tener en cuenta depresiones crónicas. Esta tipología de daño emocional está altamente presente en mujeres que han sufrido o están padeciendo maltrato de parte de sus parejas, por lo que aumentaría mucho esta estadística, pero no entraría dentro de la conceptualización de enfermedad mental grave o trastorno mental que planteamos en este trabajo.

De estas 5 mujeres 3 acuden por iniciativa propia al Punto Municipal a exponer su situación y 2 son canalizadas a través de la Dirección General de la Mujer por haberse concedido Orden de Protección. Ninguna mujer fue derivada del ámbito de Salud mental.

En relación con los ingresos en Centros de protección para mujeres en situación de malos tratos que se perciba un riesgo hay que puntualizar, que gracias a la Ley reguladora de orden de Protección que permite permanecer a las mujeres en su domicilio y que sean los agresores los que salgan del domicilio familiar con una orden de alejamiento, hace que en la gran mayoría de los casos las mujeres se mantengan en sus casas. Los ingresos en Centros de Emergencias se realizan en casos que el riesgo se valora muy alto o por situaciones de vulnerabilidad social, es decir, carezcan de domicilio, no puedan afrontar el pago de la casa, etc. Por ello los ingresos en Centros de Emergencias actualmente no son muy numerosos. En el año 2014 desde el PMORVG se han realizado 4 ingresos. De la población que analizamos, es decir, estas 5 mujeres, dos tuvieron necesidad de alojamiento alternativo. Con una mujer el ingreso se realizó desde servicios de emergencia de Madrid, desconociendo si desde estos recursos tenían constancia del diagnóstico de salud mental. La mujer estuvo tan solo un día en ese recurso, siendo canalizada a Getafe. En Getafe la mujer prefirió irse al domicilio de su madre. La otra señora fue canalizada a un recurso de emergencia desconociendo su estado mental ya que fue un caso de urgencia. A los días del ingreso en el centro la señora tuvo un posible ataque paranoico, con lo que desde el propio centro dieron aviso a los servicios correspondientes y se realizó ingreso en unidad psiquiátrica. La mujer al salir se fue a su país, Marruecos. No hubiera podido volver al centro de Emergencias.

En cuanto a la intervención realizada desde el PMORVG, suele ser prioritariamente social y jurídica ya que la atención psiquiátrica y psicológica en 3 de los casos ya se ofrecía desde el ámbito de salud mental con profesionales asignados, en los otros dos casos, uno al no estar diagnosticado todavía se canaliza al servicio *Atiende* para su valoración, y el otro caso al marcharse del país la señora no se sigue interviniendo.