

Violencia de Género hacia mujeres con TMG



Marga Rullas Trincado

mrullas25@gmail.com

CRPS San Fernando de Henares

Grupo de Género RASPEMGD

ÍNDICE

- Introducción
- Datos
- Trastorno mental grave: definición
- Recursos de la RASPEMGD
- Datos desagregados por recursos.
- Violencia de género y TMG: estudio
- Buenas prácticas



Según el INFORME SESPAS 2020 (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria)

- ✓ La **peor salud mental de las mujeres** no se explica por causas biológicas, sino sociales.
- ✓ Las condiciones de vida desiguales entre hombres y mujeres, junto con los modelos imperantes de masculinidad y feminidad hegemónicos, puedan estar explicando estas desigualdades de género en la salud mental.
- ✓ Existe un sobrediagnóstico y medicalización de la salud mental de las mujeres, por el cual los/las profesionales de la salud **están etiquetando con más frecuencia como depresión y ansiedad estados de salud mental similares en hombres y mujeres**, y prescribiendo con mayor intensidad psicofármacos a las mujeres, a igualdad de necesidad.

Encuesta Nacional de Salud, 2017

- Las mujeres refieren algún problema de salud mental **el doble** que los hombres, 14,1% frente a 7,2%.
- La depresión es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%).
- Las mujeres consumen (y les prescriben) el doble de tranquilizantes y de antidepresivos o estimulantes (8% mujeres y 3% hombres).



You can't set her free. But you can help her feel less anxious.

You know this woman. She's anxious, tense, irritable. She's felt this way for months. Beset by the seemingly insurmountable problems of raising a young family, and confined to the home most of the time, her symptoms reflect a sense of inadequacy and isolation. Your reassurance and guidance may have helped some, but not enough. SERAX (oxazepam) cannot change her environment, of course. But it can help relieve anxiety, tension, agitation and irritability, thus strengthening her ability to cope with day-to-day problems. Eventually—as she regains confidence and composure—your counsel may be all the support she needs.

Indicated in anxiety, tension, agitation, irritability, and anxiety associated with depression.

May be used in a broad range of patients, generally with considerable dosage flexibility.

Contraindications: History of previous hypersensitivity to oxazepam. Oxazepam is not indicated in psychosis.

Precautions: Hypotensive reactions are rare, but use with caution where complications could ensue from a fall in blood pressure, especially in the elderly. One patient exhibiting drug dependency by taking a chronic overdose developed upon cessation questionable withdrawal symptoms. Carefully supervise dose and amounts prescribed, especially for patients prone to overdose; excessive prolonged use in susceptible patients (alcoholics, ex-addicts, etc.) may result in dependence or habituation. Reduce dosage gradually after prolonged excessive dosage to avoid possible protracted seizures. Caution patients against the use of motor machinery until absence of drowsiness or dizziness is ascertained. Warn patients of possible reduction in alcohol tolerance. Safety for use in pregnancy has not been established. Not indicated in children under 6 years; absolute dosage for 6 to 12 year-olds not established.

Side Effects: Therapy-interrupting side effects are rare. Transient mild drowsiness is common initially; if persistent, reduce dosage. Dizziness, vertigo and headache have also occurred infrequently; syncope, rarely. Mild paradoxical reactions (excitement, stimulation of affect) are reported in psychiatric patients. Minor diffuse rashes (morbilliform, urticarial and maculopapular) are rare. Nausea, lethargy, edema, slurred speech, tremor and altered libido are rare and generally controllable by dosage reduction. Although rare, leukopenia and hepatic dysfunction including jaundice have been reported during therapy. Periodic blood counts and liver function tests are advised. Ataxia, reported rarely, does not appear related to dose or age. These side reactions, noted with related compounds, are not yet reported: paradoxical excitation with severe rage reactions, hallucinations, menstrual irregularities, change in EEG pattern, blood dyscrasias (including agranulocytosis), blurred vision, diplopia, incontinence, stupor, disorientation, fever, euphoria and dysesthesia.

Availability: Capsules of 10, 15 and 30 mg, oxazepam.

To help you relieve anxiety and tension

Serax® (oxazepam)

Wyeth Laboratories Philadelphia, Pa.



Ritalin® (methylphenidate CIBA) sparks energy

relieves chronic fatigue and mild depression

Certainly Ritalin isn't going to make a sprinter out of the man barely able to drag himself through the day. But this gentle stimulant can spark energy—and enthusiasm—in the chronically fatigued, mildly depressed patient. With vitality increased and outlook brightened, the patient finds daily tasks no longer seem so large, nor do life's problems seem so serious.

acts quickly... leads for hours

Unlike most antidepressants, Ritalin acts promptly—no less likely than amphetamines to cause excessive stimulation, sudden letdown, appetite suppression, alterations in pulse rate or blood pressure. Ritalin is widely cited for its outstanding safety record; unfavorable effects on blood, urine, or liver and kidney function are not to be anticipated. Side effects, if they occur, are generally mild.

Ritalin® (methylphenidate CIBA)

Contraindications: Methylphenidate should not be given to patients with glaucoma and with epilepsy, except to control seizures in the absence of other drugs.

Warnings: Should not be used for severe depression. Use in patients with epilepsy should be limited to control of severe depression. Should not be used to increase energy or physical performance in the absence of other drugs.

Caution: Patients with a history of alcoholism may react adversely to methylphenidate therapy. In laboratory studies, toxicity with sympathomimetic amines and in patients with tachycardia.

Side Effects: Tachycardia, insomnia, nervousness, headache, dryness of mouth, anorexia, drowsiness, restlessness, mild tremor and pulse changes, hot and cold, occur. Overdosage, confusion and psychotic tendencies are occasionally noted in patients treated chronically.

Dosage: Administer orally in divided doses for 10 to 15 days, preferably 30 to 45 minutes before meals. Dosage will depend upon individual and individual response; the average range being 20 to 50 mg daily.

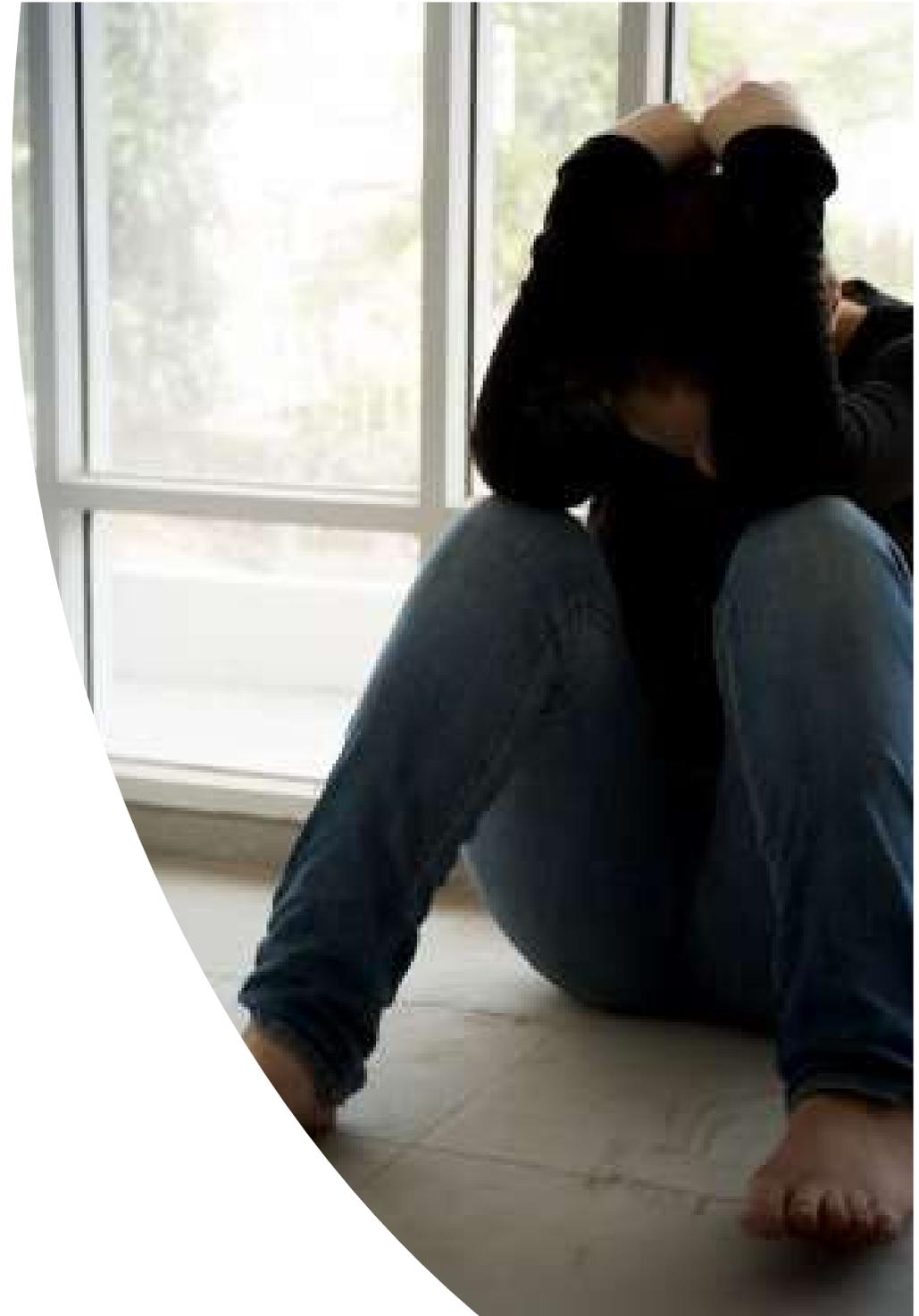
Response: Rapid therapeutic methylphenidate hydrochloride (CIBA) Tablets, 10 mg (pink), 10 mg (orange) and 10 mg (green) will be given as needed.

Consult complete product literature before prescribing CIBA methylphenidate (CIBA) Tablets, 10 mg (pink), 10 mg (orange) and 10 mg (green).

CIBA

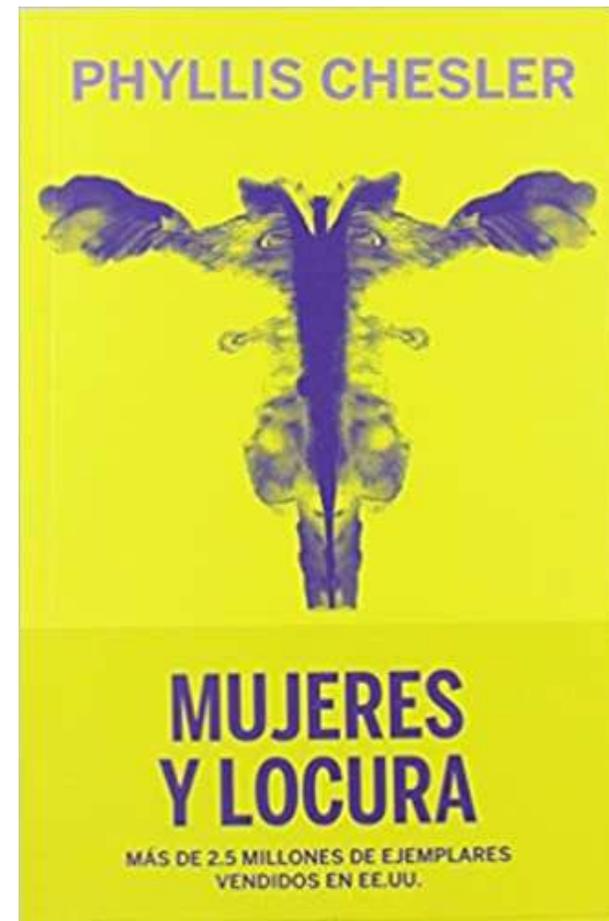
CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD MENTAL

Nuestra salud mental es peor porque sufrimos las secuelas de ser víctimas de violencia a lo largo de nuestra vida, y porque recibimos **una educación más incapacitante a nivel de salud mental**, que nos orienta hacia la sumisión, la pasividad y la dependencia emocional, lo cual nos resta herramientas para poder afrontar el sufrimiento y/o el malestar.

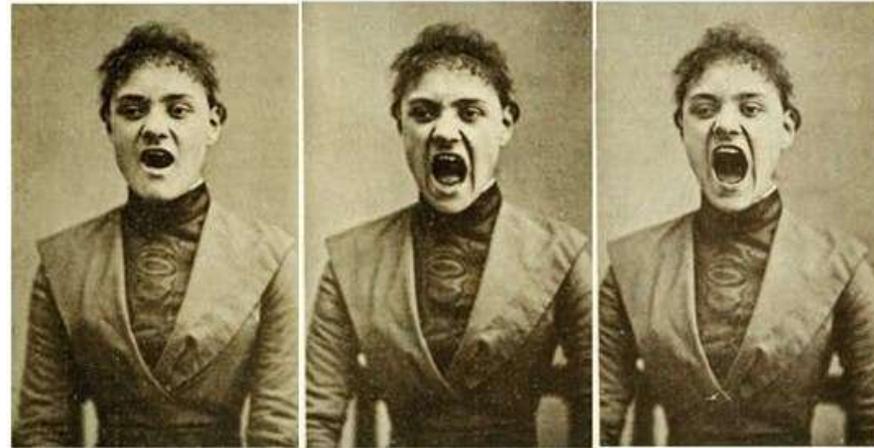


DOBLE ESTÁNDAR DE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES (Phyllis Chesler, 1972; 2019)

- Parámetros de una persona mentalmente sana = masculinidad (independencia, autonomía, objetividad)
- Diferentes a los de una mujer mentalmente sana (sumisión, dependencia, sentimentalismo)
- Mujeres consideradas mentalmente “locas” tanto si aceptan como si rechazan aspectos del rol femenino.



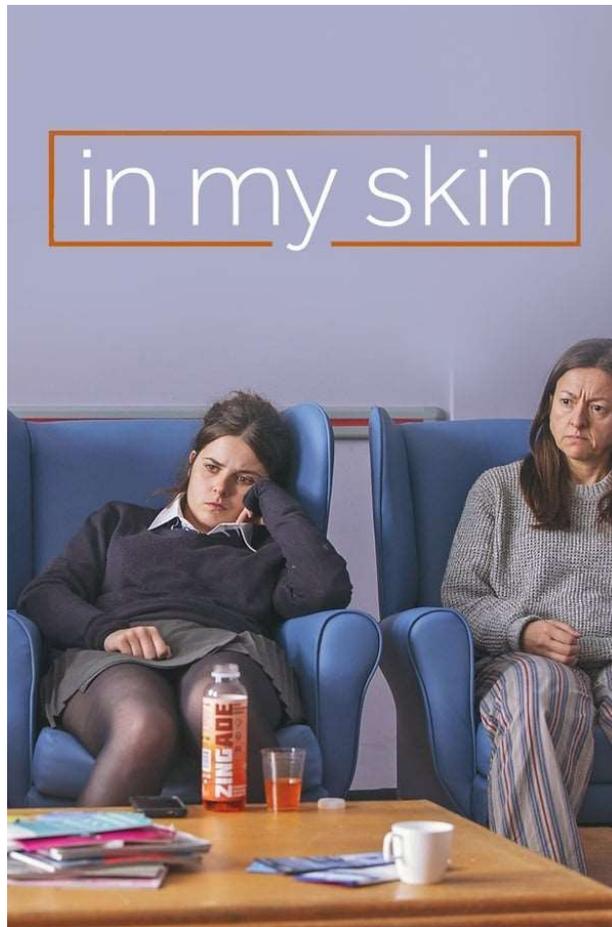
Mujeres y locura





“Existe una clara dimensión de género en el campo de la salud mental, en particular en lo referente a **los trastornos alimentarios, la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad, el pánico y la depresión**” (Informe de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo 2006)

MUJER, TMG Y ESTIGMA



Mandatos de género: lo que se espera de una mujer. Mujeres con tmg no cumplen con estos mandatos, se queda excluida del grupo mujer (crianza, cuidado de hijos/as, ser productiva, tener una pareja, sexualidad).

Autopercepción negativa, sobrepeso.

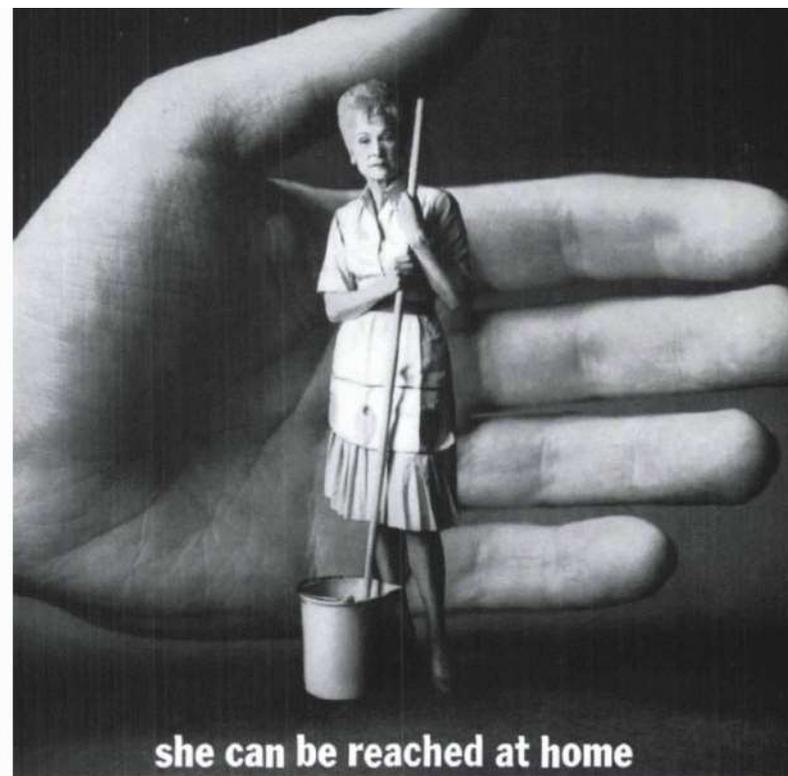
Se las piensa como inmaduras, faltas de responsabilidad, trastornadas, asexuadas o promiscuas. Suelen estar sobremedicadas.

Vulneración de sus derechos civiles, como los reproductivos.

INTENSAS, INESTABLES,...

Clasificación de los trastornos mentales del DSM-V según prevalencia cuantitativa por sexo (Pujal, 2020)

| categoria | mujeres | varones |
|--------------------------|--|---|
| T. ansiedad | T. Ansiedad de separación Fobia T. Ansiedad social Agorafobia T. Ansiedad generalizada | |
| T. obsesivos | T. Dismórfico corporal TOC | |
| T. De traumas y estrés | T.E.P.T | |
| T. personalidad | TLP T. p. histriónica | T. p. antisocial T.p. narcisista T. P. esquizoide T.P. esquizotípica |
| T. parafilicos | | Voyeurismo Exhibicionismo Masoquismo Pedofilia Fetichismo |
| Esquizofrenia y psicosis | T. Psicótico breve T. esquizoafectivo | T. Delirante “celótico” |
| T. depresivo | T. Depresión mayor | T. Desregulación disruptiva del EA |



she can be reached at home

The extent to which the ambulatory or discharged psychiatric patient can be reached therapeutically depends in large part on the efficacy and acceptability of maintenance medication.

Mellaril (thioridazine) helps reduce many of the psychological hazards of the uncontrolled environment, smoothing interpersonal relationships and facilitating the process of adaptation.

Equally important, Mellaril (thioridazine) is notably well tolerated, relieving symptoms and helping to restore function without seriously diminishing drive and alertness. In addition, the extrapyramidal stimulation that is often a concomitant of most phenothiazine therapy is rarely seen with thioridazine.

This balance of efficacy and patient acceptance makes Mellaril (thioridazine) a maintenance drug of choice — no matter which agent may have been employed in the hospital setting.

Indications: Anxiety, tension and agitation in pediatric, adult, and geriatric patients. Psychomotor hyperactivity in psychotic patients.

Side Effects: Jaundice has not been observed. Occasional drowsiness, dryness of the mouth, nasal stuffiness, skin eruption, nocturnal confusion, galactorrhea, amenorrhea, orthostatic hypotension, inability to ejaculate in the male, pseudoparkinsonism. Pigmentary retinopathy has been reported in doses in excess of 1600 mg. daily given over long periods of time. Leukopenia, agranulocytosis, photosensitization, and convulsive seizures are extremely rare, but are possible complications of all phenothiazine administration.

Contraindications: Any severely depressed or comatose state.

a new standard in tranquilization

Mellaril[®]
(thioridazine)

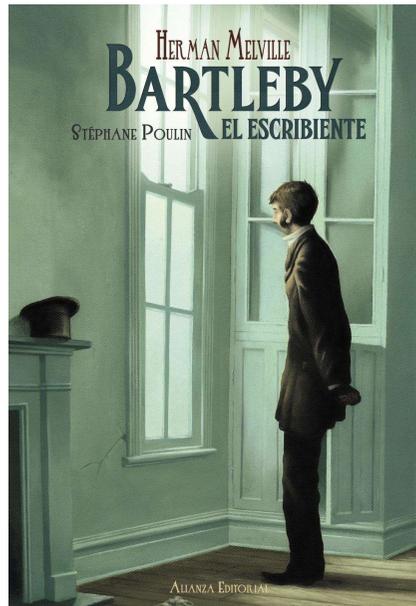


Trastorno límite de la personalidad

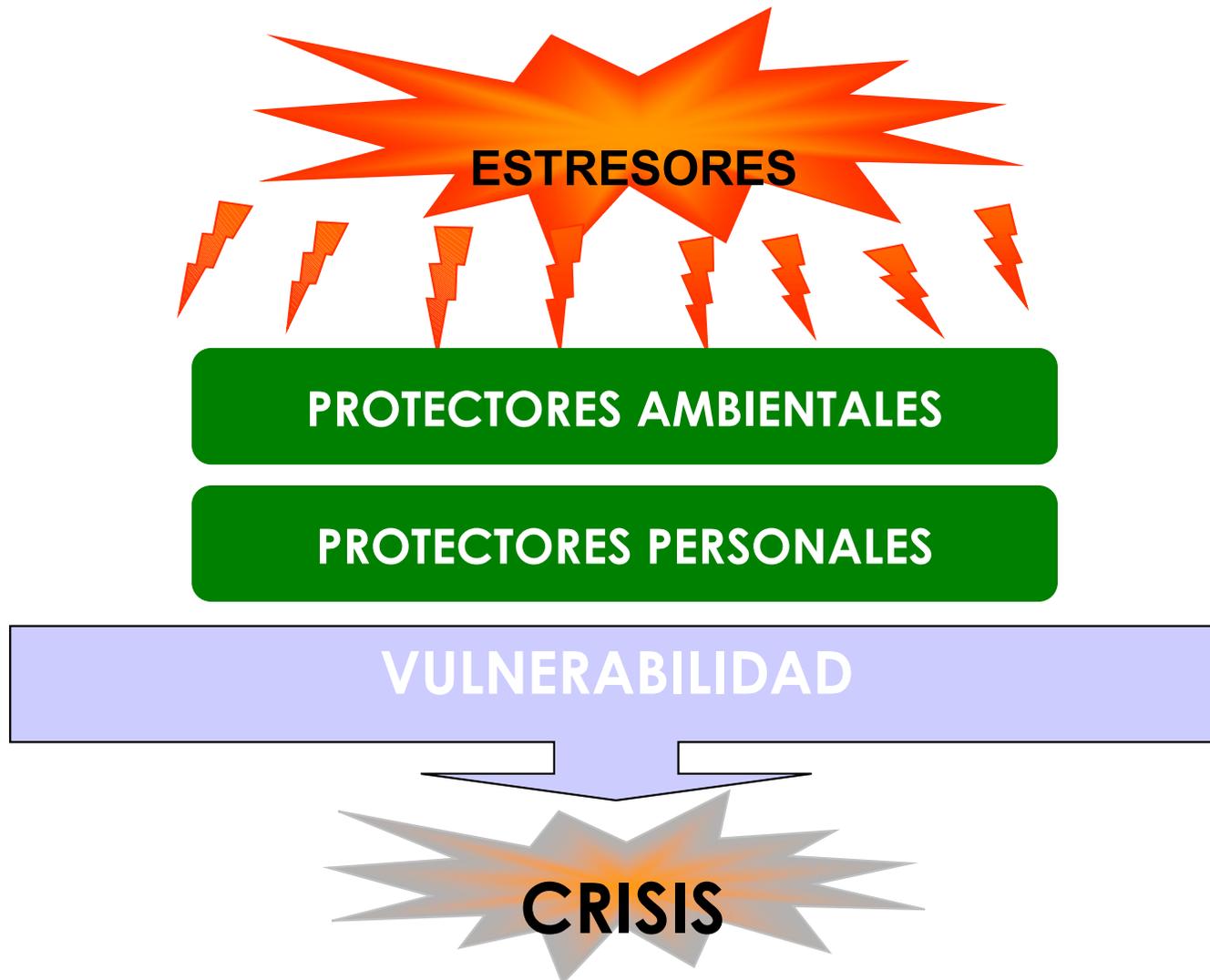
| TLP | SINDROME DE LA MUJER MALTRATADA (L. Walker) |
|--|---|
| Esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginado | Los maltratadores inducen a las mujeres a mantener una relación de dependencia. No hay voluntad |
| Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación | Paso por las tres etapas del ciclo de la violencia: acumulación de tensión, incidente grave y arrepentimiento amoroso |
| Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí misma acusada y persistentemente inestable | Aislamiento e interiorización del mensaje “no vales nada”. |
| Impulsividad al menos en dos áreas, potencialmente dañinas para sí misma | Consumo de tóxicos como bloque de emociones negativas, sobremedicación, e invisibilización |
| Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira | Ira como consecuencia del control, sometimiento y coerción. |

Trastorno Mental Grave

Personas con un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, con dificultades en el funcionamiento psicosocial en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de la integración comunitaria y la **autosuficiencia económica**. Así mismo muchas de estas personas han estado **hospitalizadas** en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos” (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981).



Proceso desencadenante de crisis



Estresores crónicos



Ambientes cognitivamente confusos.

Ambientes críticos e intrusivos.

Ambientes inmotivadamente demandantes.

Ambientes físicos amenazantes o desmoralizantes

Síntomas

POSITIVOS

- Alucinaciones
- Ideas delirantes
- Trastornos del pensamiento

NEGATIVOS

- Falta de energía
- Aislamiento social
- Falta de expresión de las emociones
- Dificultad para el cuidado personal

CRÍTICAS

- Los Dx en psiquiatría no son claros. Límites borrosos.
- No hay marcadores de ningún tipo.
- Son MUY ESTIGMATIZANTES (la mayor parte de la sociedad los usa como un insulto)
- No dan cuenta de las causas, del pronóstico ni del tratamiento.
- No dan cuenta del contexto
 - La desigualdad económica es el primer factor de enfermedad mental en las sociedades.
 - Existe correlación entre la violencia hacia las mujeres y los trastornos mentales



Diferencias por sexo en esquizofrenia

(Usall, 2003; Jiménez, R., 2012)

| | Hombre | Mujer |
|----------------------------|-----------------------|--|
| Aparición de la enfermedad | 18-30 años | 20-35 años |
| Funcionamiento premórbido | Peor | Mejor |
| Detección de la enfermedad | Más temprana | Más tarde Por el lugar de detección |
| Sintomatología | + Síntomas negativos | S. Positivos + somáticos Síntomas del estado de ánimo |
| Consumo de drogas | Consumen más | Consumen menos |
| Recaídas | Por consumo de drogas | Por los acontecimientos de la vida |
| Hospitalizaciones | + nº y tiempo | - nº y tiempo |
| Medicación neuroléptica | Dosis más altas | 20% menos Aumenta la dosis |
| Familia | - Matrimonios e hijos | +Matrimonios e hijos |

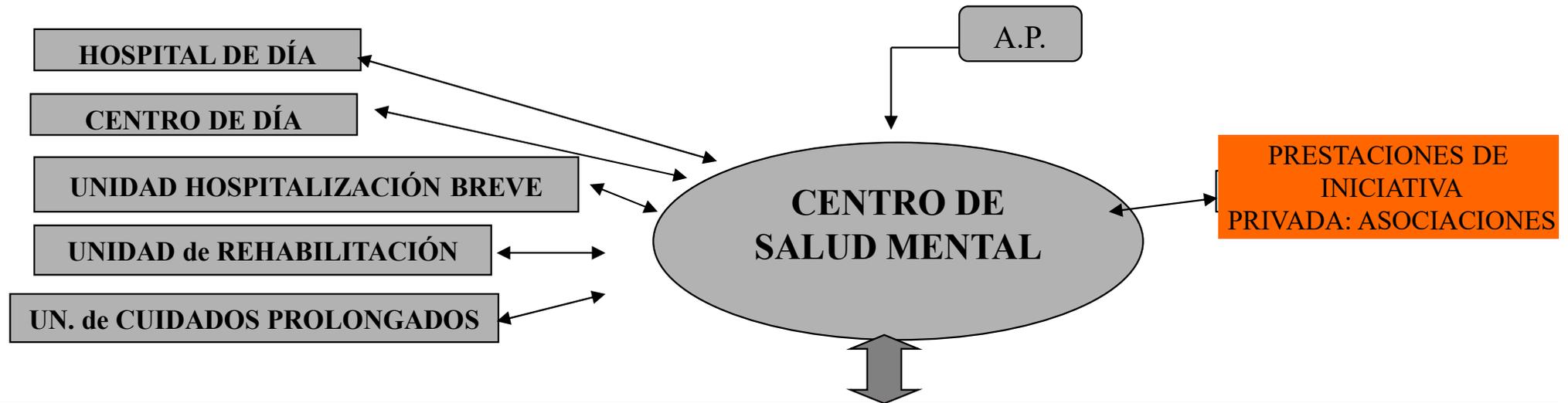
DATOS MUJERES MAYORES CON TMG (Dickerson, F.B., 2007)

- Inicio más tardío que en los hombres, con pico en la menopausia.
- Componente hormonal.
- Sobrerrepresentada en aquellas personas que inician el trastorno por encima de los 45 años.
- En la edad joven las mujeres tienen síntomas menos graves que los hombres, en la edad adulta se igualan. Aunque tienen diferencias en síntomas y pronóstico en la edad adulta, en la edad mayor estas diferencias ya no son significativas.
- Son más vulnerables a los problemas relacionados con el trastorno y con la edad.
- Exacerbación de síntomas tras la menopausia y mayor deterioro cognitivo y peor estado físico.
- Componentes también involucrados: falta de atención médica, limitado apoyo social y bajo estatus socioeconómico.

Necesidades de las personas con TMG

- Identificación, detección y captación
- Tratamiento de salud mental
- Atención en crisis y hospitalización
- Rehabilitación laboral.
- Alojamiento y atención residencial
- Apoyo económico: prestaciones económicas
- Apoyo social: autoayuda y apoyo mutuo
- Educación y apoyo a las familias
- Protección legal y defensa
- Seguimiento individualizado ("*case management*").
- Rehabilitación psicosocial

TIPOLOGÍA RECURSOS RED INTEGRADA SALUD MENTAL



RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL



Las mujeres con TMG en general dicen que necesitan ayuda en:

- el manejo del abuso emocional en las relaciones (80%),
- diferentes formas de abuso físico/sexual (56-68%)
- acceso a información sobre anticonceptivos, embarazo y enfermedades de transmisión sexual (60%)

The consumer as expert: Women with serious mental illness and their relationship-based needs
Cogan, Jeanine C
Psychiatric Rehabilitation Journal; Fall 1998; 22, 2; ProQuest Research Library
pg. 142

PSYCHIATRIC REHABILITATION JOURNAL

CONSUMER AS EXPERT

THE CONSUMER AS EXPERT: WOMEN WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS AND THEIR RELATIONSHIP-BASED NEEDS

JEANINE C. COGAN

JEANINE C. COGAN, PH.D. IS AN
AMERICAN PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION CONGRESSIONAL
SCIENCE FELLOW.

Gender has too often been ignored in the treatment approaches for people with serious mental illness. A gender-blind paradigm overlooks important experiences that are central to women's lives and psychological well-being. In Vermont, 25 women were interviewed to examine what difficulties within relationships they may have needed support dealing with and how well their needs were met by community support services. Results showed that many women needed help with emotional abuse within relationships (80%), different forms of sexual abuse (56-68%), accessing information about contraception, pregnancy and sexually transmitted diseases (60%), and child custody issues (77% of mothers). Qualitative data revealed that mothers perceived mental illness-related stigma to be an obstacle to maintaining custody of their children. People were most available to assist women with accessing information about pregnancy, birth control, and sexually transmitted diseases and least available for offering support for certain forms of sexual abuse. These findings pose meaningful research questions worthy of further investigation in order to provide optimal community services to women with serious mental illness. The importance of researchers using the consumer as expert approach to further examine this issue is emphasized.

Necesidades específicas mujeres con tmg (Ramsay, 2000)

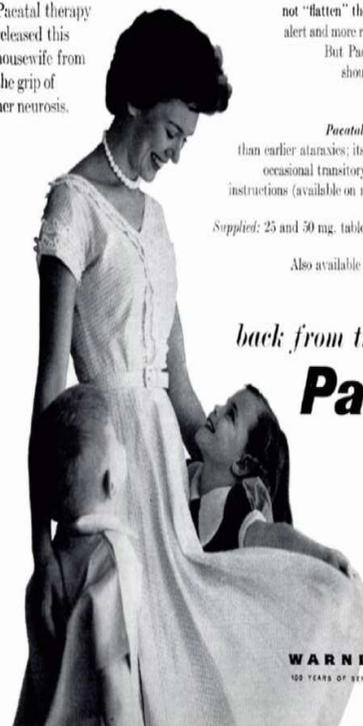
- Cuidado de la enfermedad durante el embarazo, maternidad y postparto.
- Cuidado de los hijos
- Cuidado de la salud física
- Prevención de embarazos
- Necesidades de vivienda (mujeres con TMG en calle)
- Violencia doméstica y de género
- Estigma y victimización
- Roles domésticos-activos
- Entrenamiento de los profesionales en la perspectiva de género

"Mommy, play with me, Mommy!"

She can, now. But only a short time ago Doris never had time for the kids.

A "crazy-clean" housekeeper, she chased dirt and germs all day long. This endless ritual seemed pointless, even to her, yet she couldn't help herself. She became short-tempered with the children . . . cried for no reason at all . . . was depressed and indecisive. Because her compulsiveness crowded out normal living, and Doris was on the brink of a serious breakdown, Pacatal was instituted: 25 mg. t.i.d.

Pacatal therapy released this housewife from the grip of her neurosis.



For patients on the brink of psychosis, Pacatal provides more than tranquilization. Pacatal has a "normalizing" action, i.e., patients think and respond emotionally in a more normal manner. To the self-absorbed patient, Pacatal restores the warmth of human fellowship . . . brings order and clarity to muddled thoughts . . . helps querulous older people return to the circle of family and friends.

Pacatal, in contrast to earlier phenothiazine compounds, and other tranquilizers, does not "flatten" the patient; rather, he remains alert and more responsive to your counseling. But Pacatal, like all phenothiazines, should not be used for the minor worries of everyday life.

Pacatal has shown fewer side effects than earlier ataraxics; its major benefits far outweigh occasional transitory reactions. Complete dosage instructions (available on request) should be consulted.

Supplied: 25 and 50 mg. tablets in bottles of 100 and 500.

Also available in 2 cc. ampuls (25 mg./cc.) for parenteral use.

back from the brink with

Pacatal
Brand of meperidine

WARNER-CHILCOTT
100 YEARS OF SERVICE TO THE MEDICAL PROFESSION

Mami, Juega conmigo,
¡mami!

Ahora puede. Pero hasta
hace poco tiempo nunca
había tenido tiempo para
sus hijos.

Una ama de casa
obsesionada con la limpieza,
perseguía suciedad y
gérmenes todo el día, Este
ritual interminable parecía
inútil, incluso para ella, pero
nopodía evitarlo.

Tenía mal carácter con los
niños...lloraba sin razón...
estaba deprimida e indecisa.
Su conducta compulsiva
desplazó su vida habitual, y
Doris estaba al borde de un
colapso. Se instauró
Pacatal:25mg.

La terapia con Pacatal liberó
a este ama de casa de estar
controlada por su psicosis.

USO DE SERVICIOS

- Las mujeres son más proclives a buscar ayuda para sus problemas de salud mental.
- Los médicos de A.P. atienden más problemas de salud mental en mujeres. Esta diferencia desaparece en niveles de especializada. (*Bachrach y cols., 1989; Mowbray, 2003*)
- Ante la misma demanda, en mujeres es más frecuente el consejo y la prescripción farmacológica y en hombres la derivación (*Vega Alonso y cols 1999, Pipió y Vilaubí y cols.1997*).



Muchas de nuestras pacientes, particularmente las amas de casa, están abrumadas por tareas aburridas y rutinarias que les conducen a un estado de gran fatiga emocional... La Dexedrina les proporcionará una sensación de energía y bienestar, renovando sus ganas de disfrutar de la vida”.

SERVICIOS ESPECÍFICOS PARA MUJERES

Instituto Clarke de Psiquiatría de Toronto (desde 1995) (Seeman, 1998)



Casa de crisis
DRAYTON PARK
(KILLASPY, ET. AL., 2000)

<http://www.candi.nhs.uk/services/drayton-park-womens-crisis-house-and-resource-centre>

Diferencias en el perfil de derivación recibido en los centros de rehabilitación psicosocial en función del género.

Differences of the derivated profile at the pschosocial rehabilitation center by gender

Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (117), 35-46. doi: 10.4321/S0211-57352013000100003

Margarita Rullas Trincado ^a, Sonia Panadero Herrero ^b, Mar Cendoya ^c, Rafael Cristina ^a, Juan I. Fernández ^c, Juan González Cases ^a, Cristina Nespral ^c, Paloma Martínez ^a.

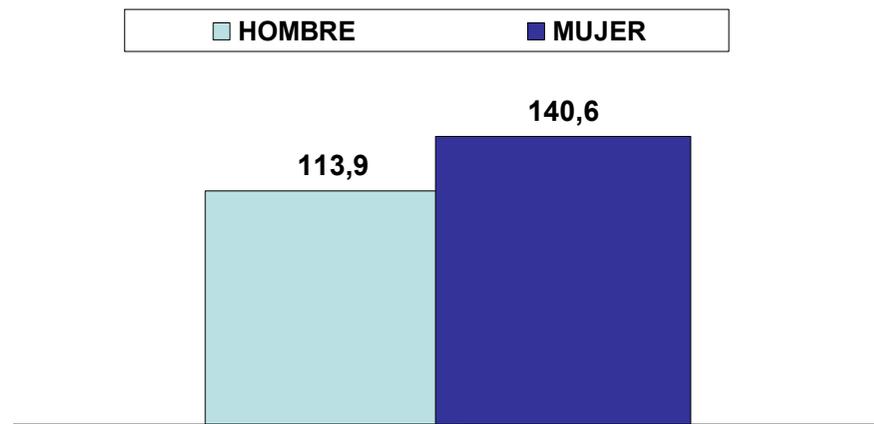
^aDirector/a de Centro de Rehabilitación Psicosocial. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. España. ^bFacultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. España. ^cDirector/a de Centro de Día. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid. España.

Correspondencia: Margarita Rullas Trincado (mrullas@grupoexter.com)

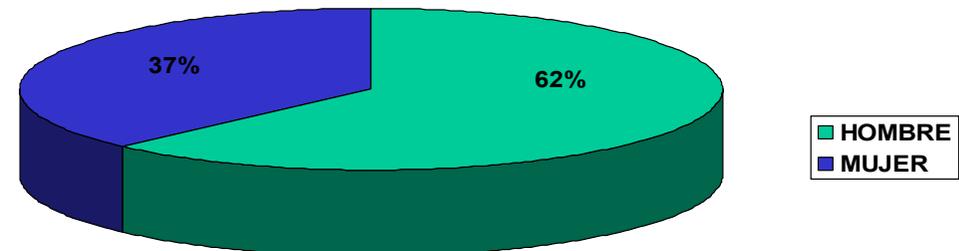
Recibido: 20/02/2012; aceptado: 08/08/2012

TIEMPO MEDIO DE EVOLUCIÓN DESDE EL PRIMER CONTACTO CON SM HASTA DERIVACIÓN AL CRPS

t: -2,26 *



- Las mujeres **tardan más tiempo en acceder a los servicios** de la Red de Rehabilitación y Atención Social y sólo ocupan una tercera parte de las plazas. (t = -2,26)



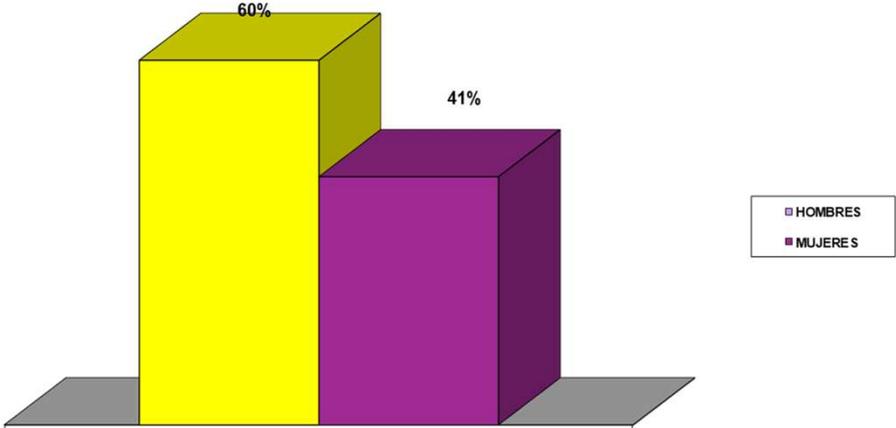
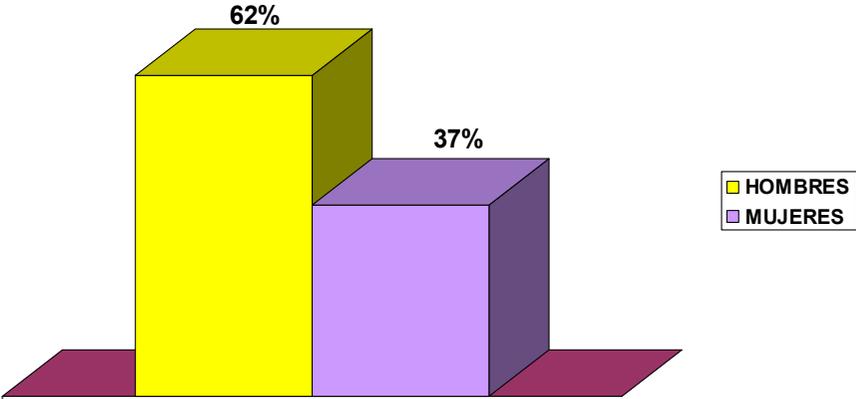
Existen **diferencias** estadísticamente significativas en:

- Variables sociodemográficas: edad, estado civil, tipo de convivencia, hijos, declaración de minusvalía, incidencias legales, profesión e ingresos económicos (nivel y procedencia)
- Variables clínicas: tiempo de evolución y tipo de diagnóstico asociado
- Recuperación más rápida en las mujeres, mejor funcionamiento.

Total de personas atendidas

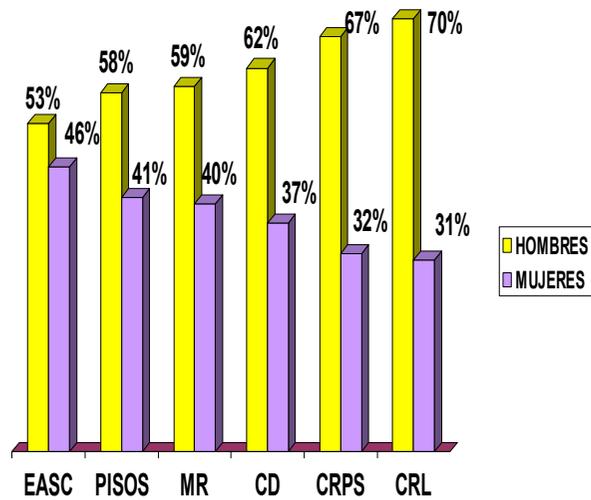
2009: 6387

2023: 9267



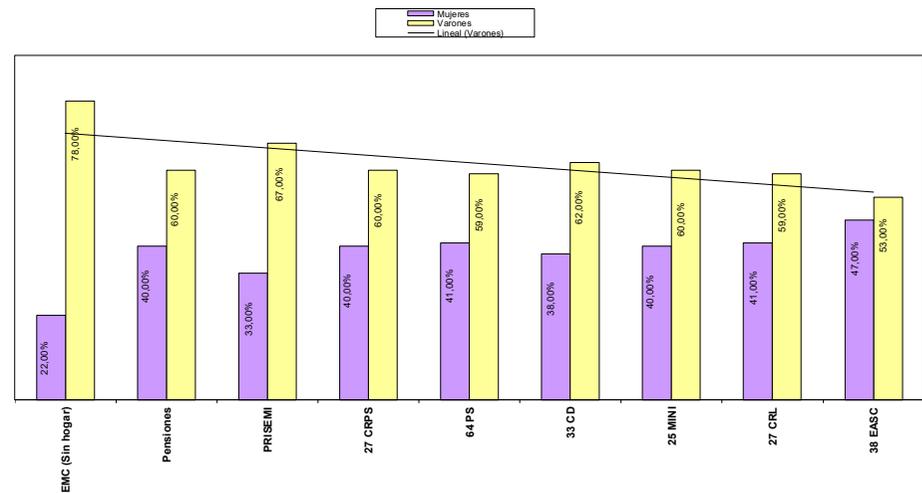
PORCENTAJES DE OCUPACIÓN POR RECURSOS

2009



| | | | | | | |
|--------------|------|-----|-----|-----|------|------|
| TOTAL | 1167 | 199 | 852 | 974 | 1805 | 1104 |
|--------------|------|-----|-----|-----|------|------|

2023



| EMC (sin hogar) | Pen sion | PRI SEM I | 27C RPS | 64 PS | 33 CD | 25 MINI | 27 CRL | 38 EAS C |
|-----------------|----------|-----------|---------|-------|-------|---------|--------|----------|
| 91 | 51 | 192 | 2.474 | 302 | 1.342 | 1.324 | 1.970 | 1.518 |

Análisis de la efectividad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial

Analysis of the effectiveness of Psychosocial Rehabilitation Centers

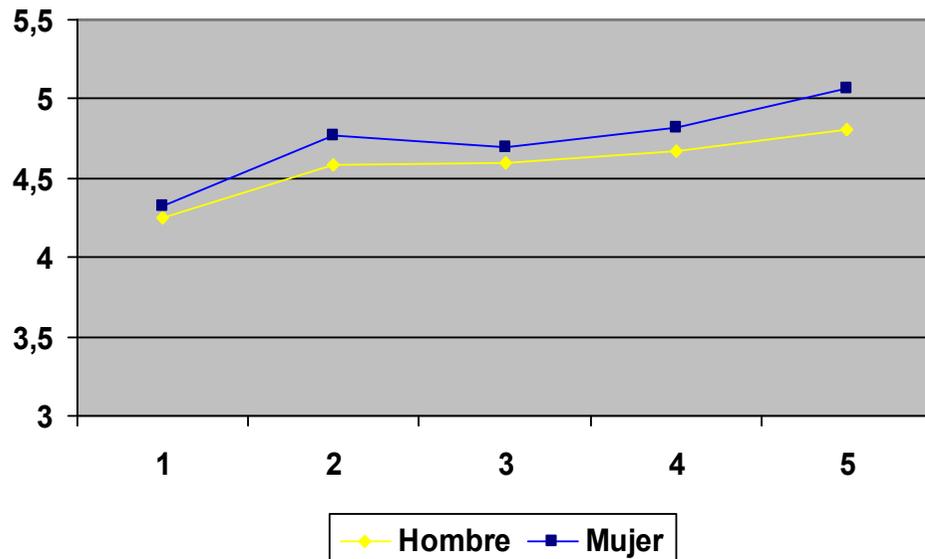
JUAN GONZÁLEZ CASES, RAFAEL CRISTINA LÓPEZ, ÁNGELES DE LA HOZ GARCÍA-MARTÍN, MAR HERNÁNDEZ BLÁZQUEZ, JOSÉ LUIS JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, MARIANO ORTOS JIMÉNEZ, MARTA ROSILLO HERRERO, MARGARITA RULLAS, CARLOS SALAMERO PLATAS

Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, España

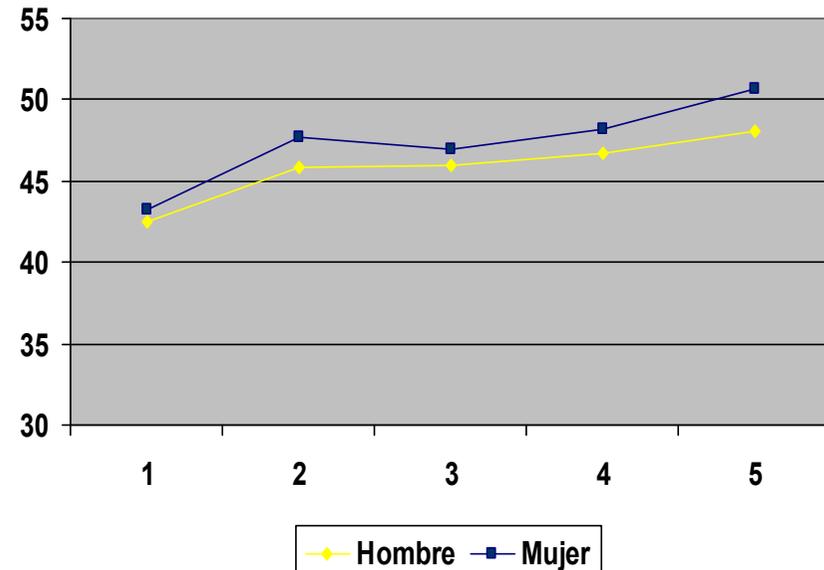
Correspondencia: jgcases@grupoexter.com

Recibido: 13/01/2015; aceptado con modificaciones: 25/01/2016

CALIDAD DE VIDA (1 A 6) AÑOS DE INTERVENCIÓN*



FUNCIONAMIENTO (0-100) AÑOS DE INTERVENCIÓN*





VIOLENCIA
MACHISTA
HACIA
MUJERES
CON
TRASTORNO
MENTAL
GRAVE

JUSTIFICACIÓN

Invisibilidad de la violencia de género en mujeres con trastorno mental grave

NO LAS CREEMOS



Sara

Conclusiones de la revisión de Friedman y Loue (Journal of Women Health, vol 16 nº 4, 2007)

- Identifican como **factores de riesgo para ser víctimas por parte de sus parejas los siguientes diagnósticos:**
 - Trastornos de personalidad
 - Depresión y síntomas depresivos
 - Trastornos de ansiedad
 - Abuso o dependencia de drogas
 - Y en particular **LO QUE MÁS INCREMENTA ESTE RIESGO ES SUFRIR ESQUIZOFRENIA** que también incrementa el riesgo para sufrir abuso o explotación sexual.
- Las mujeres con enfermedad mental, sobre todo con TMG, **están en un riesgo muy elevado de ser víctimas de violencia por sus parejas similares a otras muy altas tasas de violencia que sufren a lo largo de su vida.**
- Las tasas de violencia en mujeres con TMG son mucho más comunes que la mayor parte de síntomas psiquiátricos por los que preguntamos de forma rutinaria, pero a menudo no es detectado o de serlo es silenciado por nosotras/os, los profesionales.

Comparación violencia física y sexual por sexos

(Khalifeh, 2016)

- Revisión sistemática y metaanálisis
- **CONCLUSIONES:**
 - $\frac{1}{4}$ parte de las personas con TMG han sufrido violencia física o sexual en el último año.
 - 15-22% mujeres con TMG en el último año.
 - 1 de cada 10 mujeres con TMG violencia sexual en el último año.
 - **Los factores de riesgo son comunes a la población general, más que específicos de su trastorno: género, abuso de sustancias y situación de calle.**

Prevalence and Characteristics of Intimate Partner Violence Against Women with Severe Mental Illness: A Prevalence Study in Spain

Juan González Cases · Cristina Polo Usaola ·
Francisco González Aguado · Marisa López Gironés ·
Margarita Rullas Trincado · Alberto Fernández Liria

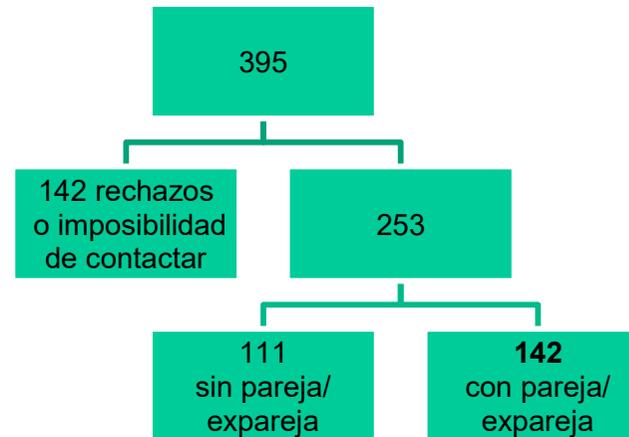
Received: 17 January 2013 / Accepted: 20 January 2014 / Published online: 29 January 2014
© Springer Science+Business Media New York 2014

- **Objetivos:** conocer la prevalencia y características de la VP hacia mujeres con TMG.

- Prevalencia
- Tipo y características de la VP
- Autocalificación de la mujer maltratada
- Actuaciones de la mujer ante la VP
- Detección de los profesionales
- Relación maltrato con:
 - comienzo sintomatología
 - gravedad psiquiátrica
 - apoyo social
 - abuso físico en la infancia
 - abuso sexual en la infancia
 - características sociodemográficas
 - características clínicas

Material y método

- Diseño de encuesta de carácter transversal
- Aspectos éticos
- Muestra



- Instrumentos:

| DOMINIOS | | INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN |
|---|--------------------------------|--|
| Datos sociodemográficos y clínicos | | Cuestionario de diseño propio |
| Cuestionario de violencia de pareja hacia las mujeres | violencia psicológica y sexual | <i>Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France</i> (Enveff) (Jaspard y L'équipe Enveff, 2000; Zorrilla et al., 2005) |
| | agresiones físicas | <i>Conflict Tactics Scales (CTS-1)</i> (Straus, 1979; Zorrilla et al., 2005) |
| Apoyo Social | | Cuestionario DUKE-UNC (Broadhead et al., 1988; Bellón et al., 1996) |
| Funcionamiento Global-Gravedad | | Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG) (APA American Psychiatric Association, 1995) |



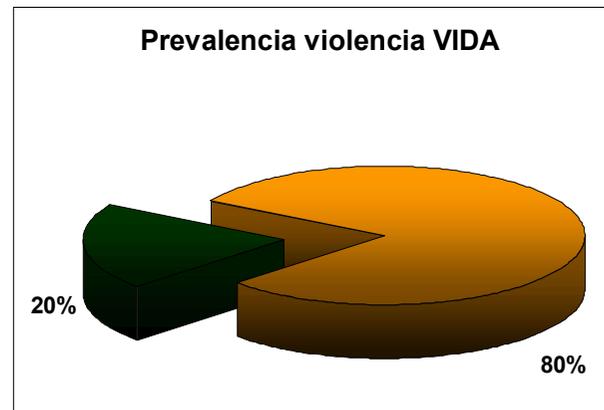
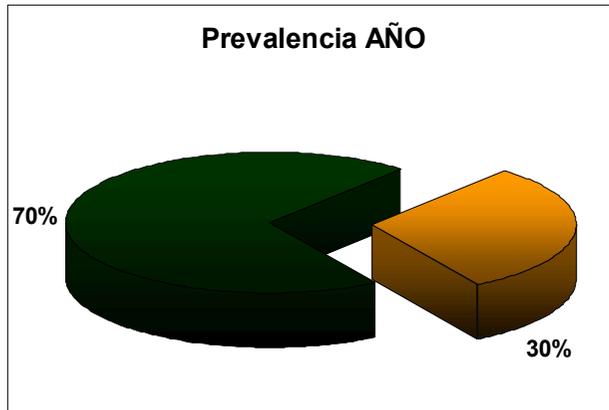
Otros datos: violencia a lo largo de la vida, información sobre el agresor, duración, autocalificación, agravamiento, actuaciones ante el maltrato, abusos infancia, estabilidad psiquiátrica 6 meses, detección profesional



Características Muestra

- **Edad:** 50,9 años (DT=11,19)
- **Españolas:** 91,5%
- **Estado civil:** 41,5% casadas, 7,7% pareja hecho, divorciadas o separadas: 45,8%.
- 18,11 (DT=14,32) años de **convivencia** pareja actual y 4,22 (DT=7,19) años de relación cuando se inició el maltrato.
- 74,6 % con **hijos/as**.
- **Nivel educativo:** ESO o menos: 63,4%
- 81,7% con **ingresos económicos** propios de menos de 600 euros en el 50,4% y procedentes de pensiones en el 63,2% de las mujeres
- **Situación laboral:** 33,1% dedicadas a labores de hogar y un 23,9% jubiladas
- El 59,2% con declaración de **discapacidad**
- **Diagnósticos:** 40,8% esquizofrenia, 14,8% otros trastornos psicóticos, 21,8% T. personalidad y 20,4% T. bipolar
- **Estable** últimos 6 meses (74,6%) y sin ingresos en el último año el 78,1%.
- **Ingresos psiquiátricos** a lo largo de la vida en el 76,8% con una media de 5,41 (DT=5,9)
- 166 meses de **evolución** desde primer contacto con SM (DT=113,5) y **edad de inicio** a los 32,3 años (DT=11,7).
- **EEFG:** 61,99 (DT=14,9)
- **Apoyo Social:** 36,49 (DT=11,4)
- **Abuso físico infancia:** 31,7%
- **Abuso sexual infancia:** 26,1%

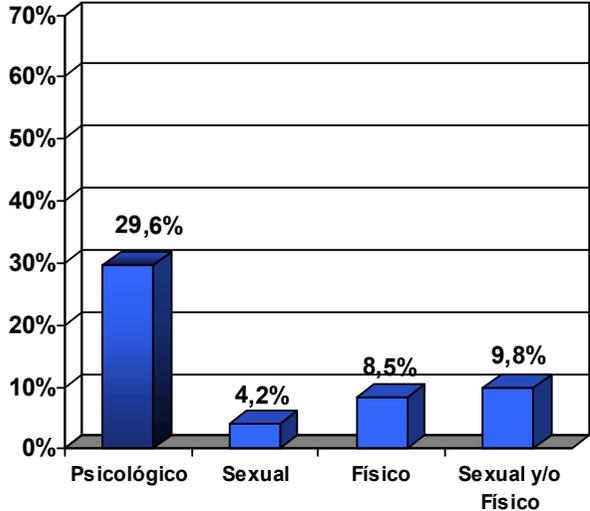
PREVALENCIAS



 % Mujeres con TMG que han sufrido violencia por parte de su pareja o expareja (n=142)

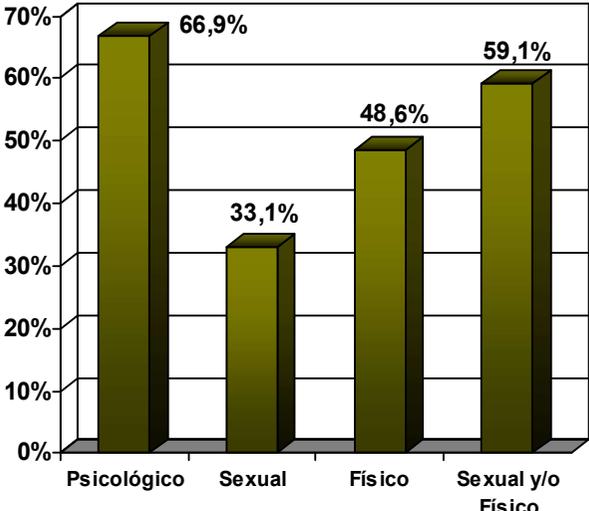
Tipo de abuso

Tipo de abuso AÑO



(N= 142)

Tipo de abuso VIDA



(N= 142)

Loca

histórica

estás zumbada

tú estás mal de la cabeza

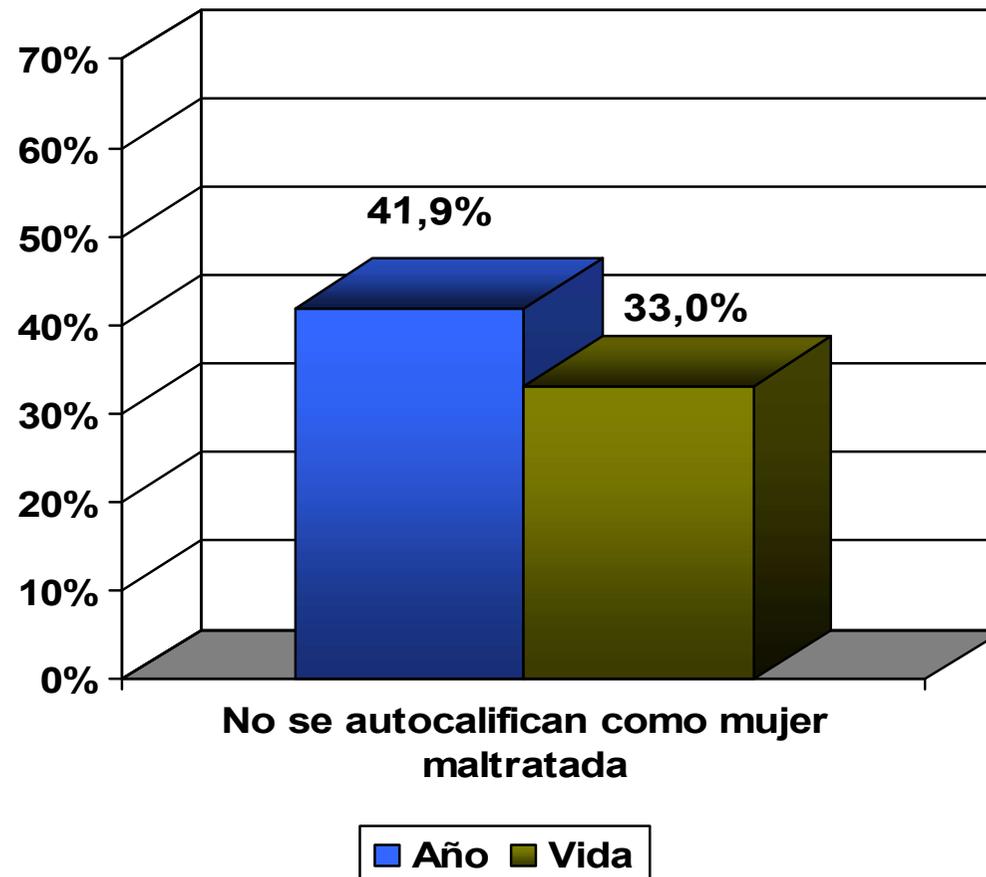
desequilibrada

a ti quién te va a creer

tú estás para ingresar...

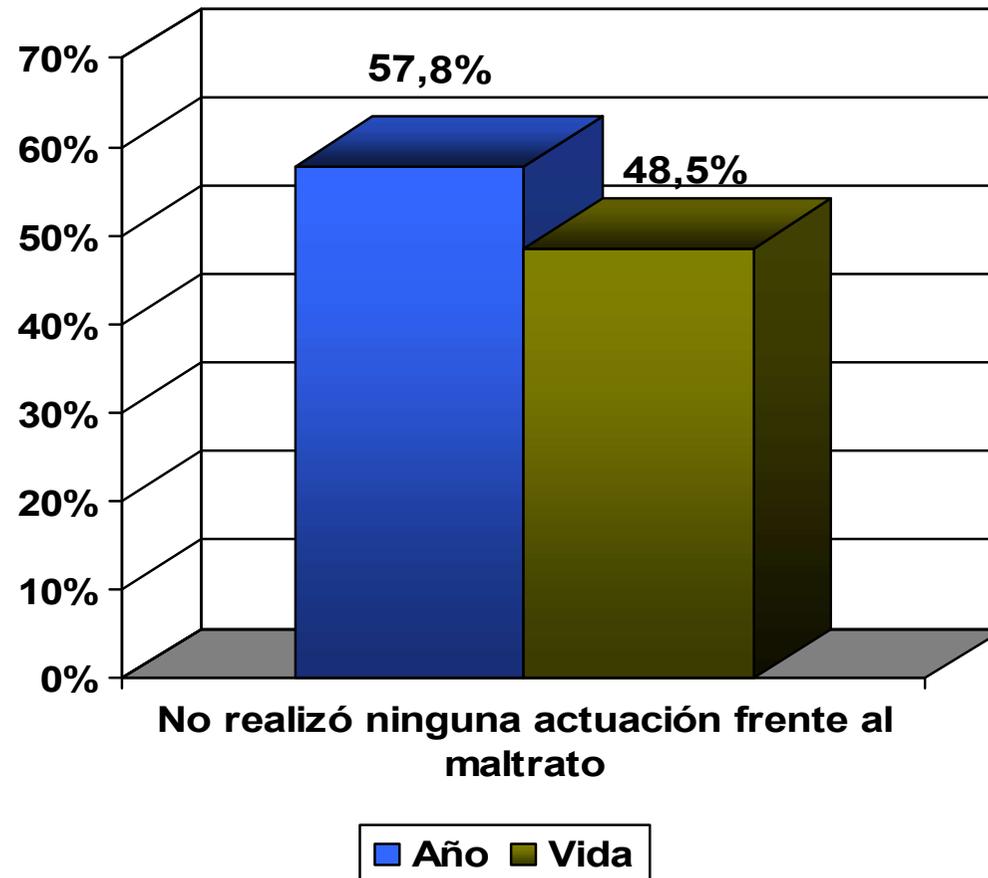
no inventes

AUTOCALIFICACIÓN COMO MUJER VÍCTIMA DE MALTRATO



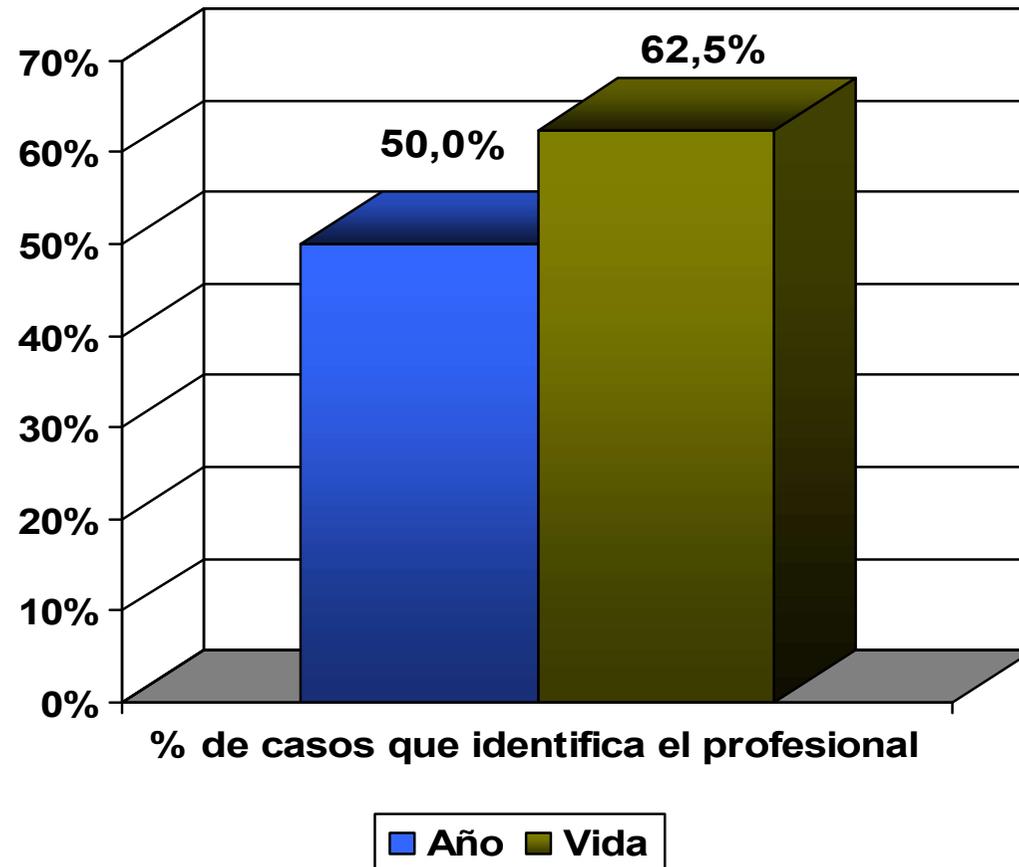
(N= 43 año y 113 vida)

ACTUACIÓN FRENTE AL MALTRATO



(N= 43 año y 113 vida)

IDENTIFICACIÓN POR LA PROFESIONAL



(N= 43 año y 113 vida)

RESULTADOS

| | Último año | A lo largo de la vida |
|---|------------|-----------------------|
| Relación entre gravedad EEFG y VP | NO | NO |
| Relación entre inestabilidad psiquiátrica y VP | SÍ | |
| Relación entre menor apoyo social y más VP | SÍ | SÍ |
| Relación entre historia de abuso físico en la infancia y VP | SÍ | NO |
| Relación entre historia de abuso sexual en la infancia y VP | NO | NO |

COMPARACIÓN RESULTADOS ESTUDIOS MUJERES CON TMG

| | | Nuestro estudio | TMG |
|----------------------|------|-----------------|----------------------|
| Violencia pareja | Año | 30,0% | x |
| | Vida | 79,6% | x |
| V. Psicológica | Año | 29,6% | x |
| | Vida | 66,9% | x |
| V. Sexual | Año | 4,2% | x |
| | Vida | 33,1% | 30,6% (16%-40%) |
| V. Física | Año | 8,5% | x |
| | Vida | 48,6% | 50% (13,57%-80%*) |
| V. Física y/o sexual | Año | 9,8% | 19% |
| | Vida | 59,1% | 32,3%-68% |

* Goodman et al. (1985): muestra mujeres *homeless*

Prevalencia: mujeres TMG vs. población general vs. A.P. vs. C.S.M.

| | | Nuestro estudio | Población general (*) | AP. | C.S.M. (**) |
|----------------------|------|-----------------|-----------------------|----------------------|-------------|
| Violencia pareja | Año | 30,0% | 10,1% | 15% (11,7%-17,8%) | |
| | Vida | 79,6% | | 30% (23,3%-32,4%) | |
| V. Psicol. | Año | 20,4% | 6,8% | | |
| V. Sexual | Año | 4,2% | | | |
| | Vida | 33,1% | | | 14,3% |
| V. Física | Año | 8,5% | | | |
| | Vida | 48,6% | | | 28,1% |
| V. Física y/o sexual | Año | 9,8% | 3,2% | | |

(*) Lasheras y cols., 2008 (**) Polo, 2001

CONSECUENCIAS DE LA VG EN MUJERES CON TMG

- Círculo vicioso: violencia-gravedad
- Comorbilidad:
 - Lesiones y enfermedades somáticas
 - Consumo de drogas
 - Aislamiento social
 - Riesgo de suicidio
 - Depresión
 - Estrés post traumático
- Graves dificultades para el desarrollo de procesos de rehabilitación.



PORQUÉ TIENEN MÁS RIESGO DE SUFRIR VIOLENCIA (Fedeafes, 2017)

- Carencia de autonomía
- Dependencia de otras personas
- Carencia de recursos económicos o empleo
- Baja participación social
- Aislamiento social y soledad
- Estigma social
- Falta de recursos propios para defenderse
- **Mayor probabilidad de situarse en relaciones desiguales por la falta de encontrar pareja.**
- Baja autoestima
- **Menor credibilidad del relato.**
- **Mayor dificultad en el acceso a la información y servicios.**
- **Inadecuación a sus necesidades de los recursos públicos que atienden a situaciones de violencia.**



she can be reached at home

The extent to which the ambulatory or discharged psychiatric patient can be reached therapeutically depends in large part on the efficacy and acceptability of maintenance medication.

Mellaril (thioridazine) helps reduce many of the psychological hazards of the uncontrolled environment, smoothing interpersonal relationships and facilitating the process of adaptation.

Equally important, Mellaril (thioridazine) is notably well tolerated, relieving symptoms and helping to restore function without seriously diminishing drive and alertness. In addition, the extrapyramidal stimulation that is often a concomitant of most phenothiazine therapy is rarely seen with thioridazine.

This balance of efficacy and patient acceptance makes Mellaril (thioridazine) a maintenance drug of choice — no matter which agent may have been employed in the hospital setting.

Indications: Anxiety, tension and agitation in pediatric, adult, and geriatric patients. Psychomotor hyperactivity in psychotic patients.

Side Effects: Insidiously has not been observed. Occasional drowsiness, dryness of the mouth, nasal stuffiness, skin eruption, nocturnal confusion, galactorrhea, amenorrhea, orthostatic hypotension, inability to ejaculate in the male, postural hypotension. Pigmentary retinopathy has been reported in doses in excess of 1600 mg. daily given over long periods of time. Leukopenia, agranulocytosis, photosensitization, and convulsive seizures are extremely rare, but are possible complications of all phenothiazine administration.

Contraindications: Any severely depressed or comatose state.

a new standard in tranquilization

Mellaril®
(thioridazine)

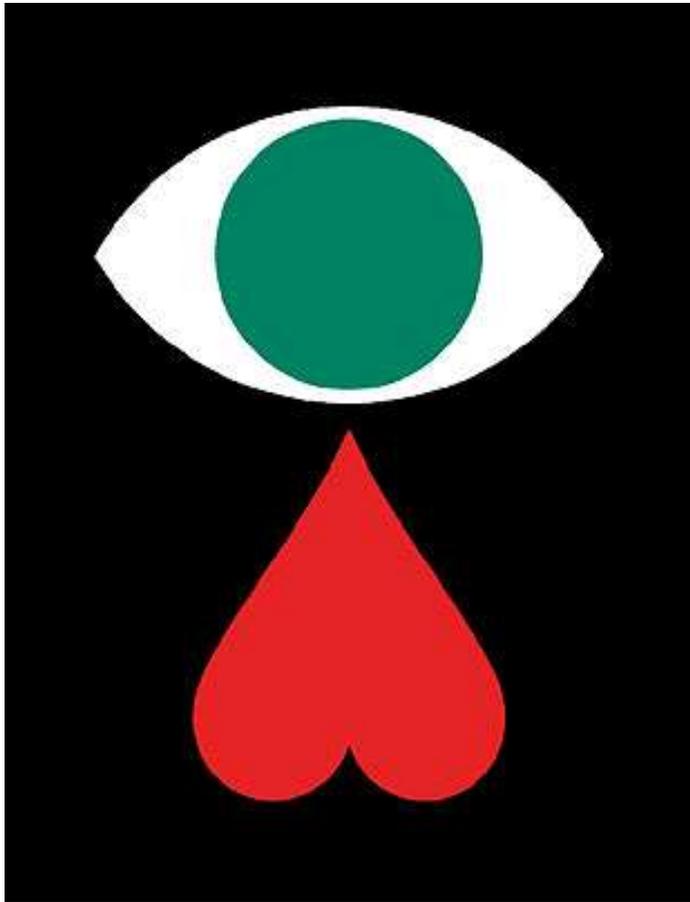
SANDOZ PHARMACEUTICALS - WINNIPEG, N.B. • ORIGINAL RESEARCH SERVING THE PHYSICIAN

Puntos clave en la entrevista de una mujer con TMG en posible situación de violencia

- Preguntarnos sobre nuestros LÍMITES.
 - Tener SIEMPRE PRESENTE nuestros roles sexuales. Pasar obligadamente al modo MANUAL.
 - Preguntarnos sobre **NUESTROS MODELOS de mujer con TMG**
 - de enfermedad a experiencia diferente y legítima
 - Entender al marido y desequilibrar más la relación de pareja. Pérdida de poder.
 - Los medios y la sociedad visibilizan más la violencia que ejercen las personas con TMG
 - Preguntarnos sobre nuestro acercamiento a las **NARRATIVAS de MUJER con TMG** (incredulidad, desconfianza, uso de términos psicopatológicos: dependiente, manipuladora, histérica, delirante).
 - En relación a la actuación sanitaria en un contexto de violencia sobre mujeres, cuidado entre el ALEJAMIENTO (incluimos la NEUTRALIDAD tolerante con la violencia) y el BELIGERANTE INTERVENCIONISMO.



Puntos clave en la entrevista de una mujer con TMG en posible situación de violencia



- Desde todo esto preocuparnos y **entender signos especiales de ejercer la violencia sobre estas mujeres: no dar el tratamiento, amenazar con un ingreso, la pérdida de los hijos, la incapacitación (no suelen ser amenazas para los hombres con TMG)**

Preguntar SIEMPRE y PROFUNDIZAR. Hacer entrevistas también a solas.

ANOTAR TODO en la historia clínica.

Una vez detectadas situaciones, PREGUNTAR SIEMPRE a la mujer qué quiere y qué puede hacer. Ponernos a su disposición. Escuchar y comprender más que hablar. No entrar presionando cómo vemos nosotros y llevarlas en volandas (salvo excepciones).

- **Hacer sentir que la mujer no es culpable de la violencia y expresar que la violencia nunca está justificada.**

Puntos clave en la intervención con una mujer con TMG en posible situación de violencia

- **Salidas comunitarias y normalizadoras** y no estigmatizantes o de enfermedad.
- **Acudir a los servicios especializados en violencia de género.**
- SORORIDAD.
- Abrir espacios para hablar, para decidir juntas, para pensar y permitirse. El viaje lo hará la usuaria (con excepciones).

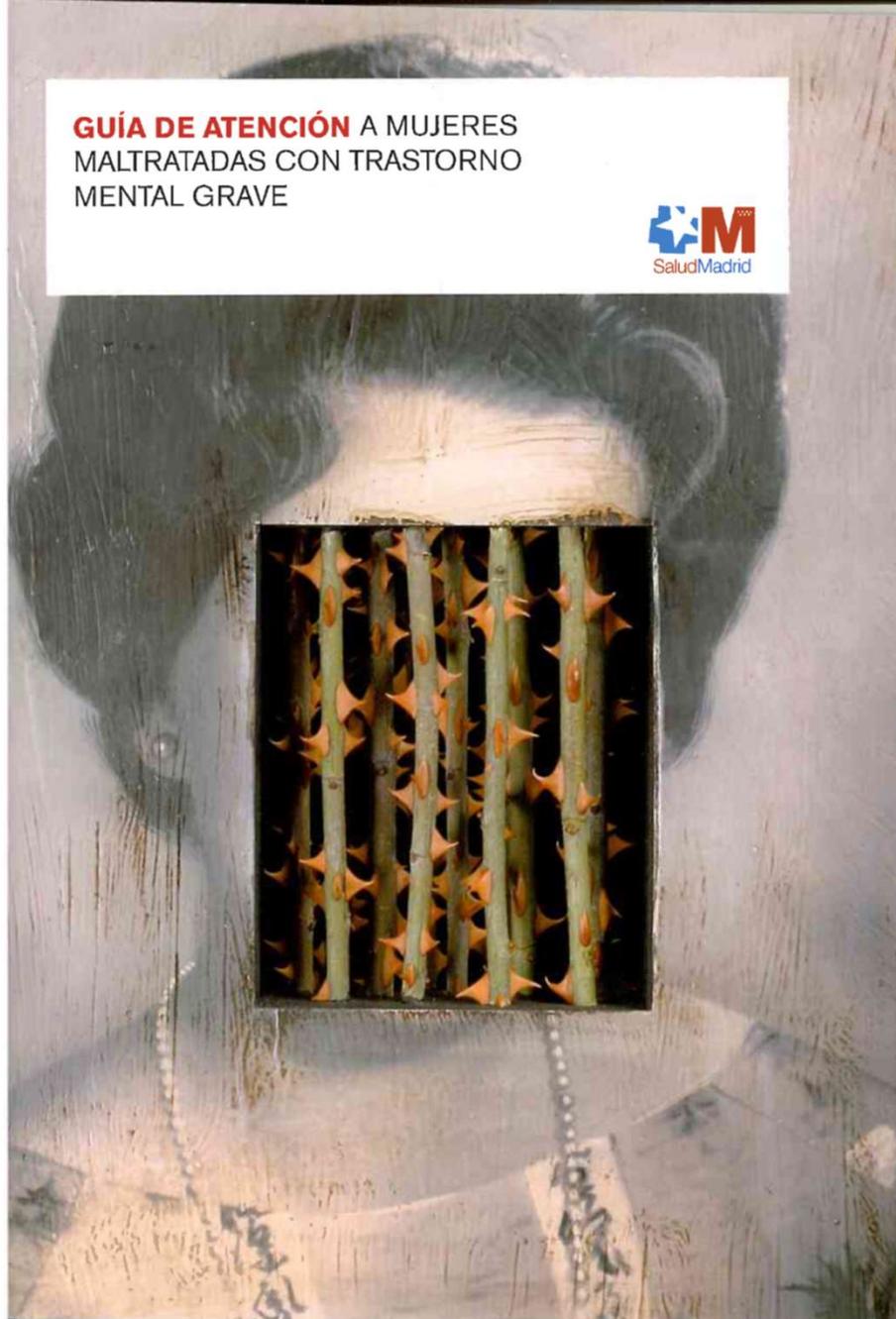


Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012

• 5. Mujeres en situación de especial vulnerabilidad

- Existen procesos y trayectorias existenciales especialmente difíciles, como
- la migración; circunstancias y contextos sociales tales como estar en situa
- ción de desempleo o vivir en un medio rural; situaciones psicosociales que
- conducen a la exclusión social o al ejercicio de la prostitución; etapas
- vida como el embarazo y puerperio o la edad avanzada; condicionantes de
- salud como la discapacidad, la enfermedad mental grave o la drogodepen
- dencia, que aumentan la vulnerabilidad ante la violencia y en particular, la
- probabilidad de sufrir violencia de género.
- Embarazo
- En el contexto de una relación de Violencia de Género, el embarazo es una
- etapa de especial vulnerabilidad y de especial riesgo. En ocasiones es en esta
- etapa cuando la violencia empieza a ser franca y evidente. Asimismo, un
- porcentaje importante de malos tratos por parte de la pareja se inician en
- este periodo, incluida la violencia física y sexual. A su vez, el embarazo
- añade dificultad a las posibilidades de separarse de la pareja.
- El maltrato constituye además, un factor de riesgo gestacional, motivo
- por el que todo embarazo en una mujer que sufre malos tratos se considera
- de alto riesgo, lo que significa un aumento de la morbimortalidad materna
- y perinatal: cuadros de estrés, infecciones, anemias, abortos espontáneos,
- amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, recién nacidos de bajo
- peso, distrés fetal y muerte fetal y neonatal.
- Discapacidad
- Las mujeres con alguna discapacidad física, sensorial o psicológica se
- encuentran en una situación de especial vulnerabilidad a la violencia física,
- sexual y psicológica, por tener, con mayor probabilidad:
- • Menor capacidad para defenderse.
- • Mayor dificultad para expresarse.
- • **Menor credibilidad en su relato, especialmente en mujeres con trastorno mental grave.**

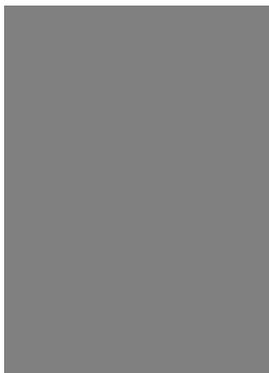
GUÍA DE ATENCIÓN A MUJERES
MALTRATADAS CON TRASTORNO
MENTAL GRAVE



http://www.aen.es/docs/guia_violencia_genero_mujeres_tmg.pdf

<http://gdtmujersomamfyc.files.wordpress.com/2011/05/guiaatencionmujerestmg.pdf>

RESUMEN: BUENAS PRÁCTICAS

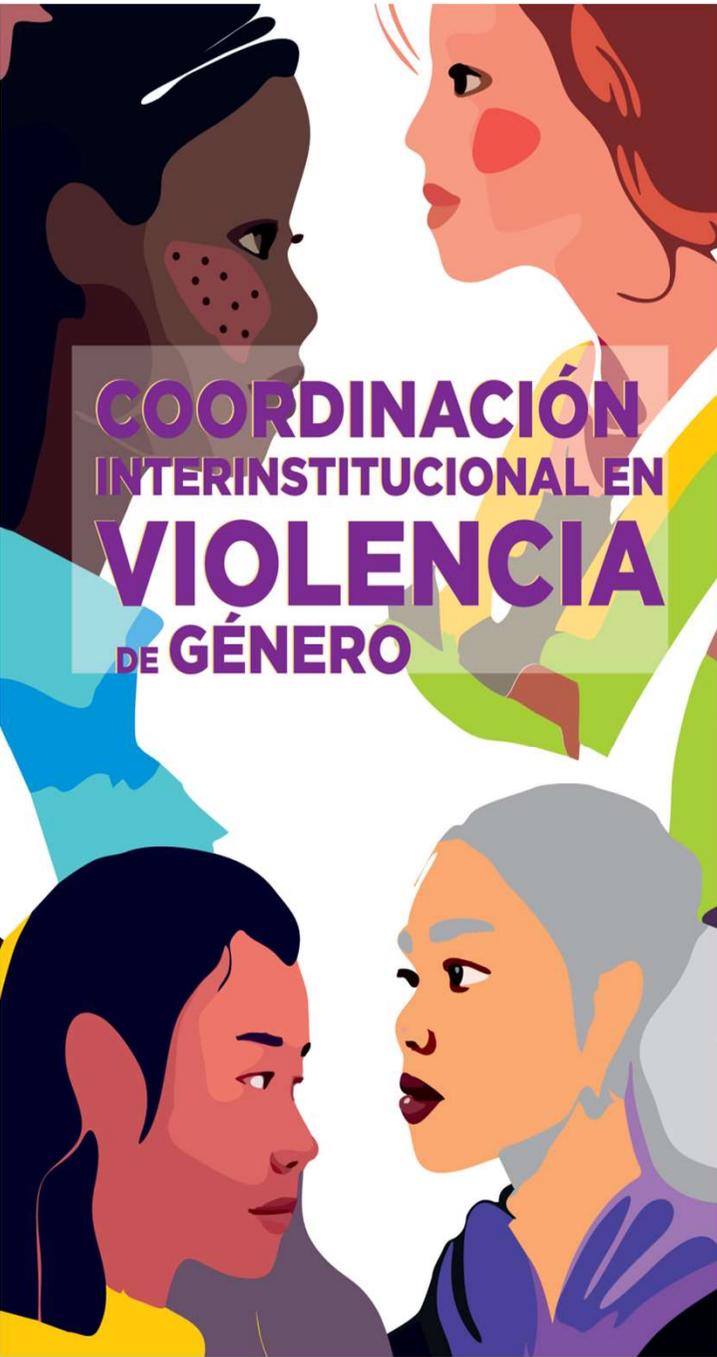


- Incluir en la **evaluación inicial** preguntas directas sobre violencia de género. Si no hay riesgo actual apuntarlo en la historia e invitarla a comentarlo en el futuro si tuviera algún problema. Retomarlos de forma periódica o cuando hay sospecha de maltrato.
- Todo el equipo debe tener **formación** sobre violencia de género sobre las mujeres y específicamente sobre las mujeres con TMG.
- Trabajar desde la **perspectiva de género**.
- **Programas e intervenciones para la prevención** en violencia hacia las mujeres.
- **Informar** a la mujer y asegurarse que entiende todas las intervenciones que se lleven a cabo.
- Tener elaborado un **plan de seguridad** con las mujeres que sufren violencia.
- **Coordinación** con otros servicios para mujeres de la zona.

PARTICIPACIÓN EN ESPACIOS DE COORDINACIÓN TÉCNICA

MESAS LOCALES DE COORDINACIÓN Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO





COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO

PROTOCOLO Municipal

Concejalía de Igualdad y Diversidad
Ayuntamiento de Coslada

C.- Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)

❖ El **Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)** de San Fernando de Henares es un recurso de atención a personas con trastorno mental grave incluido en la Red de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera (Subdirección General de Atención a Personas con Discapacidad y con Enfermedad Mental. DG de Atención a Personas con Discapacidad. Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid).

Proceso de detección, atención y derivación

1.- Cuando desde el Centro de Rehabilitación Psicosocial se sospeche de un caso de violencia de género (siempre que se cuente con el consentimiento de la víctima), se realizará la derivación del caso al PMORVG con los datos de la víctima y motivo de derivación.

2.- La Trabajadora Social contactará con la víctima para concertar una cita. Si el caso es de urgencia tendrá una atención preferente e inmediata.

3.- El PMORVG informará a este recurso de la intervención llevada a cabo con los casos derivados.

4.- En los casos en los que la víctima no desee acudir al PMORVG, se le facilitará información sobre el recurso.

Las citas que sean susceptibles de atención jurídica, será la propia usuaria quien lo solicite directamente, por vía telefónica o acudiendo directamente al CIDAM.

Coordinación

«La coordinación y colaboración entre el CRPS y el PMORVG es fundamental, tanto para la detección de situaciones de violencia de género en mujeres con enfermedad mental grave, como para establecer mecanismos que aseguren la seguridad de estas mujeres y de sus hijas e hijos, o cualquier otra persona dependiente a su cargo. Para ello, se establecerán los cauces oportunos para la fluida y correcta coordinación entre las profesionales del CRPS y el equipo del PMORVG.

Para una adecuada coordinación, se llevarán a cabo las siguientes medidas:

- **Reuniones** entre el PMORVG y las del CRPS involucrados en la atención a las mujeres que estén expuestas a una situación de violencia de género, a fin de coordinar las medidas a desarrollar con cada uno de ellos tendentes a garantizar su seguridad y a facilitar su recuperación.
- Promover actuaciones de sensibilización y formación por parte del PMORVG a los equipos profesionales para que incorporen la perspectiva de género de forma transversal en sus intervenciones, así como sensibilizar de la importancia y del impacto de la violencia de género entre las mujeres con enfermedad mental grave.
- Promover actuaciones de sensibilización y formación por parte del CRPS al equipo del PMORVG Coslada, con el fin de facilitar una adecuada intervención en mujeres con enfermedad mental grave.
- Promover actuaciones de sensibilización por parte del PMORVG en materia de igualdad y prevención de la violencia de género a mujeres con enfermedad mental grave.
- Facilitar instalaciones a los grupos de mujeres con enfermedad mental grave en la Concejalía de Igualdad y Diversidad, para el desarrollo de actividades grupales organizadas por el propio CRPS.

*Muchas
Gracias*

