

Maltrato y enfermedad mental. Estudio de personas con enfermedad mental, víctimas de maltrato

VICTORIA ASTRAIN AZPARREN

Departamento de Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra.

Recibido: 12 de septiembre de 2011 - Aceptado: 31 de octubre de 2011

RESUMEN

Se realiza un trabajo de investigación sobre la victimización de personas con enfermedad mental, desde la perspectiva de que este colectivo es con frecuencia víctima de maltrato, a pesar de los prejuicios y el estigma que pende sobre él. Dada su especial vulnerabilidad social, los y las profesionales que atienden a esta población tienen la responsabilidad de visibilizar este fenómeno, y validar los instrumentos de diagnóstico que utilizan como útiles para detectar maltrato.

PALABRAS CLAVE: Victimización, personas con enfermedad mental, estigma, vulnerabilidad social, validar instrumentos, detección.

ABSTRACT

The thesis involved research on the victimization of people with mental illness from the angle of this group often being the victim of abuse, despite the prejudice and stigma that hangs over it. Given its special social vulnerability, the professionals serving this population are responsible for making this phenomenon visible, and for validating diagnostic tools that are considered useful for detecting abuse.

KEY WORDS: *Victimization, people with mental illness, stigma, social vulnerability, validating instruments, detection.*

CORRESPONDENCIA

mariaivictoria.astrain@unavarra.es

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas, las diferentes formas de violencia que tienen lugar en el seno de la sociedad se han venido convirtiendo en un asunto cada vez más estudiado, analizado y discutido. Se tiene constancia de la presencia desproporcionada de algunos colectivos entre las víctimas más habituales de violencia; experiencias en las que se manifiestan las relaciones de poder y dependencia.

Aunque el fenómeno del maltrato es universal, asume distintas formas y es experimentado de manera diferente, está frecuentemente moldeado por la intersección de otras variables esenciales como género, raza, origen étnico, clase, edad, orientación sexual, discapacidad, nacionalidad, condición jurídica, religión y cultura, entre otras.

Las personas con enfermedad mental son un colectivo en riesgo de padecer violencia, portadoras de especial vulnerabilidad y discapacidad para defenderse. No obstante, a este colectivo, con frecuencia, se les ha atribuido el carácter más de agresores que de víctimas, sufriendo tanto la estigmatización como la invisibilización del riesgo de ser maltratadas.

Ser un colectivo de riesgo, padecer especial vulnerabilidad, indefensión, estigma y sufrir conculcación de sus derechos humanos, todas estas situaciones veladas e invisibilizadas, motiva a realizar un estudio, desde la perspectiva del Trabajo Social, alentada por la propia definición de éste que proclama la intervención y evaluación social de las necesidades sociales, para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el incremento del bienestar y la cohesión, al amparo de los principios de los derechos humanos y de la justicia social.

Se pretende realizar un trabajo de diagnóstico social, entendido éste como aquel proceso de medición e interpretación que ayuda a identificar situaciones sociales, problemas

y sus factores causales que afectan a individuos y grupos, siendo su objetivo aportar elementos fundamentales y suficientes que favorezcan la comprensión de las circunstancias sociales en las que se desenvuelven las personas con el fin de emprender una acción transformadora.

La investigación social forma parte del diagnóstico social, esta investigación permanente pretende conseguir avances y reformas sociales. *"El cambio social, la lucha por los avances y progresos de la sociedad, así como la investigación social, son formas esenciales del Trabajo social"*¹. Mary Richmond, insistió en que los y las Trabajadoras Sociales debían investigar, denunciar los problemas y crear una opinión pública favorable a la reforma y a los avances sociales.

La necesidad de entender y atender los factores socio-familiares que están afectando a las personas con enfermedad mental, se convierte en imperativo para garantizar la calidad de vida de estas personas y también para favorecer su estabilidad y buen curso clínico.

En la mayor parte de los casos los problemas de esta población desbordan el ámbito sanitario, y se expresan en dimensiones de índole psicosocial y social, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo, y por consecuencias negativas de desventaja social, aislamiento, rechazo, problemas de alojamiento, tensión y sobrecarga familiar, y situaciones de maltrato y violencia a las que con frecuencia se ven expuestos y expuestas.

Es, fundamentalmente desde el ámbito del diagnóstico social, desde donde pueden valorarse estas situaciones de riesgo, y a partir de la detección del riesgo, se puede intervenir, de cara a proteger a la población enferma y favorecer la mejora de su situación tanto clínica como social.

¹ RICHMOND, Mary [1996]: *El caso social individual. El diagnóstico social, textos seleccionados*. TALASA.

JUSTIFICACIÓN Y FINALIDAD DEL ESTUDIO

Se justifica la pertinencia de este estudio por motivos de diversa índole:

- La Violencia contra otros seres humanos es una de las manifestaciones más indeseables e inadmisibles de desigualdad. El problema afecta a toda la sociedad. Cuando además afecta a colectivos más vulnerables, si cabe, se convierte en más inadmisible.

Se tiene constancia de que las víctimas de violencia constituyen un sector de la población muy numeroso, dentro de los colectivos más vulnerables cabe destacar al de las mujeres, personas con discapacidades y sectores de población más vulnerables como niños y ancianos.

- Existen escasas investigaciones y estudios respecto a determinados colectivos. La obtención de datos fiables, precisos y comparables acerca de la extensión de la violencia en población con patología mental, plantea serios problemas y dificultades metodológicas debidas, fundamentalmente, a la misma naturaleza del objeto del estudio y a la heterogeneidad de los instrumentos de medición desarrollados. Estas dificultades se agravan cuando pretendemos adaptar el estudio de violencia de Género hacia mujeres que padecen patología mental, dada la falta de adaptación a este contexto. A ello se añade que en población psiquiátrica se produce una tendencia a cuestionar la credibilidad del testimonio de la víctima.

- Junto a ello, se tiene constancia de los mitos sobre violencia y enfermedad mental: con frecuencia se ha asociado a la enfermedad mental una propensión a la violencia. Esta asociación es básica en el mantenimiento del estigma y actitudes negativas de la población hacia las personas que padecen trastornos mentales. De este modo, se genera, de una parte, una criminalización de la enfermedad mental y de otra, la "medicalización" de la

violencia. No obstante los estudios e investigaciones relativos a enfermedad mental y violencia señalan contundentemente, que las personas con enfermedad mental son con frecuencia más víctimas de violencia que agresoras².

- Además son colectivos que presentan mayor indefensión, dadas sus condiciones de: integración social más precarias, mayor aislamiento, están expuestas a mayor riesgo de exclusión, tienen mayores dificultades que la población en general, menores recursos personales, mayor fragilidad, tendencia a la culpabilización, déficits en la autoestima y habilidades sociales..., lo que genera una mayor vulnerabilidad, tendencia al ocultamiento del maltrato, autoinculpación y mayor invisibilidad como colectivo víctima.

- La escasa notificación de los casos y el desconocimiento y escasa sensibilidad de los/as sanitarios/as, es probable que sean los pilares básicos que fomentan la infra detección³. A menudo los y las profesionales tienden a comprender y disculpar los actos violentos hacia personas con enfermedad mental, como respuesta a las dificultades que convivir con los y las pacientes genera en la familia, pudiendo incurrir en una peligrosa complicidad con el agresor/a.

El maltrato constituye una situación de estrés adicional que altera el curso y el pronóstico del trastorno mental existente y la complejidad de las consecuencias para la salud relacionadas con la violencia aumenta cuando la victimización no se detecta y da como resultado altas y costosas tasas de utilización del Sistema de Salud General y del Sistema de Salud Mental.

El grado de sensibilidad y el estado de alerta de los y las profesionales, condiciona pro-

2 URIARTE, José J. (2006): "Violencia, Enfermedad Mental y Estigma". Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación. Hospital de Zamudio. *NORTE DE SALUD MENTAL*, nº 26.

3 HERNÁNDEZ DE CADENA, Nubia (2011). *Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales*. <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs>.

fundamente la capacidad de intervención del Sistema Sanitario, por tanto es imprescindible disponer de instrumentos que permitan realizar un "screening" ágil y precoz. La detección de situaciones de violencia requiere de la búsqueda activa de indicadores de los y las profesionales en todas las actividades regulares de su práctica profesional.

OBJETO DE ESTUDIO

Este estudio pretende, de una parte, aproximarse a las *Experiencias de violencia o maltrato, padecidas por personas con enfermedad mental, a lo largo de su biografía, sostenidas en el tiempo y en el contexto de relaciones significativas. Tanto en el entorno familiar, como en los entornos donde se produce su socialización.* El objeto de estudio no son casos aislados de violencia o experiencias de violencia aisladas, que han podido padecer las personas con patología mental, sino experiencias de maltrato instaladas en una concreta dinámica de relación, de una pauta de agresión continuada, en la que la agresión, el temor y el sometimiento se van convirtiendo progresivamente en una constante.

De otra parte testar la utilidad de los instrumentos de diagnóstico social, utilizados de forma rutinaria por los y las Trabajadoras Sociales, como útiles para detectar maltrato.

Son sus objetivos: visibilizar el maltrato, conocer el modo peculiar en que opera, y testar la utilidad de los instrumentos de diagnóstico social para detectar el maltrato, favoreciendo así la sensibilización de los profesionales y la intervención.

MALTRATO Y ENFERMEDAD MENTAL

A pesar de ser una población en situación de riesgo de padecer maltrato, este colectivo, ha sido escasamente abordado desde esta perspectiva. Lo que ha favorecido la infra detección y escasa visibilización de esta violencia, invisibilidad propiciada, en parte, por

las propias víctimas de la violencia, que con frecuencia no se conceptualizan como tales, por los agresores, que legitiman su actuación, incurriendo en un relativismo sobre la violencia, como si padecer enfermedad mental legitimara su ejercicio, y por parte de los profesionales que atienden a personas con patología mental, que necesitan capacitarse para reconocer las señales más sutiles de la violencia, responder adecuadamente a las víctimas y registrar estas situaciones de maltrato, a fin de favorecer la creación de las condiciones para consolidar políticas de salud públicas adecuadas.

Junto a los sesgos respecto del estudio y conceptualización del fenómeno de la violencia en este colectivo, y a la insuficiente mirada en la dirección de percibirlos como víctimas, se ha obviado que el maltrato no opera del mismo modo en todas las poblaciones, y que se ensaña de forma especial en determinados colectivos, sin obviar las limitaciones propias del objeto de estudio, y las limitaciones de los instrumentos para aproximarse a esta realidad.

A pesar de los innegables avances en materia de detección y abordaje del fenómeno de la violencia, en algunos colectivos, como el que nos ocupa, persiste su invisibilidad.

A fin de hacer una aproximación a este hecho, en esta investigación se pretenden abordar estas limitaciones que han podido favorecer la escasa visibilidad.

1. Las limitaciones y cambios experimentados en la conceptualización del maltrato.

La conceptualización del maltrato ha ido experimentando cambios significativos a lo largo del tiempo. El concepto de maltrato ha pasado de ser entendido de un modo restringido, a ser conceptualizado de una manera más amplia.

Partiendo de conceptualizaciones generalistas, se entiende este como: "*los actos, las carencias y las injusticias de todo orden que*

*afectan gravemente al desarrollo físico y psicológico de una persona, efectuado por otra u otras*⁴.

La violencia es un comportamiento deliberado cuya orientación es dañar a otros seres humanos. Es una forma de relación social que tiene implícito el ejercicio de poder, cuyo objetivo es la dominación. Implica un arriba y un debajo de roles con gran carga simbólica. Atenta contra la integridad del individuo que la padece, así como de las personas con quienes interactúa. La violencia transgrede derechos humanos.

Toda situación de maltrato mínimamente intensa o prolongada puede provocar una serie de daños psíquicos y/o físicos de diferentes niveles de gravedad, como reflejo de la exposición a una estructura agresora en la que cualquier persona "sana y/o normal" se halla incapacitada para defenderse sin resultar notable o substancialmente afectada.

La violencia extrema se apoya en una amplia base de violencia cotidiana que pasa casi desapercibida, por lo que es necesario abrir un proceso de reflexión que ayude a mostrar esta violencia cotidiana, a prevenirla y a evitarla, haciendo un esfuerzo por identificar adecuadamente a las víctimas y a los maltratadores.

Concebir la violencia como actos de malos tratos entre personas concretas, en el ámbito privado y fundamentalmente actos de violencia física, es un modo restrictivo de conceptualizarlo, excluye otras manifestaciones violentas de carácter no estrictamente físico, pero cuya gravedad es frecuentemente destacada por las propias víctimas.

Estas limitaciones y riesgos se subsanan mediante la incorporación de otros modos más amplios de conceptualizar la violencia, se asume la propuesta de Johan Galtung, autor que pone en relación la satisfacción de las necesidades básicas, considerando éstas como necesidades de subsistencia, bienes-

tar, identidad y libertad, y el ejercicio de la violencia, considerada como todo aquello que dificulta la cobertura de estas necesidades. Distingue tres formas de violencia:

- *Violencia directa*: aquella violencia, física y/o verbal, visible en forma de conductas.
- *Violencia estructural*: hace referencia a situaciones de explotación, discriminación y marginación, favorecidas desde la misma estructura política o económica, sistemas que no aportan las condiciones y garantías elementales para cubrir las necesidades básicas de su población.
- *Violencia cultural*: puede entenderse como los razonamientos, actitudes, ideas que promueven, legitiman y justifican la violencia en sus formas directa o estructural.

Junto a la ampliación del modo de conceptualizar la violencia se hace necesario ampliar también los marcos y entornos donde se pueden producir situaciones de maltrato contra este colectivo: con el cuestionamiento de la atención psiquiátrica en instituciones "manicomiales", en torno a la década de 1970, se inicia el movimiento de desinstitutionalización psiquiátrica, que reubica a las personas con patología mental en su contexto comunitario y familiar habitual. Este proceso involucra directamente a las familias, puesto que se produce en un contexto nacional, cuyo modelo de protección social se caracteriza por delegar en el ámbito familiar el cuidado, la protección y la solidaridad hacia las personas más vulnerables y dependientes. Este contexto comunitario puede ser un espacio de protección, pero también de riesgo. Es por este motivo por el que se considera de especial interés abundar en la violencia que se genera en el ámbito y contexto de las relaciones familiares y el entorno social.

2. Las limitaciones en la aproximación a las peculiaridades del maltrato en población con patología mental.

Se ha obviado que el maltrato no opera del mismo modo en todas las poblaciones, y que se ensaña de forma especial en determina-

4 HERNÁNDEZ DE CADENA, Nubia (2011). *Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales*. <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs>.

dos colectivos. Es importante incorporar la idea de la multidimensionalidad de la violencia. Cuando se aborda el fenómeno de los malos tratos contra personas con patología mental, se ponen en evidencia variables tales como la discapacidad, la vulnerabilidad, la estigmatización, y el género, dimensiones que interrelacionan entre sí, que aumentan de forma notable el riesgo de padecer violencia, y que caracterizan el maltrato de un modo específico.

Las personas con enfermedad mental pueden estar expuestas a una multiplicidad de violencias:

- Por un lado, cuando son víctimas de algún tipo de violencia, ven vulnerados y conculcados sus derechos humanos.
- De otra parte por la desprotección de la que son víctimas al ser invisibilizada su situación como colectivo de riesgo. La propia invisibilidad de la que son víctimas es un acto violento en sí mismo.
- De otra parte la violencia ejercida hacia ellas, al estigmatizarlas y atribuirles el papel de victimarios y victimarias y no de víctimas.
- Finalmente, al no incorporar la multidimensionalidad de la violencia, al no aplicar ésta, al colectivo de personas con enfermedad mental, no se les presta la atención ni protección adecuada y suficiente, también éste es un modo de ejercer violencia por abandono a este colectivo.

Esta falta de perspectiva mantiene a este colectivo, al de las víctimas, en el anonimato, e insuficientemente atendidos, mientras se les sigue visibilizando, casi exclusivamente, como protagonistas de actos violentos, y al tiempo al maltratador se le considera como una persona enferma mental, de este modo se criminaliza la enfermedad mental y el ejercicio de la violencia se "medicaliza".

Al ser un colectivo con necesidades y rasgos específicos, es necesario atender su especificidad, a fin de abordar con rigor y eficacia la aproximación a este fenómeno, idear

instrumentos que permitan identificarlo e instaurar los procedimientos oportunos para proteger y atender a esta población adecuadamente. Es necesario prestar atención a su menor capacidad para defenderse, mayores dificultades para expresar los malos tratos, mayor dificultad de acceso a la información y asesoramiento, mayor dependencia de la asistencia y cuidados de los otros, asociado al miedo a denunciar el abuso por la posibilidad de la pérdida de los vínculos y provisión de cuidados, menor credibilidad a la hora de denunciar el maltrato.

3. Las limitaciones en el objeto de estudio.

La invisibilidad del fenómeno del maltrato en general, que se intensifica en esta población; la dificultad de las víctimas para conceptualizarse como tales, las limitaciones de los profesionales de la salud para detectar situaciones de maltrato, la tradicional asociación entre enfermo mental-potencialmente agresor, son aspectos que dificultan la detección del fenómeno. Uno de los mitos que más ha contribuido a invisibilizar la violencia y a "normalizarla" es que tanto la víctima como el agresor padecen un trastorno mental o características peculiares que les alejan del perfil de la población general. Este hecho predispone a estar alerta respecto a la posible existencia de violencia en la pareja, o en la familia, únicamente ante personas con "rasgos o características especiales", obviando o no permaneciendo alerta de este riesgo ante personas "aparentemente normales". Junto a ello, el nivel de tolerancia y violencia interiorizada, que favorece que determinados comportamientos violentos sean vividos como naturales y normales, dificultándose enormemente su detección. La violencia, puede estar oculta o disimulada bajo modelos y patrones culturales y sociales que la invisibilizan. Ante la experiencia de violencia, las primeras reacciones de las víctimas se caracterizan por sentimientos de humillación, vergüenza, preocupación y miedo, que facilitan la ocultación de los mismos. Con el paso del tiempo se produce una pérdida de

control, confusión y sentimiento de culpa, que en muchas ocasiones dificultan que la propia víctima se reconozca como tal. Hasta no hace muchos años el ejercicio de la violencia en el ámbito privado de la familia, se consideraba un asunto privado, a resolver de forma privada en el ámbito familiar, la invisibilidad ha sido la práctica social dominante. Si a todo ello se añade la escasa notificación de los casos, por motivos de diversa índole, también se contribuye a invisibilizar este fenómeno.

A fin de evitar esta invisibilización, las y los profesionales del ámbito de la salud deben de capacitarse para reconocer las señales más sutiles de la violencia, responder adecuadamente a las víctimas y registrar estas situaciones de maltrato. Solamente así se crearán las condiciones para consolidar políticas de salud públicas adecuadas. El sistema de salud, y en concreto el de salud mental, es la puerta de entrada de muchas víctimas, marco privilegiado para detectar, intervenir y proteger.

4. Las limitaciones de los instrumentos para aproximarse a esta realidad.

Dada la complejidad del "ámbito de lo social" se han venido realizando numerosos intentos de aproximación a la realidad social de forma rigurosa y sistemática, no obstante el diagnóstico social, hoy por hoy, sigue siendo más deficitario en precisión que otros diagnósticos: el Trabajo Social, todavía no ha reunido suficiente experiencia sistematizada y precisa, que permita abstraer y generar leyes y principios, se ha fracasado reiteradamente en el intento de implantar una historia social unificada, el documento escrito más usual es el Informe Social, que es una forma empobrecida del Diagnóstico Social, habitualmente carecen de una valoración precisa, en la que constan los recursos y el camino a seguir para abandonar la situación de necesidad y dependencia y acceder a una situación de interdependencia social como el

resto de la ciudadanía. Debido a la complejidad de cada caso es extremadamente difícil abstraer generalidades.

No obstante y a pesar de estas dificultades y déficits se han venido intentando distintas aproximaciones sistemáticas que faciliten un cuerpo de conocimiento preciso.

Debido a las dificultades para la detección de situaciones de malos tratos, a la escasa notificación del maltrato por parte de las víctimas y la consideración del marco sanitario, como espacio privilegiado frecuentado por las víctimas, parece importante aproximarse a los instrumentos habituales que se utilizan en el marco de la atención psiquiátrica, a fin de testar si éstos son eficaces y pueden contribuir a la detección de este fenómeno. En este trabajo interesa fundamentalmente valorar la sensibilidad de los instrumentos de que se dotan los y las Trabajadoras Sociales, para elaborar el diagnóstico social, acercarse a estos instrumentos y evaluar si pueden ser de utilidad como indicadores de posibles relaciones de maltrato. Se toma la decisión expresa de no incorporar cuestionarios ni escalas específicas, orientadas a detectar maltrato por varias razones, atendiendo a las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud, que señala que no se justifica la aplicación de pruebas de cribado para la detección precoz de la violencia, aunque si se recomienda que el personal sanitario sea capaz de buscar y reconocer signos y síntomas de maltrato, y de generar más conocimiento.

Los datos que se recogen en este estudio parten de la elaboración de la historia social, que se nutre de información, bien aportada por el/la usuaria, bien por la que aporta la familia, o persona significativa, designada por el y la paciente como interlocutor/a con el servicio, o por otras fuentes de información, autorizadas por la persona atendida.

ESTUDIO DE CASOS

Se vertebra en base a dos ejes:

1. Mediante un estudio de la población con patología mental en un marco concreto: Hospital de Día Psiquiátrico I.

En este marco se desarrolla una investigación de naturaleza descriptiva, explicativa y sincrónica, que parte de las entrevistas en profundidad que se realizan a las personas ingresadas en este recurso, con fines diagnósticos y de tratamiento.

Estas entrevistas son aquellas que se realizan en el servicio de forma rutinaria con el objetivo de cumplimentar las historias clínicas y sociales.

Se obtienen datos de carácter cualitativo que posteriormente, y expresamente para este estudio, serán tratados de forma cuantitativa.

Es un estudio que abarca a toda la población usuaria de Hospital de Día Psiquiátrico I, en un momento dado, una foto fija de una realidad que ocurre en el periodo de tiempo en el que se realiza la recogida de datos: 1 de noviembre de 2009 a 30 de abril 2010.

El contexto en donde se desarrolla la investigación es Hospital de Día Psiquiátrico I, dispositivo de atención a la salud mental, perteneciente a la Red de Salud Mental de Navarra, servicio de atención diurna, definido como una unidad Intermedia, cuya misión es la provisión de servicios sanitarios especializados al Área de Salud Mental I, desde un enfoque bio-psico-social, para prestar una atención de calidad, integral, equitativa, accesible y personalizada a través de la elaboración de un Plan individualizado de tratamiento, en el que se tengan en cuenta todas las necesidades del/la paciente derivadas del padecimiento de Trastorno Mental grave y/o graves Trastornos emocionales. Servicio integrado dentro de la Red de Salud Mental de Navarra, dirigido a jóvenes y adultos en situación clínica aguda y subaguda que acceden al centro a través de los Centros de Salud Mental o desde las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y que requieren Va-

loración Diagnóstica, Tratamiento de su situación clínica de forma intensiva, Inicio de Programas de Rehabilitación y/o Tratamientos en situación de crisis aguda.

La atención se presta en régimen abierto en hospitalización parcial, durante un periodo breve de tiempo. El tratamiento incluye el abordaje farmacológico, psicoterapéutico y socio-familiar.

Durante el periodo de 6 meses en que se han recogido los datos para el estudio, han ingresado 77 personas diferentes. Del total de pacientes ingresados han autorizado y firmado consentimiento para participar en esta investigación 66, que es la población total sobre la que se ejecuta el estudio.

2. Mediante la valoración de los instrumentos rutinarios de diagnóstico social, a fin de testar si son sensibles y facilitan la detección de relaciones de maltrato.

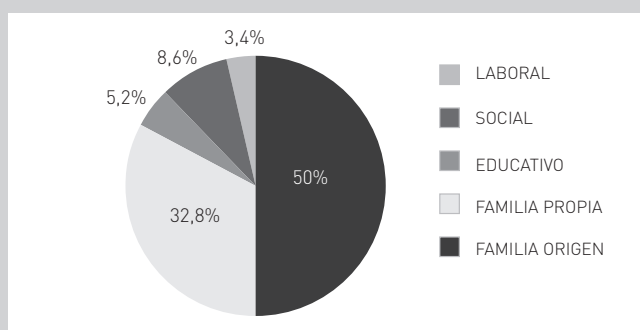
Los instrumentos que se utilizan habitualmente para valorar la discapacidad y el diagnóstico social son La Escala de Discapacidades de la OMS y el Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social. Junto a la utilización de estos instrumentos se llevan a cabo entrevistas en profundidad con cada una de las personas ingresadas, a través de esta información se elabora el diagnóstico social.

RESULTADOS

- 1- **Alta incidencia de experiencias de maltrato.** Más de la mitad de la población han padecido o están padeciendo malos tratos (Tabla 1).
- 2- **El maltrato se produce fundamentalmente en el ámbito familiar (Gráfico 1).**
- 3- **No son una carga económica ni de cuidados** para su familia, hecho que cuestiona algunos argumentos legitimadores del maltrato (Tablas 2 y 3).

Tabla 1.- Distribución de la población según experiencias de maltrato

Experiencias de maltrato	N	%
Ninguna experiencia de maltrato	28	42,4
Víctimas de maltrato	34	51,5
Maltratadoras/ victimarias	4	6,1
Total	66	100

Gráfico 1.- Distribución por ámbito de maltrato**Tabla 2.- Distribución miembro contribución económica principal/maltrato**

	Madre	Padre	Abuelo	Pareja	Otros	Paciente	Total
Maltratadas	7 77,7%	9 50%	0 0	5 33,3%	1 100%	12 54,5%	34
No maltratadas	2 22,3%	9 50%	1 100%	10 66,7%	0 0	10 45,5%	32
Total	9	18	1	15	1	22	66

Tabla 3.- Distribución cuidador principal/ maltrato

	Madre	Padre	Hno	Hna	Hija	Pareja	Otros	Paciente	Total
Maltrato	14 53,8%	5 71,4%	0 0	1 100%	1 50%	5 33,3%	2 66,7%	6 54,5%	34
No maltrato	12 46,2%	2 28,6%	1 100%	0 0	1 50%	10 66,7%	1 33,3%	5 45,5%	32
Total	26	7	1	1	2	15	3	11	66

4- El maltrato no está asociado al tipo de trastorno mental.

5- El maltrato sí tiene asociación con dimensiones tales como:

- a. **El género:** más de dos terceras partes de las víctimas son mujeres (Gráfico 2). Los agresores son mayoritariamente hombres, más del 83% de los actos violentos son cometidos por varones contra mujeres.
- b. **La situación social:** las personas maltratadas presentan situaciones sociales de mayor precariedad, con más riesgo de exclusión y marginación social (Gráfico 3).
- c. **La discapacidad:** las víctimas presentan discapacidades más graves en todas las áreas (Tabla 4).

6- Los instrumentos rutinarios de diagnóstico social son útiles para detectar tanto a víctimas como a maltratadores. El 54% de las víctimas han sido captadas mediante la aplicación del Manual de Indicadores para el diagnóstico social y la escala de discapacidad de la OMS (Gráfico 4). El 90% de los maltratadores, han sido captados mediante los mismos instrumentos.

7- El estudio y la aplicación de los instrumentos para el diagnóstico social favorece la construcción de un perfil de la víctima que puede advertir y alertar a los y las profesionales del riesgo de padecer maltrato:

Ser mujer.

Soltera, conviviendo con la familia de origen, familia propia o sola.

Estar bajo el cuidado principal del padre.

La mayor contribución económica a la unidad familiar proviene de la madre.

Con diagnósticos sociales graves: desventaja social o marginación social.

Presentar déficits en el área convivencial y en la aceptación social.

Con discapacidad grave, fundamentalmente en las áreas ocupacional, desenvolvimiento familiar y en el contexto social.

CONCLUSIONES

1- En este estudio queda constancia de las **experiencias de maltrato** padecidas por las personas usuarias de Hospital de Día Psiquiátrico I, en el marco de sus relaciones significativas, experiencias reiteradas que constituyen un estilo de relación entre el agresor y la víctima.

Se evidencia que el modo más frecuente de ejercer violencia contra este colectivo es el maltrato psicológico, aunque este se da habitualmente combinado con otros tipos y modos de violencia.

La no visibilización de este riesgo es un acto de violencia en sí mismo.

2- **La violencia es multidimensional:** cuando se aborda el fenómeno de la violencia hacia este colectivo, se ponen en evidencia variables tales como la discapacidad, la mayor vulnerabilidad, el proceso de estigmatización que padecen, y el género. Dimensiones que interrelacionan entre sí y que pueden aumentar significativamente el riesgo de padecer violencia.

Por este motivo es esencial visibilizar todas las dimensiones que actúan en las relaciones violentas, los contextos y los colectivos hacia los que se dirige la violencia.

3- Un factor que ha contribuido poderosamente a la invisibilidad de la violencia de que es víctima este colectivo, es el **estigma** que arrastran. Tradicionalmente se les ha concebido como personas violentas, impredecibles e incapaces de controlarse. En una sociedad como la nuestra en la que cada vez se acepta menos el riesgo, es más fácil excluir que incluir a las personas que portan un estigma asociado a algún tipo de riesgo.

4- El nivel de **tolerancia y violencia interiorizada** de la sociedad en general, y de los profesionales sanitarios, como parte de esta sociedad, pueden dificultar la detección de malos tratos hacia personas con enfermedad mental.

Gráfico 2.- Distribución víctimas por sexo

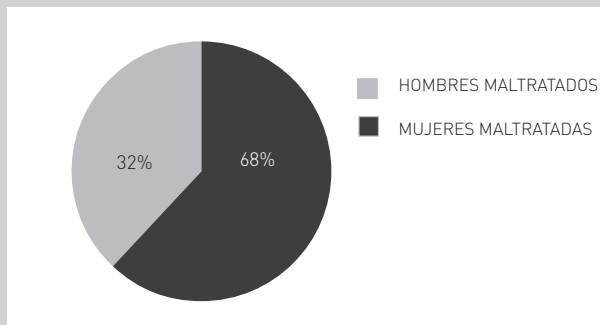


Gráfico 3.- Distribución maltrato/diagnóstico social

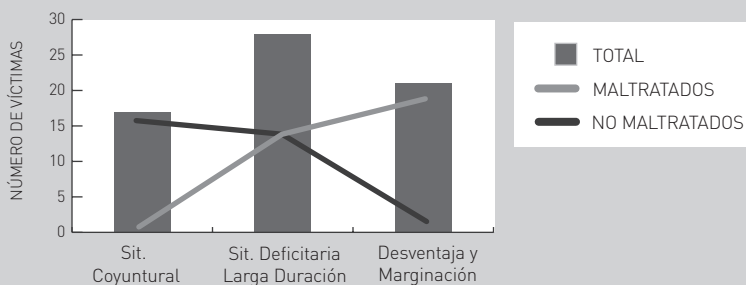
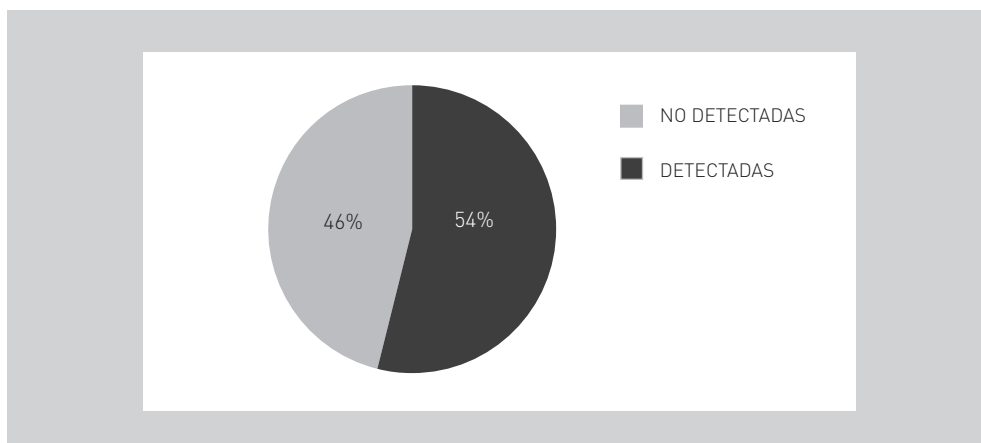


Tabla 4.- Distribución de la población por maltrato/gravedad de la discapacidad

Áreas discapacidad	Discapacidad menos grave	Discapacidad grave	X ²
CUIDADO PERSONAL	34	32	4,9*
Maltratadas	38,2%	61,8%	
No maltratadas	65,6%	34,4%	
OCUPACIONAL	22	44	11,0**
Maltratadas	14,7%	85,3%	
No maltratadas	53,1%	46,9%	
FUNCIÓN. FAMILIAR	29	37	8,7***
Maltratadas	26,5%	73,5%	
No maltratadas	62,5%	37,5%	
FUNCIÓN. SOCIAL	32	34	4,9*
Maltratadas	35,3%	64,7%	
No maltratadas	62,5%	37,5%	

Gráfico 4.- Detección de víctimas actuales



5- A menudo los y las agresoras **legitiman su agresión** aludiendo a problemas y dificultades convivenciales, derivados de la patología psiquiátrica, sobrecarga de cuidados, y sobrecarga económica que generan.

Sin embargo el estudio arroja datos que contradicen estos argumentos. Mayoritariamente la población con enfermedades mentales maltratada, es un significativo **sustento económico de la unidad familiar**, en un alto porcentaje son la principal fuente de ingresos y contribuyen al trabajo reproductivo, incluso son los/las cuidadoras principales de esta unidad.

6- **La violencia contra personas enfermas mentales, tiene especificidades** que es importante tener en consideración a fin estar alertas para protegerlas de manera más adecuada: presentan mayor fragilidad, disponen de redes de apoyo más limitadas o precarias, cuando la violencia se produce en el contexto de la pareja, se acentúa la asimetría, tienen más tolerancia a aspectos insatisfactorios de la relación, y mayores sentimientos de culpa, con lo que es más difícil que se reconozcan como víctimas, y por tanto denuncien su situación.

Cabe reseñar:

- Su especial vulnerabilidad.
- El estigma social que rodea a la víctima. A menudo se tiende a sospechar de la responsabilidad o convivencia de la víctima.
- Su situación de mayor discapacidad y situación social más precaria, hecho que les sitúa con menores recursos para protegerse.

7- Uno de los contextos al que hay que aproximarse en el estudio del maltrato es el **marco de la atención comunitaria**. Este contexto puede ser un espacio de protección, pero también de riesgo, por lo que el maltrato experimentado en el marco de las relaciones familiares tiene especial relevancia.

8- Las personas con enfermedad mental, víctimas de violencia **presentan situaciones de mayor discapacidad** que las personas con patología mental que no han padecido maltrato.

9- La **situación social** de las personas que padecen maltrato es más deficitaria que la situación social de las personas que no han sido víctimas.

10- La **dimensión de género es esencial**: Las mujeres presentan mayor riesgo de maltrato, situaciones de mayor precariedad social y mayor discapacidad que los varones. Posiblemente esta mayor exposición a padecer situaciones de violencia tiene su origen por un lado en actitudes y consideraciones sociales hacia la mujer, arraigadas en una sociedad patriarcal, y por otro unidas a ciertas condiciones propiciadas por la propia discapacidad.

11- El **ámbito sanitario** es un contexto privilegiado para poder intervenir en la detección, prevención y tratamiento de la violencia.

El perfil profesional de Trabajadores Sociales, se presenta como de especial competencia para realizar el diagnóstico social, y este especialmente sensible para contribuir significativamente a la detección y abordaje de la violencia.

12- A modo de síntesis se señalan algunas propuestas y recomendaciones:

- Es esencial incorporar una perspectiva amplia del maltrato, esta permite visibilizarlo con mayor facilidad.
- Aunque los instrumentos de recogida de información habituales son válidos para detectar maltrato, es necesario una formación y sensibilidad en los y las profesionales para estar en situación de alerta.
- La constancia de que muchas personas con patología mental grave son víctimas de maltrato insta a plantear la mejora de las políticas de atención a esta población. A día de hoy continúan siendo invisibles como potenciales víctimas, y excluidos y excluidas de los recursos y sistemas de protección.

BIBLIOGRAFÍA

GALTUNG, Johan (1995): *Investigaciones teóricas, sociedad y cultura contemporáneas. Madrid*. En Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja sentimental. Tesis doctoral. Eva Espinar Ruiz.

HERNÁNDEZ DE CADENA, Nubia (2011): *Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales*. <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs>.

HERNÁNDEZ MOSALVE, Mariano (2004): *Violencia de Género en discapacitadas por Trastorno Mental: avatares entre la exclusión y la conquista de la dignidad*. Seminario "Violencia de género y discapacidades". Vitoria.

RICHMOND, Mary (1996): *El caso social individual. El diagnóstico social, textos seleccionados*. TALASA. Madrid. Rivas, M^a José. (2000).

SIENDONES CASTILLO, R.; PEREA-MILLA LÓPEZ, E.; ARJONA HUERTAS, J. L.; AGÜERA URBANO, C. y RUBIO GALLO, A. (2002). "Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección". Servicio de Cuidados Críticos. Unidad de Urgencias. Hospital Comarcal Costa del Sol. Marbella. *Revista Emergencias*, nº 14. Málaga.

Sistema Nacional de Salud (2005): *Informe sobre atención a la violencia de género en el SNS*. Observatorio de la salud de la mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS. Madrid.

URIARTE, José J. (2006). "Violencia, Enfermedad Mental y Estigma". Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación. Hospital de Zamudio. *NORTE DE SALUD MENTAL*, nº 26.

